

# Gazeta Lekarska

PISMO IZB LEKARSKICH

TEMAT NUMERU | S. 8-13

## Szczepienia fakty i mity

ASPEKTY ETYCZNE

**Badania  
medyczne** | S. 26

PROFILAKTYKA

**Przemijające  
niedokrwienie mózgu** | S. 32-33

WYDARZENIA

**Onkologia  
spersonalizowana** | S. 38





## Jaka prawda?

**Często słyszę pytanie: Kto odpowiada za wizerunek lekarza w mediach? W podtekście wyczuwam ukrytą konstatację, że wizerunek ten jest niezgodny z rzeczywistością i krzywdzący oraz zarzut, że nasz samorząd zawodowy robi niewiele, aby ten obraz zmienić.**

Wiem, że nie jest rzeczą elegancką odpowiadać pytaniem na pytanie, niemniej jednak ciśnię się na usta: a kto w Polsce jest kreatorem wizerunku opieki zdrowotnej? Wiele osób odpowie: rząd, minister zdrowia, parlament, bardziej zorientowani powiedzą: Narodowy Fundusz Zdrowia. Tymczasem coraz częściej odnośzę wrażenie, iż rzeczywistymi kreatorami są media i pacjenci.

Media, bo z ekranu telewizora lub z gazetowych stron dowiadujemy się, że w miejscowości X rodzina Y od długiego czasu boryka się z problemem zdrowotnym. W dramatycznych słowach przejęty reporter, a lepiej reporterka, informuje

wa do interwencji osoby odpowiedzialne za taki stan rzeczy. Codzienna, rzetelna praca tysięcy lekarzy nie jest tematem godnym uwagi, nie da się z tego zrobić informacji na pierwszej stronie gazety czy na pierwszych minutach wiadomości.

kretnych lekarzach. Z przykrością należy stwierdzić, że najczęściej są to opinie negatywne. Ich autorzy nie przebiegają w słowach, opisując swoje doświadczenia w kontaktach z lekarzami. Korzystając z anonimowości i pełnej bezkarności, wylewają na medyków kubły pompy. Po drugie, inne oblicze lekarzy pojawia się często w rozmowach prywatnych. Możemy wtedy usłyszeć, jak wiele konkretnemu doktorowi zawdzięcza pacjent i jego rodzina. Pozytywną czy wręcz entuzjastyczną opinię można usłyszeć o osobie, na której uczestnik forum nie pozostawił „suchej nitki”. Jaka jest prawda?

**Ryszard Golański**  
naczelnym@gazetalekarska.pl

### *Rzeczywistymi kreatorami wizerunku opieki zdrowotnej są media i pacjenci.*

o urzędniczym, czytaj pozbawionym uczuć, podejściu personelu medycznego, zwłaszcza lekarzy, do niezwykle ważnej sprawy. Mówi o niemocy placówek medycznych i wzy-

wa do interwencji osoby odpowiedzialne za taki stan rzeczy. Po pierwsze dlatego, że powszechne stało się informowanie na forach internetowych nie tylko o szpitalnych oddziałach, ale przede wszystkim o kon-

## MIGAWKA



Fot.: Mariusz Janikowski

*Lekarze i lekarze dentyści, którzy w wiosennej sesji najlepiej zdali LEP i LDEP, 13 maja 2011 roku zapamiętają jako szczególny dzień. Za zdobycie największej liczby punktów Naczelna Rada Lekarska uhonorowała ich nagrodami. Oprócz pieniędzy były gratulacje i wiele ciepłych słów.*

(RELACJA NA STR. 6-7)



## OKIEM PREZESA

**Z radością stwierdzamy, że Polska ma większą liczbę lekarzy na 10 tys. mieszkańców niż ostatni na liście WHO kraj.**

Zawsze to miło, kiedy peleton zamyka ktoś za tobą. Ponieważ w tej konkurencji nie mamy już żadnych szans w tym pokoleniu, istotną kwestią stała się jakość wykształcenia. Skoro nie ma możliwości wykształcenia większej liczby lekarzy, musimy mieć pewność, że ci, których mamy dorównują najlepszym. Gwarancję sukcesu daje nam fakt, że ciągle w Polsce nasz zawód jest zaliczany do prestiżowych. Studia kończą świetni absolwenci, a na ocenę ich wiedzy pozwala końcowy egzamin. Stąd też pomysł, aby docenić najzdolniejszych przez wręczenie im nagród, które mają pomóc ich rozwojowi na uczelniach, stażach podyplomowych i specjalizacyjnych. Gratuluję im raz jeszcze ze szczerego serca. Wyrazy uznania składam też na ręce Ich Magnificencji Rektorów: prof. Andrzeja Radziwińskiego w Toruniu, prof. Jacka Wysockiego w Poznaniu, prof. Marka Krawczyka w Warszawie. Dziękuję, że nie tylko umieli odkryć

te diamenty, ale i je oszlifować.

**Przed rokiem toczyliśmy gorące dysputy na temat wielu polis ubezpieczeniowych, do których zakupu zostaliśmy zmuszeni.**

Senat RP wprowadził zmiany w ustawie „o zawodach” i ustawie „o świadczeniach”, dzięki którym zrealizowano postulat jednego ubezpieczenia OC. Lekarz prowadzący praktykę, nawet jeśli posiada kontrakt z NFZ, będzie miał obowiązek ubezpieczenia wynikający jedynie z ustawy o działalności gospodarczej. Moglibyśmy się z tego cieszyć, ale niestety obowiązkowo serwuje nam się łyżkę dziegiu, więc równolegle powstał nowy obowiązek wynikający z ustawy „o prawach pacjenta”, tzw. ubezpieczenie z tytułu niepożądanych zdarzeń medycznych.

**W ostatnim czasie pomiędzy stroną rządową a samorządem toczyła się żywa dyskusja o tym, jakie poprawki powinny**

zostać wprowadzone do ustawy „refundacyjnej”, by stała się ona jednym z elementów regulujących ochronę zdrowia, a nie olbrzymim demotywatorem. Środowisko lekarskie jednoznacznie pokazało, że nie zaakceptuje rozwiązań proponowanych w pierwotnym kształcie projektu. Po wielu miesiącach naszej pracy, stanowiskach i pismach, a następnie wielu godzinach negocjacji w Ministerstwie Zdrowia udało się osiągnąć kompromis, polegający na zaakceptowaniu naszych zmian przez rząd i Senat RP. To pokazuje, że w trakcie całego procesu legislacyjnego nie wolno się poddawać.

**Od kilku lat zastanawiamy się, która forma wykonywania naszej pracy jest dla nas najkorzystniejsza.**

Coraz powszechniejszą formą proponowaną przez szpitale są umowy cywilnoprawne. Rząd – dla umożliwienia zawierania kontraktów – w zapisach ustawy o działalności leczniczej wprowadził nowy rodzaj praktyk szpitalnych. Przypnijmy, że otwieranie praktyk na wezwanie, których celem było świadczenie usług na rzecz podmiotu leczniczego posiadającego kontrakt z NFZ, było formułą sfalandyzowaną. Nadal jednak uważam, że przy przechodzeniu z formuły zatrudnienia jako pracownika na

rzecz kontraktu należy być bardzo ostrożnym i pamiętać o wielu elementach. Kontrakt ma poprawiać warunki pracy i płacy, uosabiać wolność naszego zawodu, regulować wzajemne relacje pomiędzy osobami współpracującymi, a nie stanowić kolejne źródło niepokojów. Samorząd powinien jak najszybciej stworzyć stowarzyszenie lekarzy kontraktowych, gdyż tylko takie stowarzyszenie przy izbie może stanąć w obronie ich interesów. Związki zawodowe już tego robić nie mogą.

**Jakiś czas temu podjęliśmy decyzję o Nadzwyczajnym XI Krajowym Zjeździe Lekarzy, który odbędzie się w lutym przyszłego roku.**

Przedmiotem obrad będą m.in. problemy kształcenia przed- i podyplomowego, aktualna sytuacja w ochronie zdrowia oraz rozpatrzenie projektu uchwały „wyborczej”. Zwróciliśmy się do warszawskich hoteli, które mają warunki do organizacji Zjazdu. Najtańszy okazał się Hotel Sheraton. Ten fakt nas zaskoczył, bo wydawało nam się, że akurat jego oferta będzie droga. Mam nadzieję, że w tej sytuacji wszyscy spośród Koleżanek i Kolegów, którzy wybierają się na Zjazd wybaczą, że liczba miejsc parkingowych jest zbyt mała i dojazd będzie musiał odbywać się środkami publicznymi.  
**Maciej Hamankiewicz**





- 3..... Wstępniak  
**Migawka**
- 4..... Okiem Prezesa  
**Maciej Hamankiewicz**
- 6-7..... Nagrody NRL  
**Najlepsi**
- 8-13..... Temat miesiąca  
**Szczepienia w kryzysie**
- 14-15..... Rozmowa polityczna o zdrowiu  
**Grzegorz Gabryelski**
- 16..... Z notatnika rzecznika NIL  
**Katarzyna Strzałkowska**
- 17..... Nasi w Europie  
**Anna Lella**
- 18-19..... Rozmowa o samorządzie  
**Jacek Tętnowski**
- 20-22..... U stomatologów  
**Koniec stażu podyplomowego  
Przypomnienie mistrza Jana  
z Czarnolasu**
- 24-25..... Młodzi lekarze  
**Za mało rezydentur, za dużo  
biurokracji**
- 26..... Aspekty etyczne  
**Badania medyczne i konflikt  
interesów**
- 28..... Moim zdaniem  
**W pogoni za kasą**
- 30-31..... Indeks korzyści  
**Stan zaufania**
- 32-33..... Profilaktyka  
**Przemijające niedokrwienie mózgu**
- 34-36..... Listy do redakcji
- 37-38..... Wydarzenia  
**Prywatne obok publicznych  
Przyszłością jest onkologia  
spersonalizowana**
- 39-43..... **Nieruchomości w pigułce**
- 44-45..... Przychodzi lekarz do prawnika  
**Prawa lekarza w przypadku  
mobbingu**
- 46-47..... Standardy postępowania  
**Resuscytacja – utrzymać przepływ**
- 48-49..... Felieton  
**Dokręcanie śruby**
- 50-59..... Ogłoszenia, reklama
- 60-61..... Kultura i medycyna  
**Lekarz też ma prawa  
Persona non gratis\***
- 62-63..... Sport i medycyna  
**Sukces stolicy  
Pływająco w Dębicy  
Kajakiem po serce**
- 64..... Komunikaty  
**Zjazdy koleżeńskie**
- 65..... Epikryza  
**Zakrywanie twarzy**
- 66..... Jolka lekarska

# Najlepsi

Troje lekarzy i dwoje lekarzy dentystów, którzy w wiosennej sesji LEP-u i LDEP-u uzyskali najwięcej punktów, 13 maja Naczelna Rada Lekarska uhonorowała nagrodami pieniężnymi i okolicznościowymi pamiątkami.

### Lucyna Krysiak

**P**odsumowano już tegoroczną wiosenną sesję Lekarskiego Egzaminu Państwowego, jak również Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego. W całym kraju do zdawania LEP-u przystąpiło 2683 stażystów i 503 lekarzy z prawem wykonywania zawodu, test LDEP pisało 768 stażystów i 262 stomatologów, którzy już posiadają prawo wykonywania zawodu.

W opinii zdających egzaminy należą do jednych z najtrudniejszych, a jednocześnie najbardziej wiarygodnych sposobów weryfikacji ich wiedzy. Za 6 lat zastąpią je Lekarski Egzamin Końcowy (LEK) i Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Końcowy (LDEK). Obecne roczniki mają ostatnią szansę, aby zmierzyć się ze starym systemem egzaminowania i, jak twierdzą lekarze, to jeszcze bardziej mobilizuje ich do nauki.

**W wiosennej edycji LEP najwięcej punktów uzyskali:**

• **Grzegorz Kurpanik** – Bydgoska Izba Lekarska, ukończył Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu; staż: 10. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikli-

niką SP ZOZ w Bydgoszczy – 174 punkty.

• **Maria Żywicka** – Wielkopolska Izba Lekarska; ukończyła Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu; staż: Szpital Wojewódzki w Poznaniu – 173 punkty.

• **Anna Smukowska** – Wielkopolska Izba Lekarska; ukończyła Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu; staż: Szpital Kliniczny im. H. Święcickiego UM w Poznaniu – 173 punkty.

**LDEP najlepiej zdali:**

• **Marta Gibas** – Wielkopolska Izba Lekarska; ukończyła Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu; staż: NZOZ Wildecka Przychodnia Stomatologiczna „Wildecka” s.c. – 169 punktów.

• **Bartłomiej Górski** – Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie; ukończył Warszawski Uniwersytet Medyczny; staż: Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus – Centrum Leczenia Obrażeń w Warszawie – 169 punktów.

Grzegorz Kurpanik powiedział, że egzamin był trudny, ale najbardziej obiektywny, jaki obecnie można zaproponować stażystom. Ma nadzieję, że do-

brze zdany LEP stanie się jego przepustką do robienia specjalizacji z kardiologii. Bartłomiej Górski nie jest do końca zadowolony ze swojego wyniku. Uważa, że mógł jeszcze lepiej się przygotować i uzyskać kilka punktów więcej, bo w stomatologii, gdzie najtrudniej o miejsce specjalizacyjne, może to mieć znaczenie.

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Maciej Hamankiewicz, który wręczał nagrody lekarzom z najlepszymi wynikami z LEP-u i LDEP-u, powiedział, że jest pod wrażeniem ambicji, jakimi kierują się młodzi lekarze, ucząc się tego trudnego zawodu oraz desperacji, z jaką próbują znaleźć swoje miejsce w ochronie zdrowia.

– Jesteście najlepsi z najlepszych. Przejmiecie po nas pałeczkę, z czasem sami zostaniecie liderami. Potrzebujemy w samorządzie takich ludzi – powiedział prezes Hamankiewicz. Dodał, że honorując lekarzy za najlepiej zdane egzaminy uzyskuje się podwójny efekt: z jednej strony docenia ich wysiłek, z drugiej stawia oczekiwania na przyszłość. Tym większe, że medycyna znalazła się obecnie na wirażu kształceniowym i próbuje wyjść z niego bez szwanku.

Każdy z nagrodzonych otrzymał 3500 zł oraz grafikę. Pieniądze mają im pomóc wejść w nowy etap życia zawodowego.

Nagrody NRL przyznała po raz pierwszy. Prezydium NRL postanowiło zwrócić się do Naczelnej Rady Lekarskiej z wnioskiem o ustanowienie ich na następne lata, aby na stałe weszły do harmonogramu ustalania dorocznego budżetu. ●



Nie ma skuteczniejszej metody ochrony przed chorobami zakaźnymi niż szczepienia.

# Szczepienia w kryzysie

Lucyna Krysiak, Mariola Markłowska-Dzierżak

**M**asowe szczepienia to jedno z największych osiągnięć medycyny, wciąż jednak na choroby zakaźne umierają miliony ludzi. Dlaczego? Przyczyn jest wiele. Specjaliści wskazują m.in. na nieustanne mutowanie drobnoustrojów, zbyt małą ilość szczepień nieodpłatnych oraz nagłaśnianie przypadków reakcji poszczepiennych, co natychmiast przekłada się na spadek liczby zaszczepionych. I alarmują, że sytuacja może być groźna. – Świadomość społeczeństwa na temat szczepień jest znikoma – podkreślają zgodnie, dodając, że trzeba opracować nową strategię edukowania pacjentów.

## *Pojedyncze i skojarzone*

Szczepionki swoiste, czyli tradycyjne, zmniejszają ryzyko zachorowania na konkretną chorobę. Mogą zawierać drobnoustroje żywe osłabione (atenuowane), obecne m.in. w szczepionkach przeciwko odrze, śwince, różyczce i ospie wietrznej; drobnoustroje nieżywe (inaktyw-

## *Szczepionki nowszej generacji powstają przy wsparciu biotechnologii i inżynierii genetycznej.*

wane), takie jak zawarte np. w szczepionce pełnokomórkowej przeciwko krztuścowi; toksyny pozbawione zjadliwości (anatoksyny) – przykładem jest szczepionka przeciw tężcowi i błonicy; żywe patogeny (jedyna szczepionka tego typu była używana przeciwko ospie prawdziwej, tzw. czarnej ospie). Są szczepionki pojedyncze (monowalentne), które mają chronić przed jedną chorobą oraz skojarzone (poliwalentne), uodparniające na kilka chorób (np. szczepionka sześcioskładnikowa przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi, polio, Hib i WZW B). Preparaty nowszej generacji powstają z wykorzystaniem biotechnologii i inżynierii genetycznej. »





# Priorytetem jest szczepionka pneumokokowa

R E K L A M A

Z prof. Anną Dobrzańską, konsultantem krajowym w dziedzinie pediatrii, rozmawia  
Mariola Markłowska-Dzierżak

**Przez lata Polska była wzorem do naśladowania dla innych krajów pod względem liczby zaszczepionych dzieci. Co takiego się stało, że lekarze coraz częściej mówią o pogłębiającym się kryzysie szczepień?**

Kryzys to jeszcze nie, ale niekorzystna sytuacja w zakresie szczepień, to tak. Ruchy antyszczepionkowe były notowane przez nas od bardzo dawna. Nigdy jednak dostępność do informacji pseudonaukowej nie była tak łatwa. Rodzice niechętni szczepieniom swoich dzieci szukają wytłumaczenia dla swoich działań, a raczej ich zaniechania, i znajdują je. Ci, którzy nie szczepią dzieci, tylko udają rodziców troskliwych, a brak chorób zakaźnych u swoich dzieci uznają za potwierdzenie swoich racji. Nie przyjmują do wiadomości, że ten korzystny efekt uzyskują tylko dzięki innym szczepionym dzieciom. Z przyjemnością stwierdzam jednak, że wyszczepialność dzieci w większości województw jest bardzo wysoka, powyżej 95 proc.

**Jakich argumentów używają rodzice odma-**

**wiający zaszczepienia swoich dzieci?**

Nie są to argumenty racjonalne, bo takich nie ma. Jest niewielka grupa dzieci, u których istnieją przeciwwskazania do szczepień, ale nie o taką sytuację tu chodzi. Argumenty pochodzą z pseudonaukowych informacji dostępnych w internecie.

**W jaki sposób pediatrzy próbują przemówić im do rozsądku?**

Lekarze mają do dyspozycji prawdziwe argumenty, naukowe, dane epidemiologiczne, dane o bezpieczeństwie szczepień. Lekarze znają również możliwość wystąpienia działań niepożądanych i o takich informują rodziców. Rodzice co prawda mają wolną wolę, ale muszą pamiętać, że decydują o zdrowiu i życiu dzieci, nie o swoim własnym. To dzieci mają prawo do zdrowia, a rodzice jedynie obowiązek dbania o nie. Po wyjaśnieniu realnych zagrożeń lekarze powinni prosić rodziców o wyrażenie woli na piśmie, co czasami przyczynia się do zmiany wcześniejszych decyzji.

**Które szczepienia są szczególnie ważne z punktu widzenia epidemiologii?**

Wszystkie szczepienia określone w Programie Szczepień Ochronnych są ważne, zarówno te obowiązkowe, jak i zalecane. Lekarz kwalifikujący do szczepień określa najlepszy dla dziecka plan szczepień, uwzględniając jego sytuację zdrowotną i możliwości finansowe rodziców. Te szczepienia, które przestają być konieczne w polskiej sytuacji epidemiologicznej, znikają z kalendarza szczepień.

**Jak ocenia Pani kalendarz szczepień na 2011 rok? Czego w nim brakuje?**

Priorytetem w zmianach dotyczących Polskiego Kalendarza Szczepień jest powszechne szczepienie przeciw pneumokokom. Niestety, nie ma go w kalendarzu na 2011 rok. Trwają jednak starania i – moim zdaniem – ostatnie już rozmowy w Ministerstwie Zdrowia w tej sprawie. Jestem przekonana, że szczepionka pneumokokowa będzie dostępna dla wszystkich dzieci już w 2012 roku. ☉

### **Trzeba mówić o ryzyku powikłań**

Mimo że szczepionki są poddawane bardzo restrykcyjnym i długotrwałym badaniom, podobnie jak inne leki mogą wywoływać objawy niepożądane (niepożądane odczyny poszczepienne). Zwykle są to reakcje miejscowe, np. zaczerwienienie, obrzęk, ból w miejscu wkłucia. Znacznie rzadziej występują objawy ogólne – głównie podwyższona temperatura. Dr n. med. Wojciech Feleszko, pediatra immunolog z Kliniki Pneumonologii i Alergologii Wieku Dziecięcego w Szpitalu Klinicznym WUM w Warszawie, uważa, że nie należy się bać tych reakcji, bo układ immunologiczny rozwija się pod wpływem otoczenia. Bodźcami, które mają na to wpływ, są np. infekcje dróg oddechowych, biegunki, a więc choroby obecne w środowisku, a także te modyfikowane, podawane z zewnątrz w szczepionkach.

Bezpieczeństwo szczepień zależy m.in. od składu szczepionki, immu-

### **Nie ma szczepionek, które nie wywołują niepożądanych objawów.**

nogenności, dawkowania, sposobu przechowywania i transportowania. Nie udało się dotąd opracować szczepionki, która nie wywołuje żadnych objawów niepożądanych. Lekarze są jednak zgodni, że nawet jeśli one wystąpią, to po kilku dniach same się wycofają. Poza tym powikłania chorób zakaźnych są o wiele częstsze i nieporównywalnie groźniejsze. Mogą być nawet przyczyną śmierci.

– Produkowane obecnie preparaty szczepionkowe cechuje wysoki poziom bezpieczeństwa, zwłaszcza w porównaniu z indywidualnymi i populacyjnymi następstwami chorób, którym zapobiegają – potwierdza dr Iwona Paradowska-Stankiewicz z Pracowni Epidemiologii Chorób Zwalczanych Drogą Szczepień w Zakładzie Epidemiologii Narodowe-



## O szczepieniach rzetelnie i bez ogródek

Z prof. Andrzejem Zielińskim, konsultantem krajowym w dziedzinie epidemiologii,  
rozmawia Lucyna Krysiak

### **Szczepienia ochronne przeżywają kryzys. Może to skutek słabej promocji?**

Promocja szczepień ochronnych w największym stopniu należy do firm farmaceutycznych, które ją finansują poprzez organizację szkoleń, akcji uświadamiających czy informacyjnych na temat szczepionek. W ich interesie leży, aby robić to profesjonalnie i nie mam co do tego zastrzeżeń. Zaszczepialność jednak spada, a najbardziej niepokoi mnie, że również wśród dzieci po 2 roku życia. Przy-

kładem są obowiązkowe szczepienia MMR przeciwko odrze, śwince i różyczce oraz przeciwko krztuścowi. To dla nas sygnał, że w promocji szczepień powinno się w większym stopniu uwzględnić szczepienia obowiązkowe, zawarte w kalendarzu. Uważam też, że działania te powinny być celowane, z większą precyzją kierowane do konkretnych grup. Mam na myśli rodziców i osoby najbardziej zagrożone zakażeniami – starsze i przewlekle chore. Widzę też konieczność objęcia pro-

mocją szczepień dużych populacji dzieci szczepionkami, które nie weszły jeszcze do kalendarza – przeciwko pneumokokom, które wywołują ciężkie, śmiertelne zakażenia, a także przeciwko wirusowi HPV, który przyczynia się do powstawania raka szyjki macicy.

### **W czym upatruje Pan spadku zaufania do szczepień?**

Po części w niedostatecznej promocji, ale także w rosnącej aktywności ruchów antyszczepionkowych. Są to grupy ludzi,

go Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny.

Według dr Anny Nitki z Poradni Konsultacyjnej Szczepień dla Dzieci z Grup Wysokiego Ryzyka w Warszawskim Szpitalu dla Dzieci lekarze powinni informować pacjentów o możliwości wystąpienia odczynów poszczepiennych. – Nowoczesne szczepionki są bezpieczne i skuteczne, ale ich podanie nie jest pozbawione ryzyka – mówi. – Dlatego tak ważna jest kwalifikacja do szczepień – dodaje dr med. Paweł Grzesiowski, pediatra i szef Instytutu Profilaktyki Zakażeń.

## **Szczepionkowa panika**

Wokół szczepień narosło wiele kontrowersji i mitów. Najbardziej

## **Lekarze powinni informować pacjentów o możliwości wystąpienia odczynów poszczepiennych.**

brzemienna w skutki była publikacja dr. Andrew Wakefielda z 1998 r., który w prestiżowym piśmie „Lancet” sugerował, że szczepionka MMR wywołuje u dzieci autyzm. Jego publikacja narobiła wiele złego, m.in. w Wielkiej Brytanii nastąpił spadek szczepień przeciwko odrze, śwince i różyczce poniżej granicy bezpieczeń-



którym trudno cokolwiek wyperswadować. Otoczyli się murem własnych przekonań, których źródło tkwi w odniesieniu się do indywidualnych przypadków, a nie danych epidemiologicznych dotyczących całych populacji. Ich wystąpienia mają charakter publicystyczny, a nie naukowy, jednak poprzez internet docierają z nimi do sporej części społeczeństwa. Wykorzystują też i nagłaśniają każde potknięcie firm farmaceutycznych, aby udowodnić, że w promowaniu szczepień chodzi o zyski. To niepoważ-

ne. Wymagania technologiczne wobec szczepionek są tak wysokie, że trudno je ominąć. Każde doniesienie o podejrzeniach nieprawidłowości jest skrupulatnie badane i nie mogą one rzutować na bezpieczeństwo szczepień.

### **Jak zmienić nastawienie do szczepień?**

W społeczeństwie wciąż jest za mała świadomość zagrożenia chorobami zakaźnymi, a jednocześnie jest ono bombardowane sensacyjnymi doniesieniami na temat odczynów poszczepiennych, powikłań czy wręcz szkodliwości szczepień. Musimy więc nauczyć się inaczej niż dotychczas rozmawiać z ludźmi na temat tej formy profilaktyki chorób zakaźnych. Rzetelnie, otwarcie i bez ogródek, aby wiedzieli o korzyściach, ale i ewentualnych powikłaniach.

Ta nauka powinna rozpocząć się już na studiach medycznych. W obecnym systemie kształcenia studentów uczelni medycznych wakcynologii poświęca się za mało miejsca. Dużą rolę do odegrania mają zakłady pracy, które mogą organizować dla swoich pracowników sezonowe szczepienia, np. przeciw grypie. Trzeba sobie zdać sprawę z tego, że drobnoustroje nie dadzą za wygraną, wciąż mutują i są coraz bardziej zjadliwe. Poszukiwanie nowych szczepionek stanowi więc wyzwanie dla badaczy. Obowiązkiem lekarza jest informowanie pacjentów o konsekwencjach unikania tej formy profilaktyki, ale też przekonywanie ich o dobrodziejstwie szczepień. Każda wizyta pacjenta w gabinecie lekarskim powinna to uwzględniać. ☉



stwa. Wprawdzie, powołując się na dziesiątki badań, jego sugestia obalono, a „Lancet” przepraszył za publikację i wycofał ją ze swojego archiwum, to jednak nieufność do szczepień pozostała. Francuzom wmówiono z kolei, że szczepionka przeciw WZW B jest jedną z przyczyn stwardnienia rozsianego. Panikę wywołała także informacja, że szczepionki – niemal wszystkie – wywołują AIDS, bezpłodność, przenoszą śmiertelne priony. I choć żadnego z tych doniesień nie potwierdzono, odnotowano spory spadek liczby szczepień.

### **Model szczepień obowiązkowych w Polsce jest wynikiem kompromisu.**

Z badań przeprowadzonych przez ośrodek SMG/KRC w lutym 2010 r. wynika, że w Polsce tylko jedna osoba dorosła na 6 zaszczepiła się przeciwko grypie, jedna na 10 przeciw żółtaczce, a zaledwie 8 proc. przeciw tężcowi. Zapytani o choroby, przeciwko którym można się zaszczepić, respondenci wymienili grypę, WZW typu B oraz choroby wieku dziecięcego: ospę wietrzną, odrę, różyczkę, świnkę. Ponad połowa badanych zadeklarowała, że jest „za” szczepieniami. Tylko 7 proc. było na „nie”, z których jedynie 3 proc. radykalnie odrzuciło wszelkie szczepienia, uzasadniając swoją postawę brakiem zaufania do szczepień i podejrzeniem, że są szkodliwe. Wśród odpowiedzi znalazły się także zarzuty, że firmy farmaceutyczne, chcąc zarobić, celowo nagłaśniają zagrożenie chorobami zakaźnymi (4 proc.) oraz że szczepionki są drogie (4 proc.). Ponad 70 proc. badanych przyznało, że w o ogóle nie szczepili się po 18 roku życia.



### **Kalendarz trzeba rozszerzać**

Pediatra prof. Jacek Wysocki, rektor UM w Poznaniu, tłumaczy, że model szczepień obowiązkowych realizowanych w Polsce jest wynikiem kompromisu. Płatne z budżetu są szczepienia przeciw WZW B, gruźlicy, błonicy, tęż-

## By podróż była bezpieczna

Z dr. n. med. Andrzejem Kotłowskim, kierownikiem Zakładu Medycyny Tropikalnej i Epidemiologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, rozmawia Lucyna Krysiak

### **Czy turyści są świadomi zagrożeń zakażeniami chorobami tropikalnymi i czy przekłada się to na zainteresowanie szczepieniami?**

Świadomość zagrożenia zakażeniami wśród osób wyjeżdżających do krajów egzotycznych systematycznie wzrasta, jednocześnie rośnie odsetek zaszczepionych przeciwko występującym tam chorobom zakaźnym. Chodzi jednak nie tylko o szczepienia, ale m.in. o profilaktykę przeciwko malarii, polegającą na

podawaniu leków przed wyjazdem, o profilaktykę przeciwbiegunkową, chroniącą przed żółtaczką pokarmową. Sytuacja wciąż daleka jest od naszych oczekiwań. Nie można liczyć wyłącznie na roztropność turystów, należy nimi odpowiednio pokierować.

### **Czy chodzi o szczepienia czy o kompleksową profilaktykę prowadzoną przed podróżą?**

Szczepienia są wprawdzie ważnym, ale tylko elementem profilaktyki.

Chodzi o wytyczne dotyczące zachowań prozdrowotnych, uwzględniające miejsce, rodzaj podróży, porę roku, warunki. Inne będą dla turysty mieszkającego w pięciogwiazdkowym hotelu z basenem, inne dla osoby, która ma bezpośredni kontakt z mieszkańcami kraju, której wyjazd ma charakter eksploracyjny, a jeszcze inne dla kogoś, kto wyjeżdża na misję lub jako wolontariusz. Osoba wyjeżdżająca powinna otrzymać przed podróżą fachową poradę.



Dobór szczepień i zaleceń profilaktycznych zależy od dokładnego wywiadu. Wciąż jeszcze są z tym problemy. Zdarza się, że lekarz podaje in-



cowi, krztuścowi, polio, *Haemophilus influenzae* typu B (Hib), odrze, śwince i różyczce. W szczególnych okolicznościach zakres ten się poszerza, ale zależy to od pieniędzy, a tych brakuje.

Zdaniem prof. Wysockiego w kalendarzu szczepień obowiązkowych bezwzględnie powinny się znaleźć szczepienia przeciwko pneumokokom,

meningokokom i rotawirusom. Te ostatnie wprawdzie nie wywołują skutków śmiertelnych, ale powodują powikłania wymagające kosztownego leczenia szpitalnego. Nie ma również powszechnych szczepień przeciwko ospie wietrznej, na którą w zeszłym roku zachorowała rekordowa liczba 180 tys. dzieci (zwykle było to ok. 140 tys. dzieci rocznie, z czego ok. 1 tys. trzeba było hospitalizować z powodu powikłań). Problemem są również zakażenia różnymi typami wirusa HPV. Według danych WHO, narażonych na zakażenie nimi jest aż 50-80 proc. populacji, w tym prawie 40 proc. kobiet poniżej 25 roku życia. Niektóre typy HPV wykazują działanie onkogenne, są odpowiedzialne m.in. za raka szyjki macicy, nowotwory sromu, pochwy, odbytu oraz jamy ustnej. Profilaktyka raka szyjki macicy polega na regularnym wykonywaniu badań cytologicznych, a u młodych dziewcząt na masowym szczepieniu przeciwko HPV. Ale o tym mówi się niewiele. ☉

**O szczepieniach także na s. 34-35**

formacje nijak mające się do faktycznej sytuacji epidemiologicznej w danym kraju, a nawet zaleca szczepienia, które są zbędne.

#### **Jak to jest możliwe?**

Mamy w kraju za mało specjalistów w tej dziedzinie. Mają to zmienić Certyfikowane Centra Medycyny Podróży. Chodzi o to, aby porada była profesjonalna, dostosowana do aktualnej sytuacji epidemiologicznej i charakteru wyjazdu. Istnieje wiele błędnych poglądów na temat profilaktyki przeciwmalarycznej, przeciwbiegunkowej, a nawet na temat kompletowania apteczki podróży. Lekarz pierwszego kontaktu czy biuro podróży nie mają wie-

dzy, aby przekazać te informacje. Należy pamiętać, że w profilaktyce podróży nie chodzi wyłącznie o ochronę turysty przed przykrymi niespodziankami, które czyhają na niego w egzotycznych krajach. Jeśli po powrocie przywiezie do domu chorobę zakaźną, staje się zagrożeniem dla swojej rodziny, znajomych, współpracowników.

#### **Jaką rolę mają w tym odegrać Certyfikowane Centra Medycyny Podróży?**

Chcemy, aby w Polsce powstała sieć takich centrów. Będą one specjalizowały się w udzielaniu fachowych porad osobom udającym się za granicę, do krajów egzotycznych, będą

przewodziły kompleksową profilaktykę, ale też zajmą się turystami po powrocie, jeśli wystąpią u nich niepokojące objawy, wskazujące na zakażenia chorobami tropikalnymi. Obecnie mamy już w Polsce 30 ośrodków, które uzyskały odpowiednie certyfikaty, 90 ośrodków jest w trakcie szkoleń i starań o przyznanie certyfikatu, a jesienią rozpocznie się kolejny cykl kształcenia lekarzy medycyny tropikalnej. Docelowo planujemy, aby w Polsce powstało 150 certyfikowanych centrów. Certyfikaty wydaje Polskie Towarzystwo Medycyny Morskiej, Tropikalnej i Podróży wraz z Głównym Inspektorem Sanitarnym. ☉



## » Polityka zdrowotna na szczyblu powiatu «

\* Z Grzegorzem Gabryelskim,  
starostą powiatu międzyskiego  
w województwie lubuskim,  
rozmawia Jolanta Małmyga



**Do powiatu międzyskiego nale-  
ży sześć gmin. Jakie placówki opie-  
ki zdrowotnej na terenie tego po-  
wiatu podlegają staroście?**

Powiat międzyski został utwo-  
rzony w 1999 roku i wówczas nale-  
żały do niego dwa szpitale – w Mię-  
dzyszczu i Skwierzynie. Szpital  
w Skwierzynie został w roku 2001  
sprywatyzowany i obecnie dzia-  
ła jako niepubliczny zakład opie-  
ki zdrowotnej. Jesteśmy organem  
założycielskim tylko dla SP ZOZ  
w Międzyrszczu. Na terenie powia-  
tu działa także Szpital dla Nerwo-  
wo i Psychicznie Chorych w Obrzy-  
cach, ale podlega on marszałkowi  
województwa.

**» Dla 60 tysięcy  
mieszkańców  
powiatu wystarczyłby  
tylko jeden szpital,  
tymczasem  
są dwa. «**

Problemem międzyskiej stacjo-  
narnej opieki zdrowotnej jest nad-  
miar łóżek. Dla 60 tysięcy mieszk-  
kańców powiatu wystarczyłby tylko  
jeden szpital, tymczasem są dwa  
i w obu działają cztery podstawo-  
we oddziały. Wobec tego środki fi-  
nansowe przeznaczone na kontrak-  
towanie świadczeń z Narodowym  
Funduszem Zdrowia są dzielone  
między dwie placówki i stąd pro-  
blemy finansowe. Mimo że współ-  
praca z Lubuskim Oddziałem Wo-  
jewódzkim NFZ układa nam się

FOT.: Z ARCHIWUM STAROSTWA

dobrze, nie bez znaczenia pozostaje ilość pieniędzy, jaką ma on do rozdysponowania. Zwłaszcza w porównaniu z innymi oddziałami Funduszu w Polsce, na przykład z Wielkopolską, z którą graniczymy przez miastem. Po prostu jest za mało pieniędzy w systemie.

Bojącą są tzw. nadwykonania, za które NFZ nie zwraca wszystkich kosztów. Uważam to za absurd. Przecież zarówno w publicznym, jak i niepublicznym szpitalu nie można odmówić udzielenia świadczenia i przyjęcia pacjenta, gdy istnieje taka potrzeba. Limitowanie świadczeń jest trudne do zaakceptowania.

**Porównując kondycję finansową obu szpitali – publicznego i niepublicznego, a także biorąc pod uwagę niedoszacowanie wyceny kosztów procedur medycznych i brak pieniędzy publicznych przeznaczonych na opiekę zdrowotną, jakie widzi Pan szanse dla lepszego funkcjonowania szpitala w Międzyrzeczu?**

Wspólnie z dyrekcją szpitala przygotowujemy się do prywatyzacji, która niewątpliwie polepszy konkurencyjność tej placówki. Stworzy również możliwość świadczenia przez nią usług komercyjnych, co wpłynie na poprawę jej kondycji finansowej. Będziemy się starać, aby odbyło się to jak najmniejszym kosztem społecznym. Myślę zarówno o pracownikach szpitala, jak i o mieszkańcach powiatu. Społeczeństwo musi zrozumieć, że prywatyzacja nie zmieni dostępu do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, natomiast stworzy dodatkową możliwość korzystania z usług, które nie mieszczą się w koszyku świadczeń gwarantowanych. Nie ma innego wyjścia, taki jest trend ogólny – rządowy i czy

chcemy czy nie, ten szpital musi być spółką prawa handlowego. Sądźmy, że będzie to spółka ze 100-procentowym udziałem powiatu.

**To są plany na przyszłość, a jaki jest wkład powiatu w restrukturyzację szpitala w Międzyrzeczu?**

Powiat międzyrzecki poręczył kredyt na restrukturyzację zadłużenia szpitala, który został zaakceptowany przez wojewodę lubuskiego. Do tej pory raty kredytu są spłacane przez szpital na bieżąco. Praktycznie każdego roku powiat dopłaca do zakupu specjalistycznego sprzętu medycznego. W tym roku szpital uzyskał ze środków unijnych dofinansowanie projektu termomodernizacji budynku, czyli m.in.

» **Prywatyzacja nie zmieni dostępu do świadczeń finansowanych ze środków publicznych.** «

ocieplenia ścian i montażu kolektorów słonecznych. Wkład własny w wysokości ok. 600 tysięcy złotych zapewnia powiat. Zamierzamy również dofinansować zakup nowego tomografu komputerowego, w czym wspomóż nas miasto Międzyrzecz. Jest to niewątpliwie bardzo potrzebny zakup, zwłaszcza po likwidacji oddziału neurologicznego w Szpitalu Psychiatrycznym w Olsztynie. Planujemy otworzyć taki oddział w SP ZOZ w Międzyrzeczu. Dzięki współpracy z lekarzami innych specjalności podczas pełnienia dyżurów będzie mógł on funkcjonować z mniejszą liczbą zatrudnionych lekarzy neurologów. Na terenie naszego powiatu oddział neurologiczny jest bardzo potrzebny. Na jego utworzenie otrzymaliśmy już zgodę zarządu województwa, swoją aprobatę wyraził również wojewoda.

**Z Pana wypowiedzi wynika, że gmina Międzyrzecz również jest zaangażowana w funkcjonowanie opieki medycznej w lokalnym szpitalu.**

Chciałbym przy tej okazji podziękować samorządowi miasta za dobrą współpracę, pomoc i wspieranie działań na rzecz zapewnienia mieszkańcom naszego powiatu bezpieczeństwa zdrowotnego. Wspólne działanie pozwala na lepsze wywiązywanie się z nałożonych przez państwo na samorząd terytorialny zadań dotyczących zaspokojenia potrzeb zdrowotnych lokalnej społeczności.

**Poza opieką szpitalną istnieje podstawowa opieka zdrowotna. Jak wygląda jej organizacja i zabezpieczenie świadczeń? Promocja i ochrona zdrowia są przecież jednym z zadań publicznych powiatu.**

Podstawowa opieka zdrowotna jest praktycznie sprywatyzowana i, według mnie, wystarczająco zaspokaja potrzeby mieszkańców powiatu. Mankamentem jest jednak to, że nie zapewnia pomocy w dni świąteczne i w nocy. Uważam to za błąd ustawodawcy. Pacjenci są kierowani do szpitala, choć nie zawsze jest to konieczne, natomiast powoduje to, że szpital ponosi dodatkowe obciążenia finansowe.

**Państwo przerzuca na samorządy lokalne coraz większą odpowiedzialność i obciąża je nowymi zadaniami, w ślad za czym nie idą pieniądze. Czy dostrzega Pan jeszcze jakieś inne niedomagania w systemie opieki zdrowotnej w Polsce?**

Polityka zdrowotna państwa to totalne nieporozumienie. Co ekipa to inna wizja, a żadna z nich nie została doprowadzona do końca. Kolejne niedokończone reformy zależne są od zmieniających się opcji politycznych. Byłem zwolennikiem sieci szpitali, gdyż był to dobry pomysł. W Polsce jest zbyt dużo szpitali, które są pozostałością po dawnej epoce. Niestety, pomysł sieci również nie został zrealizowany. Nic się nie zmieniło, a pieniędzy w systemie jest ciągle za mało. Mamy za to kolejne zmiany ustaw zdrowotnych. Brakuje spójnej polityki zdrowotnej i rozwiązań systemowych. ©

» **Szpital musi być spółką prawa handlowego.** «



## Z notatnika rzecznika prasowego

Katarzyna Strzałkowska rzecznik prasowy NIL (22) 559 13 27, 660 763 725

**Senat RP o „refundacyjnej”**  
**Pozostawienie dotych-**  
**czasowego rozwiązania,**  
**zgodnie z którym lekarz**  
**posiadający umowę na**  
**udzielanie świadczeń lub**  
**zatrudniony w podmiocie**  
**posiadającym taką umo-**  
**wę nie musi zawierać osob-**  
**nej umowy upoważniającej**  
**do wystawiania recept re-**  
**fundowanych zostało zapi-**  
**sane w jednej z poprawek**  
**Senatu RP, które przyjęto**  
28 kwietnia br. po rozpatrzeniu uchwalonej przez Sejm RP ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Wśród 97 poprawek znalazło się również zapewnienie możliwości zawierania umów upoważniających do wystawiania recept refundowanych *pro auctore i pro familia* przez lekarzy i lekarzy dentystów, którzy zaprzestali wykonywania zawodu oraz wiele innych, realizujących główne postulaty zawarte w stanowisku NRL z 4 lutego 2011 r.

### Umiejętności – szkolenie

**W marcu Prezydium NRL zajęło stanowisko w sprawie projektu nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty zawierającego m.in. zmiany związane z umiejętnościami z zakresu węższych dziedzin medycyny.** W stanowisku odniesiono się m.in. do przejęcia przez izbę funkcji szkoleniowych. 8 kwietnia br. wpłynęło pismo wiceministra zdrowia Andrzeja Włodarczyka, w którym informuje on, że ministerstwo zgadza się z koncepcją przejęcia przez samorząd zawodowy tych zadań administracji państwowej, uważa jednak,

że najbardziej efektywnym rozwiązaniem będzie przyjęcie przez izbę struktury terytorialnej odpowiadającej podziałowi administracyjnemu państwa. Sprawa była przedmiotem dyskusji na posiedzeniu NRL 13 maja br.

### Zbyt niskie zasadnicze

**Prezydium NRL w stanowisku z 20 kwietnia br. uznało za niezrozumiałe określenie miesięcznych stawek wynagrodzenia zasadniczego w publicznych jednostkach w wysokości poniżej wynagrodzenia minimalnego, które wynosi 1386 zł.** Opiniując projekt rozporządzenia ministra zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie zasad wynagradzania pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej, wskazało także na skandalicznie niski poziom wynagrodzeń lekarzy i lekarzy dentystów.

### NFZ i stomatologia

**Ministerstwo Zdrowia poprzez wiceministra Jakuba Szulca zwróciło się z prośbą o uszczegółowienie przedstawionych przez samorząd lekarski zastrzeżeń w sprawie postępowania NFZ.**

Komisja Stomatologiczna NRL przekazała ministrowi materiał opracowany przez Grupę Roboczą ds. NFZ – dokument ten stanowi kontynuację i podsumowanie wielu poprzednich wystąpień Naczelnej Rady Lekarskiej i okręgowych rad lekarskich oraz ich komisji stomatologicznych. W odpowiedzi na przesłany materiał minister zdrowia zwrócił się do prezesa NFZ z prośbą o wyjaśnienia. Ponadto, na posiedzeniu sejmowej

Komisji Zdrowia prezes NFZ ma przedstawić informację na temat wyceny świadczeń stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych i prawidłowości postępowań konkursowych.

### RPO na NRL



**Gościem majowej NRL była prof. Irena Lipowicz – rzecznik praw obywatelskich.** Podkreśliła, że wolne zawody są dyspozytariuszem zaufania publicznego, wskazała też, co samorząd lekarski powinien zrobić, aby nie doszło do „zduśnięcia tej wolności”.

### Medycyna pracy

**20 kwietnia br. Prezydium NRL, po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie zadań służby medycyny pracy, których wykonywanie przez osoby niebędące lekarzami wymaga posiadania dodatkowych kwalifikacji, rodzaju i trybu uzyskiwania tych kwalifikacji oraz wzorów stosowanych dokumentów, zgłosiło dwie uwagi.** Podkreślono, że w tytule rozporządzenia należy wskazać, że dotyczy ono (wyłącznie) pielęgniarek wykonujących zadania służby medycyny pracy, a nie osób niebędących lekarzami. Uznano też za zasadne ujednolicenie używanego w projekcie nazewnictwa.

***k.strzalkowska@hipokrates.org***  
Więcej informacji w Newsletterze NIL. Uprzejmie informuję, że możliwość otrzymywania Newslettera NIL drogą elektroniczną następuje po zarejestrowaniu się na stronie internetowej [www.nil.org.pl](http://www.nil.org.pl)

## Zniewoleni biurokratyzacją

**Przyjęta na na sesji plenarnej Europejskiej Regionalnej Organizacji Światowej Federacji Dentystycznej (ERO FDI)** w Sofii rezolucja wzy-

wa do wzmocnienia liberalnej praktyki stomatologicznej jako wolnego zawodu stanowiącego filar każdego wolnego społeczeństwa. Dla lekarza stomatologa liberalna praktyka oznacza: wolny wybór lekarza i metody leczenia, swobodną konkurencję oraz odpowiedzialność za własne postępowanie zawodowe. W interesie swoich pacjentów lekarze dentyści są zobowiązani do kierowania się etycznymi i prawnymi zasadami w ra-



mach wykonywanego zawodu. Obecnie muszą sprostać sprzecznym wymaganiom (często precyzowanym przez państwa), dotyczącym spełniania żądań i potrzeb pacjentów z jednej strony, a interesów wolnej praktyki z drugiej. ERO FDI wzywa decydentów politycznych państw członkowskich do

wzmocnienia roli wolnych zawodów. Ponadto istotne znaczenie ma usprawnienie ogólnych warunków, także prawnych i ekonomicznych, wykonywania wolnych zawodów w dziedzinie ochrony zdrowia. Jest wiele prób zdefiniowania wolnej praktyki. Według Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości wolne zawody są profesjami, które – mając szczególnie intelektualny charakter – wymagają wysokich kwalifikacji i są z reguły przedmiotem szczególnych i jasnych regulacji. W wykonywaniu takiej profesji ważne są cechy osobowe oraz w dużej mierze niezależność w wykonywaniu działalności zawo-

dowej. W obecnej sytuacji zmiany społeczne wymuszają kompromis w statusie wolnej praktyki. Wolny zawód przytłaczają biurokratyzacja i rosnące wymogi formalno-prawne. Przedmiotem manipulacji poszczególnych rządów są regulacje i ograniczenia budżetowe oraz rosnące nośniki kosztów. Zróżnicowanie podmiotów gospodarczych staje się niejasne. Oś konfliktu przebiega pomiędzy etosem a komercjalizacją medycyny. Propozycją jego rozwiązania jest dla ERO m.in. szeroko pojęte uznanie niezależnych samorządów wolnych zawodów i jasna definicja wolnej praktyki porównywalnej do przedsiębiorców.

**Anna Lella**



# Nie medale tu się liczą, tu się liczy udział nasz

Z Jackiem Tętnowskim,  
przewodniczącym Komisji ds. Kultury,  
Sportu i Rekreacji NRL,  
rozmawia Lucyna Krysiak

**Lekarze i lekarze dentyści to jedna z najbardziej zapracowanych grup zawodowych. Czy trudno ich zachęcić do udziału w zajęciach rekreacyjnych, a tym bardziej w zawodach sportowych?**

Kiedy sześć lat temu obejmowałem przewodniczenie Komisji ds. Kultury, Sportu i Rekreacji NRL, miałem poważne obawy, czy uda mi się na tyle zainteresować środowisko naszą działalnością, aby aktywnie uczestniczyło w oferowanych formach rekreacji. Wcześniej kierowałem podobną komisją w macierzystej OIL w Krakowie i, choć z sukcesem, zdawałem sobie sprawę, że organizowanie imprez na ska-

***W naszej działalności integracja środowiska jest najważniejsza.***

łę ogólnopolską i zachęcenie kolegów do udziału w nich będzie znacznie trudniejsze. Podjąłem jednak to wyzwanie, a rezultaty przeszły moje oczekiwania. Wciąż mnie zaskakuje zaangażowanie i pasja, z jaką, mimo codziennych obowiązków, koledzy lekarze znajdują czas i ochotę, by jechać na drugi koniec Polski i startować w zawodach. Tym bar-

dziej że nie jest to jakiś mały odsetek naszej społeczności. Przyjeżdżają z całymi rodzinami i świetnie się bawią. Myślę, że w tej naszej działalności właśnie integracja środowiska jest najważniejsza. Zgodnie ze znanym już całej lekarskiej Polsce hymnem Igrzysk w Zakopanem, w których uczestniczy blisko tysiąc lekarzy: „Nie medale tu się liczą, tu się liczy udział nasz”. I o to właśnie chodzi.

**Są osoby obdarzone predyspozycjami do uprawiania jakiejś dyscypliny sportu. Czy jest miejsce dla mniej utalentowanych?**

Część koleżanek i kolegów lekarzy traktuje sport bardzo poważnie. Systematycznie trenują, stosują specjalne diety, dysponują – jeżeli tego wymaga dyscyplina – profesjonalnym sprzętem. Tych zapalonych sportowców mamy kilkuset i to właśnie oni zdobywają dla nas medale Mistrzostw Świata Medyków. W sporcie i rekreacji jest jednak miejsce dla każdego lekarza. Wystarczą chęci. Komisja współfinansuje rocznie około 60 imprez spor-

**Wciąż mnie zaskakuje zaangażowanie i pasja z jaką lekarze biorą udział w zawodach.**

towych o zasięgu ogólnopolskim. Myślę, że jej praca jest dobrze oceniana przez NRL, skoro w pierwszym roku poprzedniej kadencji przyznano nam 80 tys. zł dotacji, a w obecnej 300 tys. zł. Żadna inna komisja nie odnotowała takiego wzrostu dofinansowania. Pragnę jednak podkreślić, że koszty utrzymania Komisji są praktycznie zerowe. Poza jednym spotkaniem na koniec roku w Warszawie, nie wydajemy ani jednej złotówki na nasze potrzeby, nie rozliczamy żadnych delegacji, nie przyznajemy dofinansowań udziału członków Komisji w imprezach itd. Dajemy pieniądze wyłącznie na organizację imprez. Fundujemy medale, puchary i inne nagrody. Od paru lat finansujemy zakup strojów sporto-



FOT.: MATEUSZ GAJDA

---

## ***Dajemy pieniądze wyłącznie na organizację imprez.***

---

wych dla reprezentantów Polski. Wielu imprezom o charakterze lokalnym patronują okręgowe izby lekarskie, jednak by osiągnąć główny cel, jakim jest integracja całego środowiska, zachęcamy do udziału w nich lekarzy z całej Polski. Komisja ds. Kultury, Sportu i Rekreacji NRL wykupiła domenę [www.sportlekarski.pl](http://www.sportlekarski.pl). Już wkrótce będzie tam można zamieścić wszelkie informacje o wydarzeniach kulturalno-sportowych. Wspólnymi siłami kilku, najczęściej sąsiadujących izb lekarskich udało nam się zorganizować kilka imprez sportowych. Pomysł się sprawdził, dlatego uważam, że ideę należy kontynuować w następnych sezonach.

### **Sprzęt sportowy jest jednak drogi, koszty jego zakupu w całości ponoszą lekarze. Dla wielu to bariera nie do pokonania...**

Chcemy podpisać porozumienia z siecią sklepów ze sprzętem turystyczno-sportowym na zakupy, z dyskontem 10-20 proc. dla lekarzy, na podstawie plastikowej legitymacji lekarskiej lub prawa wykonywania zawodu. Prowadzę rozmowy na ten temat. W jednej z sieci w południowej Polsce, która m.in. sprzedaje narty i rowery, wstępnie obiecano nam 20 proc. zniżki. W kilku izbach, w tym krakowskiej, już uruchomiliśmy wydawanie plastikowych legitymacji upoważniających, między innymi, do korzystania z wyciągów narciarskich na preferencyjnych warunkach. To jednak początek. Dążymy do tego, aby powstała lista firm, które udzielają lekarzom zniżek. Będziemy je zamieszczać na łamach naszych biuletynów, „Gazety Lekarskiej” oraz na stronie internetowej.

### **A co Komisja ma do zaoferowania lekarzom, którzy nie mają sportowego zacięcia?**

W obecnej kadencji chcemy położyć szczególny nacisk na promowa-

nie imprez kulturalnych. Wiele koleżanek i kolegów obdarzonych jest talentem w różnych dziedzinach, takich jak malarstwo, poezja, śpiew, muzykowanie. Bardzo liczne grono pasjonuje się fotografią, również podwodną. Przeznaczamy na te imprezy coraz większe środki. W tym roku ponad 80 tys. zł. Zależy nam, aby na szerszym forum zaprezentować ich umiejętności, a tym samym zachęcić do współpracy tych, którzy nie ujawnili się jeszcze ze swoimi pasjami. Organizujemy dla nich wystawy, plenery, koncerty i chcielibyśmy rozszerzać tę działalność. Koncert „Ars Medici”, który miał miejsce 4 kwietnia w Warszawie, dowiódł, jak wielu spośród nas ma artystyczną duszę. Jak mówił nieodżałowany ksiądz prof. Józef Tischner: „Mo ślebotne duse, łobdorzone Boskim talentem i jesce sie tym dziełic umiejom, i łoni som nojścynśliwsi i spełnieni”. Właśnie takich utalentowanych lekarzy udało się zebrać w ten niezapomniany wieczór w Teatrze Roma, a wierzę, że jest ich więcej.

---

## ***Turystyka jest naszym oczkiem w głowie.***

---

### **Wielu lekarzy i lekarzy dentyistów to zapaleni turyści. Na jakie wsparcie Komisji mogą liczyć?**

Turystyka jest naszym oczkiem w głowie. Zresztą pośrednio łączy się ze sportem i rekreacją. Można powiedzieć, że dziedziny te przenikają się. Izby organizują wspólne wyjazdy na narty, żagle, wycieczki. Wspomnę w tym miejscu o wieloletniej akcji OIL w Krakowie „Grecja – Stomio”. Od ośmiu lat kilkadziesiąt rodzin lekarskich wyjeżdża do uroczej miejscowości na Riwierze Olimpijskiej. Koszt noclegu 4-5-osobowej rodziny w dwupokojowym apartamencie bezpośrednio nad morzem wynosi około 40 euro, czyli 8-10 euro na osobę. Myślimy o tym, aby ten pomysł rozszerzyć na całą Polskę. Wymagałoby to jednak podpisania umowy na wynajem całego hotelu na okres 5 lat i wpla-

cenia kaucji gwarancyjnej. Uważam, że przeszkody te są do pokonania, bo oferta jest bardzo atrakcyjna. Tym bardziej że nie mówimy o milionach. Kaucja gwarancyjna wynosi 20 tys. euro i pozostaje nienaruszona, jeśli wszystkie miejsca w hotelu będą wykupione przez lekarzy. Po sezonie, np. we wrześniu, z oferty będą mogli skorzystać nasi emeryci i renciści, dla których chcemy wynegocjować dodatkowe 20 proc. zniżki. Postaramy się też przedstawić listę innych hoteli i ośrodków, które oferują ulgi dla lekarzy. Jeżeli koleżanki i koledzy mogą, poprzez swoje kontakty, pomóc w realizacji tych pomysłów, oczekuję na telefony (607 240 938) lub e-maile ([drjacek@su.krakow.pl](mailto:drjacek@su.krakow.pl)).

### **Ma Pan opinię człowieka, który jest pasjonatem tego, co robi.**

Pochodzę z Nowego Targu, jestem rodowitym góraliem. Wychowałem się obok lodowiska hokejowego, sport i kibicowanie mam we krwi. Kiedyś skakałem wzwyż, jeżdżę na nartach, wspólnie z żoną Małgorzatą, również lekarzem, sporo jeździmy po świecie. Myślę, że jestem wiarygodny w tym, co robię i potrafię przekonać kolegów. Jednak problemem koleżanek i kolegów nie jest frekwencja, ale brak wolnego czasu, a co za tym idzie – brak chętnych, którzy podjęliby się organizowania takich imprez. Szukamy więc nowych rozwiązań. Do zorganizowania tegorocznych Mistrzostw Polski w Narciarstwie Alpejskim w Zakopanem wynajęliśmy firmę z zewnątrz i kosztowało nas to mniej, niż wcześniej przeznaczaliśmy na ten cel. Jestem jednak ostrożny w powielaniu tego rozwiązania. Obawiam się, aby nie zniechęciło to tych działaczy samorządowych, którzy chcą coś z siebie dać, coś organizować. Będziemy o tym dyskutowali, ale w sytuacjach awaryjnych można z tego rozwiązania skorzystać.

### **Marzenia?**

Mistrzostwa Świata Medyków organizowane przez naszą izbę, najchętniej na moim ukochanym Podhalu. Może nie w tej kadencji, ale w następnej. Kto wie? ●

# Koniec stażu podyp

ANNA KURHAŃSKA-FLISYKOWSKA

Nowe programy studiów dla lekarzy i lekarzy  
dentystów zaczną obowiązywać w roku  
akademickim 2012/13.

W kwietniu br., w związku z przesłaniem do Sejmu (i uchwaleniem) pakietu ustaw zdrowotnych, swoją pracę zakończył zespół ds. reformy programu studiów stomatologicznych powołany przez Ministerstwo Zdrowia. Zmiany, które powstały w związku z planem likwidacji stażu podyplomowego, wzbudzają – co zrozumiałe – mnóstwo emocji.

Staż podyplomowy był obowiązkowy dla lekarzy dentystów w Polsce już przed II wojną światową. W swoim czasie uważano go za prestiżowy sukces reaktywowanego samorządu lekarskiego. Staż w medycynie wydawał się zrozumiały sam przez się i nikomu nawet się nie śniło, że może go nie być. Staże podyplomowe w zakresie stomatologii istnieją w 11 państwach europejskich, w tym w Wielkiej Bry-

tanii, Danii, Finlandii, Niemczech, państwach nadbałtyckich, Czechach, Słowenii i na Słowacji. W pozostałych państwach, w tym w Holandii, Francji i Austrii, obowiązkowa jest rocz-

*Zmiany programów  
nauczania nie doprowadzą  
do zmniejszenia  
wydatków państwa na  
studia medyczne.*

na lub dwuletnia praca z patronem. I to patron otrzymuje wynagrodzenie.

Przedyskutowane i skorygowane programy studiów przekazane zostały po spotkaniach w gronach dziekań-

skich do publicznej dyskusji. Mają zacząć obowiązywać w roku akademickim 2012/13 i objąć studentów pierwszego roku. Liczą nie mniej niż 5000 godzin dla przyszłych stomatologów i 6400 dla medyków. W żadnym z nich nie można już „okroić” przedmiotów podstawowych, bo naruszyłyby to porozumienia międzynarodowe. Można rozważyć, w miarę potrzeby, z zachowaniem autonomii uniwersytetów medycznych, wydłużenie roku akademickiego. Tradycyjnie ma on w Polsce 30 tygodni, w innych państwach europejskich o 4-6 tygodni więcej. Nie obniża to jednak kosztów studiowania.

Ponieważ wejście do Unii Europejskiej wiązało się ze zmianą programu studiów stomatologicznych, nie do końca zresztą akceptowaną, już w roku 2004 rozbudowano praktyczne przygotowanie studentów, zwiększając liczbę godzin z przedmiotów ściśle stomatologicznych. Obecnie w dyskusji nad programami studiów w Europie pojawiają się głosy, zwłaszcza w Niemczech, Austrii czy Szwajcarii, zwracające uwagę na zalety progra-

*Z głębokim żalem i smutkiem żegnamy  
Naszego Kolegę i Przyjaciela*



**Śp. Dr. Tomira Vitali**

wspaniałego Lekarza, dobrego i życzliwego Człowieka, służącego zawsze radą i pomocą potrzebującym, wieloletniego Zastępcę Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Naczelnej Izby Lekarskiej, przez 20 lat działającego dla dobra samorządu lekarskiego.

*Rodzinie i Bliskim Zmarłego wyrazy głębokiego współczucia składają*

*Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Naczelnej Izby Lekarskiej wraz z zespołem Zastępców i pracownikami Biura*

*Z głębokim żalem i smutkiem żegnamy  
Naszego Kolegę i Przyjaciela*



**Śp.**

**Dr. n. med. Piotra Kolasińskiego**

wspaniałego Lekarza, dobrego i życzliwego Człowieka, służącego zawsze radą i pomocą potrzebującym, Zastępcę Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Naczelnej Izby Lekarskiej, przez wiele lat działającego dla dobra samorządu lekarskiego.

*Rodzinie i Bliskim Zmarłego wyrazy głębokiego współczucia składają*

*Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Naczelnej Izby Lekarskiej wraz z zespołem Zastępców i pracownikami Biura*



# lomowego

mu studiów stomatologicznych ściśle powiązanych z medycyną. W Polsce ulegliśmy amerykanizacji programów – dentystyka od pierwszego roku w połączeniu z marketingiem na czwartym. Program uwzględnia jednak zachowanie tej samej liczby godzin z przedmiotów ogólnolekarskich.

Dużej uwagi wymaga organizacja praktyk wakacyjnych, które muszą nie tylko pokazać „jak to będzie w przyszłości”, ale od początku uczyć obowiązków związanych z ruchem pacjentów, kontaktów interpersonalnych, wypełniania obowiązków asystentki i higienistki dentystycznej. A także znajomości podstawowych przepisów, zachowania tajemnicy lekarskiej czy praktyki zapobiegania chorobom zakaźnym.

## *Udział prywatnych praktyk lekarsko-dentystycznych w procesie kształcenia nie może być darmowy.*

Udział prywatnych praktyk lekarsko-dentystycznych w procesie kształcenia nie może być darmowy i odbywać się kosztem pogorszenia warunków przyjmowania pacjentów. Lekarze zgadzający się na przyjęcie praktykantów nie mogą robić tego, jak dotychczas, z dobrego serca, muszą być wynagradzani i ubezpie-

czeni. Ubezpieczony musi być także student-praktykant. Ogromnym wydatkiem są sale fantomowe do nauczania przedklinicznego, w tym nowoczesne fantomy do nauki badania pacjenta, udzielania pomocy w stanach nagłych, diagnostyki narządowej. To, co można było w małej grupie stażystów pokazać na żywym człowieku, trzeba będzie w grupach dziekańskich przetrenować na fantomie. Należy podkreślić, że zmiany programów nauczania nie będą prowadziły do zmniejszenia wydatków państwa na studia medyczne.

Program zostaje obecnie przekazany do dyskusji przed wydaniem rozporządzeń wykonawczych. Najbliższe spotkanie Okrągłego Stołu w Nałęczowie, organizowane przez prof. Teresę Bachanek, będzie m.in. dotyczyło zmian programu kształcenia przed-dyplomowego. ●

*Autorka jest doktorem n. med., członkiem Komisji Stomatologicznej NRL i jej grupy roboczej ds. kształcenia*

R E K L A M A

## TECHNOLOGIE W SŁUŻBIE ZDROWIU



### Doskonałość cyfrowej mammografii

- Panel **cyfrowy** wykonany w technologii amorficznego selenu
- **Flex-AEC**
- Technologia **TriFilter®** redukcja dawki aż do **60%**
- System kompresji **MaxView**
- **DigiGuide** - stereotaksja cyfrowa
- Niska waga i kompaktowe wymiary

**Planmed Nuance Excel** to flagowy model fińskiego potentata. Wiele unikalnych opcji i funkcji takich jak np.: **MaxView**, czy **DigiGuide** (najlepszy na rynku system do stereotaksji) oraz rewelacyjne warunki zakupu oferowane przez **Mar-Med**, czynią z Nuance Excel optymalne rozwiązanie dla każdej placówki szukającej FFDM z najwyższej półki.



**Planmed**  
Nuance Excel



Mar-Med Sp. z o.o.  
Al. Lotników 32/46, 02-668 Warszawa; tel. 022 853 14 11 lub 847-30-08, fax. 847-30-10  
e-mail: info@mar-med.pl, www.mar-med.pl



# Przypomnienie mistrza Jana z Czarnolasu

\* W czasie rocznego stażu podyplomowego absolwenci stomatologii nabierali doświadczenia, samodzielności, pewności siebie. Czy warto było go likwidować? \*

MAŁGORZATA KACZMARSKA-BANASIAK

**D**ługo zastanawiałam się, czy podzielić się z kolegami i koleżankami swoimi przemyśleniami na temat likwidacji stażu podyplomowego. Przecież dzisiaj tej decyzji już nikt nie zmieni. Lekarze i lekarze dentyści po uzyskaniu dyplomu i zdaniu LEP-u i LDEP-u otrzymają prawo wykonywania zawodu i będą mogli go samodzielnie wykonywać. W przypadku lekarzy dentystów będzie to najprawdopodobniej indywidualna praktyka lekarska. Co to oznacza, wie każdy praktykujący lekarz. Tylko czy na pewno wiedzą to minister zdrowia, rząd, członkowie parlamentu? Czy ktośkolwiek z nich zdaje sobie sprawę z poziomu umiejętności absolwentów stomatologii, tempa ich pracy, umiejętności samodzielnego podejmowania decyzji, postrzegania problemów zdrowotnych pacjenta jako całości?

20 lat pracy w samorządzie zawodowym lekarzy i 30 lat pracy zawodowej na różnych stanowiskach w zakładach opieki zdrowotnej dają mi podstawy do przemyśleń, z którymi nie wszyscy się zgodzą. Nigdy nie mogłam zrozumieć, dlaczego przedstawiciele władzy różnych szczebli nie chcieli, i nadal nie chcą, przyjmować uwag samorządu lekarskiego w kwestiach dotyczących wykonywania zawodu lekarza i organizacji opieki zdrowotnej.

Tak było, kiedy rozpoczęto likwidację gabinetów dentystycznych w zakładach nauczania i wychowania. Lekarze mówili, że tracą na tym tylko dzieci, że pogorszy się stan ich uzębienia,

a decydenci przekonywali, że nadszedł czas, aby rodzice zaczęli dbać o uzębienie swoich dzieci, bo to ich obowiązek. Większość gabinetów szkolnych zlikwidowano, całkiem jeszcze przywoity sprzęt złomowano, reszty dopełnił sposób kontraktowania świadczeń przez kasy chorych. Opiekę stomatologiczną nad dziećmi przejęły poradnie ogólnostomatologiczne.

Czas płynął, kraje europejskie osiągnęły wskaźniki zdrowia jamy ustnej WHO, a u nas próchnica kwitnie podobnie jak w Albanii. Polska jest wszak członkiem Unii Europejskiej, więc może wypadałoby, żeby nasze dzieci miały zęby zdrowe jak, nie przymierzając, w Skandynawii. Co więc wymyślono? Wymyślono dentobusy, bo dzieci nie mogą się dostać do gabinetów, bo lekarze nie chcą dzieci leczyć, bo NFZ kontraktuje zbyt mało świadczeń dla dzieci i po zbyt niskich cenach. Ciśnie się na usta „A nie mówiliśmy, żeby nie likwidować gabinetów w szkołach!”. Niestety, nikt nas wtedy nie słuchał.

W XVI wieku mistrz Jan Kochanowski napisał w „Pieśni o spustoszeniu Podola”:

*Ciesz się ten rym:  
Polak mądry po szkodzie.*

Jakże aktualne są te słowa w omawianym przypadku. Przez analogię zastanawiam się, czy nie będzie podobnie ze sprawą możliwości zatrudniania lekarzy przez lekarzy dentystów-właścicieli indywidualnych praktyk lekarskich. To kolejny wniosek samorządu

lekarskiego odrzucony przez władzę. Czy podobnie będzie ze stażem podyplomowym? Przeciwno jego likwidacji protestował samorząd, protestowali stażyści, protestowali studenci. Protestów tych jednak nie uwzględniono. Przypomnę więc ciąg dalszy strofy mistrza Jana z Czarnolasu:

*Lecz jeśli prawda i z tego nas zbudzie,  
Nową przypowieść Polak sobie kupi,  
Że i przed szkodą i po szkodzie głupi.*

Stawiam to pod rozwagę tych, którzy jakże łatwo zapominają, że samorząd lekarski ma, wynikające z zapisu ustawy o izbach lekarskich, prawo do wydawania opinii w sprawach dotyczących wykonywania zawodu lekarza. Oczywiście z zapisu wzmiankowanej ustawy nie wynika obowiązek uwzględniania tych opinii przez decydentów. Nie można jednak podejrzywać le-

***Polska jest w UE. Może wypadałoby, żeby nasze dzieci miały zęby zdrowe jak dzieci w Skandynawii.***

karzy o to, że chcą szkodzić sprawom swojego zawodu i swoim pacjentom. Lekarze stażyści w czasie rocznego stażu nabierali doświadczenia, samodzielności, pewności siebie. Łatwiej było skorygować drobne błędy opiekunowi, który zajmował się jednym stażystą, niż asystentowi, który w ramach ćwiczeń zajmuje się grupą 10 studentów. Może warto było o tym pamiętać, gdy likwidowano staż. ☉

***Autorka jest lekarzem dentystą, byłym wiceprezesem ORL w Łodzi i byłym członkiem NRL***



\* System kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów wymaga gruntownych zmian. \*

R E K L A M A

# Za mało rezyd

LUCYNA KRYSIAK

**T**rzeba zaktualizować programy specjalizacji, zwiększyć nadzór nad jednostkami prowadzącymi specjalizacje oraz zmienić sposób rozdzielania miejsc rezydenckich – podkreślali uczestnicy XX Ogólnopolskiej Konferencji Młodych Lekarzy, którą Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska zorganizowała w dniach 13-15 maja w Olsztynie.

## Zawód wielu możliwości

Do Olsztyna przyjechało blisko 50 młodych lekarzy, by wziąć udział w debacie na temat związanych z wprowadzeniem tzw. pakietu ustaw zdrowotnych zawirowań w kształceniu przed- i podyplomowym lekarzy i lekarzy dentystów. Temat konferencji – „Lekarz zawodem wielu możliwości” – miał z jednej strony sprowokować do dyskusji, z drugiej pokazać, jak może wyglądać kształcenie w przyszłości.

Prof. Wojciech Maksymowicz, dziekan Wydziału Nauk Medycznych UWM w Olsztynie, podkreślił, że niezależnie od tego, w jakiej sy-

tuacji i warunkach znajdzie się lekarz, będzie musiał dokonywać wyborów. A one zawsze będą związane z ustawicznym kształceniem. Maciej Hamankiewicz, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, mówił, na co młodzi lekarze powinni położyć nacisk w tym kształceniu w nowej, zmieniającej się rzeczywistości. Z kolei Anna Lella, wiceprezes NRL i przewodnicząca Rady Ośrodka Doskonalenia Zawodowego NRL, poinformowała, w jakim stopniu mogą liczyć na wsparcie samorządu lekarskiego w kształceniu ustawicznym.

Prof. Piotr Zaborowski, przewodniczący rady programowej Kierunku Lekarskiego, istniejącego od 3 lat w Olsztynie Wydziału Nauk Medycznych, przedstawił możliwości uzyskiwania stopni naukowych na tej uczelni. Opowiedział również, jak może wyglądać kształcenie za 10 i więcej lat. Podkreślił, że nieuniknione będzie równoczesne zdobywanie teorii i praktyki lekarskiej. Oznacza to, że student medycyny stanie przy łóżku chorego już na I roku. Nowy model nauczania będzie też kładł nacisk na działanie inter-

*Za dziesięć i więcej lat równoczesne zdobywanie teorii i praktyki lekarskiej będzie nieuniknione.*

# entur, za dużo biurokracji



Foto: Grzegorz Sosnowski

wencyjne, oddalając na drugi plan diagnozę.

## Potrzebne są zmiany

Anna Woś i Aneta Sadoń, przewodnicząca i wiceprzewodnicząca Komisji Młodych Lekarzy WMiL w Olsztynie, przedstawiły stanowiska kolegów w kwestii kształcenia przed- i podyplomowego.

Młodzi lekarze złożyli na ręce Moniki Troć z Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia apel o wprowadzenie zmian

staże kierunkowe. Chcą wprowadzenia zmian, które wpłyną na lepsze wykorzystanie puli miejsc rezydenckich w całym kraju. Apelują do ministra zdrowia o zwiększenie nadzoru nad jednostkami prowadzącymi specjalizacje lekarzy i lekarzy dentystów, aby respektowały one kodeks pracy i programy specjalizacji.

Młodzi lekarze zwrócili się do konsultantów krajowych i wojewódzkich z prośbą o uaktualnienie programów specjalizacji. Zaapelowali też do parlamentarzystów, premiera,

nich praktykach lekarskich i lekarsko-dentystycznych, a także grupowych praktykach lekarskich i grupowych praktykach lekarsko-dentystycznych. Ⓞ

*Pełna treść stanowisk przyjętych przez młodych lekarzy w Olsztynie na stronie [www.wmil.olsztyn.pl](http://www.wmil.olsztyn.pl)*

R E K L A M A

## Młodzi lekarze chcą wprowadzenia zmian, które wpłyną na lepsze wykorzystanie miejsc rezydenckich.

do systemu kształcenia specjalizacyjnego lekarzy i lekarzy dentystów. Domagają się, aby jednostki organizacyjne spełniające warunki niezbędne do prowadzenia specjalizacji w danej dziedzinie mogły również prowadzić

ministra zdrowia i NRL o nowelizację ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Poprosili o wykreślenie z niej art. 53 i umożliwienie zatrudnienia lekarza lub lekarza dentysty w indywidualnych lub indywidualnych specjalistycz-





# Badania medyczne i konflikt interesów

Ośrodek Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej przetłumaczył na język polski najnowszą wersję Deklaracji Helsińskiej.

**Marek Czarkowski**

**D**eklaracja Helsińska jest najważniejszym międzynarodowym dokumentem określającym zasady etycznej realizacji badań medycznych. Najnowsza, obecnie obowiązująca wersja została opublikowana w 2008 r. Wprowadzono w niej szereg istotnych zmian w stosunku do wcześniejszej wersji z roku 2004.

Po pierwsze, Światowe Stowarzyszenie Lekarzy rozszerzyło zakres badań, jakie powinny być opiniowane przez komisje etyczne. Obecnie nie tylko każdy eksperyment medyczny prowadzony na ludziach,

ale również każde badanie ludzkiego materiału biologicznego lub ludzkich danych powinno zostać zgłoszone do komisji etycznej do spraw badań (w Polsce komisje opiniujące eksperymenty medyczne nazywane są komisjami bioetycznymi). Zdecydowanie ograniczono także dopuszczalność stosowania w badaniach medycznych placebo. W zasadzie placebo (lub brak leczenia) jest dozwolone jedynie wówczas, gdy nie istnieje żadna sprawdzona metoda zapobiegania, leczenia lub diagnozowania. Wyjątkowo i tylko wówczas, gdy badani nie będą narażeni na **żadne** (nawet minimalne!) **ryzyko**, zastosowanie w badaniu placebo lub braku leczenia jest dopuszczalne (drugim koniecznym warunkiem jest obecność przekonujących i naukowo uzasad-

nionych powodów metodologicznych uzasadniających użycie placebo).

Nowa wersja zwraca także uwagę na zjawisko konfliktu interesów i zobowiązuje badacza do poinformowania każdego potencjalnego uczestnika badania o wszelkich możliwych konfliktach interesów i powiązaniach instytucjonalnych, a także o źródłach finansowania badania (nazwie firmy farmaceutycznej sponsorującej badanie). Powyższy zapis wskazuje na potrzebę umieszczenia i tych informacji w Druku Informacji dla Uczestnika Badania.

Wszystkich lekarzy stażystów odbywających staż z zakresu bioetyki, kolegów lekarzy zaangażowanych w realizację badań prowadzonych na ludziach i wszystkie inne zainteresowane osoby zachęcam do odwiedzenia strony internetowej Ośrodka Bioetyki NRL ([www.bioetyka.net](http://www.bioetyka.net)), gdzie w zakładce: Dokumenty – Dokumenty Międzynarodowe znajdą

Państwo polskie tłumaczenie Deklaracji Helsińskiej. Natomiast każdy potencjalny uczestnik badania klinicznego lub innego eksperymentu medycznego znajdzie w zakładce Informacje dla Badanego odpowiedzi na podstawowe pytania dotyczące tych zagadnień. ☉



Autor jest przewodniczącym Ośrodka Bioetyki NRL

***Światowe Stowarzyszenie Lekarzy rozszerzyło zakres badań, jakie powinny być opiniowane przez komisje etyczne.***







# W pogoni za kasą

*Pieniądze, które mamy, są narzędziem wolności.  
Pieniądze, za którymi się uganiamy  
– narzędziem niewoli.*

Jan Jakub Rousseau

JOLANTA MAŁMYGA

Jedno stwierdzenie wyklucza drugie, ale czy na pewno? Prawda oczywista i stara jak świat, tak samo jak i ta, że pieniądź rządzi światem. W obecnych czasach pojawiających się kryzysów finansowych, które dotyczą wszystkich, bez względu na miejsce zamieszkania i status społeczny, mimo najszczerzych chęci myślimy ciągle o pieniądzach i ich zdobywaniu, gdyż za nie się żyje. Tylko czy nasze życie to wyłącznie pogoń za pieniądzem i zapominanie o innych wartościach?

Moim zdaniem możemy zarabiać pieniądze w taki sposób i dla takich rzeczy, dla których warto poświęcić życie. Nie uważam tego stwierdzenia za górnolotny slogan i nie chodzi mi o poświęcenie, jakiego od lekarzy oczekuje większość pacjentów – judymowskiej służby o każdej porze i w każdym przypadku oraz mieszkania w lepiankach. To już nie te czasy.

Każdy z nas chciałby być doceniany i godziwie wynagradzany za ciężką

pracę, w wykonywanie której wkłada dużo wysiłku, pieniędzy i wiedzy zdobytej podczas wielu lat studiów. Oczekujemy poszanowania, ale proza życia jest inna. Wielokrotnie sami zapracowujemy na opinię maszynek do robienia kasy. Jest to skwapliwie wykorzystywane przez płatników usług medycznych, zarówno publicznych, jak i prywatnych.

W stosunkach koleżeńskich też we zawsze zachowujemy się właściwie. Nie uznajemy rad innych, sami chętnie krytykujemy i podważamy diagnozy kolegów po fachu w taki sposób, jakby kodeks etyki nigdy nie istniał. Do starszych lekarzy albo odnosimy się z pobłażaniem i wyższością, albo udajemy, że ich nie znamy, traktując jak uprzykrzonych pacjentów. A przecież oni nas uczyli i leczyli, a teraz sami potrzebują pomocy – nie tylko medycznej, ale także w poruszaniu się wśród zmieniających się przepisów i zasad funkcjonowania opieki medycznej.

Nie mamy czasu dla pacjentów i nie przyjmujemy do wiadomości ich zda-

nia. A czasami warto posłuchać, co chcą nam przekazać.

Byłam świadkiem rozmowy pacjentki z lekarką (specjalistką), która w sposób ironiczny i ośmieszający podważyła rozpoznanie choroby postawione również przez lekarza specjalistę z innej dziedziny. Nie przyjęła do wiadomości diagnozy choroby, ale też nie próbowała wyjaśnić pacjentce jej wątpliwości. Zażądała natomiast zapłaty, i to wygórowanej, za czas i usługę.

To jeden z przykładów życia dla pieniędzy. Moim zdaniem niezbyt dobrze świadczący o zawodzie lekarza. A przecież w tej profesji potrzeba chociażby odrobiny empatii i zaangażowania w sprawy pacjenta.

*Najcenniejszych rzeczy  
w życiu nie nabywa się  
za pieniądze.*

Albert Einstein

Czy warto całe życie poświęcić zarabianiu pieniędzy i pomnażaniu dóbr? Ciekawe, co robi ta pani doktor za kilka lat, gdy starość zajrzy jej w oczy i pojawi się potrzeba leczenia własnych niedomagań.

Wielu czasu spędzam w pociągach i słucham wypowiedzi współpasażerów o lekarzach i leczeniu. Są różne – pozytywne i negatywne. Tych drugich, niestety, jest więcej. Chociaż nie są one obiektywne, to wiele mówią o tym, jak jesteśmy postrzegani. ☉



Autorka jest lekarzem dentystą, wiceprezesem ORL w Gorzowie Wlkp.



# Stan zaufania



— Żle pojęta solidarność zawodowa powoduje paraliż toczących się postępowań. —

== JAROSŁAW WANECKI ==

**Z** inicjatywy Mieczysława Szatanka, prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, powstało Mazowieckie Forum Zawodów Zaufania Publicznego, którego zadaniem ma być dyskusja o sprawach samorządowych i wspólna reprezentacja w wyrażaniu opinii w najważniejszych kwestiach dotyczących funkcjonowania struktur państwa.

Niewiele osób zdaje sobie sprawę z faktu, że w ciągu ostatnich dwudziestu lat powstało 17 samorządów zawodowych, wśród których obok izb lekarskich i pielęgniarzkich znajdziemy, między innymi, korporacje radców prawnych, aptekarzy, adwokatów, diagnostów laboratoryjnych, architek-

tów, kuratorów sądowych, komorników i urbanistów. Wydawałoby się zawodów czasami bardzo od siebie oddległych, więc znalezienie wspólnej płaszczyzny na pierwszy rzut oka, wymaga nie lada pomysłowości. Okazuje się, że nic bardziej mylnego.

Do Kajetan, gdzie znajduje się prowadzone przez profesora Henryka Skarżyńskiego (Naczelna Rada Lekarska) Międzynarodowe Centrum Słuchu i Mowy, przybyli pod koniec kwietnia przedstawiciele większości zawodów zaufania publicznego z całego Mazowsza, aby „usłyszeć” o problemach nurtujących poszczególne środowiska oraz posłuchać, co na temat ich pracy powie rzecznik praw obywatelskich – Irena Lipowicz.

Wykład pani profesor rozpoczął się od zdefiniowania „zawodu zaufania publicznego”, któremu władza państwowa oddaje część swoich kompetencji administracyjnych oraz orzecznictwo w sprawach dyscyplinarnych, kierując się domniemaniem, że poziom wykształcenia i postawy moralno-etyczne danej grupy pozwalają na ich prawidłową realizację w praktyce codziennej. O takie zaufanie za-



Prof. Henryk Skarżyński, prof. Irena Lipowicz – rzecznik praw obywatelskich i Mieczysław Szatank – prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie.

FOT.: KRZYSZTOF MAKUCH



biega wiele grup zawodowych, które chcą stanowić o rozwoju swojej profesji, sposobach kształcenia, naboru i tworzenia kodeksów postępowania.

Irena Lipowicz w skrócie przedstawiła ewolucję pojęcia samorząd w czasie wprowadzania wielkich reform z 1999 r. Założenie było proste. Trzy równoważące się samorządy: lokalny, zawodowy i rolniczy stanęły

---

## *Warto rozmawiać o roli i przyszłości samorządności zawodowej. Trzeba podnieść poziom zaufania do korporacji.*

---

przed zadaniem współtworzenia państwa obywatelskiego. Po dwunastu latach jednoznacznie trzeba stwierdzić, że ponadprzeciętnie rozwinęła się samorządność lokalna, a rolnicza w praktyce nie istnieje. Natomiast izby korporacyjne, w tym lekarskie, zawodły, zagubiły sens swojego działania, są słabe i często bezradne. I nie chodzi o to, o czym wciąż dyskutujemy w naszym środowisku, że nie spełniamy oczekiwań koleżanek i kolegów, ale że nie spełniamy oczekiwań postawionych nam przez państwo. Przyczyny powstania takiej sytuacji są bardzo złożone.

W ostatnim okresie odbyło się spotkanie prokuratora generalnego z rzecznikiem praw obywatelskich. Zastanawiano się nad sytuacją, gdy w ramach umów międzynarodowych i struktur unijnych trzeba będzie pozyskać biegłych spoza Polski. Coraz częściej wymiar sprawiedliwości nie może uzyskać wiążącej opinii w sprawach karnych, ale także cywilnych. Wynika to ze złej pojętej solidarności zawodowej, zależności służbowych, kontaktów naukowych oraz obaw przed opinią koleżanek i kolegów. Powoduje to wielomiesięczny paraliż toczących się postępowań i ograniczenie zaufania do wielu zawodów, którym ustawowo zaufano.

Inną sprawą jest fakt, że władze postrzegają izby raczej jako quasi związ-

ki zawodowe niż partnera do dyskusji o charakterze ustrojowym. Stąd, paradoksalnie, połączenie sił wszystkich korporacji: znalezienie wspólnego mianownika do działań ogólnospołecznych, a nie tylko na rzecz wybranej grupy zawodowej może im wyjść na zdrowie. Oczywiście pod warunkiem, że inicjatywa nie będzie miała jedynie charakteru towarzyskiego, ale przede wszystkim jej celem będzie poszukiwanie rozwiązań systemowych, które spowodują poprawę jakości usług, czy to medycznych, czy to adwokackich.

W dyskusji poruszono także temat negatywnego odbioru społecznego skonsolidowanych grup zawodowych. W sposób bardzo obrazowy wykorzystano przykład działalności gospodarza spotkania, profesora Henryka Skarżyńskiego. W ciągu kilkunastu lat swojej pracy przekonał nieprzekonanych, tworząc ruch na rzecz inicjatyw, które przez wielu traktowane były początkowo jako mrzonki. Sposób był jeden: cierpliwie zmieniać lub wręcz kształtować zapotrzebowanie społeczne, przekonując, że proponowane rozwiązania są korzystne dla wszystkich obywateli, a nie wyłącznie dla elit.

---

## *Władze postrzegają izby raczej jako quasi związki zawodowe niż partnera do dyskusji o charakterze ustrojowym.*

---

Mazowieckie Forum Zawodów Zaufania Publicznego ma swoje „prezydencje”. W czerwcu, podczas II Pikniku Rodzinnego w Starej Miłosnej warszawska izba lekarska odda „władzę” korporacji adwokackiej, a kolejne, czwarte już spotkanie poświęcone będzie wypracowaniu rozwiązań, które można byłoby przedstawić w rozmowach z rządem.

Warto rozmawiać o roli i przyszłości samorządności zawodowej. Trzeba podnieść poziom zaufania do korporacji, również do stanu lekarsko-dentystycznego, a wówczas nasz wpływ na otaczającą rzeczywistość może być większy. ●



# Przemija niedokrw

\* Udar mózgu jest trzecią przyczyną zgonów i główną przyczyną ciężkiego inwalidztwa w populacji powyżej 40. roku życia. \*

RADOSŁAW KAŹMIERSKI

**W** tym artykule pragnę zwrócić uwagę na przemijające ataki niedokrwienne mózgu (ang. transient ischemic attack, TIA), które są często bagatelizowanym czynnikiem ryzyka udaru dokonanego, mimo iż wiążą się ze znacznie zwiększonym ryzykiem jego wystąpienia.

Zgodnie z definicją WHO TIA to: *epizod ogniskowego ubytku czynności ograniczonego obszaru mózgowia lub siatkówki, spowodowany niedokrwieniem zwykle w ramach jednego obszaru unaczynienia ośrodkowego układu nerwowego trwający nie dłużej niż 24 godziny.*

Z praktycznego punktu widzenia istotne jest, że w około 80 proc. epizody TIA trwają od kilku do kilkunastu minut. Zawsze są to objawy ogniskowe, najczęściej z przedniej części koła tętniczego mózgu, a więc manifestują się zaburzeniami mowy o charakterze afazji, niedowładem i zaburzeniami czucia. Mogą też wystąpić pod postacią przemijającego zaniwidzenia jednoocznego (*amaurosis fugax*).

Rzadziej spotykamy objawy z tylnej części koła tętniczego (kręgowo-podstawnego), takie jak zawroty głowy, ataksja, podwójne widzenie, dyzartria i inne – objawy te mogą stwarzać problemy w diagnostyce różnicowej. Natomiast, zgodnie z definicją mówiącą o ogniskowym charakterze objawów, TIA z reguły nie manifestuje się np. omdleniami.

Skala problemu, wbrew pozorom, nie jest mała. Statystyki różnią się nieco, zależnie od badanej populacji, ogólnie można jednak stwierdzić, że udar dokonany po TIA występuje: u 8-12 proc. pacjentów w ciągu 7 dni, u 7-14,5 proc.

w ciągu jednego miesiąca, a u 10-17,3 proc. po 3 miesiącach. Przy czym niezwykle ważne jest, że około połowa wszystkich tych udarów występuje w pierwszych 48 godzinach po TIA. Odległe rokowania są również poważne. Po 10 latach od TIA udar wystąpił u 20 proc., a zawał serca aż u 30 proc. pacjentów.

Rodzi się pytanie: czy można w jakiś sposób oszacować ryzyko wystąpienia udaru u pacjenta po TIA?



Prof. UM dr hab. med.,  
kierownik Kliniki  
Neurologii i Chorób  
Naczyniowych Układu  
Nerwowego UM  
w Poznaniu, Szpital  
MSWiA w Poznaniu

Przydatna może tu być najpopularniejsza i możliwa do zastosowania w każdym oddziale ratunkowym, stacji pogotowia czy poradni skala ABCD2, w której:

- A** – **wiek (Age)**, jeśli pacjent ma  $\geq 60$  lat, przyznajemy 1 pkt
- B** – **ciśnienie tętnicze (Blood pressure)**  
gdy  $\geq 140/90$  mmHg = 1 pkt
- C** – **objawy kliniczne (Clinical features)**:  
niedowład = 2 pkt.  
afazja (bez niedowładu) = 1 pkt
- D** – **długość trwania objawów (Duration of the symptoms)**:  
 $\geq 60$  min = 2 pkt., 10-59 min = 1 pkt.,  $< 10$  min = 0 pkt
- D2** – **cukrzyca (Diabetes mellitus)** – tak = 1 pkt

Skala AB2CD2 wprowadza drugie „B”, gdy stwierdzamy nadciśnienie w wywiadzie. Inne, bardziej złożone, modyfikacje tej skali wprowadzają także wyniki badań tomografii rezonansu magnetycznego.

Mimo swej prostoty skala ABCD2 okazała się dość czuła w identyfikowaniu osób szczególnie narażonych na wystąpienie udaru niedokrwinnego mózgu. I tak: dla osób, które mają  $\leq 3$  punktów, ryzyko wystąpienia udaru w ciągu 7 dni od TIA wynosi 2,4 proc., dla osób z 4 punktami już 8,2 proc., a dla osób z punktacją  $> 4$  aż 17,6 proc., a więc jeden na mniej niż 6 chorych z takim wynikiem dozna udaru mózgu w ciągu tygodnia.

Podana powyżej stratyfikacja punktowa ma na celu raczej uświadomienie skali problemu, gdyż, oczywiście, nawet mniejsze ryzyko wystąpienia udaru wcale go nie wyklucza.

# jące ienie mózgu

Rodzi się więc kolejne pytanie: czy możemy coś zrobić, aby uchronić takie osoby od udaru?

Wiele przeprowadzonych w ostatnich latach badań interwencyjnych wykazało, że nie jesteśmy tutaj bezradni.

W różnych systemach opieki zdrowotnej stosuje się różne rozwiązania organizacyjne. W Wielkiej Brytanii tworzone są tzw. TIA Clinics, zorganizowane na wzór diagnostycznych pobytów „jednego dnia”. Inne kraje preferują krótkie pobyty diagnostyczne na oddziałach neurologicznych. Dominuje pogląd, że chory po przebytym TIA powinien być na krótko hospitalizowany (w zasadzie niezależnie od punktowej oceny ryzyka).

U każdego pacjenta przyjętego z powodu TIA należałoby wykonać panel badań laboratoryjnych, badania obrazowe: USG duplex tętnic szyjnych, kręgowych i wewnątrzczaszkowych, MRI (przydane są opcje DWI) plus MR-Angio lub KT głowy (opcja KT-angio); badania serca: EKG lub Holter EKG, ECHO. Należy pamiętać, że napadowe zaburzenia rytmu serca, szczególnie napadowe migotanie przedsionków, są w podobnym stopniu jak utrwalone, silnym czynnikiem ryzyka zatorowości sercowopochodnej. Ostatnio u osób bez uchwytynych w badaniach wstępnych przyczyn

udarów zaleca się przedłużenie badania Holter EKG do 48-72 (a nawet więcej) godzin, co zwiększa szanse wykrycia zaburzeń rytmu. Korzystna jest możliwość wypożyczenia rejestratora do domu po zakończeniu niezbędnych badań w szpitalu.

Zdobyta w trakcie procesu diagnostycznego wiedza pozwala na podjęcie celowanych działań profilaktycznych. U osób z migotaniem przedsionków lub wadami zastawkowymi możemy włączyć leczenie antykoagulacyjne, rozpocząć leczenie nadciśnienia tętniczego i zaburzeń gospodarki lipidowej. Zaskakująco często zdarza się rozpoznanie cukrzycy i w konsekwencji rozpoczęcie jej terapii. Osoby ze zwężeniem > 70% tętnic szyjnych wewnętrznych po stronie objawowej są idealnymi kandydatami do szybkich, przeprowadzonych w ciągu 2 tygodni zabiegów endarterektomii. Większość chorych po TIA wymaga też włączenia leków przeciwplatek i statynowych.

Brytyjskie badanie *EXPRESS* wykazało, że wdrożenie takich energicznych działań profilaktycznych bezpośrednio po TIA pozwala zmniejszyć ryzyko wystąpienia udaru mózgu w ciągu 3 miesięcy o 80 proc. (!) – z 10 proc. bez wdrożenia terapii profilaktycznej do 2 proc. po jej wprowadzeniu.

Nie bez znaczenia jest też fakt, że w przypadku wystąpienia udaru we wczesnym okresie po TIA u pacjenta przebywającego w szpitalu, przy braku przeciwwskazań, można bez zbędnych opóźnień wdrożyć leczenie trombolityczne w oddziale udarowym.

Warto więc pamiętać, że także w przypadku profilaktyki udarów mózgu dysponujemy coraz większą liczbą skutecznych metod. ●

---

***Chory po przebytym TIA powinien być na krótko hospitalizowany, niezależnie od punktowej oceny ryzyka.***

---





## Dlaczego szczepię się przeciwko grypie

**N**ależę do nielicznej grupy 6 proc. polskich lekarzy, którzy corocznie szczepią się przeciwko grypie. Zawsze zastanawiało mnie, co sprawia, że odsetek szczepiących się lekarzy jest tak niski, zbliżony do odsetka szczepień w całym społeczeństwie. Wydawałoby się, że lekarze powinni być bardziej świadomi zagrożeń, jakie niesie z sobą zachorowanie na gripę i doceniać znaczenie szczepień. Jednocześnie, z racji wykształcenia, powinni być mniej podatni na argumenty emocjonalne w dyskusji o zasadności tych szczepień. (...) Czy tak łatwo zasiać w nas wątpliwości niesprawdzonymi informacjami o rzekomych niepożądanych działaniach szczepionek, a może po prostu boimy się igły? (...)

Całkowicie zgadzam się z poglądem, że przekonywanie do szczepień nie może być straszeniem społeczeństwa, a argumenty na rzecz ich stosowa-

wania powinny mieć charakter racjonalny. Ja też mam dość populistycznej propagandy i domagam się więcej twardych argumentów. (...) Nawoływanie do rezygnacji ze szczepień przeciwko grypie, które – choć o niedoskonałej skuteczności – są powszechnie dostępnym, tanim i – jak wykazuje zdecydowana większość badań klinicznych i analiz – bezpiecznym narzędziem walki z niekorzystnymi konsekwencjami grypy, przypomina jednak wylewanie dziecka z kąpielą. (...) Choć chcielibyśmy widzieć więcej badań z randomizacją potwierdzających skuteczność szczepień, nie znaczy to, że nie ma ich wcale. Poza tym bardzo duża liczba starannie przeprowadzonych badań obserwacyjnych obejmujących ogromne populacje potwierdziła zasadność szczepień przeciwko grypie w wybranych grupach ryzyka. (...)

Niedawno w Berlinie odbyła się konferencja „Controversies In Vaccination In Adult”. (...) Było to jedno z najlepszych spotkań naukowych, na jakich byłem w życiu. Formuła konferencji polegała na uzyskaniu obiektywizmu naukowego przez zrównoważenie poglądów. Poproszono po dwóch ekspertów w dziedzinie szczepień, by kolejno przedstawili ściśle naukowe argumenty za oraz przeciwko danym szczepieniom (...). Jeżeli chodzi o stosowane już szczepionki, np. przeciwko grypie czy pneumo-

kokom, jedyne konkretne argumenty „przeciw” miały charakter ekonomiczny: czy szczepienie opłaca się w wybranej populacji. (...)

Tylko wielkiemu szczęściu zawdzięczamy, że pandemiczny wirus grypy A/H1N1v okazał się bardzo mało zjadliwy, z niską śmiertelnością wynoszącą około 0,02 proc. Jednocześnie bardzo szybko rozprzestrzenił się na całym świecie i atakował głównie młodych ludzi, niektórych posyłając do szpitali z powodu ciężkich powikłań. Jakie wnioski wyciągnięto z ostatniej pandemii? Przede wszystkim, że nie umiemy przewidzieć jej przebiegu oraz że struktury zdrowia publicznego nie potrafią w krótkim czasie skutecznie przeprowadzić masowych szczepień. (...)

Grypa wraz z zapaleniem płuc jest – obok udaru mózgu i złamania kości udowej – jedną z najczęstszych przyczyn pojawienia się niepełnosprawności u osób starszych. Co najistotniejsze, można jej zapobiec. Nikt nie mówił, że szczepionka przeciwko grypie ma 100-proc. skuteczność (wyniki badań klinicznych wskazują, że wynosi ona w populacji od 30 do 90 proc. w zależności od wieku, grupy ryzyka i analizowanego punktu końcowego). Czyli dzięki szczepieniom możemy ochronić mniej więcej połowę ludzkości. Czy to dużo?

O to przede wszystkim toczył się spór w Berlinie. Prof. David Fedson



argumentował, że to dużo, a jego adwersarz, że inne szczepionki cechują się większą skutecznością, przekraczającą nieraz 95 proc., i do tego powinniśmy dążyć. Tak naprawdę toczono dysputę, czy „szklanka jest w połowie pełna, czy w połowie pusta”. Spierano się, czy martwić się bardziej o zdrowie jednostki czy całej populacji (...). Dyskutowano o roli leków nieswoiście modyfikujących przebieg zakażenia wirusowego, np. metforminy, statyn i glitazonów.

Nikt nie podawał w wątpliwość celowości corocznych szczepień przeciwko grypie (...). Dyskutowano głównie na temat grypy pandemicznej. Zastanawiano się, jak szybko wyprodukować i rozprowadzić miliony dawek szczepionki pandemicznej. Powoływano się na doświadczenia Szwecji, która jako kraj świetnie zorganizowany była w stanie w ciągu kilku tygodni zaszczepić 70 proc. po-

zrenia górnych dróg oddechowych zapada 5-15 proc. populacji, szacunkowa liczba ciężkich przypadków może sięgać 3 do 5 mln, a liczba zgonów (głównie w grupach podwyższonego ryzyka) wynosi od 250 do 500 tys. (...).

Objawy kliniczne grypy są niecharakterystyczne, co sprawia, że można ją często podejrzewać, ale w praktyce trudno jest na podstawie samych objawów zróżnicować z innymi zakażeniami wirusowymi układu oddechowego. Wiarygodne rozpoznanie można postawić jedynie na podstawie badań laboratoryjnych, np. testów PCR, immunofluorescencyjnych, hodowli wirusa lub badań serologicznych. Jeżeli chodzi o skuteczność szczepionki, to metaanaliza prac opublikowanych przed 2001 r. wykazała, że szczepienie przeciw grypie obniża liczbę przypadków chorób grypopodobnych do 36 proc., przyjęć do szpitala z powodu zapa-

### *Moi koledzy, dobrzy lekarze, pytani, dlaczego nie zaszczepili się przeciwko grypie często cytują te same błędne informacje i mity, co pacjenci bez wykształcenia medycznego.*

pulacji. Osiągnięto to dzięki uruchomieniu setek dodatkowych punktów szczepień obsługiwanych przez emerytowane pielęgniarki. (...)

Zgadzam się z opinią, że wiarygodność jest podstawą zaufania do lekarzy, niezbędnego do skutecznego propagowania szczepień. Uznaję niedoskonałość szczepionek. Warto jednak przypomnieć, że wszystkie nasze leki są niedoskonałe i wywołują działania niepożądane. Podobnie szczepionki, choć o wiele skuteczniejsze i bezpieczniejsze niż niejeden powszechnie dziś stosowany i niebudzący kontrowersji lek, mają swoje wady. Nie zawsze dają odporność poszczepienną, czasem wywołują niepożądane odczyny itp. Przyznaję, że nie na wszystkie wydawane zalecenia dysponujemy aktualnie dowodami naukowymi o najwyższym stopniu wiarygodności. Ale dotyczy to większości naszych lekarskich działań. Według danych WHO w skali świata corocznie w czasie epidemii grypy na scho-

lenia płuc i grypy do 47 proc. oraz śmiertelność ze wszystkich przyczyn do 50 proc. (...)

Moi koledzy, dobrzy lekarze, pytani, dlaczego nie zaszczepili się przeciwko grypie często cytują te same błędne informacje i mity, co pacjenci bez wykształcenia medycznego. Mam wrażenie, że dla wielu pracowników ochrony zdrowia grypa i zapalenie płuc są znanym, oswojonym zagrożeniem, które nie budzi lęku, natomiast szczepienia – jako interwencja medyczna związana ze wstrzyknięciem – budzi obawy i wywołuje opory. (...)

Corocznie szczepię przeciwko grypie siebie, żonę, dzieci i matkę, a także proponuję to swoim pacjentom. Robię to, bo na podstawie najlepszej dostępnej aktualnie wiedzy uznaję szczepienie przeciwko grypie za korzystne i wskazane, podobnie jak ponad połowa lekarzy amerykańskich (i nie tylko).

DR N. MED. ERNEST KUCHAR, WROCŁAW



## Kursy atestacyjne dla stomatologów

Pragnę napisać kilka słów do „Gazety Lekarskiej – Pisma Izby Lekarskich” odnośnie do specjalizacji stomatologów w Polsce. Byłoby konieczne zorganizowanie przy klinikach stomatologicznych akademii medycznych kursu atestacyjnego dla chętnych stomatologów, którzy mają pięć i 10 lat praktyki stomatologicznej w swojej pracy, a chcieliby przystąpić do zdawania egzaminów na I i II stopień specjalizacji przed komisją egzaminacyjną. Uproszczeniem byłoby, gdyby egzaminy odbywały się przy akademiach medycznych. Kurs posłużyłby do poznania najnowszej wiedzy w dziedzinie stomatologii. Mógłby odbywać się w soboty i niedziele, a opłaty byłyby pokrywane przez kursantów.

Lekarze stomatolodzy, którzy posiadają I stopień specjalizacji, mają trudności ze zdawaniem egzaminów na II stopień specjalizacji.

Myślę, że po ukazaniu się artykułu na powyższy temat lekarze stomatolodzy podejmą dyskusję na łamach gazety izb lekarskich.

DR N. MED. JAN DUSZKIEWICZ, SZCZECIN

## Jak przekonać mamę do emerytury

Prowadzę z mamą i dziećmi gabinet stomatologiczny. Jesteśmy stomatologami. Nie wiem, jak mam powiedzieć mamie, że powinna już odejść na zasłużoną emeryturę. Jest po siedemdziesiątce, popełnia wiele błędów. Poprawiam po niej te błędy. Jak jej o tym mówię, to jest zła, że muszę popsuć jej robotę. Robię to bezpłatnie, bo ona wzięła pieniądze, i nie słyszę od niej słowa „dziękuję”.

Każdego pacjenta przyjmuje długo na fotelu. Ma specjalizację i nazwisko, które przyciąga jeszcze pacjentów, ale jak długo. Do pracy przychodzi nawet chora, zaraża personel i pacjentów. Jej koleżanki równe wiekiem już dawno zrezygnowały z pracy, chodzą na uniwersytet trzeciego wieku, uprawiają działkę.

Nie wiem, jak powiedzieć mamie, że lepiej będzie dla pacjentów i dla niej samej, jeśli zrezygnuje z pracy. Może wypowie się na łamach waszego pisma psycholog. Proszę, opublikujcie ten list. Może mama go przeczyta.

(IMIĘ I NAZWISKO DO WIADOMOŚCI REDAKCJI)

### OD REDAKCJI

**W styczniowym wydaniu „Gazety Lekarskiej” opublikowaliśmy listy dr. hab. Andrzeja Lewandowicza „Dlaczego jestem przeciwny in vitro?” i dr. n. med. Sławomira Graffa „Nabycie dziecka”.** Odpowiedzią na nie był list prof. Rafała Kurzawy i prof. Sławomira Wołczyńskiego „Nauka i wiedza medyczna jest jedna”, zamieszczony w luto-

wym numerze „GL”. In vitro jest tematem wywołującym emocje, dlatego autorzy tych pierwszych listów chcieli na łamach naszej gazety odnieść się do treści zawartych w materiale polemicznym. Kolegium Redakcyjne postanowiło zamknąć cykl listów dyskusyjnych, dotyczących tego tematu. Dlatego nadesłany przez Panów Lewandowicza i Graffa list zatytułowany

„Nie wszystko, co technicznie możliwe jest moralnie dozwolone” nie znalazł się na naszych łamach. Obecnie korzystamy z możliwości przedstawienia go w internetowej witrynie „GL” pod adresem [www.gazetalekarska.pl](http://www.gazetalekarska.pl). Publikacja ta, mam nadzieję, choć w części usatysfakcjonuje Autorów i umożliwi dalszą dyskusję na ten temat.

**RYSZARD GOLAŃSKI**



# Prywatne obok publicznych

Problemy, z którymi muszą mierzyć się współczesne systemy opieki zdrowotnej są podobne.

LUCYNA KRYSIAK

dzimego lecznictwa poszerza spojrzenie na prywatyzację.

Autorka podkreśliła, że problemy, z którymi muszą mierzyć się współczesne systemy opieki zdrowotnej, również polski, są podobne. Dotyczą rosnących wydatków na lecznictwo, które i tak nie nadążają za potrzebami. Przyczyn tego stanu rzeczy upatruje się w zmianach demograficznych, starzeniu się społeczeństw i związanych z tym chorobach przewlekłych, postępie technologii medycznych oraz rosnących oczekiwaniach chorych. – Poprzez internet pacjent ma łatwy dostęp do informacji na temat nowoczesnych procedur medycznych. Chciałby z nich korzystać, nawet jeśli nie jest to koniecz-

nia sektorów publicznego i prywatnego, nazywając ten proces public-private mix. Z badań dr Magdaleny Osak wynika, że trwa on już również w Polsce. Uważa ona, że ten kierunek zmian, opartych na idei wielosektorowości, ma szanse rozwijać się, jeśli zyska akceptację społeczną, będzie wolny od polityki i wzmocniony przez dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne. – Prywatyzacja opieki zdrowotnej w Polsce jest faktem i nie ma od niej odwrotu. Rzecz w tym, by była przeprowadzana na rzetelnych podstawach – mówi dr Osak.

Zdaniem ekspertki poddany konsultacjom społecznym projekt ustawy o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym wydaje się być tworzony w pośpiechu i bez szerszego, ponadresortowego porozumienia. Już sama definicja dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych jest nieprecyzyjna, co uzasadnia brak zgody Ministerstwa Finansów na wprowadzenie ulgi podatkowej. – Projekt zmieścił się na dziewięciu stronach maszynopisu, z czego połowa obejmuje zmiany w przepisach już obowiązujących – mówi dr Magdalena Osak.

Wyzwaniem jest także systemowe uregulowanie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, które od uchwalenia pierwszej ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w lutym 1997 r. nie zostały wdrożone. ●

**W**arszawska Wyższa Szkoła Pedagogiczna TWP zakończyła realizację projektu naukowo-badawczego „Społecznie Odpowiedzialna Uczelnia”. Jeden z tematów dotyczył prywatyzacji w ochronie zdrowia. Wyniki projektu przedstawiono na odbywającej się w kwietniu w Warszawie międzynarodowej konferencji naukowej.

Dr Magdalena Osak, adiunkt w Katedrze Ubezpieczeń Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, przeprowadziła dogłębną analizę tego, co z perspektywy 20 lat, czyli od początków transformacji systemowej w Polsce, udało się zrobić w opiece zdrowotnej. Określiła też, na jakich zasadach w przyszłości powinny ze sobą współistnieć sektory publiczny i prywatny. W konfrontacji z pakietem ustaw zdrowotnych proponowanych przez rząd głos ekonomisty w dyskusji na temat reformowania ro-

*Rosnące wydatki na lecznictwo i tak nie nadążają za potrzebami.*

ne. To generuje koszty i pogłębia deficyt finansowy w ochronie zdrowia – tłumaczy dr Magdalena Osak. – Bez udziału sektora prywatnego nie sposób sprostać tym oczekiwaniom – dodaje.

Kraje zachodnioeuropejskie dostrzegły to już 30 lat temu i zapoczątkowały budowanie systemów opieki zdrowotnej na zasadzie współistnie-



# Przyszłością jest onkologia spersonalizowana

W Polsce udaje się wyleczyć zaledwie  
30 proc. nowotworów!

LUCYNA KRYSIAK

**M**imo że w Polsce nakłady na leczenie onkologiczne od kilku lat rosną, wzrost ten jest pozorny, bo wydatki przeznaczone na ten cel w przeliczeniu na jednego pacjenta, jak i liczba dostępnych na rynku leków onkologicznych są najniższe w Europie.

– Udaje nam się wyleczyć zaledwie 30 proc. nowotworów. Nawet Rumunia i Bułgaria mają dwukrotnie wyższy wskaźnik wyleczalności od nas! – mówiono podczas odbywającego się w kwietniu w Poznaniu III Kongresu Współczesnej Onkologii, w którym uczestniczyło 250 onkologów i 65 wykładowców z polskich i zagranicznych ośrodków. Spotkanie to stało się pretekstem do dyskusji, jak tę sytuację zmienić.

W opinii uczestników Kongresu do poprawy wskaźnika wyleczalności może się przyczynić leczenie spersonalizowane, które w świecie staje się już standardem, a w Pol-

sce wciąż czeka na upowszechnienie. Polega ono na indywidualnym podejściu do pacjenta i uwzględnieniu specyfiki jego choroby. Prof. Andrzej Mackiewicz, kierownik naukowy Kongresu, przekonywał, że na razie nie ma leku na raka, który byłby skuteczny u wszystkich chorych. W związku z tym poszukuje się biomarkerów wskaźników biologicznych, mających pomóc wyselekcjonować grupę pacjentów, którzy na dane leczenie zareagują. Celem jest więc wprowadzenie testu pomagającego wyodrębnić ze wszystkich chorych tych, u których tego typu leczenie może być skuteczne.

– Oby takich terapii było jak najwięcej. Wymaga to jednak pokonania wielu ograniczeń, zarówno finansowych, jak również administracyjnych i organizacyjnych w lecznictwie onkologicznym – zastrzegł prof. Cezary Szczylik, kierownik Kliniki Onkologii Central-

nego Szpitala Klinicznego MON – Wojskowego Instytutu Medycznego. Problemem jest wciąż istniejąca nierówność w dostępie do leczenia onkologicznego (np. zgodę na leczenie w ramach tzw. chemioterapii niestandardowej Mazowiecki Oddział NFZ wydaje od ręki, a w Pomorskim Oddziale NFZ czeka się na nią pół roku). Konieczne jest uproszczenie wielu skomplikowanych procedur i skrócenie czasu oczekiwania na leczenie.

Osoby dotknięte chorobą nowotworową w nowym podejściu do leczenia widzą dla siebie szansę i chcą być partnerami lekarzy onkologów w prowadzeniu terapii. Zamanifestowały to udziałem w panelu dyskusyjnym, wyrażając potrzebę stworzenia platformy komunikacji pomiędzy chorymi na nowotwory a profesjonalistami. – Chcemy uczestniczyć w procesie terapeutycznym. Chcemy, aby decyzje o nas nie zapadały bez nas – podkreślił Jacek Gugulski, prezes Polskiej Koalicji Organizacji Pacjentów Onkologicznych. Krystyna Wechmann, wiceprezes Koalicji, dodała, że jakość relacji pacjent – lekarz jest kluczowa dla procesu wychodzenia z choroby nowotworowej. Chorzy są zgodni, że wielu lekarzy nie wie,

***Problemem jest wciąż istniejąca nierówność w dostępie do leczenia onkologicznego.***

jak rozmawiać z pacjentem, jego rodziną, jak przekazywać informacje o chorobie.

Lekarze i pacjenci uczestniczący w panelu dyskusyjnym podpisali wspólne memorandum do ministerstwa zdrowia Ewy Kopacz. Domagają się w nim m.in. poprawy skuteczności badań profilaktycznych, współdecydowania o kierunkach polityki zdrowotnej, zapewnienia dostępu do nowoczesnej diagnostyki i metod leczenia oraz uczynienia z walki z nowotworami jednego z priorytetów. ☉



# Prawa lekarza w przypadku mobbingu

Kontynuując temat praw lekarza, w bieżącym numerze opisano prawa przysługujące lekarzowi w sytuacji, gdy stał się ofiarą mobbingu.

JUSTYNA ZAJDEL

**N**ależy podkreślić, że ochrona przewidziana w Kodeksie Pracy (KP) dotyczy wyłącznie pracowników, czyli lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę. Z ochrony nie korzystają osoby zatrudnione na podstawie umów cywilnoprawnych – tzw. kontraktów. Wynika to bezpośrednio z faktu, że ochrona pracy, w tym ochrona przed działaniami skierowanymi bezpośrednio przeciwko osobom wykonującym określoną pracę, dedykowana jest wyłącznie pracownikom w ścisłym tego słowa znaczeniu.

Definicja! *Pracownikiem jest osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę* – art. 2 KP.

Definicja! *Mobbing oznacza działania lub zachowania dotyczące pracownika lub skierowane przeciwko pracownikowi, polegające na uporczywym i długotrwałym nękaniu lub zastraszaniu pracownika, wywołujące u niego zaniżoną ocenę przydatności zawodowej, powodujące lub mające na celu poniżenie lub ośmieszenie pracownika, izolowanie go lub wyeliminowanie z zespołu współpracowników* – art. 943 § 2 KP.

Mobbing może polegać, między innymi, na działaniach przyjmujących postać wypowiedzi, gestu, wiadomości mailowych, a także innych zachowań (np. pomijanie przy ustalaniu kwestii związanych z organizacją pracy, bagatelizowanie obecności pracownika). Działania muszą mieć postać nękania (prześladowania, szykanowania, dręczenia) oraz charakteryzować się długotrwałością i powtarzalnością. Mobbingiem nie będzie jednorazowe zachowanie, nawet

jeśli zgodnie z przyjętymi normami byłoby ono naganne i niedopuszczalne. Przykład: mobbingiem nie będzie jednorazowe ubliżenie pracownikowi lub ostra krytyka z użyciem słów ogólnie przyjętych za obraźliwe.

Uwaga! Mobbingiem nie będą również powtarzające się czynności kontrolne prowadzone przez pracodawcę lub przełożonego współpracownika, nawet jeśli ich wykonywanie

łączyłoby się z generowaniem cyklicznego stresu u pracownika (wyrok SN z 27 stycznia 2005 r., sygn., II PK 198/04).

W orzeczeniu z 17 stycznia 2007 r., sygn. akt I PK 176/06, Sąd Najwyższy podkreślił, że długotrwałość nękania lub zastraszania pracownika w rozumieniu art. 943 § 2 KP musi być roz-

patrywana w sposób zindywidualizowany i uwzględniać okoliczności konkretnego przypadku. Nie jest zatem możliwe sztywne wskazanie minimalnego okresu niezbędnego do zaistnienia mobbingu. Z art. 943 § 2 i 3 KP wynika jednak, że dla oceny długotrwałości istotny jest moment wystąpienia wskazanych w tych przepisach skutków nękania lub zastraszania pracownika oraz uporczywość i stopień nasilenia tego rodzaju działań.

Lekarz, który stał się ofiarą mobbingu, ma prawo domagać się od osoby, która dopuściła się określonych działań, zaniechania tego rodzaju czynności. Należy zaznaczyć, że mobbing może być stosowany przez pracodawcę lub osoby będące współpracownikami. W przypadku, gdy mobbingu dopuszcza się pracodawca, pracownik ma prawo zwrócić się o pomoc do Państwowej Inspekcji Pracy. Jeśli mobbing stosowany jest przez współ-

***Gdy mobbingu dopuszcza się pracodawca, pracownik ma prawo zwrócić się o pomoc do Państwowej Inspekcji Pracy.***

pracownika, dochodzenie praw powinno rozpocząć się od zawiadomienia pracodawcy, którego obowiązkiem jest przeciwdziałanie mobbingowi.

Lekarz, wobec którego zastosowano mobbing (niezależnie od tego, czy takich zachowań dopuszczał się jego przełożony czy też inny pracownik, niepozostający z nim w zależności służbowej), może – zgodnie z art. 943 § 3 i 4 KP – domagać się od pracodawcy zadośćuczynienia i odszko-



Autorka jest adiunktem w Zakładzie Prawa Medycznego UM w Łodzi

dowania w zależności od rodzaju wyrażonej szkody.

Jeżeli w związku z istnieniem mobbingu doszło do powstania szkody niemajątkowej, lekarz ma prawo domagać się zadośćuczynienia. Zadośćuczynienie ma wynagrodzić cierpienia moralne, psychiczne, poczucie krzywdy, przy czym ostatnie pojęcie mieści w sobie wszelkie ujemne następstwa rozstroju zdrowia w sferze cierpienia zarówno fizycznych, jak i psy-

---

***Jeśli mobbing stosowany jest przez współpracownika, dochodzenie praw powinno rozpocząć się od zawiadomienia pracodawcy.***

---

chicznych (uchwała SN z 5 października 2006 r., sygn., I PZP 3/06, OSNP 2007/11–12/151). Prawo do zadośćuczynienia mają pracownicy, u których mobbing wywołał np. rozstrój zdrowia. Fakt, że u pracownika doszło do rozstroju zdrowia, musi zostać potwierdzony orzeczeniem lekarskim. Warto podkreślić, że przyznanie zadośćuczynienia mogą usprawiedliwiać nie tylko trwałe, lecz także przemijające zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu polegające na znoszeniu cierpienia psychicznego (wyrok SN z 20 marca 2002 r., sygn., V CKN 909/00).

Ustalając wysokość zadośćuczynienia, sąd bierze pod uwagę rodzaj cierpienia fizycznego poszkodowanego, ich nasilenie, długotrwałość, wiek poszkodowanego, prognozy na przy-

szłość, wyłączenie z normalnego życia, ograniczenie zdolności funkcjonowania, niemożność kontynuowania zatrudnienia, a zatem konsekwencje uszczerbku na zdrowiu w życiu osobistym i społecznym poszkodowanego (wyrok SN z 10 czerwca 1999 r., sygn., II UKN 681/98, OSNP 2000/16). Zgodnie z linią orzecniczą sądów polskich zadośćuczynienie nie może być nadmierne w stosunku do doznanej krzywdy i stosunków majątkowych społeczeństwa, a zatem powinno być utrzymane w rozsądnych granicach odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa (wyrok SN z 28 września 2001 r., sygn., III CKN 427/00).

W przypadku, gdy mobbing doprowadził do powstania szkody majątkowej (np. utraty zarobków w związku z rozwiązaniem stosunku pracy), lekarz ma prawo domagać się odszkodowania. W sytuacji, gdy na skutek mobbingu rozwiązano stosunek pracy, pracownik ma prawo dochodzić od pracodawcy odszkodowania w wysokości nie niższej niż minimalne wynagrodzenie za pracę, ustalone na podstawie odrębnych przepisów. Możliwość domagania się od pracodawcy odszkodowania jest uzależniona od złożenia przez pracownika pisemnego oświadczenia o rozwiązaniu umowy o pracę z powołaniem się na mobbing jako przyczynę uzasadniającą taką decyzję. Pracownikowi przysługuje odszkodowanie, gdy w formie pisemnej powołał się na stosowanie wobec niego mobbingu i z tego powodu rozwiązał umowę o pracę. Przyznanie odszkodowania zależy również od ustalenia faktu, czy mobbing rzeczywiście miał miejsce (wyrok SN z 6 lu-

tego 2009 r., sygn., I PK 147/08, OSNP z 2010 nr 17 – 18, poz. 209).

Obowiązek udowodnienia, że mobbing rzeczywiście miał miejsce, spoczywa na pracowniku. Oznacza to, że pracownik, który uważa, że stał się ofiarą mobbingu, musi znaleźć i przedstawić dowody, że zachowanie lub działanie pracodawcy bądź współpracowników miało charakter mobbingu. Ponadto pracownik musi udowodnić, że działania mające charakter mobbingu doprowadziły do powstania szkody (np. rozstroju zdrowia) oraz że między działaniem pracodawcy lub współpracownika a powstałą szkodą istnieje normalny związek przyczynowy. Kwestia dotycząca udowadniania mobbingu była wielokrotnie przedmiotem orzeczeń Sądu Najwyższego. Zdaniem SN *ustawowe przesłanki mobbingu określone w art. 943 § 2 KP muszą być spełnione łącznie, a powyższe okoliczności (...) winny być wykazane przez pracownika, który z tego faktu wywodzi skutki prawne. Na pracowniku też spoczywa*

---

***Prawo do zadośćuczynienia mają pracownicy, u których mobbing wywołał np. rozstrój zdrowia.***

---

*ciężar udowodnienia, że wynikiem nękania (mobbingu) był rozstrój zdrowia (wyrok SN z 5 grudnia 2006 r., sygn., II PK 112/06 oraz wyrok z 8 grudnia 2005 r., sygn., I PK 103/05, OSNP 2006 nr 21-22, poz. 321).* ●

# Resuscytacja – utrzymać przepływ

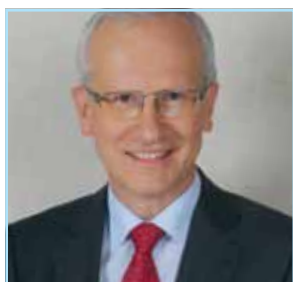
Janusz Andres

Dlaczego musimy powszechnie wprowadzić Wytyczne Resuscytacji Krążeniowo-Oddechowej 2010.

**K**ażdy pracownik ochrony zdrowia, a w szczególności lekarze, musi posiadać wiedzę i umiejętności planowania i prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej w każdym miejscu, w jakim się znajduje: w pracy, w domu, na ulicy czy też w supermarkecie. Społeczeństwo słusznie spodziewa się, że reanimacja będzie przez nas prowadzona na najlepszym poziomie zgodnie z aktualną wiedzą. To główny powód, dla którego musimy znać i wprowadzić za-

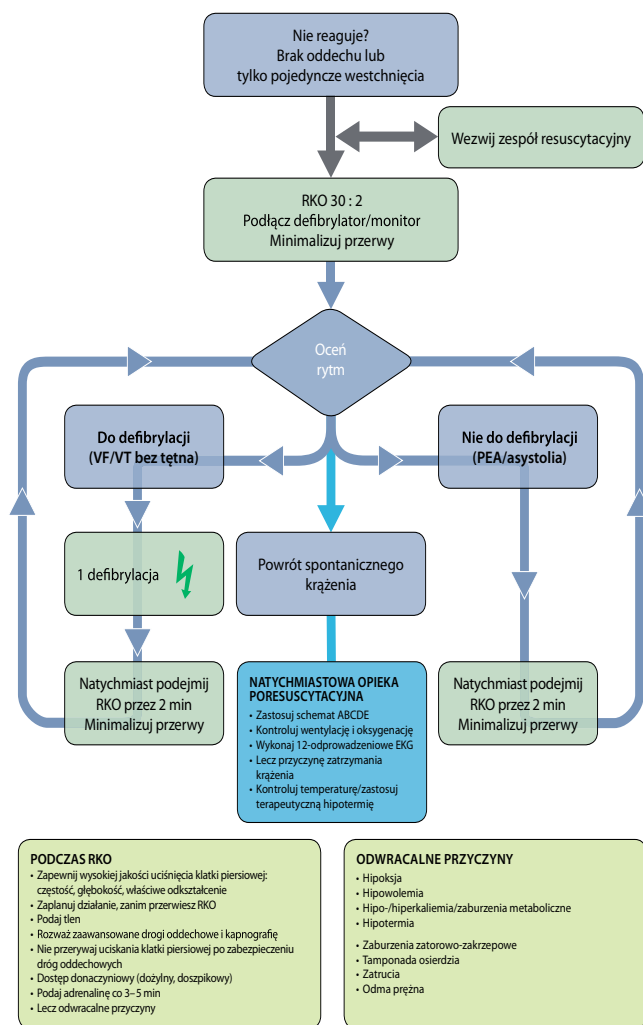
sady resuscytacji zgodne z wytycznymi 2010 Europejskiej i Polskiej Rady Resuscytacji. Pełny tekst wytycznych resuscytacji 2010 w polskiej wersji zarówno książkowej, jak i elektronicznej jest już dostępny na stronie [www.prc.krakow.pl](http://www.prc.krakow.pl)

Istnieje też drugi powód, dla którego wprowadzenie wytycznych resuscytacji 2010 jest niezbędne i potrzebne. Dzisiaj wiemy, że podjęcie podstawowych zabiegów resuscytacyjnych przez przypadkowych świadków nagłego zatrzymania krążenia (NZK) i wczesna defibrylacja ratują życie. To podstawowa i najważniejsza zasada, która może zwiększyć przeżywalność osób z NZK. O przeżywalności decyduje kilka minut, w których świadek zdarzenia rozpoznaje zatrzymanie krążenia i wdraża proste algorytmy podstawowych zabiegów resuscytacyjnych osób dorosłych i dzieci oraz postępowania z użyciem AED. Nie ma skuteczniejszego sposobu działania w sytuacji zatrzymania krążenia. Istotą tego postępowania jest konieczność utrzymania przepływu krwi u osoby b



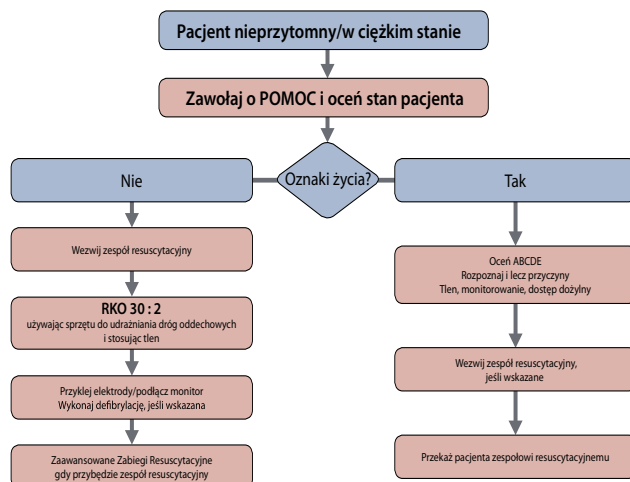
AUTOR JEST PROFESOREM, PREZESEM POLSKIEJ RADY RESUSCYTACJI ORAZ PREZESEM POLSKIEGO TOWARZYSTWA ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII; [MSANDRES@CYF-KR.EDU.PL](mailto:MSANDRES@CYF-KR.EDU.PL)

## Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne



## Resuscytacja wewnątrzszpitalna

### Resuscytacja wewnątrzszpitalna



Brak przepływu krwi możemy zastąpić jedynie nieprzerwanym, dobrej jakości uciskaniem klatki piersiowej. Z pewnością większość Czytelników „Gazety Lekarskiej” zna jedną z najsławniejszych piosenek Johna Lennona: *All you need is love* (wszystko, czego potrzebujesz, to miłość). Z punktu widzenia wytycznych resuscytacji 2010: wszystko, czego potrzebujesz, to przepływ!

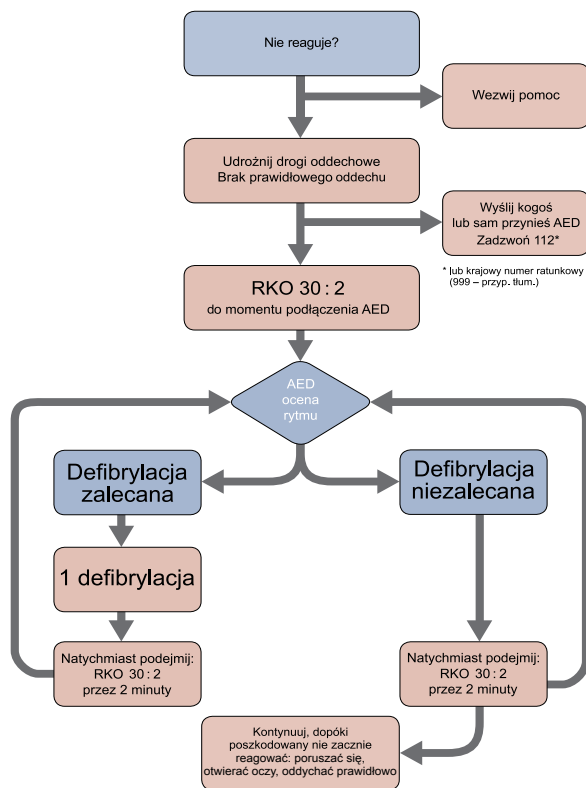
Istnieje jeszcze trzeci powód, dla którego warto i trzeba powszechnie wprowadzić Wytyczne Resuscytacji Krążeniowo-Oddechowej 2010. Po raz pierwszy mamy do dyspozycji tak obszerny dokument, który w kompleksowy sposób przedstawia cały zakres aktualnej wiedzy w dziedzinie medycyny resuscytacji. Dokument ważny dla każdej specjalności lekarskiej w pomocy przed-, jak i wewnątrzszpitalnej, pielęgniarek,

ratowników i ogółu społeczeństwa. Obrazuje to chociażby niezwykle dynamiczny i prosty uniwersalny algorytm zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych oraz schemat postępowania w resuscytacji wewnątrzszpitalnej. Zachęcam też do dokładniejszego zapoznania się z wybranymi publikacjami, które zostały wymienione w wytycznych resuscytacji 2010 (ponad 3400 pozycji).

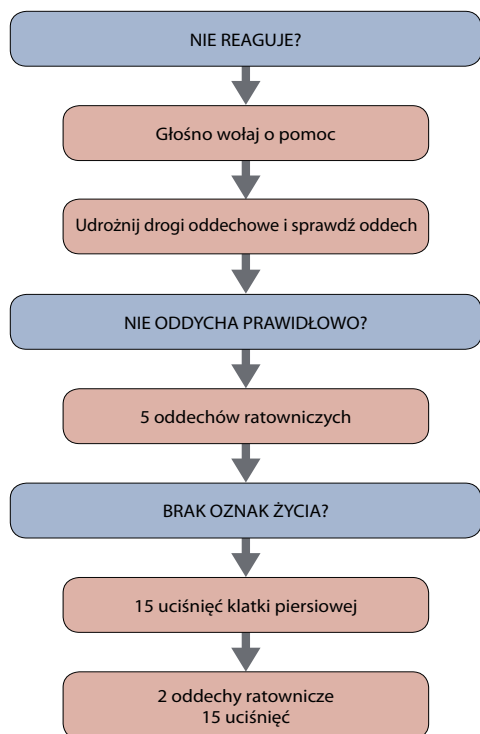
Zapraszam wszystkich Państwa do wzięcia udziału w **V Międzynarodowym Kongresie Polskiej Rady Resuscytacji w Krakowie w dniach 8-10 czerwca br.** Kongres odbędzie się pod honorowym patronatem prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Bronisława Komorowskiego, w dziesiątą rocznicę powstania Polskiej Rady Resuscytacji.

Szczegóły na stronie [www.prc.krakow.pl](http://www.prc.krakow.pl)

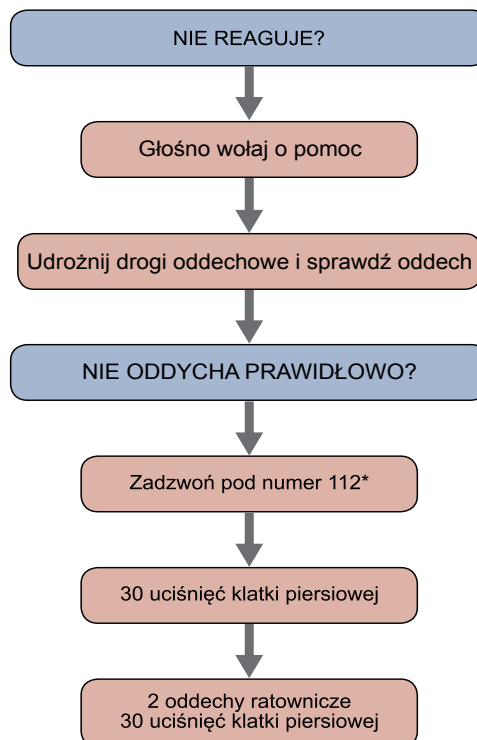
## Postępowanie z użyciem AED



## Podstawowe zabiegi resuscytacyjne u dzieci dla osób z obowiązkiem udzielenia pomocy



## Podstawowe zabiegi resuscytacyjne u osób dorosłych





# Dokręcanie śruby

Kontrolować, straszyć, karać – to główne techniki zarządzania w ochronie zdrowia.

KRYSZYNA KNYPL

Śruba ma tę właściwość, że dobrze spełnia swe zadanie wyłącznie wtedy, gdy jest właściwie dokręcona – nie za mocno i nie za słabo. Najwyraźniej autorzy pakietu osławionych ustaw zdrowotnych, oprotestowanych przez wszystkie środowiska z rynku usług medycznych, posłużyli się zasadą śruby.

Jak się bardzo mocno dokręci śrubę i rozlegną się wrzaski nadmierne uciśnionych, to przy powszechnym aplauzie można będzie lekko ją poluzować, a i tak wyjdzie się na swoje – tak pomyśleli pewnie twórcy owego kuriozalnego aktu prawnego. W precyzyjnie zaplanowanym dziele dokręcania śruby konstruktorów ustaw zdrowotnych aktywnie wspiera stale rosnąca armia ministerialnych i funduszowych urzędników, których zadaniem jest czuwanie dniem i nocą nad wszystkimi i wszystkim. Eksperci obliczają, że gdy ustawy zdrowotne wejdą w życie, konieczne będzie zatrudnienie około stu dodatkowych urzędników. Bo nie od dziś wiadomo, że zaufanie dobre, ale kontrola lepsza! Realizację surowych przepisów ustaw zdrowotnych ktoś musi nadzorować, a skoro jedynie słusznymi i skutecznymi narzędziami zarządzania w rozumieniu NFZ-u są kontrole, to zwiększenie liczby etatów dla kontrolerów staje się oczywiste. Następcem kontroli są kary dla niesfornych świadcze-

niodawców, którzy mają takie ekstrawaganckie pomysły, że przyjmują pacjentów, ordynują im leki, zlecają badania, nie troszcząc się ani trochę o dyscyplinę budżetową. Tym, którzy natchnieni lekarskim powołaniem leczą wielu pacjentów i w nadmiarze pracy zapominają, że ich nadrzędnym celem powinna być dyscyplina budżetowa opracowana przez NFZ, instytucja śle listami poleceniami osobiście wyliczenia.

## W starym stylu

Zupełnie niespodziewanie wielu lekarzy otrzymało korespondencję od NFZ-u, z której dowiedział się, że w minionym miesiącu średnia kwota wydana na leki refundo-

wane, na podstawie wystawionych przez nich recept, wynosi na przykład 642% średniej krajowej dla danej specjalności. Adresat takiej korespondencji nie bardzo wie, co to oznacza. Gdyby taki list nadszedł w zamierzchłych czasach PRL-u, byłby to powód do dumy. Oznaczałby bowiem, iż mamy do czynienia z przodownikiem pracy à la Mateusz Birkut.

Dziś to nie jest powód do chwały. We współczesnej nomenklaturze taki osobnik to niezdyscyplinowany nadwykonawca, któremu trzeba przypomnieć, że powinien się opamiętać. W końcu finanse w każdym funduszu (a nie instytucji dobroczynnej) to rzecz najważniejsza! Od wysła-

nia takiego memento całkiem blisko do ukarania. Skoro doktorzy nie rozumieją znaków ostrzegawczych, to nie ma innej metody niż kara i jej nieuchronność. Właśnie – nieuchronność kary, to podstawowy element skutecznego systemu zarządzania opartego na modelu represyjnym. Wiadomo o tym nie od dziś.

Niewątpliwie zawsze można leczyć lepiej i taniej. W mojej specjalności, czyli hipertensjologii, bardzo ważne jest wdrażanie i przestrzeganie nefarmakologicznych metod leczenia. Wymagają one wyrzeczeń i wysiłku na rzecz własnego zdrowia, a tych pojęć nasi pacjenci nie znają. W rezultacie mamy zaledwie około 10-procentową skuteczność leczenia nadciśnienia tętniczego i jest ona blisko 3-krotnie niższa w porównaniu z większością krajów europejskich. Jestem przekonana, że gdyby pojęcie „obowiązków pacjenta” było znane i szeroko promowane, wyniki leczenia nadciśnienia byłyby lepsze.

## Słowa politycznie niepoprawne

Tymczasem, jak szepcą na warszawskich salonach dobrze poinformowani, w czasie powstawania ustawy o prawach pacjenta atmosfera na sali wykluczała wymawianie tego jakże politycznie niepoprawnego określenia „obowiązków pacjenta”. O wpisaniu takiego zwrotu do tworzonego przepisu prawnego nie mogło być mowy. A już pacjenci, zwani też wyborcami, obrażają się na wieść o obowiązkach i na nas nie zagłosują – pomyśleli z pewnością po słowie. A już o czymś takim jak „prawa lekarza” lepiej nawet nie myśleć!

## Następcem kontroli są kary dla niesfornych świadczeniodawców.



Autorka jest doktorem nauk medycznych, internistą – hipertensjologiem

Represjonowani na ogół nie mają praw, więc pojęcie „prawa lekarza” jest jeszcze bardziej nieobecne w debacie publicznej nad systemem ochrony zdrowia. Kontrolować, straszyć, karać – to główne techniki zarządzania w ochronie zdrowia.

Każdy może dostać po kieszeni, poczynając od lekarza na producenta leków kończąc. Bezkarne pozostaje jedynie „klient systemu opieki zdrowotnej”. Z pełną świadomością używam terminu „klient”, bo „klientelizacja” medycyny jest faktem, którego nasilenie obserwujemy każdego dnia.

Klient tego systemu może oszukiwać lekarza, nadużywać świadczeń,

### *Bezkarne pozostaje jedynie klient systemu opieki zdrowotnej.*

zapisywać się w kilku miejscach na konsultację, że nie wspomnę o słownych i fizycznych wyczynach serwowanych nierzadko zwłaszcza tym z pierwszej linii frontu, czyli w POZ-ach oraz na SOR-ach.

W rezultacie całkowicie zanika przekonanie i świadomość, że pacjent ma jakieś obowiązki. Taki wysiłek intelektualny, jak zapamiętanie nazw leków, które zażywa czy – co więcej – nazwisko lekarza prowadzącego jawi mu się jako niczym nieuzasadnione przeciążanie pamięci.

### *Dokumentowanie horroru*

Neutralne emocjonalnie i dla każdego zrozumiałe dotychczas używane w dokumentacji szpitalnej stwierdzenie „w razie potrzeby zawiadomić” przebudowano w każdym rodzaju dokumentacji, zarówno szpitalnej, jak i ambulatoryjnej na oświadczenia zgody na udostępnianie dokumentacji za życia i po śmierci. O ile oświadczenie w kwestii pozagrobowej egzystencji dokumentacji jest trochę ze świata abstrakcji, to uzyskanie zgody na badanie od pacjenta, który przyszedł

do przychodni wydaje się przyszościowe. Wprawdzie pojawiły się wyjaśnienia rzeczników prasowych, że przybywający do poradni interesant wyraża domniemaną zgodę na badanie, jednak musimy mieć świadomość, że współczesny człowiek może przybywać do placówki medycznej w różnych celach. Może to być, na przykład, chęć przetestowania lekarza. Czy rozpozna chorobę, którą wyedukowany za pomocą dr. Google’a płatnik składek na ubezpieczenie zdrowotne już u siebie rozpoznał i tylko musi sprawdzić, czy lekarz wie to samo, co on. Ważnym motywem może też być chęć sprawdzenia, czy doktorzy „przykładkiem nie piją kawy za moje podatki”. Jeśli myślicie, że pacjenci przychodzą do waszych gabinetów, aby poradzić się lub zbadać, możecie się poważnie mylić. Przecież na początek muszą przekonać się, co wiecie, a potem, być może, zdecydować się na leczenie u osoby pomyślnie przetestowanej.

### *Niekonwencjonalna propozycja*

Pocieszające w tym wszystkim jest pojawienie się naukowych dowodów na działanie metod używanych przez tzw. medycynę niekonwencjonalną. Oto na ostatnim kongresie American College of Cardiology doniesiono i naukowo udowodniono, że uprawianie jogi zmniejsza częstość napadów migotania przedsionków. Informacja była o tyle atrakcyjna, że trafiła podczas kongresu na konferencję prasową jako supernews.

W ramach dokręcania śruby i dyscyplinowania swoich finansów nie wybrałam się na kongres kardiologiczny do Nowego Orleanu, ale znalazłam inne wyjście na cieszenie się atmosferą tego pięknego miasta oraz ciekawego wydarzenia naukowego. Znakomity [www.medpagetoday.com](http://www.medpagetoday.com) już drugi rok z rzędu organizuje transmisje konferencji prasowych tych kongresów. Po obejrzeniu transmisji na portalu medycznym i paru filmów na YouTube poczułam się prawie jak w Nowym Orleanie. ●

## *ROZSZYFRUJ RECEPTĘ*

Dając w numerze 4/2011 zagadkę będącą rozpoznaniem zespołu Cushinga w języku japońskim myślałam, że tym razem nikt nie rozszyfruje tego jakże nietypowego zapisu. Jakież było moje zdziwienie, gdy już pierwszego dnia dystrybucji „Gazety Lekarskiej” dr Aleksandra Daszkiewicz z Gliwic nadesłała prawidłowo postawioną diagnozę. Ponieważ poza danymi osobowymi podpisała swoją korespondencję jako „Fascynatka Kraju Kwitnącej Wiśni”, poprosiłam o bliższe informacje. Okazało się, że pani doktor nie tylko interesuje się Japonią, ale w chwilach wolnych od specjalizowania się w radiologii uczy się języka japońskiego i dodatkowo języka koreańskiego. Z pewnością spojrzenie wycwiczone na pisowni znaków kanji będzie bardzo przydatne w diagnozach radiologicznych! Dr Aleksandra Daszkiewicz zostaje więc naszą superlaureatką. Następnymi laureatami zostają dr Mirosława Karpow-Pilak z synem, który pomagał swojej mamie rozszyfrować japońską diagnozę. Również rodzinne rozwiązanie nadesłała dr Anna Pozichowska-Cupryk, której córka Joasia uczy się języka japońskiego i była główną autorką trafnego rozszyfrowania rozpoznania. Prawidłowe rozwiązania nadesłały też inne osoby – wszystkim serdecznie gratuluję i podziwiam ich talenty lingwistyczne. Skoro tak egzotyczny język, jakim jest japoński nie był barierą dla moich Czytelników, to pozostaniemy jeszcze jakiś czas przy receptach lub diagnozach w językach obcych. Tym razem recepta z kraju francuskojęzycznego. Zapraszam do zmierzenia się z nią, a na rozwiązania czekam pod adresem: [krystyna.knypl@compil.net.pl](mailto:krystyna.knypl@compil.net.pl) Wszystkich laureatów proszę o kontakt mailowy oraz podanie specjalizacji i adresu pocztowego, na który prześlemy nagrodę książkową.



# Lekarz też ma prawa

W tej książce lekarze znajdą odpowiedzi na wiele pytań związanych z wykonywaniem naszego zawodu.

RYSZARD GOLAŃSKI

**P**rzemiany demokratyczne w ostatnim dwudziestoleciu spowodowały, że Polacy coraz więcej wiedzą o przysługujących im prawach, w tym prawach dotyczących opieki zdrowotnej. Wiele w ostatnich latach mówi się i pisze o prawach pacjenta. Od roku 2009 obowiązuje ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Nie słysząc natomiast wypowiedzi, które traktowałyby o prawach lekarza. W konfrontacji z roszczeniowo nastawionym pacjentem lekarz wydaje się stać na pozycji straconej, zwłaszcza w opinii mediów. Z tym większą

satisfakcją przedstawiam Czytelnikom „Gazety Lekarskiej” książkę dr Justyny Zajdel – „Prawa lekarza”. Jest to pierwsze tego typu opracowanie na naszym rynku wydawniczym. Autorki przedstawiać nie trzeba, od lat publikuje na łamach naszego pisma artykuły poświęcone prawu medycznemu.

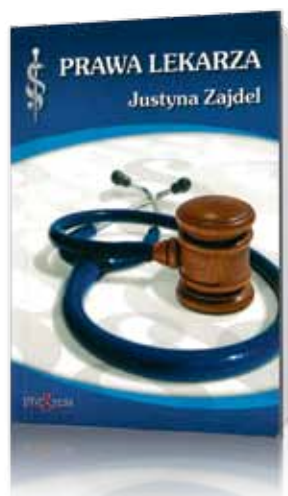
Praw lekarza nie zebrano w jednym akcie prawnym, wręcz przeciwnie, na kartach książki znajdziemy odniesienia do pięćdziesięciu jeden (sic!) dokumentów, w większości o randze ustawowej. Określenia używane w polskim prawodawstwie me-

dycznym często powodują nasz naturalny sprzeciw. Podobnie jest podczas lektury tytułów poszczególnych rozdziałów: prawa lekarza związane z: „udzielaniem świadczeń zdrowotnych” czy „stosowaniem produktów leczniczych”. Nie jest to oczywiście zarzut czy uwaga do Autorki, która używa języka polskich przepisów. Myślę, że dla wielu leka-

rzy interesujący będzie temat prawa do odmowy leczenia. Najczęściej kojarzy nam się ze sprawami etycznymi i światopoglądowymi, tymczasem dotyczy on także niewłaściwych zachowań pacjentów. Wielu z nich będzie bardzo zaskoczonych, kiedy dowie się, że lekarz może odmówić ich leczenia. Nie brakuje w książce omówienia problemów zawsze aktualnych (np. wyboru formy opodatkowania w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej) oraz kwestii najnowszych, czyli konieczności instalowania kas fiskalnych. Często w nawale codziennych lekarskich obowiązków zapominamy o przysługujących lekarzowi oczywistych prawach do ochrony dóbr osobistych, godności osobistej, nietykalności cielesnej i ochrony cywilnej. Osobnym tematem, jakże ważnym dla wielu z nas, jest prawo lekarza do ochrony przysługującej funkcjonariuszowi publicznemu.

Mogę polecić tę książkę jako kompetentne źródło, w którym lekarze znajdą odpowiedzi na wiele pytań związanych z wykonywaniem naszego zawodu. Pozycja ta powinna znaleźć się na lekarskiej półce obok książek fachowych. Z całą pewnością powinna być dostępna w okręgowych izbach lekarskich. ☉

*Często, w nawale codziennych obowiązków, zupełnie zapominamy o przysługujących nam prawach.*



## OGÓLNOPOLSKA WYSTAWA FOTOGRAFII

„Moje  
spojrzenie  
na...”

W Klubie Lekarza w Łodzi, przy ul. Czerwonej 3 odbędzie się w październiku, jak co roku, powakacyjna Ogólnopolska Wystawa Fotografii Lekarzy, tym razem pod hasłem „Moje spojrzenie na...” Urok i specyfika miejsc znanych i nieznanych, wydarzenia, ciekawe

sytuacje, interesujące postaci. Realizację tego tematu pozostawiamy inwencji i wyobraźni lekarzy i lekarzy dentystów chcących wziąć udział w tegorocznej wystawie. Wernisaż planujemy na 23 października br. o godz. 17.00. Wystawa potrwa do 28 października.



Nakładem Łódzkiego  
Towarzystwa  
Naukowego ukazał się  
\* „Leksykon wyrazów  
i zwrotów lekarskich”  
Zbigniewa Kostrzewy.



## Persona non gratis\*

JAROSŁAW WANECKI

**Z**godnie ze słowem „od autora” jest to odpowiedź na wezwanie Melchiora Wańkowicza, który zwrócił się do lekarzy-pisarzy o napisanie „słownika gwary lekarskiej”. W toku badań i konsultacji okazało się jednak, że dialektologia pojęcia takiego nie obroni i nie zaprezentuje. W zamian można natomiast mówić o „slangu zawodowym”.

„Leksykon...” to zbiór haseł, spisanych zgodnie z prawdami sztuki, ale opatrzonych bardzo osobistymi, subiektywnymi tekstami. Dlatego czytanie poszczególnych znaczeń od A do Z stanowi niezwykłą zabawę intelektualną, wypełnioną w sporej części również wyrazami kłopotliwymi, sprośnymi czy wręcz wulgarnymi, funkcjonującymi w naszym zawodowym i publicznym, codziennym i potocznym języku. A więc, co znajdziemy pod wyrazem „alkoholik”? Wiadomo: „denat, dętka, dziabnięty, gazor, meliniarz, menel, moczygeba, moczymorda, nałogowiec, napity,

nawalony, opój, pijaczyna, pijak, pijus, pompka, rąbnięty, slalom gigant, spirytualista, trup, nieboszczyk, uzależniony, wężyk, wrak, zagazowany, zakapior, zapruty”.

Byłem świadkiem wielu reakcji na lekturę tej książki, lekarzy (cymbelizów, łapiduchów, konowalów i znachorów) i nielekarzy (person non gratis, czyli pacjentów\*, albo bankomatów, listonoszy, szpi-

*„Leksykon...” to zbiór haseł, spisanych zgodnie z prawdami sztuki, ale opatrzonych bardzo osobistymi tekstami.*

talniaków), zawsze zakończonych śmiechem do łez, wskazywaniem kolejnego hasła i powracającą radością na twarzy Czytelnika. ☉

## „MOJE SPOJRZENIE NA...”

Zapraszamy do udziału w prezentacji zdjęć Koleżanki i Kolegów ze wszystkich okręgowych izb w Polsce. Prace prosimy nadsyłać na nasz adres nie później niż do 10 października br. Fotogramy winny być nie mniejsze niż w formacie A5, wykonane

w technikach dowolnych, opatrzone następującymi informacjami: tytuł (nieobowiązkowo), imię i nazwisko, specjalizacja i miejscowość zamieszkania Autora. Kontakt: Iwona Szelewa, Sekretariat OIL, 93-005 Łódź, ul. Czerwona 3, tel.: (42) 683 17 01.





Zwycięska drużyna z warszawskiej Okręgowej Izby Lekarskiej. W drugim rzędzie (pierwszy od lewej) kapitan – Krzysztof Makuch.

Walka o palmę pierwszeństwa na Mistrzostwach Polski Lekarzy w Siatkówce Halowej była niezwykle zacięta.



# Sukces stolicy

Drużyna warszawskiej OIL – mistrz Polski sprzed trzech lat – znów zwyciężyła.

**RYSZARD GOŁAŃSKI**

**W** Suchym Lesie k. Poznania w dniach 16-17 kwietnia odbyły się Mistrzostwa Polski Lekarzy w Siatkówce Halowej. Organizatorem zawodów była komisja sportu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, głównie w osobie Marka Komara oraz Jacka Duszkiewicza i Krzysztofa Kaczmarska. Wsparcia finansowego udzieliła Komisja Kultury, Sportu i Rekreacji NRL. W turnieju wzięło udział dziewięć drużyn, w tym jedna z białoruskiego Mińska. Mistrzostwa Polski Lekarzy miały zatem charakter międzynarodowy. Większość spotkań była zacięta i kończyła się w tie breaku, co w przypadku naszych mistrzostw oznacza rozstrzygnięcie w trzecim secie. Finał był spotkaniem drużyn reprezentujących okręgowe izby lekarskie z Warszawy i Lublina. Drużyna warszawska,

od czasu letnich igrzysk lekarskich w Zakopanem we wrześniu ubiegłego roku, uległa metamorfozie. Jej skład uległ widocznemu odmłodzeniu. Ten fakt, połączony z wysokimi umiejętnościami siatkarskimi, to z pewnością podstawy sukcesu. Z satysfakcją należy odnotować powrót na siatkarskie parkiety, po kilkuletniej nieobecności, drużyny z Lublina. Po meczach grupowych i półfinałach, wydawała się ona być faworytem Mistrzostw.

***Podstawą sukcesu drużyny warszawskiej było odmłodzenie jej składu.***

Tym większy sukces kolegów ze stolicy. Skład mistrzowskiej drużyny: rozgrywający Michał Frybes, kapitan Krzysztof Makuch, środkowi Paweł Gliniak, Gracjan Suchodolski, przyjmujący Jarosław Krzywański, Artur Stefanowicz, atakujący Jacek Małecki (z pewnością jeden z najlepszych zawodników turnieju), Marek Kozłowski, libero Jerzy Leszczyński i Krzysztof Piątkowski. Drużyna warszawskiej OIL była mistrzem Polski 3 lata temu, można więc powiedzieć, że jest to powrót na tron. Wicemistrzowie Polski: Tomasz Lübek, Grzegorz Łoza, Edward Otczenaszenko, Adam Tarkowski, Andrzej Ciszewski, Maciej Grabowski i Janusz Martula. Najlepsi zawodnicy MVP: Tomasz Lübek Lublin, rozgrywający Andrzej Ciszewski Lublin, libero Bartosz Ruszkowski Poznań-Częstochowa, atakujący Arthem Radchenko Mińsk. Paradoksalnie, wśród najlepszych zawodników wyłonionych w drodze głosowania, w którym wzięli kapitanowie drużyn, nie znalazł się żaden przedstawiciel drużyny zwycięskiej!

**Klasyfikacja końcowa Mistrzostw:**

1. Warszawa, 2. Lublin, 3. Szczecin,
4. Poznań-Częstochowa, 5. Katowice,
6. Łódź, 7. Mińsk Białoruski,
8. Olsztyn, 9. Bielsko-Biała.

# Pływająco w Dębicy

Na kompleksie basenów dębickiego MOSiR w dn. 28-30 kwietnia br. po raz siódmy odbyły się Mistrzostwa Polski Lekarzy w Pływaniu.

**JANUSZ BIENIASZ**

**W** zawodach wzięło udział 54 zawodników z 15 OIL. Rozegrano 32 konkurencje indywidualne i sztafetowe, a także sztafety rodzinne (w tym roku startowały 2 sztafety rodzinne – pp. Stanków z Opola i pp. Beresiów z Dębicy). Honorowy patronat nad Mistrzostwami objął Maciej Hamankiewicz, prezes NRL. Uroczystego otwarcia dokonała prof. dr hab. n. med. Anna Jegier, prezes ZG Polskiego Towarzystwa Medycyny Sportowej, prorektor UM w Łodzi.

Wielu pływających medyków pobiło rekordy życiowe, a każdy start był dla nich dużym przeżyciem. Szczególne emocje towarzyszyły zmaganiom sztafet rodzinnych, mixtowych i drużynowych.

W czasie Mistrzostw organizatorzy, wspólnie z dyrekcją SP ZOZ w Dębicy i Polskim Towarzystwem Lekarskim Koło w Dębicy, zorganizowali VI Konferencję Naukowo-Szkoleniową – Postępy w Medycynie Sportowej „Doping, Zazdrość i Medycyna”. Uczestnicy otrzymali okoliczno-



Wielu ze startujących pobiło swoje życiowe rekordy.

ściowe certyfikaty uczestnictwa i 8 punktów edukacyjnych przyznanych przez ORL w Rzeszowie. Miłą niespodzianką była wycieczka do Sandomierza „Śladami Ojca Mateusza”. Na zakończenie Mistrzostw najlepszym polskim pływającym medykom wręczono pamiątkowe puchary i dyplomy. Do zobaczenia w Dębicy za rok na VIII MPLwP! ●

**OFICJALNE WYNIKI  
VII MISTRZOSTW LEKARZY W PŁY-  
WANIU NA: [WWW.RZESZOW.OIL.ORG.PL](http://WWW.RZESZOW.OIL.ORG.PL)  
I [WWW.MPLWP.PL](http://WWW.MPLWP.PL)**

FOT.: Z ARCH. OIL W RZESZOWIE



## Kajakiem po serce

Dwójka kajakarzy – studentka AWF i lekarz z WUM – zamierza ustanowić rekord prędkości, aby zdobyć środki na operację serca.

**W** lipcu tego roku dwoje wyczynowych kajakarzy – Renata Klekotko, studentka Wydziału Wychowania Fizycznego warszawskiej AWF i dr n. med. Artur Biel z Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu WUM – zamierza ustanowić rekord prędkości w spływie kajakiem sportowym na trasie Warszawa – Gdańsk. Chcą tego dokonać, wiosłując bez dłuższych przerw po około 170 km dziennie, śpiąc i jedząc w kajaku.

W gronie sponsorów przedsięwzięcia, którego oficjalna nazwa brzmi: Kajakiem po serce, jest kilka dużych firm. Do tej pory kajakarzom udało się zebrać 15 tys. zł. Środki uzyskane od sponsorów przeznaczą na operację serca chorego dziecka – podopiecznego Fundacji Radia Zet.

Patronem honorowym spływu „Kajakiem po serce” jest Akademia Wychowania Fizycznego w Warszawie. Oficjalnego poparcia udzielił Polski Związek Kajakowy. ●



## ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE

### Absolwenci AM w Bydgoszczy, rocznik 1985-91

Z okazji 20 rocznicy ukończenia studiów zapraszamy na spotkanie jubileuszowe, które odbędzie się 8 października br. Rejestracja uczestników i szczegółowe informacje pod adresem: [absolwenci91@cm.umk.pl](mailto:absolwenci91@cm.umk.pl) i na stronie Collegium Medicum UMK (hasło: zjazd absolwentów) [www.cm.umk.pl](http://www.cm.umk.pl) do końca czerwca 2011. Serdecznie zapraszamy. Anita Kazdełka-Ziemnińska, e-mail: [anitaziem@wp.pl](mailto:anitaziem@wp.pl) oraz Magdalena Mackiewicz-Milewska, e-mail: [magmami@onet.eu](mailto:magmami@onet.eu)

### Wydział Lekarski AM w Gdańsku, rok 1981

Z okazji XXX rocznicy uzyskania dyplomu lekarza organizujemy kolejne spotkanie koleżeńskie w dn. 30 września-2 października br. w hotelu Goluń

na Wdzydzach. Zapraszamy: Bożena Nowak-Kędziora, **502 305 554**, e-mail: [bozena-n.k@wp.pl](mailto:bozena-n.k@wp.pl), Beata Goworek **605 949 174**, e-mail: [be-atagoworek@gmail.com](mailto:be-atagoworek@gmail.com), Mariusz Czaja **606 289 330**, e-mail: [czaj-nik50@op.pl](mailto:czaj-nik50@op.pl). Szczegóły i bieżące informacje: [www.absolwentus.pl](http://www.absolwentus.pl)

### Uwaga! Absolwenci ŚAM rocznik 1959-65

Serdecznie zapraszamy na kolejne spotkanie koleżeńskie naszego rocznika, które odbędzie się w dniach 16-18 września br., w hotelu SEZAM, Kraczkowa k. Łańcuta. Opłata za udział wynosi 330 zł od osoby. Wpłaty na konto PEKAO S.A. **46 1240 2643 1111 0010 3648 2053** do 31 lipca br. Więcej informacji: Andrzej Kwolek, **603 910 460**.

## UWAGA! KONKURS LITERACKI

### „Z ŻYCIA (LEKARSKIEGO) WZIĘTE...”

WIEMY, ŻE WŚRÓD NAS JEST WIELE LITERACKO UZDOLNIONYCH OSÓB. CZAS UJAWNIC SIĘ. PROSIMY O PRZESYLANIE OPISU CIEKAWEJ, NIEZWYKŁEJ, ZABAWNEJ LUB MROŻĄCEJ KREW W ŻYLACH HISTORII Z PRACY LEKARZA. WSZYSTKIE FORMY LITERACKIE DOZWOLONE. NAJLEPSZE PRACE ZOSTANĄ OPUBLIKOWANE W NASZYM BIULETYNIE INFORMACYJNYM „DOKTOR”.

DLA ZWYCIĘZCY KONKURSU NAGRODA-NIESPODZIANKA.

TERMIN PRZESYŁANIA PRAC: 3 MIESIĄCE (DROGĄ MAILOWĄ NA ADRES IZBY LEKARSKIEJ: [ZIELONA.GORA@HIPOKRATES.ORG](mailto:ZIELONA.GORA@HIPOKRATES.ORG) ALBO OSOBIŚCIE DO BIURA IZBY BĄDŹ POCZTĄ: UL. BATOREGO 71, 65-735 ZIELONA GÓRA).

## WYJAŚNIENIE

ORGANIZATORAMI POBYTU PROF. MARII SIEMIONOW, KTÓRA WYGŁOSIŁA 29 MARCA BR. WYKŁAD W SIEDZIBIE POLSKIEJ AKADEMII NAUK W WARSZAWIE, BYLI: PORTAL PRZYPADKI.MEDYCZNE.PL I STUDENCKIE TOWARZYSTWO NAUKOWE AM WE WROCŁAWIU.

## SPROSTOWANIE

DO RELACJI Z GALOWEGO KONCERTU LEKARZY „ARS MEDICI”, OPUBLIKOWANEJ W POPRZEDNIM WYDANIU „GAZETY LEKARSKIEJ”, WKRAŁ SIĘ BŁĄD. SVOIM NIEZWYKŁYM GŁOSEM ZAFASCYNOWAŁA SŁUCHACZY HANNA ZAJĄCZKIEWICZ, A NIE ZAJĄCZKOWSKA, JAK NAPISALIŚMY. BIJEMY SIĘ W PIERSI I PRZEPRAZAMY WSZYSTKICH ZAINTERESOWANYCH.

REDAKCJA

## STOWARZYSZENIE LEKARZY POLSKICH WE LWOWIE ZAPRASZA

### DROGIE KOLEŻANKI I KOLEDZY!

STOWARZYSZENIE LEKARZY POLSKICH WE LWOWIE W 2011 R. OBCHODZI 20-LECIE SWOJEJ DZIAŁALNOŚCI. Z TEJ OKAZJI W DNIACH 22-24 WRZEŚNIA 2011 R. ORGANIZUJEMY UROCZYSTE SPOTKANIE JUBILEUSZOWE I MIĘDZYNARODOWĄ KONFERENCJĘ NAUKOWĄ POŚWIĘCONĄ PROBLEMOM ZDROWIA PUBLICZNEGO, AKTUALNYM PROBLEMOM MEDYCYN PRAKTYCZNEJ I HISTORII NASZEJ LWOWSKIEJ, POLSKIEJ MEDYCYN. PLANUJEMY BOGATY PROGRAM KULTURALNY I TURYSTYCZNO-KRAJOZNAWCZY, A WE LWOWIE I JEGO OKOLICACH NAPRAWDĘ JEST CO ZWIEDZAĆ (ZAMKI LWOWSKIE, TRUSKAWIEC, MORSZYN, KARPATY I INNE). ORGANIZOWANE WYCIECZKI BĘDĄ OPROWADZANE PRZEZ POLSKICH PRZEWODNIKÓW.

ZAPRASZAMY WSZYSTKICH CHĘTNYCH LEKARZY WRAZ Z OSOBAMI TOWARZYSZĄCYMI NA NASZĄ IMPREZĘ DO LWOWA. ZAPRASZAMY RÓWNIEŻ DO UDZIAŁU W KONFERENCJI NAUKOWEJ. OSOBOM, KTÓRE ZGŁOSZĄ SWÓJ UDZIAŁ ZAREZERWUJEMY HOTEL. DLA CHĘTNYCH JEST MOŻLIWOŚĆ ZAMIESZKANIA NA CZAS KONFERENCJI, LUB DŁUŻSZY, U POLSKICH RODZIN (ZA ODPOWIEDNIĄ OPŁATĄ). OSOBY ZAINTERESOWANE UDZIAŁEM W NASZEJ KONFERENCJI MOGĄ PISAĆ NA ADRES: LWÓW 79007, UL. NIŻYŃSKA 32, EVELINA MAŁANICZ LUB NA ADRES E-MAIL: [MAŁANICZ.BASIA32@GMAIL.COM](mailto:MAŁANICZ.BASIA32@GMAIL.COM) SERDECZNIE ZACHĘCAMY DO ODWIEDZENIA LWOWA I STOWARZYSZENIA LEKARZY POLSKICH WE LWOWIE.

NA PEWNO BĘDZIE MIŁO. STARA LWOWSKA PIOSENKA GŁOSI, ŻE DUŻO JEST PIĘKNYCH MIAST, LECZ LWÓW JEST JEDYNY NA ŚWIECIE.

## I OBÓZ TANECZNY LEKARZY „LET'S DANCE”

OIL W ZIELONEJ GÓRZE ZAPRASZA NA 4-DNIOWY WYPOCZYNEK Z NAUKĄ TAŃCA TOWARZYSKIEGO I WIDOKIEM NA MORZE.

TERMIN: 28 WRZEŚNIA – 2 PAŹDZIERNIKA BR. MIEJSCE: KOŁOBRZEG – ARKA MEDICAL SPA-HOTEL ([www.arka-mega.pl](http://www.arka-mega.pl)). ZAJĘCIA TANECZNE W 2 GRUPACH 2 RAZY DZIENNIE, M.IN. WALC ANGIELSKI, TANGO, CHA-CHA, SALSA, RUMBA, BACHIATA; GRUPA POCZĄTKUJĄCA – 14 GODZ. ZAJĘĆ, GRUPA ŚREDNIO ZAAWANSOWANA – 14 GODZ. ZGŁOSZENIA NA ADRES: [ZIELONA.GORA@HIPOKRATES.ORG](mailto:ZIELONA.GORA@HIPOKRATES.ORG) Z DOPISKIEM „OBÓZ TANECZNY”. TELEFON DO BIURA: (68) 320 79 00.

Wieść o internetowym wpisie na forum przemknęła przez kilka pięter dużego szpitala, przenosząc się w tempie ekspresowym z oddziału na oddział i z gabinetu do gabinetu. Po przeczytaniu paru zaledwie zdań zadawano sobie już tylko jedno pytanie: kto z nas to zrobił?

## Zakrywanie twarzy

» Przyzwyczajamy się powoli do faktu, że w sieci możemy znaleźć wiele interesujących informacji na swój temat. Nieraz bardzo zaskakujących. Nie zawsze pochlebnych. Pacjenci, na różnych maści forach dyskusyjnych opowiadają o swoich kontaktach z lekarzami, ich zachowaniu, skuteczności terapii, cennikach w gabinetach prywatnych i opłatach mniej formalnych. Najczęściej podpisują się pseudonimami, wylewając żal i obrażając ludzi, u których szukali pomocy. Zdarzają się jednak całe sekwencje reakcji pozytywnych, zachęcających do korzystania z porad przychodni czy specjalisty. Zawody, które wykonujemy, ich społeczne znaczenie, powodują, że nie sposób uciec z giełdy nazwisk, dawniej przekazywanej z ust do ust, a obecnie od internauty do internauty.

» Nie tylko środowisko sfrustrowanych stadionowych bandytów, rozgoryczonych pacjentów i klientów najprzeróżniejszych usług (od branży samochodowej po budownictwo), petentów banków i urzędów zakrywa twarz, aby móc wyrazić swoją agresję, dezaprobatę, podzielić się tajemną



wiedzą, nie zawsze sprawdzoną, ale zawsze podaną wprost. Wśród tych wszystkich zachowań znajdziemy, jak widać, również siebie. Oburzeni na kibola popychającego dziennikarkę zapominamy, że w wielu wypadkach zachowujemy się podobnie. Czyhamy na „wywrotkę” naszego szefa czy podwładnego. Oczekujemy, że innym będzie gorzej niż nam, a sprawiedliwość jest po naszej stronie.

» W powiatowym szpitalu, w wyniku dobrej koniunktury, lobby wobec władz i szczodrości sponsorów, przy pozytywnych opiniach konsultantów, oddano nowo oddział diagnostycz-

no-terapeutyczny dający możliwości, którymi mogłyby poszczycić się najlepsze ośrodki. Oprócz radości i gratulacji pojawiła się, jak to w takich wypadkach bywa, zwykła ludzka zawiść. Znalazła ona swój wyraz w internetowej paplaninie. Wszystko zgodnie z planem, gdyby nie fakt, że jeden z forumowych aktywistów podpisywał się ksywą „lekarz”, poziom wiedzy i szczegółowość informacji wskazywały na prawdziwego, a nie rzekomego doktora. Rozpoczęto więc poszukiwania. „Lekarza” znaleziono na szpitalnym serwerze, do którego podłączony był oddziałowy

komputer. Data. Grafik dyżurów. Zaprzeczenia. Plotki. Dalej opowieść staje się nudna, bo prawda pozostała ukryta.

» Od wielu lat uczeni jesteśmy obcobrzmiącego słowa „transparentność”. Im więcej osób wymawia je z namaszczeniem, tym większe mamy przekonanie, że coraz mniej jest przejrzystości w działaniach ludzi, organizacji, partii politycznych, szkół i urzędów. Zawsze jest bowiem punkt, w którym zamykają się drzwi, karty do głosowania są anonimowe, ktoś przepuści kogoś bokiem, bez biletu, identyfikatora. Nie są nam też obce: „włam” do państwowego komputera i wykradanie nazwisk, przecieki z różnych instytucji, które przekształcają się w sensacje, newsy i procesowo nieweryfikowalne wiadomości obiegowe. Ujawnione stają się, paradoksalnie, bezwartościowe.

» Hasło „odsłońmy twarz” jest politycznie prostsze niż praca u podstaw, ale bez zmiany przyzwyczajień i walki ze stereotypami nadal bezpieczniej i bezkarnie będziemy czuli się w maskach. ○





## Wydawca: Naczelna Rada Lekarska

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład 157 000 egz.

Redaktor naczelny:

**Ryszard Golański**

tel. 600 909 382

e-mail: naczelny@gazetalekarska.pl

Kolegium redakcyjne:

**Jarosław Wanecki (przewodniczący)**

**Ryszard Golański**

**Mariusz Janikowski**

**Jolanta Małmyga**

**Wojciech Marquardt**

**Katarzyna Strzałkowska**

Sekretarz redakcji:

**Urszula Bąkowska**

tel. (22) 559 02 67

e-mail: u.bakowska@gazetalekarska.pl

Redaktor prowadzący:

**Mariola Markłowska-Dzierżak**

tel. (22) 559 02 63, 606 294 251

e-mail: m.markłowska@gazetalekarska.pl

Dziennikarz:

**Lucyna Krysiak**

e-mail: l.krysiak@gazetalekarska.pl

tel. 661 092 853

Sekretariat:

**Elżbieta Mon**

tel. (22) 559 02 62

e-mail: redakcja@gazetalekarska.pl

Faks: (22) 559 02 61

Redaktor naczelny Biuletynu NRL:

**Mariusz Janikowski**

tel. 600 909 381

Redaktor witryny internetowej

„Gazety Lekarskiej”:

**Marta Jakubiak**

Stale współpracują:

**Jerzy Badowski (Olsztyn)**

**Stanisław Ciechowicz (Łódź)**

**Krystyna Knypl (Warszawa)**

**Anna Lella (Olsztyn)**

**Justyna Zajdel (Łódź)**

Adres redakcji:

00-775 Warszawa, ul. Konduktorska 4

www.gazetalekarska.pl

e-mail: lekarska@hipokrates.org

**Projekt graficzny, skład,**

**druk, kolportaż, reklama:**

ringier

axel springer

02-672 Warszawa, ul. Domaniewska 52

Koordinacja wydawnicza: **Alicja Micuła**

tel. (22) 232 00 17

e-mail: alicja.micula@axelspringer.pl

Projekt graficzny: **Bogusław Kalwala**

Reklama i ogłoszenia:

Kierownik sprzedaży: **Aldona Ciosek**

tel. (22) 232 19 74, 795 146 312

faks +48 (22) 232 55 54

e-mail: aldonac.ciosek@axelspringer.pl

**Mateusz Gajda**

tel. (22) 232 05 68, 600 064 140

e-mail: mateusz.gajda@axelspringer.pl

**Małgorzata Gałązka**

tel. (22) 232 18 01, 668 276 630

e-mail: malgorzata.galazka@axelspringer.pl

**Magdalena Maj-Nowisz**

tel. (22) 232 17 91, 668 304 346

e-mail: magda.maj-nowisz@axelspringer.pl

Dodatki tematyczne: **Krystyna Gdera**

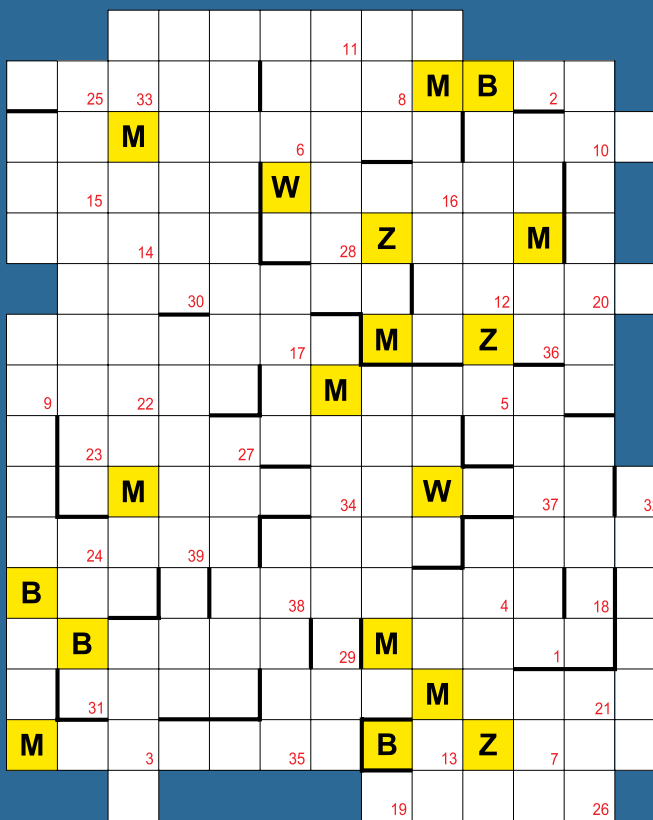
tel. (22) 232 17 98, 668 526 225

e-mail: krystyna.gdera@axelspringer.pl

Materiałów nie zamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega sobie prawo do skrótów, adrektacji, zmiany tytułów. Redakcja nie odpowiada za treść reklam - ogłoszeń. Autorów prosimy o przysyłanie tekstów zapisanych na CD, e-mail w edytorze pracującym w środowisku Windows. Publikacja ta przeznaczona jest tylko dla osób uprawnionych do wystawiania recept oraz osób prowadzących obrót produktami leczniczymi w rozumieniu przepisów ustawy z 6 września 2001 r. - Prawo Farmaceutyczne (Dz. U. nr 126, poz. 1381, z późn. zmianami i rozporządzeniami).



## Jolka lekarska 167



### Objaśnienia

60 haseł podano w przypadkowej kolejności.

W diagramie ujawniono wszystkie litery B, M, W i Z.

Na ponumerowanych polach ukryto 39 liter hasła, które stanowi rozwiązanie.

Należy je przesłać na kartce pocztowej na adres redakcji do 10 lipca br.

Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji).

austriacki neurolog i pilot (1876-1931) • miasto siedmiu wzgórz • wódka przepalanka • pierścienie w pniu • płynie w Skopie • dobroć, miękkość • żona Radka Sikorskiego • cholesteatoma • autor „Myśli nieuczesanych” • Mazowiecka lub Ruska • Bohatyrowicz, brat Jerzego • żydowski ruch oświeceniowy • mocny z rodziny jaskrowatych • poprzednik Nissana • miasto i zatoka w pd.-zach. Turcji • murlata • vulnus • kochanek Klitajmestry • niewinny całus • mech lub wątrobowiec • autor „Języka na sprzedaż” • odrzucająca istnienie Boga • jon dodatni • szeregowiec Spielberga • odkrycie Kolumba • partia basowa w utworze na 4 ręce • ptaszyniec • złośnica, jęzda • największe jezioro Iranu • przemoc, napór • Amikin • pakt, umowa • u ujścia Sambry do Mozy • dysza, gazociąg • Psychodidae • muza z kitarą • masyw nad Artekem (Gurzuf) • podkład do wyszywania • statek Jazona • stałocieplność • egipska bogini Słońca • płynie w Chalons • językoznawca od nazewnictwa • wąż jak szal • wierszokleta • płynie w Compiègne • sojusznik • drugie imię Mozarta • stres poalkoholowy • 2 x promień • Persja • górna część głowicy kolumny doryckiej • żona Lenina • odstępianie części terytorium państwa • rozpięchły stosowany w koszykarstwie • wstręt • pustynia chińsko-mongolska • chińska zasada regulująca ład • łagodni wstrząsy • australijski immunolog, noblista (1996)

### Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 165 („GL” nr 4/2011)

Wielu lęka się opinii, niewielu sumienia. Pliniusz Młodszy

**Nagrody otrzymują:** Krystyna Basałyga-Biernacka (Nowa Ruda), Paweł Bojor (Grudziądz), Mariusz Chabowski (Wrocław), Małgorzata Jaworowicz (Śrem), Marta Jaruchowska (Działdowo), Agnieszka Tomaszewicz (Grodzisk Maz.).

**Nagrodami za prawidłowe rozwiązania są książki wydawnictw:** ELIPSA-JAIM, medipage, PZWL, Urban & Partner. Nagrody prześlemy pocztą.

