10 2006

Gazeta Lekarska

Egzemplarz bezpłatny

Pismo Izb Lekarskich

Igrzyska Lekarskie pod Giewontem

fotoreportaż Marka Stankiewicza

REKLAMA REKLAMA

REKLAMA

Zwekslowane zaufanie

Schyłek upalnego lata przyniósł niespodziewanie rozpad koalicji. Politykom puściły hamulce i, niestety, idą złe czasy. Nikt z nikim nie chce się już spierać którędy najszybciej dojść do dobrobytu i sprawiedliwości. O zdrowiu w ogóle się nie wspomina. Chodzi tylko o to, kto kogo wykończy. Największym, choć wątpliwym, trofeum w wojnie ludzi władzy i opozycji jest wzrost wiedzy społeczeństwa na temat… weksli. Narzędzie finansowe, jakim jest weksel, nie zmieniło się od czasów międzywojennych. W Polsce nadal obowiązuje prawo wekslowe ustanowione w 1936 r., choć wiele ludzi uważa weksle za przebrzmiały i staroświecki relikt. Chyba w tej kwestii górę wziął rozsądek, bo co jest dobre, to lepiej nie poprawiać. Weksel jest papierem wartościowym, w którym wystawca bądź wskazana przez niego osoba zobowiązuje się do bezwarunkowego zapłacenia w oznaczonym czasie i do rąk osoby wymienionej w wekslu (remitenta) określonej kwoty. I wcale nie musi być wystawiany na blankiecie urzędowym, wystarczy zwykła kartka papieru. Nie ma co pastwić się nad tymi dezerterami, których zmiana poglądów i partyjnych barw może teraz kosztować ponad pół miliona złotych. Jedno jest pewne, weksle, podobnie jak wzgardzona kobieta, nigdy nie znikają.

Właściwie to szkoda, że dzisiaj nie mamy weksli od tych, na których głosowaliśmy jesienią ubiegłego roku. Można by ich teraz zapytać o to i owo. Ale widać, że czarodzieje mas na długo o nas nie zapomną i coś znowu nam obiecają. Może tym razem poprosić ich o weksle?

Tymczasem Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy zwiera szeregi do nowej fali walki o wynagrodzenia i czas pracy. Zasadniczym jej elementem ma być ogólnopolski strajk lekarzy, zorganizowany jednocześnie w całym kraju, w co najmniej pięciuset publicznych szpitalach. Podstawą strajku mają być spory zbiorowe wszczynane przez organizacje terenowe OZZL. Ważna będzie identyczność postulatów i centralizacja negocjacji na poziomie województwa lub nawet kraju. Jeśli to nie pomoże, zaproponujemy tzw. autoprywatyzację, czyli masową rezygnację z umów o pracę w publicznych szpitalach, otwieranie indywidualnych praktyk lekarskich w miejscu wezwania i oferowanie pacjentom odpłatnego leczenia w szpitalach - wyjaśnia Krzysztof Bukiel.

Przypomnijmy, że sztandarowym postulatem Krajowego Zjazdu Lekarzy jest minimalna płaca lekarzy: młodszego asystenta lub rezydenta – 2 x, lekarza z I stopniem – 2,5 x i specjalisty – 3 razy przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej. Uznanie czasu dyżuru medycznego za czas pracy i przestrzeganie prawa unijnego wg maksymalnego czasu pracy w tygodniu (48 godzin), płatny dwutygodniowy urlop szkoleniowy rocznie dla lekarzy i odpowiednie przeszacowanie stawek kontraktów zawartych z lekarzami tak, aby ich kwoty odpowiadały co najmniej całkowitym kosztom pracy, to kolejne postulaty, na których wprowadzenie poczekamy do 1 stycznia 2007 r.

Marek Stankiewicz
naczelny@gazetalekarska.pl

W NUMERZE
między innymi

Chwila prawdy jeszcze nadejdzie	4,6,7
Okiem Prezesa	5
Nie jesteśmy braćmi mniejszymi specjalistów	8,10
Niewyspani i przemęczeni	12,14,15
Zmierzch amalgamatu	16,17
Strzelanina w dyskotece	18
Przełom w profilaktyce raka szyjki macicy	19
Punkt widzenia	24,25
Powrót lekarskich sądów sumienia	26-28
Apel w sprawie niebezpieczeństwa wystąpienia interakcji leków ziołowych z innymi równocześnie stosowanymi lekami	29
Lekarski sport	30-35
Kalendarz – kursy, szkolenia, zjazdy	36
Książki nadesłane	38
Praca: konkursy, zatrudnię, szukam	39-50
Ogłoszenia różne	51-53
Biuletyn NRL	

Angielski przez Internet
www.skoknet.pl/demo
***login:* demoang**
***hasło:* HGtYcVas**

Praca?
www.praca.gazetalekarska.pl

REKLAMA

Chwila prawdy jeszcze nadejdzie

Z **Andrzejem Włodarczykiem**, wiceprezesem Naczelnej Rady Lekarskiej rozmawia Marek Stankiewicz

• Lubi pan pikantne pytania?

– Pikantne? Podobno nie ma głupich pytań, są tylko niemądre odpowiedzi. To tak jak w chirurgii – im trudniejsza operacja, tym większa satysfakcja, że się wszystko powiodło.

• Ale wie pan, że wśród lekarzy są i tacy, którzy nie lubią ostrych ani trudnych pytań?

fot. Marek Stankiewicz

Andrzej Włodarczyk, lat 54, doktor medycyny, specjalista chirurg. Absolwent warszawskiej AM (1979) i Studium Ekonomiki Zdrowia – Wydział Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warszawskiego (2002). Jest autorem 60 publikacji naukowych oraz licznych referatów wygłoszonych na krajowych i światowych kongresach naukowych. Od 1 kwietnia 2000 r. przewodniczący Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, a od stycznia 2006 również wiceprezes NRL. Wiosną 2006 r. był koordynatorem Krajowego Komitetu Porozumiewawczego Na Rzecz Wzrostu Wynagrodzeń Pracowników Służby Zdrowia. Jest członkiem Towarzystwa Chirurgów Polskich, Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii oraz International Society of University Colon & Rectal Surgeons.

– Wiem i uważam, że nie powinni pełnić w samorządzie lekarskim odpowiedzialnych funkcji. Tutaj nie wszystko idzie lekko, łatwo i przyjemnie. Czasem trzeba zmierzyć się z trudnymi sprawami i z ludźmi niekoniecznie nam życzliwymi. Ja się nie boję takiej konfrontacji. Przypomnę choćby mój udział w programach z cyklu „Uwaga" emitowanych przez TVN.

• Ma pan skrystalizowany pogląd w każdej sprawie?

– W każdej to chyba nie. Zależy co pan ma na myśli.

• Czy trudno z panem polemizować, czy łatwo pana przekonać, czy przyznaje pan rację innym?

– Lubię przekonywać innych do swoich przemyślanych racji. Wcale nie tak rzadko robię to z powodzeniem. Wobec mocnych argumentów potrafię jednak ustąpić, choć nie pamiętam kiedy ostatnio mi się to zdarzyło…

• Z jakimi ludźmi lubi pan pracować?

– Z energicznymi i lojalnymi, a przede wszystkim z tymi, którzy mają dobre pomysły. Nie lubię w swoim otoczeniu tych, którzy nie wierzą w powodzenie wspólnej pracy lub udają, że coś robią.

• Mówi się, że izba lekarska to miękkie lądowanie dla lekarzy o nieudanych karierach.

– Owszem, zdarzają się i tacy, ale coraz więcej jest wśród nas ludzi sukcesu. W okręgowych radach lekarskich i w NRL coraz częściej zasiadają profesorowie i doktorzy habilitowani.

• Raptem kilku profesorów! Nie przesadza pan?

– W Warszawie mamy ich więcej niż kilku. Mam nadzieję, że profesorowie nie obrazili się na izby lekarskie ani izby nie odwracają się od swoich mistrzów. Samorząd lekarski był pierwszą instytucją demokratyczną w naszym zawodzie po epoce realnego socjalizmu. Środowisko, mając w swoich rękach swobodę wyboru, odreagowało cały ten feudalizm, jaki otaczał medycynę i stosunki w niej panujące. Wielu profesorów wycięto w pierwszych wyborach. Ale proszę pamiętać, że pierwszym prezesem odrodzonego samorządu został prof. Tadeusz Chruściel. W niejednej izbie okręgowej lekarze akademiccy szefowali przez kilka kadencji w radach i sądach lekarskich czy w trudnej pracy rzeczników odpowiedzialności zawodowej.

• A w terenie to nie ma już feudalizmu?

– Jak zwykle są ludzie i ludziska. Znam wielu ordynatorów i profesorów, którzy nie pasują do tego pańskiego opisu. Są to mistrzowie o ogromnym autorytecie i umiejętnościach, otoczeni – jak w zamierzchłych dobrych czasach - czeladnikami, którzy dziękują losowi, że mogą ich podpatrywać i pod ich kierunkiem uczyć się lekarskiej sztuki. Ci mistrzowie nie tylko nie blokują karier młodych lekarzy, ale często ich lansują i pomagają objąć im odpowiedzialne stanowiska pracy. Tak kiedyś z dumą mówiono o chirurgicznych szkołach Nielubowicza, Ostrowskiego czy Brossa. Szkoda, że epoka tych wielkich mistrzów już właściwie odeszła.

• Nie sądzi pan, że ordynatorzy w polskich szpitalach są hamulcem postępu w medycynie?

– Czasem tak… Wiem, że w niektórych oddziałach szpitalnych obowiązuje dwupunktowa instrukcja: *punkt 1 – ordynator ma zawsze rację; punkt 2 – w przypadkach spornych patrz punkt 1*. Co więcej nowy specjalista to dla ordynatora konkurent, który odbiera mu pacjentów. Najbardziej klarownie wygląda to w miastach powiatowych i małych miasteczkach. Ale nie brakuje również pozytywnych przykładów.

• Czyli samodzielności zawodowej, nie mówiąc o karierze i spełnieniu, można się nie doczekać?

– Najgorzej, kiedy frustracją dotknięci są czterdziesto- czy pięćdziesięciolatkowie, doświadczeni i w pełni sprawni zawodowo. Nie wytworzył się u nas mechanizm awansu poziomego. Żeby ktoś

dokończenie na str. 6

Listy

Nie pozwólmy manipulować opinią publiczną

Od wielu miesięcy problematyka ochrony zdrowia jest treścią wielu publikacji w różnych mediach. Jedynie nikła część tych publikacji jest przez nas akceptowana.

Aby przedstawić prawdziwy powód naszej zdecydowanej postawy w walce o **godne warunki** dla pracowników sektora ochrony zdrowia trzeba zarówno wysiłku intelektualnego, jak i rzetelności zawodowej. Częściej jednak spotykamy się z uproszczeniami tematu, sprawiającymi wrażenie manipulacji. Łatwiej jest bowiem przedstawić lekarza jako pazernego na pieniądze pracownika niż jako odpowiedzialnego za życie i zdrowie **pacjenta człowieka**.

Publikacje takie częściej prowadzą do przeciwstawiania opinii publicznej uzasadnionych, rzeczywistych starań środowiska niż troski personelu o jakość świadczonych usług. Nie było dotychczas jasne kto stoi za grupami interesów zainteresowanych w zniekształcaniu faktów. Jednak najnowsza inicjatywa wiceministra zdrowia Bolesława Piechy („Dziennik" z 12-13.08.br. – „Będą ulgi na lekarzy") wydaje się przybliżać odpowiedź na te niejasności. W treści czytamy: Ministerstwo chce rozprawić się z szarą strefą w służbie zdrowia i wprowadzić kasy fiskalne – Lekarze ujawnią dochody! Traktujemy to jako cyniczny przykład manipulacji opinią publiczną. Szara strefa to przecież nie gabinety prywatne, do których pacjent trafia wtedy, gdy nie jest z satysfakcją obsłużony w podmiotach podległych Panu Ministrowi. Zamiast poprawiać organizację podległych sobie podmiotów, bo to w nich funkcjonuje szara strefa („Gazeta Wyborcza" z 10.08.br. – „Oficjalny cennik na porodówce"), poszukuje bata na prywatne gabinety i z zapałem czekisty chce wejść pomiędzy układ pacjent – lekarz.

Lekarz świadczący usługi w prywatnym gabinecie musi ponieść rzeczywiste koszty funkcjonowania gabinetu i leczenia. Są one szczegółowo znane i chyba dlatego dokucza to Panu Ministrowi, bowiem wskazuje na niedopuszczalne według przepisów unijnych subsydiowanie skrośne* w kontraktach NFZ-ów. Gdyby nie ono, który ze stomatologów w prywatnym gabinecie dopłacałby do np. usunięcia zęba wycenionego na 7 zł. Same koszty materiałów wymaganych według procedury do tego zabiegu są wyższe.

Jeśli Ministrowi rzeczywiście zależy na ograniczeniu szarej strefy, to czemu nadal, po wielu latach funkcjonowania kas chorych, a obecnie Narodowego Funduszu Zdrowia nie ma określonego koszyka usług gwarantowanych. Manipulując opinią publiczną pisze, że najporządniejszą częścią (w domyśle najlepiej naliczającą podatki) są niepubliczne ZOZ-y. Na jakiej podstawie Pan Minister zarzuca prywatnym stomatologom fałszowanie PIT-ów i jakie to analizy wskazują na wyróżniającą się uczciwość w księgowości NFZ-ów? Bez uzasadnienia tych tez wypowiedź Pana Ministra okaże się tylko ukrywaniem dotychczasowych zaniedbań resortu zdrowia i temu środowisko nasze powinno się zdecydowanie sprzeciwić.

Wprowadzenie kas fiskalnych służy wyłącznie interesom fiskusa i odbije się na pacjentach, którzy wymagane środki będą musieli wyasygnować bezpośrednio po wykonanej usłudze, a zwrot nastąpi po rozliczeniu rocznym PIT-u. Wypowiedź Pana Ministra wpisuje się w zwyczaje innych ministrów, którzy naprzód sprawę nagłaśniają, dopiero później analizują – *vide* minister Giertych.

lek. stom. Teresa Bujko
wiceprzewodnicząca Dolnośląskiej RL

***Subsydiowanie skrośne – taki rodzaj prowadzenia księgowości, który umożliwia przenoszenie przychodów z jednego rodzaju działalności na inny – ograniczany przez przepisy unijne nawet na drodze restrykcji w strukturze organizacyjnej podmiotów gospodarczych.**

Okiem Prezesa

Październik to miesiąc, który wielu z nas kojarzy się z hasłem o oszczędzaniu. W tym roku ma sypnąć groszem. Oby tylko nie dosłownie! Jak Polska długa i szeroka wszyscy przeliczają, na co starczą pieniądze podwyżkowe, które już niedługo, ale dopiero na początku listopada ma przekazać do naszych placówek Narodowy Fundusz Zdrowia. Dyskutują o tym politycy, dziennikarze, dyrektorzy, no i oczywiście pracownicy służby zdrowia. Jedni wieszczą katastrofę: „pieniędzy starczy na 100-200-złotową podwyżkę". Inni twierdzą, że po pierwszym przeliczeniu wygląda na to, że każdy pracownik placówki dostanie 40% podwyżki. Najbardziej rozżaleni są ci, których nawet formalnie podwyżka nie obejmie.

Trzeba przyznać, że mimo iż samorząd lekarski brał czynny udział w przygotowaniu pierwszej wersji ustawy podwyżkowej, to została ona rzeczywiście zasadniczo (i to źle) zmieniona w trakcie prac parlamentarnych. Podstawowym mankamentem ustawy jest fakt obejmowania przez nią wszystkich pracowników. We wszystkich żądaniach zgłaszanych podczas licznych protestów wiosennych podkreślano konieczność zasadniczej podwyżki dla pracowników medycznych, a nie administracyjno-technicznych. I nie chodzi tu o jakiś egoizm grupowy, ale o oczekiwanie naprawienia oczywistej niesprawiedliwości. Pracownicy niemedyczni zatrudnieni w sektorze ochrony zdrowia zarabiają mniej więcej tyle, ile w innych sektorach gospodarki. To lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych, rehabilitantów, fizjoterapeutów, psychologów i techników medycznych dotyczą dyskryminacyjne płace. Przyczyna jest prosta: oni przecież nie znajdą pracy gdzie indziej. Dlatego też te grupy zawodowe powinno się natychmiast objąć zasadniczymi podwyżkami. Niestety, potężne związki zawodowe zrzeszające często znaczną część pracowników niemedycznych mogą mieć znaczący wpływ na podział środków wewnątrz zakładów. Drugim mankamentem ustawy jest to, że z zupełnie niewiadomych powodów wyklucza ona spod swego „dobrodziejstwa" niektóre grupy zatrudnionych. Dotyczy to np. osób pracujących w zakładach, które wykonują „podkontrakt" na rzecz świadczeniodawcy mającego umowę z NFZ-tem, a także lekarzy stażystów i rezydentów. Jest przecież zupełnie oczywiste, że także oni wykonują, tak jak ich pozostali koledzy, pracę na rzecz NFZ.

Dziś można tylko apelować do dyrektorów jednostek o takie rozdysponowanie pieniędzy, aby podwyżka objęła przynajmniej w znacząco większym stopniu pracowników medycznych. Warto, aby przedstawiciele środowiska lekarskiego (szefowie kół samorządu, lekarskie związki zawodowe) nie przespali ustaleń z dyrektorami. Dobrze byłoby poszukiwać także wewnątrzzakładowych sposobów objęcia „podwyżką" kolegów stażystów i rezydentów (np. na drodze zawarcia z nimi dodatkowych umów) – do tego potrzeba jednak dużo dobrej woli.

Jestem jednak głęboko przekonany, że ustawa z 22 lipca 2006 r. *o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń* (Dz.U.06.149.1076 z 22 sierpnia 2006 r.) – podaję oficjalne namiary na nią dla tych, którzy chcieliby ją obejrzeć osobiście – to rozwiązanie złe z natury rzeczy, chociaż taka proteza może jest dzisiaj jedynym dostępnym sposobem chwilowego załatwienia sprawy. Nie mam jednak żadnych wątpliwości, że docelowo istnieje potrzeba dwóch regulacji:

– po pierwsze, trudno „załatwić" problem wynagrodzeń pracowników medycznych bez znacząco większych nakładów na ochronę zdrowia (w przeciwnym przypadku środków będzie cały czas za mało, a politycy będą mogli mówić, że „wynagradzają lekarzy kosztem pacjentów"),
– po drugie, godne wynagrodzenia na minimalnym poziomie dla niektórych grup zawodowych (np. dla lekarzy i lekarzy dentystów) powinna gwarantować odrębna ustawa (dlatego proszę o wzmożenie wysiłku przy zbieraniu podpisów pod naszym obywatelskim projektem, który jak zawsze jest załączony na str. 22).

Konstanty Radziwiłł

Chwila prawdy jeszcze nadejdzie

dokończenie ze str. 4

mógł awansować, ktoś musiał w naturalny sposób ustąpić. Emerytura, ciężka choroba, odejście na wieczny dyżur – tak bywało najczęściej. Hamulcem zawodowego rozwoju był nomenklaturowy sposób obsadzania ordynatur. Brak politycznego poparcia oznaczał zawodową stagnację dla wielu bardzo dobrych lekarzy. Dziś jest trochę lepiej, bo obowiązuje rozporządzenie o konkursach na stanowiska ordynatorów. Choć werdykty komisji komentuje się nierzadko jako niesprawiedliwe, konkurs jest otwarty i każdy, kto spełnia zawodowe wymagania, może się ubiegać o tę funkcję.

• Cóż to za konkurs, w którym laureatowi nie gwarantuje się nawet mieszkania w miejscu zatrudnienia? Niektórzy powiadają, że gdyby laureat wraz z posadą otrzymywał willę z ogrodem i kluczyki do mercedesa, kandydatów byłoby kilkuset, a nie dwóch czy trzech, i to z łapanki.

– Obawiam się, że na willę i mercedesa poczekamy jeszcze wiele lat. W innych krajach na ogół o kliniki i oddziały szpitalne ubiegają się ci, którzy już mają i wille, i wytworne limuzyny. Najważniejsze, aby nam godnie wynagrodzono naszą ciężką pracę.

• Porozmawiamy o pieniądzach?

– Proszę bardzo.

• Pamiętam sprzed paru laty tysiące lekarzy maszerujących w deszczu pod sejm i pamiętam faceta w skórze z rottweilerem na smyczy, który stał przy krawężniku i się dziwował: „O głupie 200 złotych tak chodzą?" Czy w tegorocznych strajkach osiągnęliśmy to, czego chcieliśmy?

– Nie, a przynajmniej nie wszystko. Mówmy jednak o protestach, a nie o strajkach, bo korporacja zawodowa nie ma ustawowych uprawnień do organizowania i popierania strajków.

Podwyżkę, wprawdzie niewielką, uzyskaliśmy. Podstawowy postulat Krajowego Komitetu Porozumiewawczego na rzecz Wzrostu Wynagrodzeń Pracowników Służby Zdrowia dotyczący zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia do 6% PKB nie został jednak zrealizowany. Nie udało nam się również doprowadzić do zmiany filozofii rządzenia i zmiany sposobu myślenia decydentów o potrzebach zdrowotnych ludzi. Ale po raz pierwszy przy jednym stole usiadły wszystkie niemal organizacje zawodowe działające w ochronie zdrowia. Mówiliśmy tym razem jednym tonem, a co najważniejsze – jednym językiem, i nie udało się nas poróżnić. Trzy czwarte społeczeństwa uznało nasz protest za słuszny i poparło go. Potrafiliśmy również przebić się z postulatami do mediów, co wcale nie jest takie proste…

• Czy nie sądzi pan, że wzywanie na dywanik łamistrajków czy dyrektorów szpitali, którzy szykanowali strajkujących zirytowało rząd, który teraz chce osłabić izby lekarskie?

– Jeszcze raz podkreślam – mówmy o proteście, nie o strajku. A wracając do pytania: chyba tak, choć nikt nie chce tego głośno potwierdzić. Wskazują na to przynajmniej niektóre wypowiedzi kierownictwa Ministerstwa Zdrowia. Ale trzeba się również uderzyć w piersi i przyznać, że pewne wypowiedzi przedstawicieli okręgowych izb lekarskich były chyba także niefortunne. Mam nadzieję, że służyły raczej zwieraniu szeregów lekarzy i potęgowaniu solidarności, bardzo potrzebnej w takich chwilach. Pamiętajmy, że różnice interesów wewnątrz naszego zawodu są coraz bardziej wyraziste. Łatwo nas podzielić, a przecież izba lekarska ma integrować lekarzy.

• Sposób naliczenia pieniędzy na obiecane od 1 października podwyżki dla pracowników ochrony zdrowia stał się kością niezgody między Ministerstwem Zdrowia i NFZ. Po czyjej stronie stoi samorząd lekarski?

– Od początku chcieliśmy, aby podwyżka oznaczała podwyższenie wartości punktu kontraktowego. Ale tak teraz nie jest. Uważaliśmy, że w procedurach należy wycenić koszty pracy ludzkiej, czyli umiejętności i wysiłek, jaki w leczenie chorych wkładają lekarze, pielęgniarki i inni pracownicy medyczni. Czyli kto „więcej" pracuje – więcej dostaje.

• Nie słabnie inicjatywa reformatorska ministra zdrowia, który chce zlikwidowania szpitali mających mniej niż 150 łóżek. Ale dyrektorzy placówek już znaleźli na to sposób: dostawiają łóżka. Podoba się panu taka gra pozorów?

– Jestem przeciwny utrzymywaniu placówek niepotrzebnych, które tylko odbierają środki tym szpitalom, w których ludzie chcą się leczyć. Ale – muszą być bardzo czytelne kryteria, który szpital jest niepotrzebny. Jestem przeciwny likwidacji szpitala 140-łóżkowego, który doskonale daje sobie radę, a jego kadra ma uznanie u pacjentów. Sprawność szpitala nie zależy od liczby łóżek. To jest działanie objawowe, a nie przyczynowe.

Polskiemu systemowi ochrony zdrowia potrzebna jest reforma od podstaw, oparta o analizę potrzeb. Piramida ważności problemów jest wciąż odwrócona wierzchołkiem do dołu. A już na pewno reforma nie może polegać na zwalnianiu ludzi z pracy lub zastępowaniu etatów umowami cywilnoprawnymi.

• Niemała część środowiska lekarskiego, rozżalona niepowodzeniami, twierdzi, że działacze izb lekarskich otrzymali demokratyczną legitymację, ale stracili łączność z lekarzami na dole. Stanowiska, pensje, podró-

REKLAMA REKLAMA

że, splendor, bliskość władzy ich rozpieściły. Czy izbę stać na nowy zryw do akcji?

– Wie pan, ja jakiegoś szczególnego kryzysu zaufania nie dostrzegam. Środowisko od wielu lat ma wygórowane oczekiwania wobec izb lekarskich, jednocześnie nie wiedząc, że izby tych oczekiwań nie mogą zaspokoić z uwagi na ustawowe ograniczenia. Nie mamy uprawnień związku zawodowego, o czym nieustannie przypomina nam rząd. Natomiast nałożono na nas całą masę zadań administracyjnych, zgodnie z demokratyczną zasadą przekazywania władztwa w dół – samorządom, w tym również zawodowym. Musimy więc przestrzegać przepisów, których jako lekarze i obywatele często nie lubimy. Ale to prawda, że we władzach izb lekarskich na przestrzeni ostatnich 16 lat byli i tacy lekarze, którzy przytulali się do władz. Można powiedzieć, że zapomniał wół jak cielęciem był. Właśnie kontestacja i sprzeciw wobec takich postaw przywiodła mnie do izby lekarskiej.

Wiem, że lekarze są rozżaleni, zaganiani i nie mają czasu. Ale również wiem, że często są bierni i nie wiedzą nawet, co im się od tej izby należy. Niektórzy dopiero po wielu latach dowiedzieli się, że byli ubezpieczani od odpowiedzialności cywilnej lub że np. istnieje lekarska kasa samopomocy. Trzeba pamiętać, że korporacja to my wszyscy. Nieobecni nie mają racji.

• Ale szeregi nieobecnych niepokojąco rosną. Wyjechało już parę tysięcy lekarzy, kolejne kilka siedzi na walizkach, prasa kipi od atrakcyjnych ofert pracy i życia na dobrym poziomie. Czy w obecnej emigracji zarobkowej lekarzy widzi pan poczucie sensu, budowanie szczęścia i spełnienia zawodowego?

– Dla młodego pokolenia emigracja do krajów UE może być szansą na zrobienie specjalizacji i pracę za godne wynagrodzenie. Jak nie ma pieniędzy, zwłaszcza na starcie, to szczęścia trudno zaznać. Ale dla starszych lekarzy wyjazd często jest tragedią i rozpaczliwą próbą ucieczki od beznadziejności, braku perspektyw, brudnej i coraz bardziej obrzydliwej kampanii antylekarskiej i antyinteligenckiej. To jest często poszukiwanie normalności po omacku.

• Czy nadejdzie kiedyś chwila prawdy?

– Niezłomnie w to wierzę.

rozm. Marek Stankiewicz

REKLAMA

REKLAMA

Nie jesteśmy braćmi mniejszymi specjalistów

Z dr. **Adamem Windakiem**, prezesem Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce
rozmawia Małgorzata Skarbek

fot. Marcin Makówka

• Jakie są cele i zadania kongresu Medycyny Rodzinnej?

– Kongres wpisuje się w tradycję dorocznych spotkań środowiska lekarzy rodzinnych. Cel co roku jest ten sam: rozwój medycyny rodzinnej i integracja naszego środowiska. Takie spotkanie pozwala utwierdzić się w przekonaniu, że lekarze rodzinni to nie bracia mniejsi internistów, pediatrów czy innych specjalistów. Mamy własny program edukacyjny, program badań naukowych i zasady funkcjonowania praktyk. Kongres jest rodzajem święta, podsumowania doświadczeń z całego roku. Mamy więc sesje edukacyjne, sympozja, prezentacje własnych doniesień w formie wystąpień lub sesji plakatowych. Mamy sesje, w których znajduje się miejsce na omówienie bieżących spraw. W tym roku w trakcie kongresu odbyło się np. spotkanie z wiceministrem zdrowia, również lekarzem rodzinnym, Jarosławem Pinkasem; spotkanie z prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia Jerzym Millerem czy z kierownictwem Porozumienia Zielonogórskiego.

Jednym z dalekosiężnych celów jest próba większego zaktywizowania lekarzy rodzinnych. Nie jest to spotkanie robione dla lekarzy rodzinnych, ale przez nich. Oczywiście zapraszamy gości-wykładowców, ale chcemy, aby nasi członkowie sami byli aktywni. Dlatego w tym roku pojawiły się pewne nowe rozwiązania, np. internetowe kursy interaktywne, przygotowane w ramach programu Leonardo da Vinci. Były one już sygnalizowane na ubiegłorocznym zjeździe w Lublinie. Ale na tym kongresie program jest już w pełni rozwinięty.

Lekarze, którzy w nim uczestniczą, poszerzają swoją wiedzę i kompetencje, a także uzyskują za to stosowną liczbę punktów edukacyjnych. Punkty przyznawane są też za sam udział w kongresie, gdyż jest wpisany w nasz program doskonalenia zawodowego, zaakceptowany przez NRL. Więcej punktów dostaje się za czynny udział w zajęciach – prezentację, wystąpienie.

• Instytucja lekarza rodzinnego pojawiła się w służbie zdrowia stosunkowo niedawno. Co do tej pory zrobiono, aby znalazł on trwałe miejsce w systemie ochrony zdrowia?

– Z koncepcją lekarza rodzinnego startowaliśmy na początku lat dziewięćdziesiątych. Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce powstało w 1992 r., wcześniej niż pojawili się lekarze rodzinni w służbie zdrowia. W tym czasie praca nad wprowadzeniem tej idei do naszej świadomości, stworzenie koncepcji odbywało się wyłącznie w Kolegium.

Pozytywnym zjawiskiem w tamtym czasie było poważne traktowanie naszego pomysłu przez decydentów i wdrażanie go w życie. (Niestety, ostatnio to podejście się zmieniło). Dzięki temu powstał program przed- i podyplomowego kształcenia lekarzy rodzinnych, projekt zakresu jego kompetencji. To był ważny dokument, bo określono w nim zadania lekarza rodzinnego w systemie. W grudniu 1994 r. odbył się pierwszy egzamin specjalizacyjny i 100 lekarzy uzyskało tę specjalizację.

Później przez dłuższy okres następował w miarę harmonijny rozwój. System kształcenia okrzepł i rozwijał się. Nieco później pojawiły się niespójności w polityce tego kształcenia. Dziś mamy sygnały, że nie funkcjonuje ono dobrze.

• Ale wykształcenie kompetentnego lekarza praktyka to tylko jeden element jego zaistnienia w systemie. Co dalej?

– Oczywiście, to tylko pierwszy krok. Następnie trzeba umożliwić mu wykorzystywanie nabytej wiedzy, realizację swojego powołania. Pierwsza koncepcja jego warsztatu pracy z 1994 r. zakładała usytuowanie go w odmiennych od dotychczasowych warunkach wykonywania praktyki. Chcieliśmy przekazać mu większą odpowiedzialność za sposób uprawiania medycyny, czyli powrót do wykonywania wolnego zawodu przez lekarza rodzinnego. Byliśmy przekonani, znając doświadczenia wielu krajów europejskich i na świecie, że najlepszą formułą pracy są indywidualne praktyki lekarzy rodzinnych lub niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej.

W połowie lat dziewięćdziesiątych decydenci trochę przestraszyli się wprowadzenia proponowanych przez nas rozwiązań i nie zaakceptowali ich w całości. Pojawiła się koncepcja: generalnie wspieramy ten kierunek rozwiązań, ale nie jest on ani jedyną, ani najważniejszą propozycją. Opiekę podstawową wpisano w kompetencje samorządów terytorialnych i one miały podjąć decyzję, jaki model podstawowej opieki zdrowotnej chcą u siebie mieć.

Dużo zależało od aktywności samych lekarzy w danym terenie. Oddziały wojewódzkie Kolegium forsowały nasze rozwiązania, ale wszystko zależało od tego, w jakim stopniu udawało się przekonać do nich władze lokalne. W wielu województwach wprowadzono ten model, np. we wrocławskim, zachodniopomorskim, w północnej części Mazowsza czy w Krakowie. Na tych obszarach niemal wszystkie zakłady opieki zdrowotnej są niepubliczne.

Doświadczenie Krakowa, Poznania i Szczecina pokazuje, że ten typ opieki można realizować z dobrym skutkiem także w dużych miastach, nie tylko w małych gminach.

Na początku jednak nie traktowano naszego projektu poważnie. Po kilku latach, gdy okazało się, że lekarze chcą się kształcić w taki sposób, uruchamiają praktyki i całkiem nieźle sobie w nich radzą, nieprzyjazne nam środowiska (bo takie były i są) zaczęły upowszechniać opinię, że lekarz rodzinny jest dobrym rozwiązaniem, ale tylko w wiejskich terenach, małych miejscowościach, tam, gdzie daleko do miasta i specjalistów. Sprawdzaliśmy, czy opinia ta jest prawdziwa. Poważne badania przeprowadzone na reprezentatywnej grupie pacjentów w Krakowie wykazały bardzo dobitnie, że jest to nieprawda. Na 16 kategorii poddanych ocenie pacjentów w 12 znacznie wyżej zostały ocenione małe niepubliczne zakłady, w pozostałych 4 była równowaga. W dużym mieście instytucja lekarza rodzinnego dobrze funkcjonowała i funkcjonuje.

dokończenie na str.10

REKLAMA

REKLAMA

Nie jesteśmy braćmi mniejszymi specjalistów

dokończenie ze str. 8

• Wydaje się jednak, że w ostatnich latach ubywa kompetencji lekarzy rodzinnych. Coraz łatwiej wejść do systemu ochrony zdrowia omijając lekarza rodzinnego.

– To jest odrębna kwestia. Powiedzieliśmy już, że wykształcony lekarz rodzinny musi mieć warsztat pracy. Ale aby właściwie funkcjonował w systemie ochrony zdrowia, trzeba jeszcze stworzyć motywacje do racjonalnych zachowań pacjentów. Są one tworzone przez spójne i logiczne regulacje prawne. A takich nie mamy. Do pierwszej ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, która m.in. potwierdzała istnienie lekarza rodzinnego jako pierwszego ogniwa całego systemu, poprawki wnoszono 118 razy. Te właśnie nowelizacje bardzo często zmierzały do rozluźnienia systemu, zmniejszenia naszych kompetencji. Tak samo działo się na niższym poziomie czyli w rozporządzeniach ministra zdrowia czy zarządzeniach płatnika.

Było kilka momentów, w których te kompetencje malały. Pierwszy to „rozluźnianie" zapisów paragrafu 58 wspomnianej ustawy, który dopuszczał pacjentów do wybranych świadczeń bez skierowania. Powoływano się przy tym na argumenty nieracjonalne. Już te przypadki świadczyły o niezrozumieniu idei lekarza rodzinnego, a resort zdrowia nie reagował na te zmiany. W wyniku kolejnych uszczupleń dziś można już iść bez skierowania do wielu specjalistów, np. do okulisty. Mamy więc sytuację, w której z zapaleniem spojówek pacjenci zapisują się do okulisty, gęsty tłum zaludnia jego poczekalnię, podczas gdy tę chorobę bez trudu może leczyć lekarz pierwszego kontaktu, a pacjenci z poważnymi chorobami oczu czekają miesiącami na wizytę.

Dziś nie jest potrzebne skierowanie do dermatologa, ginekologa i wielu innych.

Włożyliśmy mnóstwo pracy w przygotowanie lekarzy POZ do prowadzenia niepowikłanej ciąży, opracowanie standardów postępowania, stworzyliśmy model (łącznie z rozwiązaniami finansowymi) współpracy lekarza POZ z ginekologami i położnikami (*fund holding*). Tam, gdzie zostało to wdrożone, pacjentki zaakceptowały takie rozwiązanie, choć politycy i decydenci powątpiewali, czy tak się stanie.

Fund holding pozwalał kontrolować wydatki na poziomie lecznictwa ambulatoryjnego i funkcjonował na początku w kilku kasach chorych. Potem stopniowo się z niego wycofywano; gdy kasy przekształcały się w NFZ, był już tylko w 3 regionach. Z pewnością wpływ na taki rozwój wypadków miało lobby specjalistyczne. Analizy wykonanych świadczeń wykazały, że po zniesieniu *fund holdingu* liczba zakontraktowanych świadczeń z zakresu ginekologii wzrosła trzykrotnie. Wysoka podaż świadczeń zdrowotnych w każdym systemie zostanie skonsumowana w całości. Obserwujemy to zjawisko od lat i nie wyciągamy wniosków.

W następstwie różnych niekorzystnych działań pojawiło się jeszcze inne zjawisko: samoograniczenie kompetencji lekarza rodzinnego. Zachowywał się on racjonalnie – jego praktyka jest też działalnością biznesową, nie może sobie pozwolić na wykonywanie świadczeń, za które nikt mu nie płaci, a nawet płaci innemu podmiotowi. Przykładem na to mogą być wszelkie zabiegi z zakresu małej chirurgii – nie płacono za nie lekarzom POZ, choć z łatwością mogli je wykonywać.

W miejscowościach, w których praktyki lekarzy rodzinnych istnieją od połowy lat dziewięćdziesiątych, np. w mojej praktyce w Krakowie, pacjenci przyzwyczaili się do korzystania z pełnego zakresu naszych kompetencji i chcą z nich korzystać. Trzy lata temu z przykrością musiałem wyjaśnić stałej pacjentce, której pierwszą ciążę prowadziłem, że teraz – przy kolejnej ciąży powinna zgłosić się do ginekologa. Była zawiedziona.

Nadal w procesie dydaktycznym lekarzy rodzinnych są szkolenia i staże z zakresu ginekologii i położnictwa, ale ich umiejętności nie są wykorzystywane, bo pacjentki mogą korzystać z opieki ginekologów i do nich się kierują. Nie zmieniamy programu specjalizacji, bo nie dopuszczamy myśli, że obecny stan może trwać. Jeśli tak będzie, to funkcja lekarza rodzinnego sprowadzi się do działań czysto administracyjnych, a system będzie się rozrastał i stawał coraz kosztowniejszy. Ale nie można tego robić w nieskończoność, bo pęknie. Już trzeszczy w szwach.

• Jaka więc jest dziś kondycja lekarzy rodzinnych i jakie zadania stoją przed Kolegium?

– Obecnie trapią nas różnego rodzaju niewesołe myśli, niektórzy podejmują trudne decyzje, wielu najmłodszych, świetnie wykształconych wyjechało za granicę – do Wielkiej Brytanii, do Szwecji, do Irlandii. Ponieważ język angielski już znali, szybko odnajdują się w tamtejszym systemie ochrony zdrowia, pracują w pełnym zakresie kompetencji, łącznie z zadaniami z ginekologii, małej chirurgii itp. Są bardzo dobrze oceniani. Niejeden lekarz rodzinny zastanawia się nad takim rozwiązaniem zawodowym. Nawet na kongresie były stoiska firm, które proponowały wyjazdy, a warunki wynagrodzenia, życia i rozwoju zawodowego oferowały dużo lepsze od krajowych.

Wszyscy oczywiście nie wyjadą, choć przykre jest to, że wyjeżdżają najlepsi, najbardziej rzutcy. Mogliby przecież budować naszą dyscyplinę medyczną w kraju. Z tymi, którzy wyjechali, utrzymujemy kontakty, przyjeżdżają na kongresy, czasami dzielą się doświadczeniami na łamach naszych pism, ale nie leczą tutaj.

Pracujemy w stresie, z poświęceniem, brak nam stabilizacji i gwarancji, że nasza dziedzina będzie się rozwijać. Nadal jest duża grupa lekarzy rodzinnych zakorzenionych w swoich budowanych z ogromnym wysiłkiem praktykach, związanych z pacjentami, a także ze środowiskiem. Chcą pracować i rozwijać się w tym otoczeniu. Wielu nie tylko zadowala się osiągniętą pozycją, ale rozwija zakłady czy praktyki. Część jest bierna i zajmuje postawę wyczekującą. Liczy na uregulowanie naszej pozycji w systemie.

W tym widzę zadanie dla Kolegium: dążenie do ustabilizowania naszej sytuacji, precyzyjnego określenia prawnego miejsca lekarza rodzinnego w systemie. W tym zakresie powinniśmy współpracować z NRL, z Porozumieniem Zielonogórskim.

W kręgu naszych zainteresowań pozostaje też inna grupa lekarzy – jeszcze nie są lekarzami rodzinnymi w pełnym znaczeniu tego słowa. Część ma specjalizację, ale nie mają warunków do praktykowania w niezależnej placówce. Inni mają specjalizację, np. z chorób wewnętrznych czy pediatrii i zastanawiają się, czy warto robić medycynę rodzinną. Im trzeba jasno pokazać, że nasza specjalizacja ma przyszłość w podstawowej opiece zdrowotnej. Nie chcemy ich zmuszać, ale zachęcać.

Jest nas ponad 8 tys. Powinno być 2 razy więcej. 15 lat temu marzyliśmy, że proces powstawania i krzepnięcia instytucji lekarza rodzinnego będzie trwał 5-10 lat. Dziś już wiemy, że jest to praca na całe pokolenie. Ale konieczna jest jasna i trwała wizja, określenie do czego dążymy. Koncepcja systemu ochrony zdrowia nie może zmieniać się wraz z ministrem zdrowia. Dobrego modelu brak zresztą nie tylko w podstawowej opiece zdrowotnej, od 7 lat czekamy na ustawę o ratownictwie medycznym, struktura specjalistyki ambulatoryjnej jest dziełem przypadku, szpitale borykają się z niewyobrażalnymi trudnościami. Cały system nadal wymaga naprawy. My chcemy określenia naszego miejsca w nim i szerokich kompetencji, bo jest to korzystne i dla systemu, i dla pacjenta. Praca ta musi być odpowiednio nagradzana. *(rozm. MS)*

REKLAMA

REKLAMA

Przewlekłe zmęczenie coraz częściej doprowadza lekarzy do depresji, uzależnień i kłopotów osobistych.

Niewyspani i przemęczeni

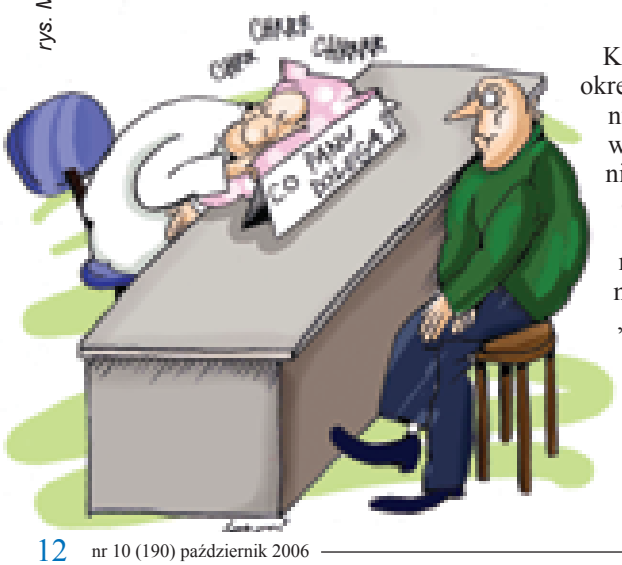
Marek Derkacz

Kilka lat temu przeprowadzono w Ameryce badania znaczenia snu dla zdrowia człowieka. Ochotnikom poddanym badaniu kilkukrotnie w ciągu nocy przerywano na chwilę sen, obserwując i skrzętnie notując reakcje organizmu. Okazało się, że już po 3-4 tygodniach eksperymentu biorące w nim udział osoby stały się labilne emocjonalnie i dużo bardziej drażliwe. Po około 6 tygodniach postanowiono przerwać eksperyment. Powód? Zaobserwowano zaburzenia metaboliczne, mogące mieć negatywny wpływ na zdrowie uczestników badania!

Wszystko bym oddał za dobrze przespaną noc! – zdanie wielokrotnie powtarzane i codziennie słyszane niemal w każdym lekarskim gabinecie może wydawać się nieco śmieszne osobom spoza branży. Oddać wszystko za normalnie przespaną noc?! Trzeba być lekarzem, aby w pełni zrozumieć znaczenie tych słów.

Brak snu i przemęczenie to nie tylko groźny wróg lekarzy, ale także jeden z niedocenianych i być może najgroźniejszych nieprzyjaciół pacjentów. Badania naukowe dowiodły, że osoby śpiące poniżej sześciu godzin na dobę nie tylko żyją krócej od osób śpiących co najmniej siedem godzin, ale również mają większe trudności z podejmowaniem decyzji, charakteryzują się wolniejszym refleksem, a także popełniają większą ilość błędów. A to oznacza, że przemęczony i niewyspany lekarz może stanowić zagrożenie nie tylko dla siebie, ale może również stać się… potencjalnym zabójcą dla swoich pacjentów!

Przypuszcza się, że to właśnie przewlekłe zmęczenie ludzi wywołane brakiem odpowiedniej ilości snu było jedną z przyczyn wielkich nieszczęść, takich jak np. katastrofa amerykańskiego wahadłowca Challenger w 1986 r., awarii nuklearnego reaktora w Czarnobylu czy wycieku olbrzymich ilości ropy z tankowca Exxon Valdez w 1989 r. i skażenia 12 tys. km kw. u wybrzeży Alaski. Ocenia się, że zmęczenie spowodowane zbyt krótkim czasem snu jest przyczyną od 30 do 40% wypadków komunikacyjnych z udziałem samochodów ciężarowych. Brak snu i przemęczenie są również przyczyną znacznej części wypadków we wszystkich istniejących branżach przemysłu. Jak dotąd nie przeprowadzono dokładnych badań oceniających w jakim stopniu niedobór snu wśród lekarzy wpływa na zwiększenie ilości zdarzeń niepożądanych i wzrost śmiertelności wśród pacjentów. A problem wcale nie jest mały, bo w kraju pracuje ok. 100 tys. lekarzy i każdy z nich, aby godnie żyć, pracuje ponad normę, jednocześnie narażając siebie i swoich pacjentów na poważne niebezpieczeństwo.



rys. Małgorzata Gnyś

Pacjencie, strzeż się przemęczonych lekarzy!

Konia z rzędem temu, kto dokładnie określi jaki procent zdarzeń niepożądanych w służbie zdrowia spowodowany jest przemęczeniem pracowników tego sektora. Nie jest tajemnicą, że każdy pracujący ponad normę lekarz popełnił w swojej karierze jakiś większy lub mniejszy błąd medyczny.

„Każdy lekarz ma swój mały cmentarzyk" – to znamy chyba wszyscy. I to cmentarzyk tym większy, im bardziej przemęczony lekarz. Często pytamy, ilu błędów medycznych moglibyśmy uniknąć, gdybyśmy pewne decyzje podejmowali nie po 24 czy 36 godzinach ciężkiej, nieprzerwanej pracy, a będąc wypoczętymi.

Problemowi niewyspanych i przemęczonych lekarzy postanowili bliżej przyjrzeć się Amerykanie. Amerykańskie Towarzystwo Medyczne (AMA) ujawniło niedawno wyniki ankiety, którą przeprowadzono wśród liczącej ponad tysiąc osób grupy młodych lekarzy.

Okazuje się, że przeciętny amerykański adept medycyny pracuje co najmniej dziesięć godzin dziennie. Spędza również w szpitalu przynajmniej jedną noc w tygodniu. Jedenaście procent lekarzy rezydentów pracuje ponad osiemdziesiąt godzin tygodniowo, co ciekawe – połowa z nich, pomimo dość wysokich płac, nie jest zadowolona z powodu konieczności pracy w godzinach nadliczbowych. Jak pokazały inne amerykańskie badania – stażyści pracujący od siedemdziesięciu siedmiu do osiemdziesięciu ośmiu godzin tygodniowo przyczyniają się do wzrostu popełnianych błędów medycznych aż o 36%! w porównaniu z lekarzami pracującymi średnio sześćdziesiąt pięć godzin w tygodniu.

Już po jednej nieprzespanej nocy medycy popełniają dwukrotnie więcej błędów przy interpretacji EKG. Osoby niewyspane popełniają również większą liczbę technicznych błędów przy wykonywaniu symulowanego zabiegu operacji metodą laparoskopową czy podczas wprowadzania i wyprowadzania pacjenta z narkozy. Błędna diagnoza, zła ocena stanu pacjenta czy zlecenie podania dziesięciokrotnie większej niż dopuszczalna dawki leków nie były rzadko spotykanymi błędami popełnianymi przez przemęczonych lekarzy. Na jaw wy-

dokończenie na str. 14

REKLAMA

REKLAMA

Niewyspani i przemęczeni

dokńczenie ze str. 12

szło to, o czym wiadomo było od dawna. Przemęczony lekarz to zły lekarz.

Aż 41% spośród ankietowanych lekarzy wskazało przemęczenie jako główną przyczynę popełnienia poważnych błędów medycznych, natomiast 31% z nich przyznało, że przemęczenie po ciężkim dyżurze w dużym stopniu mogło przyczynić się do zgonu pacjenta!

Według istniejących badań upośledzenie funkcji psychomotorycznych osób, które nie spały przez 24 godziny jest takie samo jak tych, które mają we krwi 1 promil alkoholu. Brak snu upośledza uwagę i koncentrację podobnie jak spożywany alkohol – przekonuje dr Todd Arnedt z Uniwersytetu w Michigan. Wraz z zespołem badawczym poddał dokładnej ocenie procesy uwagi grupy lekarzy, z użyciem symulatora jazdy. Lekarze, którzy łącznie z dyżurami pracowali w ciągu tygodnia około osiemdziesięciu godzin, po miesiącu wyczerpującej pracy wykazywali się o 7% wolniejszym czasem reakcji w porównaniu z wypoczętymi kolegami. W symulatorze jazdy przepracowani lekarze wypadali podobnie jak nie przeciążeni pracą ochotnicy, ale po wypiciu kilku małych drinków… Co więcej, lekarze, którzy w ciągu ostatniego miesiąca brali zbyt dużą liczbę dyżurów, mieli aż o 30% więcej problemów z utrzymaniem stałej prędkości na symulatorze w porównaniu z wypoczętymi ochotnikami na rauszu!

Warto przypomnieć, że opryskliwość oraz traktowanie pacjentów jako zła koniecznego – tak często zarzucane nam przez chorych – są najczęściej spowodowane deficytem snu, przemęczeniem i pracą ponad normę.

Nieudane próby ograniczenia zjawiska

Praca przez co najmniej osiemdziesiąt czy sto godzin tygodniowo uznawana była dotychczas w USA za swoistego rodzaju chrzest bojowy, który uczył młodych lekarzy pracy w stresujących warunkach i gwarantował pacjentom ciągłość opieki lekarskiej.

Jednak już w czerwcu 2003 r. Amerykańska Rada Akredytacyjna ds. Kształcenia Podyplomowego Lekarzy (The Accreditation Council for Graduate Medical Education) postanowiła ograniczyć czas pracy lekarzy do maksymalnie trzydziestu, nieprzerwanie spędzanych w szpitalu godzin i osiemdziesięciu godzin pracy w ciągu tygodnia. Niestety, przepisy pozostały na papierze, a życie pisało dalej własny scenariusz. Jak wykazały wyniki anonimowych ankiet przeprowadzonych wśród lekarzy, aż w przypadku 84% z nich przepisy dotyczące czasu pracy zostały złamane. 67% osób pracowało nieprzerwanie dłużej niż trzydzieści godzin, a 43% osób pracowało dłużej niż osiemdziesiąt godzin tygodniowo!

Problem nagminnego łamania prawa jest niestety trudny do rozwiązania. Amerykańska Rada Akredytacyjna ma ograniczone możliwości nakładania sankcji lub kar finansowych na szpitale nie przestrzegające norm czasu pracy. Ponadto młodzi lekarze niechętnie zgłaszają nieprawidłowości, ponieważ obawiają się, że z ich powodu szpitale stracą akredytację, co automatycznie uniemożliwi im odbywanie specjalizacji. Pracodawcy powinni jednak pamiętać, że zmuszając lekarzy do pracy ponad ustawową normę nie tylko narażają się na kary administracyjne, ale i zwiększają ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych, co wiąże się ryzykiem wytaczanych przeciwko nim procesów sądowych i wysokich odszkodowań na rzecz poszkodowanych.

Dla własnego dobra ogranicz dyżury!

Prócz negatywnego wpływu na zdrowie pacjentów, zarywanie nocy na dyżurach może bardzo niekorzystnie odbić się na zdrowiu lekarzy. Dotychczas przeprowadzono kilka badań, w trakcie których zdrowych ochotników poddawano ograniczeniu snu średnio do czterech godzin i badano wpływ tego zjawiska na zmiany zachodzące w organizmie człowieka. Okazuje się, że brak snu wyraźnie zaburza funkcjonowanie dwóch osi: podwzgórze-przysadka-tarczyca i podwzgórze-przysadka-nadnercza.

Brak odpowiednio długiego i dobrego jakościowo snu negatywnie wpływa na układ hormonalny i odpornościowy, powodując zwiększenie aktywności współczulnej, zwiększenie stężenia kortyzonu we krwi oraz obniżenie poziomu TSH i upośledzenie tolerancji glukozy.

W badaniach przeprowadzonych na zdrowych ochotnikach wykazano, że skrócony do 4 godzin sen znacząco wpływa na wzrost ciśnienia tętniczego mierzonego w dniu następnym. Średnie wartości ciśnienia tętniczego są wyższe u osób z zakłóconym snem niż u badanych, którzy nieprzerwanie spali przez 8 godzin. Wyraźny wzrost ciśnienia obserwuje się w godzinach rannych, natomiast w godzinach wieczornych obserwuje się brak występującego u osób śpiących normalnie nocnego spadku ciśnienia tętniczego.

Zwiększenie aktywności układu współczulnego i układu renina-angiotensyna-aldosteron niesie ze sobą również większe ryzyko wystąpienia zaburzeń rytmu serca czy incydentów sercowo-naczyniowych takich jak bóle wieńcowe, a nawet zawały serca. U osób, których sen był zakłócany, obserwowano również niekorzystne zmiany reologiczne krwi.

Przeprowadzone wśród młodych lekarzy badania ankietowe wykazały również, że wraz ze wzrostem liczby nadgodzin znacząco wzrasta ryzyko zakłucia się igłą lub skaleczenia skalpelem, a więc także ryzyko zakażenia licznymi patogenami. Przewlekłe zmęczenie również coraz częściej doprowadza lekarzy do depresji, uzależnień i kłopotów osobistych. Niestety, najprawdopodobniej z powodu przemęczenia i stresującego trybu życia wskaźnik samobójstw w tej grupie zawodowej jest wyższy niż średnia krajowa.

Prawo prawem, a życie życiem

Osoby stanowiące prawo w naszym kraju zdają się zapominać, że brak snu może być niebezpieczny nie tylko, gdy ktoś jest kierowcą, pilotem czy operatorem ciężkiej maszyny. Brak lub niedobór snu to ogromne zagrożenie dla przepracowanych lekarzy i ich pacjentów. Niestety, nikogo w Polsce nie obchodzi ile pracują lekarze, a długość ich czasu pracy w dużym stopniu reguluje mająca wiele uchybień ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. I co ciekawe art. 32 j tej ustawy mówi:

pkt 2. Czasu pełnienia dyżuru, o którym mowa w ust. 1, ***nie wlicza się do czasu pracy****.*

pkt 3. Liczba dyżurów medycznych pełnionych przez osobę wymienioną w ust. 1 nie może przekraczać 2 tygodniowo i 8 miesięcznie.

pkt 7. Za czas pełnienia dyżuru medycznego ***nie przysługuje czas wolny od pracy****. W uzasadnionych przypadkach ordynator (kierownik) może zwolnić pracownika z części dnia pracy, po zakończonym dyżurze, z zachowaniem prawa do wynagrodzenia.*

Przepisy te mają się do przepisów unijnych ni mniej, ni więcej jak pięść do nosa. Art. 2 pkt 1 dyrektyw Nr 93/104/WE i Nr 2003/88/WE stanowią, że czas pracy to każdy okres, podczas którego pracownik pracuje, jest do dyspozycji pracodawcy i wypełnia swoje czynności lub obowiązki zgodnie z przepisami krajowymi i/lub prakty-

ką krajową. Prawo europejskie nakazuje również uznawanie za czas pracy czasu dyżuru, niezależnie od tego czy pracownik świadczy w tym czasie pracę, czy pozostaje tylko w stanie gotowości. Przeciętny czas pracy pracownika w okresie siedmiodniowym, łącznie z godzinami nadliczbowymi, nie powinien przekraczać 48 godzin. Tak więc przepisy zawarte w ustawie o ZOZ-ach stoją w sprzeczności z prawem unijnym. Zresztą rachunek jest bardzo prosty.

Podstawową dobową normę czasu pracy pracowników medycznych zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej określa przepis art. 32g ust. 1 ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o ZOZ-ach (Dz. U. nr 91, poz. 408), zgodnie z którym wynosi ona siedem godzin i trzydzieści pięć minut na dobę. Dyżur medyczny to zwykle szesnaście godzin dodatkowej pracy.

7 h i 35 min x 5 dni roboczych + 2 dyżury w tygodniu x 16 godzin każdy, to zaokrąglając prawie 70 godzin pracy. Czyli aż o ponad 45% więcej niż dopuszcza unijna dyrektywa! Oczywiście, gdyby się dokładniej rozejrzeć, nie trudno byłoby znaleźć szpitale, w których lekarzy zmusza się do pełnienia większej liczby dyżurów niż przewiduje ustawa. Wydaje się, że wyłączenie lekarzy z ogólnie obowiązujących przepisów prawa pracy jest sprzeczne nie tylko z przepisami unijnymi, ale i niezgodne z konstytucyjną zasadą równości obywateli i z zakazem dyskryminacji, o których mówi art. 32 Konstytucji RP.

Nie tylko lekarze, ale przede wszystkim pacjenci, w trosce o swoje zdrowie, powinni w pełni popierać działania mające na celu wprowadzenie w życie stosownych przepisów dotyczących ograniczenia czasu pracy lekarzy i surowe karanie pracodawców za ich nieprzestrzeganie. Łącznie z wysokimi karami za próby ominięcia prawa. Bo zbyt długi czas pracy, to nie tylko problem przemęczonych lekarzy, ale przede wszystkim pacjentów, których zdrowie i życie narażane jest na niebezpieczeństwo.

W przypadku braku stosownych działań mających na celu skrócenie czasu pracy polskich lekarzy warto monitować choćby nawet Komisję Europejską. Wzór indywidualnej skargi lekarskiej w sprawie nieprzestrzegania w Polsce dyrektywy UE o czasie pracy można znaleźć na internetowej stronie Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy: **www.ozzl.org.pl**

Marek Derkacz

marekderkacz@interia.pl

REKLAMA

REKLAMA

fot. Marek Stankiewicz

Pacjenci po prostu wolą białe kosmetyczne wypełnienia.
Zakaz stosowania amalgamatu może więc być za parę lat zbędny.

Zmierzch amalgamatu

Anna Lella

Europejski Stomatologiczny Komitet Łącznikowy (*EU Dental Liaison Committee* – DLC) świętuje 45 urodziny.

Rezolucja CED na temat amalgamatu dentystycznego z 27 maja 2006 r.

Mając na uwadze, że:
- efektywność i bezpieczeństwo amalgamatu jako wypełnienia ubytków zębów jest wykazane jego wieloletnim użyciem,
- jego bezpieczeństwo i dalsze zastosowanie jest popierane przez WHO i FDI (*Consensus Statement* 1997),
- wszystkie materiały wypełniające mogą wywoływać w pewnym stopniu niepożądane reakcje dla pacjenta, jakkolwiek wieloletnie badania nie wykazały istotnych efektów szkodliwych dla zdrowia wywołanych przez amalgamat,
- amalgamat jest długowieczny i niekosztowny,
- spośród wielu wypełnień amalgamat jest najlepszym materiałem z powodu łatwości stosowania i innych korzystnych właściwości fizycznych, a lekarze dentyści są najbardziej kompetentni w wyborze właściwego materiału,
- badania nad potencjalnymi zagrożeniami dla zdrowia i środowiska wywołanymi amalgamatem powinny być kontynuowane; ważne jest także, aby przepisy prawne dotyczące prawidłowej utylizacji odpadów amalgamatu były ściśle przestrzegane przez kraje członkowskie UE,
- powyższe badania powinny być ściśle powiązane z równoległymi badaniami nad stosowanymi materiałami alternatywnymi, ponieważ jak dotychczas nie ma wystarczającej wiedzy o ich ryzyku toksyczności, bezpieczeństwa zarówno dla pacjenta, jak i dla personelu medycznego, a także o innych ich właściwościach

Rada Europejskich Lekarzy Dentystów:
- potwierdza, że nie powinny być narzucane żadne restrykcje dotyczące używania amalgamatu do chwili, gdy wiarygodne dowody ujawnią rzeczywiste niebezpieczeństwo amalgamatu dla zdrowia, jak i do czasu, gdy bezpieczeństwo alternatywnych materiałów zostanie odpowiednio potwierdzone,
- popiera kontrole nad tym czy przepisy prawa dotyczące utylizacji odpadów amalgamatu są ściśle przestrzegane w krajach członkowskich,
- podkreśla, że stomatolodzy, aby móc zaspokajać oczekiwania i potrzeby pacjentów, muszą mieć możliwość oferowania dostępnych metod leczniczych ubytków próchnicowych,
- podkreśla, że lekarze dentyści są najbardziej kompetentni w rozpoznawaniu potrzeb zdrowotnych jamy ustnej pacjentów oraz że pacjentowi nie wolno odmawiać wolnego wyboru jak chce być leczony,
- podkreśla, że restrykcje dotyczące stosowania amalgamatu mogą zniszczyć finansową stabilność systemów zdrowotnych, a także mieć wpływ na indywidualne możliwości finansowe samych pacjentów,
- wyraża swój żal dotyczący wezwania Parlamentu Europejskiego (z marca 2006) do restrykcji stosowania amalgamatu, pomimo braku jakichkolwiek naukowych dowodów w tej kwestii,
- wzywa instytucje europejskie do wzięcia pod uwagę dowodów naukowych dotyczących stosowania amalgamatu oraz światowego konsensusu mówiącego, że amalgamat powinien zostać częścią arsenału stomatologicznego w celu jak najlepszego zabezpieczenia potrzeb pacjentów.

Pierwsze spotkanie stowarzyszeń stomatologicznych Belgii, Francji, Niemiec, Luksemburga i Holandii odbyło się 4.02.1961 r., w niecałe cztery lata po powstaniu Zjednoczonej Europy. Wnioskowano wówczas, by powołać grupę reprezentantów stomatologii aktywnych w sprawach legislacyjnych dotyczących zawodu lekarza dentysty w prawodawstwie europejskim.

26-27.05.br. w Porto, z udziałem reprezentantów NRL Anny Lelli i Zdzisława Annusewicza, odbyło się walne zgromadzenie DLC. Po raz pierwszy uczestniczyli oni jako pełnoprawni delegaci. W poprzednich latach obserwatorami byli Kazimierz Bryndal i śp. Zbigniew Żak. Podczas wiosennego zebrania przegłosowano zmianę dotychczasowej nazwy na *Council of European Dentists*, w skrócie CED. Przyjęto, że obecna nazwa najwłaściwiej oddaje charakter organizacji. CED jest stowarzyszeniem *not-for-profit*, reprezentuje ponad ćwierć miliona lekarzy dentystów z Europy. Obecnie CED to 31 organizacji zawodowych lekarzy dentystów z 29 państw.

Przedmiotem działalności CED jako niezależnej organizacji zawodowej, wspieranej przez swoich członków, jest:
- reprezentowanie interesów zawodu dentysty w UE,
- promowanie wysokich standardów zdrowia jamy ustnej,
- promowanie wysokich standardów opieki stomatologicznej,
- przyczynianie się do zabezpieczenia ochrony zdrowia społeczeństwa,
- monitorowanie, analizowanie i podążanie za wszystkimi politycznymi i legislacyjnymi zmianami dokumentów UE, które dotyczą lekarzy dentystów, opieki zdrowotnej jamy ustnej,
- aktywne wywieranie presji na Instytucje Europejskie i Parlament celem służenia interesom politycznym i legislacyjnym lekarzy dentystów, włączając zagadnienia ochrony konsumenta,
- wspieranie i reprezentowanie członków pod względem informowania i popierania ich potrzeb w powiązaniu z instytucjami narodowymi i unijnymi, pod warunkiem, że nie jest to indywidualny obowiązek członków.

Zadania te są realizowane przez biuro z siedzibą w Brukseli, kierowane przez 8-osobowy zarząd przy współudziale grup roboczych, który podlega prawodawstwu belgijskiemu. CED jest platformą dla komunikacji i lobbowania na rzecz zawodu lekarza dentysty, jest też ważnym partnerem dla innych instytucji w globalnej debacie zdrowotnej. Pokazuje jak ważna jest wymiana poglądów i doświadczeń, dzielenie się nie tylko sukcesami, ale i porażkami.

Ostatnio wiele działań CED było związanych z pomysłem zakazu stosowania amalgamatu.

Pierwsze nagłośnione dyskusje o wycofaniu z zastosowania amalgamatu pochodzą jeszcze ze stycznia 2005 r., kiedy to Komisja Europejska opublikowała strategię w zakresie rtęci, w której stwierdziła, że należy poddać rewizji użycie rtęci w amalgamacie dentystycznym. Komisja Europejska wezwała wówczas Radę i Parlament Europejski do zareagowania w tej kwestii. W czerwcu Rada zatwierdziła strategię, podkreślając potrzebę przyjrzenia się rtęci. Wkrótce potem w Parlamencie Mrios Matsakis przygotował raport wzywający do ewentualnego wycofania amalgamatu.

21.01.2006 r. wielu członków Komisji Ochrony Środowiska Naturalnego, Zdrowia Publicznego i Bezpieczeństwa Żywności (ENVI) wstępnie opowiedziało się za zakazem stosowania amalgamatu. Jednakże później Komisja ENVI odrzuciła wezwanie Mariosa Matsakisa do rezygnacji ze stosowania amalgamatu dentystycznego. W zamian parlamentarzyści przyjęli poprawkę opracowaną przez Martina Callanana, w której powołano komisję ekspertów ds. sprzętu medycznego w celu zbadania bezpieczeństwa w związku z wykorzystywaniem amalgamatu.

W miesiącach poprzedzających głosowanie, które odbyło się 22 lutego br., brukselskie biuro CED pozostawało w ścisłym kontakcie ze sprawozdawcą cieni grupy EPP-ED Martinem Callananem oraz innymi znaczącymi parlamentarzystami.

Wielu przedstawicieli organizacji stomatologicznych kontaktowało się z człon-

kami komisji ENVI ze swoich krajów w celu wyjaśnienia negatywnych konsekwencji wynikających z restrykcji dotyczących stosowania amalgamatu.

Dowodem na powodzenie tego wspólnego przedsięwzięcia okazało się odrzucenie tej propozycji przez większość parlamentarzystów podczas lutowego głosowania.

Wbrew oczekiwaniom, Parlament Europejski poprosił Komisję o wniesienie ograniczeń dotyczących używania amalgamatu dentystycznego do końca 2007 r. 14.03.br. Parlament niespodziewanie unieważnił decyzję Komisji ENVI, która ustaliła, że krokiem naprzód będzie zwrócenie się z prośbą o określenie bezpieczeństwa używania amalgamatu do Grupy Ekspertów ds. Sprzętu Medycznego.

CED rozesłała komunikat prasowy do mediów brukselskich i Komisji ds. Zdrowia Publicznego, w którym skrytykowała decyzję Parlamentu. Urzędnicy podkreślają, że zależy im na opinii stomatologów, oczekują doradztwa zanim podejmą jakąkolwiek decyzję.

CED przeprowadziła ankietę wśród swoich członków. Pytano, czy jest konieczne wprowadzenie zakazu stosowania amalgamatu z powodów zdrowotnych i środowiskowych, czy dostępne materiały alternatywne są lub będą w ciągu najbliższych 5-10 lat równoważne do amalgamatu pod względem wytrzymałości, długowieczności, bezpieczeństwa i niskich kosztów. Tylko 2 państwa spośród 22, z których organizacje dentystyczne odpowiedziały na te pytania poparły zasadność zakazu amalgamatu. Drugie pytanie nie dawało żadnych rozbieżności poglądów.

Zdaniem stomatologów z niemal całej Europy obecne materiały alternatywne wprawdzie są szeroko dostępne, ale mają liczne słabe strony. Wszyscy jasno wskazywali, że o ile rozwój technologii daje coraz nowsze zamienniki do amalgamatu, to zawsze wiąże się to ze znacznym podniesieniem kosztów leczenia i większą czasochłonnością pracy lekarza. Jednocześnie obserwuje się od lat tendencję do coraz rzadszego stosowania amalgamatu w krajach wysoko rozwiniętych jako wynik wymogu rynku. Pacjenci po prostu wolą białe kosmetyczne wypełnienia. Tak więc zakaz stosowania amalgamatu może być przy obecnej tendencji za parę lat zbędny. Obecnie takie restrykcje nie leżą w interesie samych pacjentów. Mogą poważnie załamać finansowanie opieki stomatologicznej ze środków publicznych.

Prezydent CED Wolfgang Doneus został zaproszony na spotkanie z przedstawicielami UE 26 kwietnia. Na spotkaniu była obecna Susie Sanderson (przewodnicząca Rady Nadzorczej brytyjskich dentystów i nieoficjalny członek rady CED) i Mark Beamish (prawnik – przedstawiciel CED w UE).

Celem spotkania było wyjaśnienie stanowiska stomatologów w kwestii bezpieczeństwa stosowania amalgamatu dentystycznego w szczególności w świetle wezwania Parlamentu Europejskiego do restrykcji w jego zastosowaniu ogłoszonego ostatnio.

W trakcie wizyty prezydent Doneus odniósł się do literatury na temat amalgamatu, gdzie tylko niewielka ilość podanych źródeł traktuje o ryzyku związanym ze stosowaniem amalgamatu u pacjentów oraz personelu. Ponadto ewentualne restrykcje mogłyby mieć zastosowanie dopiero po szczegółowych badaniach, które nie są obecnie przeprowadzane. Równocześnie zadeklarowano, że o ile pojawią się niezbite dowody o potencjalnym zagrożeniu zdrowotnym stosowania amalgamatu, lekarze dentyści będą pierwszymi nawołującymi do wprowadzenia zakazu stosowania amalgamatu, gdyż to oni mają z tą substancją kontakt bezpośredni każdego dnia.

Istotnym przesłaniem CED było, aby lekarze dentyści mieli dostęp do sprzętu, materiałów i leków umożliwiających sprostać zróżnicowanym potrzebom pacjentów (przypadki, gdzie są odpowiednie złożone wypełnienia, a w innych amalgamat jest najlepszym rozwiązaniem).

Komisja zamierza złożyć szereg pytań do dwóch niezależnych komitetów naukowych, których celem jest ustalenie obecnego stanowiska naukowego na temat zdrowia i zagrożenia dla środowiska wywołanego amalgamatem i innymi wypełnieniami. CED jest w ścisłym kontakcie z Komisją i służy pomocą w dostarczaniu wszelkich informacji na ten temat.

Grupa robocza CED ds. amalgamatu powołana w maju w Porto spotkała się 25 sierpnia br. w Londynie, aby przygotować „radę CED" do Komisji na temat ryzyka zdrowotnego dla pacjentów narażonych zarówno przez amalgamat dentystyczny, jak i alternatywne materiały.

Naukowy Komitet bada literaturę naukową na temat ryzyka związanego z używaniem amalgamatu i wypełnień alternatywnych, takich jak materiały ceramiczne i kompozyty, i ma radzić czy ograniczenie wykorzystania amalgamatu jest niezbędne.

Brukselskie Biuro CED już dostarczyło Komisji pokaźną ilość literatury do poparcia jego pracy. Grupa robocza ma spotkać się z urzędnikami Komisji we wrześniu i omówić naukowy konsensus, czy amalgamat jest bezpieczny.

A co w Polsce o amalgamacie? Ministerstwo Zdrowia opublikowało „Stanowisko w sprawie wyrobów medycznych zawierających rtęć". W stanowisku jest oczywiście również mowa o amalgamatach.

REKLAMA

REKLAMA

Strzelanina w dyskotece

Podczas interwencji w dyskotece trzech policjantów zostaje zranionych z pistoletu w klatkę piersiową. Piski dziewcząt, okrzyki biesiadników, przeszyte brzękiem rozbitej szyby, ktoś ucieka, ktoś wzywa pomocy – scena niczym z gangsterskiego filmu.

Spokojnie, bez pisku opon, z karetek wysiadają trzy zespoły ratowników i zabierają się do pracy. Zadaniem zespołu ratownictwa medycznego jest w ciągu 10 minut ocenić sytuację na miejscu zdarzenia i zdecydować, jak zorganizować działania, by nie pogrążyć się w chaosie. Innym razem tak może zdarzyć się naprawdę.

Wytrawni sędziowie, specjaliści i eksperci w ratownictwie oceniają głównie procedury zarządzania, sposób dowodzenia, podziału funkcji, a także kompetencje medyczne wg najnowszych standardów ALS – wyjaśnia zadanie **dr Wojciech Bodzoń**, prezes Stowarzyszenia Instytut Ratownictwa Medycznego. Inne zadania to m.in. upadek szybowca z rannym pilotem, wypadek motocyklowy (trzeba prawidłowo zdjąć kask rannemu), ciężarna w hipoglikemii potrącona przez samochód, nieszczęśliwy wypadek zranienia szyi podczas miłosnej schadzki o północy w ruinach zamku itp.

Co 10 minut podjeżdża kolejna karetka. Wszyscy realizują to samo zadanie. Nikt nie jest nieomylny i każdemu może zdarzyć się jakaś pomyłka. Profesjonalizm ratowników widać gołym okiem, ale ich ambicją jest robić to za każdym razem coraz lepiej.

Podobnie jak w ubiegłym roku interesujące konkurencje i imprezy towarzyszące i niepowtarzalna atmosfera „miasteczka ratowników" w Ośrodku „Stalownik" nad Jeziorem Rożnowskim zgromadziła entuzjastów ratownictwa z całej Polski. W eliminacjach, które odbyły się w maju i czerwcu we Wrocławiu, Białymstoku, Brzesku,

Katowicach, Olsztynie, Lublinie, Poznaniu i Łodzi, o prawo startu ubiegało się 167 zespołów z kraju i zagranicy.

W załodze mógł być tylko jeden lekarz. W zalogach bez lekarza co najmniej od dwóch członków zespołu wymagano wykształcenia medycznego (pielęgniarka lub ratownik).

80 załóg z Polski, Słowacji, Węgier, Turcji, Serbii, Białorusi i Ukrainy walczyło o prymat w V Mistrzostwach Polski w Ratownictwie Medycznym i Drogowym, rozegranych we wrześniu br. w Gródku nad Dunajcem (woj. małopolskie). Najlepszy okazał się zespół ratowników (bez lekarza!) Szkoły Aspirantów Państwowej Straży Pożarnej w Krakowie w składzie **Piotr Sowizdraniuk**, **Radosław Świder**, **Sebastian Dziadkiewicz** i **Mariusz Idzik**. Tuż za nimi uplasowały się załogi Wojewódzkiej Stacji Ratownictwa Medycznego w Łodzi z lekarzem **Marcinem Makowskim** i „Ochrona i Ratownictwo" z Kwidzyna bez lekarza.

Tutaj możemy liczyć na naukę, zabawę i zdrową rywalizację – mówi jeden z ratowników znakomitego zespołu z Kwidzyna. Mistrzostwa są motorem podnoszenia jakości. Z roku na rok coraz więcej ekip, mimo rosnącej trudności zadań, było blisko uzyskania kompletu punktów. Systematycznie zmniejsza się rozpiętość wyników uzyskiwanych przez poszczególne zespoły, a to niewątpliwie przekłada się na codzienną praktykę.

– Tu nie ma miejsca dla polityki, interesów ani „krawatów", jest tylko idea ratowania drugiego człowieka. Nie oddamy jej tym, którym tło grupy ratowników i ambulansów potrzebne jest tylko do osiągania swoich celów – zauważa komandor mistrzostw dr **Przemysław Guła**.

Kolejne mistrzostwa odbędą się w przyszłym roku w Olsztynie.

tekst i fot. Marek Stankiewicz

@sculap.pl
Goniec Medyczny

• **Ogólnopolski strajk lekarzy w 2007 r.** Zarząd Krajowy OZZL wystosował apel do wszystkich lekarzy w Polsce w sprawie przeprowadzenia ogólnopolskiego strajku w przyszłym roku. W tym celu Związek zwraca się z prośbą o jak najszybsze tworzenie oddziałów OZZL w każdym szpitalu. • **Dramatycznie brakuje lekarzy medycyny ratunkowej!** Wyemigrować mogło już niemal 12% lekarzy med. ratunkowej. Wiele oddziałów ratunkowych w polskich szpitalach pozostaje bez ordynatorów. „Potrzebujemy 3500 lekarzy. Obecnie mamy ok. tysiąca, z czego ponad 400 ma specjalizację, a 600 jest w trakcie jej zdobywania" - mówi prezes Pol. Tow. Medycyny Ratunkowej prof. Juliusz Jakubaszko. • **Wszyscy dołożymy się do sztucznego serca.** Rząd ma dać 30 mln zł z budżetu państwa na budowę sztucznego serca Fundacji Rozwoju Kardiochirurgii, założonej przez Zbigniewa Religę. Minister zdrowia przekonał do tego premiera i rząd - donosi „Gazeta Wyborcza". • **Poseł i prezes jednocześnie.** Nowy prezes NFZ Andrzej Sośnierz powiedział, że nie złoży mandatu poselskiego w związku z objęciem

dokończenie na str. 20

Przełom w profilaktyce

Anna Jakubowska

„Rak szyjki macicy" – taką diagnozę każdego roku słyszy 4 tysiące Polek, połowa z nich umiera, ponieważ rak został wykryty za późno. To najgorsza statystyka spośród wszystkich krajów UE.

Nadzieją jest profilaktyka poprzez szczepienia, bowiem za raka szyjki macicy odpowiadają wirusy HPV (głównie typy – 16 i 18), przeciwko którym pojawi się wkrótce szczepionka opracowana przez naukowców GlaxoSmithKline, już złożona do rejestracji w Europie.

Wyniki najnowszych badań, opublikowanych w czasopiśmie naukowym „Vaccine" wykazały, że o skuteczności szczepionki świadczy siła zawartego w niej innowacyjnego adiuwantu AS04, który zapewni jej wysoki i długotrwały poziom przeciwciał u kobiet. Szczepionka w 100% ochroni kobiety przed 4 głównymi typami wirusa HPV, które odpowiadają za ponad 80% przypadków raka szyjki macicy.

Badania nad zgłoszoną do rejestracji przez GSK szczepionką nadal trwają, jednak już dziś wiadomo, że preparat w ciągu 4,5 roku (bo tyle trwają badania) zapewnia 100% skuteczności w zapobieganiu zmianom przedrakowym, wywoływanym przez typy wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV) 16 i 18, odpowiedzialne za przeszło 70% przypadków nowotworów szyjki macicy na całym świecie.

„Szczepionka przeciwko wysokoonkogennym typom wirusa HPV, który jest głównym sprawcą raka szyjki macicy, to przełom w rozwoju medycyny. Wierzę, że w długofalowej perspektywie przyczyni się ona do spadku zachorowań i śmierci z powodu raka szyjki macicy. Obecnie, każdego dnia z powodu tego nowotworu umiera w Polsce 5 kobiet, a 10 dowiaduje się o chorobie. Regularne wizyty u ginekologa, badania cytologiczne i szczepienia powinny zmienić tę najgorszą w krajach UE statystykę dotyczącą raka szyjki macicy" – powiedział prof. Jan Kotarski z I Kliniki Ginekologii AM w Lublinie.

W skład adiuwantu ASO4 wchodzą sole glinu i monofosforylowany lipid A (MPL). MPL jest stymulatorem układu odpornościowego zdolnym do bezpośredniej aktywacji kluczowych mechanizmów immunologicznych. Jego rolą będzie wzmocnienie odpowiedzi immunologicznej na antygeny zawarte w szczepionce.

„Badania te dowodzą, że decyzja zawarcia w szczepionce innowacyjnego adiuwantu i tym samym zapewnienie wysokiej i długotrwałej ochrony kobietom w każdym wieku, okazała się całkowicie słuszna. GSK jest zaangażowane w opracowywanie innowacyjnych produktów, które w istotny sposób przyczyniają się do zapobiegania chorobom zagrażającym życiu. Szczepionka GSK przeciwko rakowi szyjki macicy jest ważnym dowodem tego zaangażowania" – powiedział dr Philippe Monteyne, dyrektor Global Vaccine Development w GSK Biologicals.

W marcu br. firma GlaxoSmithKline złożyła szczepionkę przeciwko wirusom wywołującym raka szyjki macicy o nazwie Cervarix™, do rejestracji w Europejskiej Agencji Produktów Leczniczych (European Agency for the Evaluation of Medicinal Products (EMEA). W Polsce szczepionka dostępna będzie w 2007 r.

REKLAMA

REKLAMA

@sculap.pl
Goniec Medyczny

dokończenie ze str. 18

funkcji prezesa NFZ, ponieważ... „nie ma takiej potrzeby". • **„Restrukturyzacja w szpitalu nie może działać na zasadzie ślepego plutonu egzekucyjnego"**. Zwycięstwo lekarzy ze szpitala w Nowym Targu! Po 11 dniach strajku wywalczyli realizację większości postulatów. „Udało się nam zahamować dziką redukcję zatrudnienia. Należy zastrzec, że nie mamy nic przeciwko restrukturyzacji, ale nie może ona działać na zasadzie ślepego plutonu egzekucyjnego" - powiedział jeden z organizatorów protestu dr Maciej Jachymiak. • **„Pracownicy Ministerstwa Zdrowia nie znają prawa"**. Wiceminister zdrowia Bolesław Piecha proponuje przywrócenie w przyszłym roku ulgi na leczenie (będzie można odliczyć od podatku 19% wydatków na ten cel, jednak nie więcej niż 380 zł). Jednak ulga w zaproponowanej formie jest... sprzeczna z prawem i świadczy o nieznajomości przepisów podatkowych w resorcie zdrowia - twierdzą eksperci. • **Minister zdrowia będzie ostrzegał przed alkoholem**. MZ opracowało już przepisy ograniczające sprzedaż i reklamę alkoholu - m.in. na butelkach piwa i wódki mają się pojawić napisy *Minister zdrowia ostrzega: alkohol szkodzi*. • **Nagrody dla dyrektorów szpitali**. Średnio po 20 000 zł premii dostali od marszałka Mazowsza Adama Struzika dyrektorzy podległych mu 19 szpitali - ujawnia „Życie Warszawy". W Centrum Neuropsychiatrii w Zagórzu pracownicy policzyli, że nagroda dla ich dyrektorki to równowartość niewypłaconych miesięcznych podwyżek dla 70 osób. • **Koreańscy pacjenci w szpitalu wojskowym we Wrocławiu**. Wrocławski szpital wojskowy będzie leczył Koreańczyków budujących w Kobierzycach fabryki dla koncernu LG Electronics. W ubiegły czwartek komendant szpitala płk Grzegorz Stoiński podpisał umowę z Chung Yoon Jinem z firmy GS Engineering & Construction, wznoszącej zakłady LG.

Goniec Medyczny jest elektronicznym biuletynem informacyjnym, wysyłanym bezpłatnie raz w tygodniu na ponad 100 000 kont poczty elektronicznej polskich lekarzy i innych pracowników medycznych, zarejestrowanych w portalu Esculap.pl
Esculap.pl to portal medyczny, zawierający pełne teksty artykułów z kilkunastu polskich czasopism medycznych, bazę leków Pharmindex, giełdę pracy dla lekarzy oraz giełdę używanego sprzętu medycznego i podręczników. Współpracujemy z kilkunastoma towarzystwami naukowymi i uczelniami medycznymi oraz największymi polskimi wydawnictwami. Dostęp do wszystkich materiałów w portalu jest bezpłatny i wymaga jednorazowej rejestracji. Dodatkowo istnieje możliwość błyskawicznego założenia własnego konta poczty elektronicznej i strony WWW.

Serdecznie zapraszamy.

lek. Jarosław Kosiaty
redaktor naczelny portalu Esculap.pl
Dendrite International
www.esculap.pl
e-mail: jkosiaty@esculap.pl

Nie chcą zapobiegać?

Agnieszka Banach

Kujawsko-Pomorski Oddział NFZ prowadzi w tym roku 7 programów profilaktycznych. Ich celem jest m.in. zapobieganie takim chorobom jak rak piersi – najczęstszy nowotwór złośliwy u kobiet; rak szyjki macicy – rocznie dotykający 4 tys. kobiet w Polsce, a uśmiercający rocznie 2 tys. z nich, czy POChP – choroba ponad 5 proc. naszego społeczeństwa.

Na realizację programów Fundusz przeznaczył ponad 12,5 mln zł, aż o 135 proc. więcej niż w roku poprzednim. Wszystko jednak wskazuje na to, że pieniądze, podobnie jak w roku ubiegłym, nie zostaną wydane. Do końca roku zostały jeszcze tylko trzy miesiące, a NFZ z puli prawie 13 mln zł tylko trochę ponad 57 proc. przeznaczył na umowy ze świadczeniodawcami. Do rozdysponowania pozostało ok. 6 mln zł. Dlaczego?

„Na pozostałe środki brak chętnych. Mamy pieniądze, ogłaszamy kolejne konkursy, ale nadal nie zgłasza się wystarczająca liczba realizatorów – mówi rzeczniczka Funduszu Barbara Nawrocka. – To problem ogólnopolski." „Nasz oddział i tak jest w czołówce w kraju jeżeli chodzi o realizację programów profilaktycznych – dodaje Wiesław Kiełbasiński, dyrektor kujawsko-pomorskiego NFZ. – W innych rejonach oddziały Funduszu mają jeszcze większe problemy z zakupem świadczeń. Tak jest np. w województwie lubuskim."

Lekarze tłumaczą, że czasami koszt udziału jednostki w programie jest wyższy niż zyski z jego realizacji, że NFZ płaci zbyt mało. Zniechęca ich biurokracja: „Lepiej by było, gdyby program mógł realizować każdy świadczeniodawca, a w zależności od efektów otrzymywać pieniądze" – przekonują. Zniechęca także własna bezsilność: „Czasami po wykryciu choroby u pacjenta tak naprawdę nie wiadomo, co z nim zrobić dalej. Zapisać w klasyczną, długą kolejkę pacjenta z wysokim ryzykiem? To zniechęcające i frustrujące" – mówią.

„Jeżeli u pacjenta zostaje wykryta choroba i zostaje skierowany z pierwszego etapu programu do drugiego, pogłębionego, wówczas na wizytę u lekarza specjalisty nie powinien czekać dłużej niż 30 dni" – zapewnia Barbara Nawrocka.

Czasami, już zakontraktowanych, pieniędzy świadczeniodawcy biorący udział w programach nie wydają… ze strachu, przed zbyt dużą liczbą chętnych mogących przystąpić do programu. „Jeżeli kontrakt pozwala np. na zbadanie 200 osób i powiadomimy za dużą populację, zgłosić się może zbyt wielu pacjentów. Co zrobimy z pozostałymi?

W efekcie nie „reklamujemy programu, zgłasza się zbyt mało osób, a pieniądze nie zostają wykorzystane" – dzieli się swoimi wątpliwościami jeden ze świadczeniodawców.

„Nie ma żadnego niebezpieczeństwa. Jesteśmy w stanie w każdej chwili dokupić potrzebne ilości świadczeń – uspokaja dyrektor Kiełbasiński i zapewnia: – Jeżeli świadczeniodawca wykona ich więcej, zapłacimy za to. Przecież w całym kraju jest problem z realizatorami świadczeń!"

Nie tylko brak realizatorów wpływa na złe wykonanie programów profilaktycznych. Zawodzą pacjenci.

Jest lepiej niż rok temu, przekonują urzędnicy Funduszu prezentując dane: do programu profilaktyki raka szyjki macicy w analogicznym okresie 2005 r. zgłosiło się 10 087 osób, w 2006 – 14 338; na badania w kierunku wykrycia raka piersi w zeszłym roku zgłosiły się 8764 osoby, w tym – 12 240, chorobom układu krążenia w 2005 r. postanowiły zapobiegać 7164 osoby, w 2006 r. 13 350. Lepiej jest także w programie profilaktycznym Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc, w którym co roku uczestniczy najmniej pacjentów. W tym roku o swoich płucach pomyślało o tysiąc osób więcej niż w zeszłym – 5924.

Ciągle jednak za mało osób chorobom zapobiega, a za dużo je leczy. Na pewno to wynik zbyt małej świadomości zdrowotnej naszego społeczeństwa, ale też niewystarczającej informacji o dostęp-

nych badaniach i jeszcze niedoskonałej organizacji systemu profilaktyki.

Oddział NFZ w Bydgoszczy kampanię promującą programy profilaktyczne rozpoczął w kwietniu. Wydrukowano tu m.in. ponad 24 tys. broszur, które rozdawano na tak zwanych białych niedzielach i innych masowych imprezach, część dołączono do jednego z wydań „Gazety Wyborczej". Ukazywały się także komunikaty prasowe, a od czerwca telewizyjny spot, trwały szkolenia dla lekarzy. Rozmowy z potencjalnymi uczestnikami programów pokazują jednak, że to wszystko za mało.

Może miałam pecha, ale żadna z pytanych przeze mnie osób, wśród nich paru lekarzy, nie miała pojęcia o realizowanych przez NFZ programach. Przekonywały, że na pewno zwróciłyby na nie uwagę, gdyby informacje o badaniach ukazywały się przede wszystkim w TV lub w radiu. „Każdy słucha radia w samochodzie albo w pracy" – mówili. Kilka osób chciałoby wiadomość o badaniach znaleźć w swoich skrzynkach pocztowych.

Być może informacja o badaniach dotrze niedługo do większej liczby osób. „Z naszych doświadczeń wynika, że największe zainteresowanie programami profilaktycznymi jest we wrześniu i październiku – mówi dyrektor Wiesław Kiełbasiński. – Dlatego chcemy zintensyfikować nasze działania właśnie w tych miesiącach."

Pomoże otrzymane od Ministerstwa Zdrowia 100 tys. zł na promocję programów profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy. Już drukuje się 500 plakatów dla realizatorów programów rakowych. Fundusz sprawdzi, czy wiszą w widocznych dla pacjentów miejscach. Informacje o programach – 3 tys. ulotek – znajdą się też w środkach komunikacji miejskiej, urzędach, na pocztach. Gotowe jest pismo do kurii bydgoskiej z prośbą o komunikaty z ambony o programach profilaktycznych i umieszczenie informacji o nich w przykościelnych gablotach.

W planach jest także drugi telewizyjny spot. Na antenie telewizji bydgoskiej do badań ma zachęcać znana w regionie dziennikarka zajmująca się „zdrowiem"– Małgosia Rogatty. „Może dobrym pomysłem byłoby poprosić o pomoc w promocji programów także Otylię Jędrzejczak" – zastanawia się Wiesław Kiełbasiński.

O programach profilaktycznych można się dowiedzieć także ze strony internetowej NFZ. Pod koniec sierpnia za sprawą sygnałów od pacjentów i interwencji „Gazety Wyborczej" informacja o badaniach stała się trochę bardziej czytelna. Na stronie głównej od razu widać ikonę dotyczącą programów, ale komunikat promujący akcję jest mocno nieaktualny, a podstawowych informacji na temat prowadzonych programów, tak samo jak wykazu ich realizatorów, trzeba się trochę naszukać wśród innych dotyczących profilaktyki wiadomości. Fundusz obiecuje, że to jeszcze nie koniec zmian i stronę WWW udoskonali.

„Nasze akcje profilaktyczne mają zasięg długofalowy. Działania promocyjne, które prowadzimy w tym roku, na pewno przyniosą efekt także w roku przyszłym – mówi pełna zapału Barbara Nawrocka, a dyrektor Kiełbasiński dodaje: „konieczna jest tylko jednoczesna współpraca mediów, Funduszu, izb lekarskich, samorządów, lekarzy i pacjentów."

Ze swoich działań promocyjnych zadowolony jest łódzki NFZ. Na prowadzone w bieżącym roku programy profilaktyczne przeznaczono tu 15 mln zł. Do sierpnia wartość podpisanych umów na 2006 r. wyniosła prawie10 mln zł. „Konkursy dla realizatorów cały czas trwają, a dzięki akcji promocyjnej we wszystkich lokalnych mediach: radiu, prasie, telewizjach lokalnych, do świadczeniodawców trafia coraz więcej pacjentów – mówi Beata Aszkielaniec z biura rzecznika oddziału NFZ. – Napisaliśmy też listy do proboszczów, którzy o możliwości badań informują podczas ogłoszeń duszpasterskich. Ta formuła się sprawdza." Tu na promocję i reklamę Ministerstwo Zdrowia przekazało 80 tys. zł.

Dźwignią programów profilaktycznych jest nie tylko promocja, ale ich odpowiednia organizacja. „Doświadczenia wielu krajów pokazują, że profilaktyka może być dobrze i systematycznie prowadzona – uważa dr Krzysztof Buczkowski, kierownik Katedry i Zakładu Lekarza Rodzinnego Szpitala Uniwersyteckiego w Bydgoszczy. – U nas należy położyć nacisk na mobilizację lekarzy rodzinnych, by pacjentów ze swoich list kwalifikowali do poszczególnych programów. Na pewno daleko nam do Holandii, gdzie pacjentka przychodzi do lekarza rodzinnego, a ten w komputerze sprawdza, kiedy ostatnio miała wykonywaną cytologię, badania w kierunku cukrzycy czy określane ryzyko zgonu sercowo-naczyniowego, ale to, co robi NFZ, to krok w dobrym kierunku.

Medycyna rodzinna zmierza do tego, żeby jak najwcześniej identyfikować czynniki ryzyka choroby. Idealnie można tu wykorzystać programy Funduszu".

REKLAMA

REKLAMA

Komitet Inicjatywy Ustawodawczej
projektu ustawy o zasadach finansowania doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów oraz o zmianie niektórych ustaw

WYKAZ OBYWATELI, KTÓRZY UDZIELAJĄ POPARCIA PROJEKTOWI USTAWY O ZASADACH FINANSOWANIA DOSKONALENIA ZAWODOWEGO LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW ORAZ O ZMIANIE NIEKTÓRYCH USTAW

Lp.	Imię (imiona) i nazwisko	Adres zamieszkania (miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)	Numer ewidencyjny PESEL	Podpis
1	2	3	4	5
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Zebrane podpisy prosimy przesyłać pod adresem: Naczelna Izba Lekarska, 00-764 Warszawa. ul. Sobieskiego 110

Tekst projektu Ustawy jest dostępny na stronie internetowej NIL: **www.nil.org.pl**

REKLAMA

Zmiany

Odchodzę w poczuciu sukcesu – powiedział na spotkaniu z dziennikarzami **Jerzy Miller**. Pytany, czy nie jest mu przykro, że odchodzi z „politycznego powodu", powiedział, że byłby „naiwny, gdyby myślał, że będzie pełnił tę funkcję do emerytury". Jerzy Miller pełnił funkcję prezesa NFZ od 30 września 2004 r.

Zdaniem Millera „wiele rzeczy się udało". Wymienił tu m.in. lepszy kontakt z ubezpieczonymi. W ciągu dwóch lat poprawiła się świadomość ludzi na temat tego, jak ważne są badania profilaktyczne. Jego zdaniem poprawiły się też relacje Funduszu ze środowiskiem medycznym. Za sukces Funduszu uznał m.in. fakt, że NFZ nie jest zadłużony, realizuje swoje zobowiązania finansowe w terminach, działa według jednorodnych zasad i nie ma podstaw do postawienia mu zarzutów korupcji.

Następcą Jerzego Millera został **Andrzej Sośnierz**. Ma 54 lata, pochodzi z Głuchołazów, żonaty, troje dzieci. Specjalista neurolog. Był dyrektorem, radnym, lekarzem wojewódzkim. Przez wiele lat pracował jako szeregowy lekarz. Od podstaw budował Śląską Regionalną Kasę Chorych.

Sośnierz zapowiedział też, że chce uprościć funkcjonowanie Funduszu. Jego zdaniem metoda kontraktowania świadczeń zdrowotnych jest „bardzo niedobra". „Fundusz doprowadził swoim sposobem kontraktowania do zafałszowania statystyki medycznej. Zmusił zakłady opieki zdrowotnej, nieświadomie, do dostosowywania się, a nie po prostu relacjonowania tego, co się w systemie opieki zdrowotnej dzieje" – stwierdził nowy prezes NFZ.

Pełniący ostatnio funkcję zastępcy głównego inspektora sanitarnego **Marek Ludwik Grabowski** został podsekretarzem stanu w Ministerstwie Zdrowia. Zastąpił na stanowisku **Andrzeja Wojtyłę**.

Grabowski przejął kompetencje Wojtyły, wśród nich m.in. nadzór nad działalnością jednostek organizacyjnych podległych ministerstwu (m.in. Agencją Oceny Technologii Medycznych, Biurem Praw Pacjenta przy Ministrze Zdrowia, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Krajowym Centrum ds. AIDS, Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych).

Marek Grabowski urodził się 8 lutego 1950 r. w Częstochowie. Ukończył wydział lekarski Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach. W 1992 r. obronił pracę doktorską poświęconą zapadalności na wirusowe zapalenie wątroby w województwie częstochowskim. W wyborach parlamentarnych w 2005 r. ubiegał się o mandat z rekomendacji Samoobrony i uzyskał 3595 głosów.

(PAP)

fot. Marek Stankiewicz

REKLAMA

REKLAMA

Punkt widzenia

Jerzy Ciesielski

Małżonkowie B. do Okręgowej Izby Lekarskiej w Ł. złożyli pismo o „wyciągnięcie konsekwencji prawnych wobec dr. n. med. Bogumiła Rybki (wszystkie nazwiska zmienione) w związku z błędami popełnionymi w sztuce oraz zaniechaniem udzielenia pomocy lekarskiej". Interesujące było wskazanie na winę jednego lekarza, mimo że w tym przypadku (chociaż w różnym czasie) interwencję podejmowali dwaj lekarze.

Stan faktyczny sprawy przedstawia się tak: Małżonkowie B. wyjeżdżając na urlop pozostawili samą w mieszkaniu 80-letnią matkę (teściową), sprawną fizycznie i intelektualnie. Po powrocie nie mogli otworzyć drzwi wejściowych, bo od środka w zamku tkwił klucz. Małżonkowie B. weszli do mieszkania po wybiciu drzwi balkonowych przez straż pożarną. Stanisława Cielecka leżała na podłodze, najprawdopodobniej od kilkudziesięciu godzin, nieprzytomna.

Lekarz pogotowia ratunkowego Bogumił Rybka po wizycie w godzinach 0.20-0.50 w zleceniu wyjazdu zapisał: „jest w pełnym kontakcie", „skarży się na ból lewego uda", „ustawienie kończyny dolnej lewej prawidłowe, bolesność przy poruszaniu", „diagnoza – podejrzenie niewydolności naczyń mózgowych, stłuczenie uda lewego". Bogumił Rybka zalecił rodzinie „umycie staruszki, zaniesienie jej do łóżka, podanie herbatki i przepisanych lekarstw przeciwdziałających miażdżycy". Nakłanianie go do skierowania chorej do szpitala zinterpretował jako próbę pozbycia się niewygodnego członka rodziny".

Inny zespół pogotowia (z lekarzem Emilem Słońskim) na prośbę rodziny interweniował w godzinach 3.29-4.10. Tym razem w zleceniu wyjazdu zapisano „chora uległa ogólnemu potłuczeniu, w chwili obecnej bezwiednie oddaje mocz, uskarża się na silny ból lewego stawu biodrowego i prawego stawu barkowego". Tym razem rozpoznano „ogólne potłuczenie, moczenie nocne". Trzeci raz pogotowie – tym razem także z Emilem Słońskim pojechało do Stanisławy Cieleckiej o godzi. 17.00. Była już nieprzytomna, bez kontaktu. Tym razem rozpoznanie lekarza brzmiało: „Uraz czaszki, stłuczenie stawu biodrowego lewego, stłuczenie stawu barkowego prawego". Po tej interwencji Stanisława Cielecka została przyjęta do szpitala, gdzie rozpoznano u niej złamanie przezkrętarzowe lewej kości udowej, zapalenie oskrzeli i płuc oraz odwodnienie. Tamże wykonano zabieg operacyjny, jednakże w wyniku powikłań związanych z zapaleniem płuc Stanisława Cielecka zmarła.

W toku postępowania wszczętego przez okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej w Ł. specjalista wojewódzki w dziedzinie ortopedii i traumatologii wydał jednoznaczną opinię, że podejrzewałby złamanie kości udowej w okolicy stawu biodrowego, a „przy braku doświadczenia w badaniu ortopedycznym, co miało miejsce w przypadku obu wyżej wymienionych lekarzy, odwiózłbym pacjentkę do szpitala, gdzie na pewno ustalono by właściwe rozpoznanie i wdrożono leczenie". Biegły specjalista chorób wewnętrznych również wypowiedział się, że obaj lekarze dysponując wiedzą ogólnolekarską powinni uznać hospitalizację pacjentki za konieczną na podstawie danych z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego, z którego wynikały zaburzenia krążenia mózgowego".

Bogumił Rybka i Emil Słoński nie przyznali się do stawianych im zarzutów (jak to ujęto w postanowieniu rzecznika odpowiedzialności zawodowej i sentencji okręgowego sądu lekarskiego) „wykroczeń zawodowych" polegających na „nieprzewiezieniu chorej do szpitala i opóźnieniu przez to specjalistycznego leczenia" (*vide*: art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej – „lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając im niezbędny czas"). Bogumił Rybka w swojej obronie powoływał się na trudności diagnostyczne przypadku Stanisławy Cieleckiej – brak innych objawów niż bolesność mięśnia czworogłowego uda oraz brak jakichkolwiek objawów (kaszel, gorączka, ból w klatce piersiowej, przyśpieszenie oddechu, sinicy, wzmożenia drżenia piersiowego i innych) wskazujących na zapalenie płuc. Wskazywał też, że następna wizyta zakończyła się podobnymi wnioskami diagnostycznymi i terapeutycznymi. Emil Słoński stwierdził w swoich wyjaśnieniach, że „badanie przeprowadził dokładnie, w czasie pierwszej

REKLAMA

wizyty stan chorej określił jako zadowalający i zrobił wszystko, co mógł w tej sytuacji zrobić", a potem skupił się na tej okoliczności sprawy, że w chwili jego przyjazdu do Stanisławy Cieleckiej atmosfera była niedobra, bo rodzina była zbulwersowana pomówieniem poprzedniego lekarza o przymuszanie go do zabrania „starej matki do szpitala".

Zgodnie z poglądem okręgowego sądu lekarskiego, wyrażonym w uzasadnieniu wyroku, Bogumił Rybka powinien poszerzyć czynności diagnostyczne w warunkach szpitalnych celem postawienia prawidłowej diagnozy, zwłaszcza że brał pod uwagę możliwość złamania szyjki kości udowej, co uwzględniając wiek pacjentki oraz okoliczności i czas, który mógł upłynąć od urazu, było wręcz bezwzględne wskazanie do takiego postępowania. Okręgowy sąd lekarski zajął też stanowisko, że Emil Słoński powtórzył w trakcie swojej pierwszej wizyty niedopatrzenie poprzednika i spowodował dalsze opóźnienie przewiezienia chorej do szpitala. Bogumił Rybka otrzymał karę nagany, a Emil Słoński karę upomnienia. Sąd zróżnicował kary dopatrując się w postępowaniu Emila Słońskiego okoliczności łagodzących – w czasie drugiej interwencji podjął decyzję o poszerzeniu diagnostyki o badania w szpitalu, a w toku rozprawy „wykazał pełne zrozumienie popełnionego przewinienia".

Okręgowy sąd lekarski nie uzasadnił, na czym polegało „pełne zrozumienie popełnionego przewinienia". Aż boję się pomyśleć, ale mogła być to swoista premia za uwagę o koledze po fachu dotyczącą kierowanej do niego prośby o skierowanie chorej do szpitala (wszak przyznania się do winy i skruchy też Emil Słoński nie wykazał). Wczuwając się w rolę lekarzy – sędziów dyscyplinarnych nie widziałbym powodów do różnicowania odpowiedzialności obu obwinionych lekarzy. Obaj nie postawili (wedle biegłych) prawidłowych diagnoz i jeden, i drugi nie podjęli decyzji o zabraniu chorej do szpitala w czasie nocnych wizyt. Decyzja o przewiezieniu Stanisławy Cieleckiej do izby przyjęć została podjęta przez Emila Słońskiego po kilkunastu godzinach od pierwszej interwencji. Natomiast w postępowaniu rzecznika odpowiedzialności zawodowej wskazałbym na brak objęcia postępowaniem sposobu Bogumiła Rybki wypowiedzi do rodziny pacjentki, w jej obecności, co do chęci rodziny pozbycia się kłopotu z opieką nad najbliższą osobą, co również naruszało zasady etyki zawodowej.

Zapoznając się z opisanym przypadkiem (i posiadając doświadczenie zawodowe w innych, podobnych sprawach) ciągle nie mogę oprzeć się refleksji, że na początku takiej sprawy mamy trudny albo przynajmniej niejednoznaczny problem medyczny, który wymaga szybkiej i doraźnej oceny w sytuacji, gdy na rozpoznanie oczekują inne, równie pilne przypadki, a w jej finale opinie biegłych oraz ocenę kolegów – sędziów, którzy mają do nieśpiesznej oceny cały zebrany w sprawie materiał dowodowy. Oceniają zaś te dowody nie przez pryzmat możliwej wiedzy o przypadku w chwili interwencji, ale z uwzględnieniem wiedzy *post fatum* wynikającej z późniejszego diagnozowania i leczenia szpitalnego, a niekiedy też z otwarcia zwłok (sekcji lekarskiej czy sądowo-lekarskiej), niedostępnej na miejscu interwencji.

Pozwolę sobie w związku z tym zacytować wyrażoną w wąskim gronie zawodowym cyniczną opinię jednego z biegłych lekarzy sądowych – „o błędach lekarskich zawsze najobszerniejszą wiedzę będą posiadać «zimni chirurdzy»". Ja bym to ujął mniej drastycznie. Inny jest ogląd każdej sprawy, gdy jest ona świeża i gorąca, a inny, gdy patrzymy na nią z perspektywy, z zasobem zgromadzonej później wiedzy i czasem na refleksję.

Pół wieku idei...

Polskie stowarzyszenie zrzeszające studentów medycyny zostało zarejestrowane w federacji IFMSA, skupiającej wiele krajów, w 1956 r. Przez pół wieku istnienia zmieniło się jego oblicze i profil działania – od organizacji pomagającej wyjechać młodym medykom na praktyki zagraniczne, znanej jako Komitet Koordynacyjny Studentów Akademii Medycznej (KKSAM), poprzez PolMSIC, po nowoczesne, otwarte na środowisko akademickie i społeczeństwo Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny IFMSA-Poland.

W roku jubileuszu postawiliśmy przed sobą zadanie odtworzenia historii marzeń, ideałów i walki o zdrowsze jutro. Chcemy poznać ludzi, którzy je tworzyli, spotkać się z nimi, podziękować za to, że dali nam coś, czym żyjemy. Pokazać, że idea, która towarzyszy nam 50 lat ukształtowała już kilka pokoleń lekarzy.

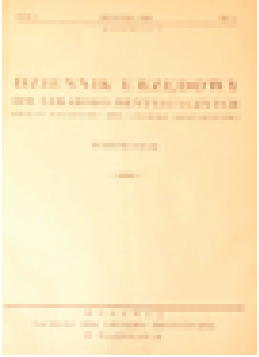
Na wszystkich Państwa działających na polu wymiany zagranicznej studentów medycyny w obrębie międzynarodowej federacji IFMSA (International Federation of Medical Students' Associations) oczekujemy na stronie uroczystości: **www.50lecie.ifmsa.pl**.

Pokażmy wspólnie, że 50 lat to dopiero początek.

Komitet Organizacyjny Obchodów 50-lecia PolMSIC/IFMSA – Poland

REKLAMA

REKLAMA



Powrót lekarskich sądów sumienia

Zygmunt Wiśniewski

Sądy lekarskie III instancji zaczynały swoją pracę w sytuacji niezmiernie trudnej. Uchylenie wielu wyroków sądów poprzednich instancji przez Najwyższy Trybunał Administracyjny poderwało ich autorytet. Zanim do wszystkich dotarła prawda o wyrokach NTA – rozeszła się fama, że wszystkie wyroki podlegają uchyleniu.

Odwoływali się wszyscy, nawet ci, którzy zgrzeszyli przeciwko własnemu sumieniu. Z abolicji, wprowadzonej przez NTA, korzystali tylko ci lekarze, którzy przyjęli posady od kas chorych wbrew zakazom Związku Lekarzy Państwa Polskiego i Izb Lekarskich. NTA zakwestionował także część wyroków, które dotyczyły przyjmowania tzw. posad państwowych. Inne wyroki sądów izb lekarskich, zwłaszcza te dotyczące zachowań nieetycznych w stosunkach wzajemnych między lekarzami oraz w kontaktach lekarz – pacjent pozostawały w mocy. Wiedza o tej prawdzie docierała jednak do środowisk lekarskich wolno. Unormowanie spraw sądowych i dyscyplinarnych oraz podjęcie przez sądy lekarskie statutowych obowiązków wymagało czasu.

Dr Wilhelm Czarnocki objął przewodnictwo Sądu NIL po przejściu gen. dr. Stefana Hubickiego do służby państwowej. Pod jego kierunkiem sądy izb lekarskich otrzymały przydomek „lekarskich sądów sumienia".

Wraz z końcem II kadencji odeszli, z racji wymogów ustawy, która pozwalała na piastowanie funkcji tylko przez dwie kadencje, naczelnicy izb pełniący funkcje od pierwszych wyborów w 1922 r. W ten sposób, z racji wymogów ustawy, skończyła się również kadencja J. Bączkiewicza, prezesa Naczelnej Izby Lekarskiej.

Radykalne zmiany nastąpiły także na stanowiskach kierowniczych w Sądzie NIL. Nowym prezesem Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej został Stefan Hubicki, lekarz wojskowy, generał, organizator powojennej służby zdrowia w wojsku. Jego zastępcami wybrano Wiktora Grzywo-Dąbrowskiego i Wilhelma Czarnockiego, a sekretarzem Adama Huszczę. S. Hubicki został w niedługim czasie powołany na ministra pracy i opieki społecznej, później ministra opieki społecznej, któremu podlegała zreformowana, cała służba zdrowia. Kierownictwo nad sądami lekarskimi przejęli Wilhelm Czarnocki i Adam Huszcza.

Z wokand sądów izb lekarskich spadły sprawy przeciwko lekarzom, którzy przyjmowali posady w kasach chorych wbrew zaleceniom ZLPP i izb lekarskich. Wyroki w tego typu sprawach zostały zakwestionowane przez NTA. Toczyły się natomiast sprawy przeciwko lekarzom, którzy naruszali zasady współżycia środowiskowego i zasady etyki lekarskiej.

Naruszanie zasad etyki lekarskiej miało oczywiście charakter względny, ponieważ ciągle nie było kodeksu etyki i deontologii lekarskiej. Brak jednolitego dla wszystkich izb, a więc dla całej Polski kodeksu deontologicznego, obciążał ujemnie konto kierownictwa izb lekarskich dwóch pierwszych kadencji. Istniały wprawdzie kodeksy regionalne, ale sądy izbowe nie powoływały się na nie w swoich wyrokach. Powoływały się natomiast na sumienie jako na wspólny i oczywisty mianownik, który powinien obowiązywać wszystkich lekarzy, niezależnie od wyznania oraz poglądów społecznych i politycznych. Jakby dla usankcjonowania tej zasady – sądy izb lekarskich zaczęto nazywać sądami sumienia.

Prześledźmy przykładowo wybrane rozstrzygnięcia przed sądami terenowych izb lekarskich.

Zdzisław Lachowicz, znany wileński lekarz i przewodniczący sądu Izby Wileńsko-Nowogrodzkiej pisał w swym sprawozdaniu:

Wykroczenia przeciw deontologii lekarskiej polegały przeważnie na tym, że koledzy, mając na celu zdobycie sobie środkami nieetycznymi dochodu, uwłaczają w ten sposób honorowi i godności stanu lekarskiego. Następną grupę stanowiły sprawy wydawania świadectw bez badania chorego lub bez dostatecznej podstawy, starania się o posadę, która w krytycznym czasie była podjęta przez innego lekarza, wreszcie wykroczenia przeciw urzędowej reprezentacji stanu lekarskiego, tj. izbie lekarskiej – nie zastosowanie się do jej zarządzeń i nie odpowiadanie na jej pisma.

Precedensowy charakter miała sprawa, która w 1930 r. odbyła się przed Sądem Izby Lekarskiej Poznańsko-Pomorskiej w Poznaniu. Rzecznik Dyscyplinarny izby oskarżał w niej lekarza W.G. (w prasie ujawniono nazwisko pozwanego) o to, że *wykroczył przeciw etyce lekarskiej i koleżeńskiej, wyzyskując zatarg lekarzy Zachodniej Polski z kasami chorych na początku 1929 r. celem za-*

warcia umowy z Powiatową Kasą Chorych w Bydgoszczy dającej mu uprzywilejowane pod wyglądem pracy stanowisko wobec dotychczasowych lekarzy kasowych.

Precedensowość tej sprawy polegała na tym, że Sąd Izby Lekarskiej Poznańsko-Pomorskiej rozpatrywał ją w opozycji do Najwyższego Trybunału Administracyjnego, który uchylił wyroki sądów izbowych w wielu podobnych sprawach. MSW uchyliło także wyrok Sądu Izby Poznańsko-Pomorskiej, nakazujący dr. W.G. opuszczenie zajmowanego stanowiska lekarza w kasie chorych.

Sąd Izby Poznańsko-Pomorskiej uznał, że czym innym było żądanie opuszczenia stanowiska, a czym innym jest ocena moralna postawy obwinionego lekarza. Wychodząc z tych przesłanek sąd uznał dr. W.G. winnym i udzielił mu nagany zaostrzonej poprzez podanie wyroku do publicznej wiadomości przez ogłoszenie go w „Dzienniku Urzędowym Izb Lekarskich".

Dr W.G. odwołał się do Sądu NIL, powołując się na orzeczenia NTA, a w ślad za nimi na uchylenie przez Ministra Spraw Wewnętrznych z urzędu wszystkich wyroków skazujących lekarzy, którzy przyjęli posady w kasach chorych wbrew zakazom izb lekarskich.

Sąd NIL pod przewodnictwem W. Grzywo-Dąbrowskiego postanowił „wyrok sądu pierwszej instancji zatwierdzić w całej rozciągłości".

Uzasadnienie decyzji Sądu NIL wskazuje na to, że potraktował sprawę dr. W.G. z Bydgoszczy jako precedensową wobec dziwnych dla całego środowiska lekarskiego rozstrzygnięć NTA i MSW.

Sąd NIL w uzasadnieniu argumentował, że MSW uchyliło wprawdzie wyrok nakazujący doktorowi W.G. opuszczenie posady w kasie chorych, ale nie zmienia to w niczym naganności postępowania dr. W.G. Sąd NIL respektuje tym samym orzeczenia NTA i MSW jako decyzje administracyjne, ale zachowuje sobie prawo moralnej oceny postępowania tego lekarza.

Uzasadnienie tego wyroku jest precedensowe i w pojedynczej sprawie dr. W.G., i polemiczne wobec niekorzystnych dla sądów izbowych skutków decyzji NTA i MSW. Z tych powodów zasługuje na szersze omówienie.

Sąd NIL argumentuje, że w Polsce, w myśl obowiązujących przepisów, każdy lekarz ma prawo osiedlania się w dowolnej miejscowości i podejmowania praktyki lekarskiej bez uzyskiwania na to specjalnego pozwolenia izby lekarskiej. Tym samym sąd NIL przyznaje, że wcześniejszy wyrok nakazujący opuszczenie posady był niezgodny z prawem. Kwestię tę Sąd NIL rozwija stwierdzeniami, że każdy lekarz ma prawo przyjęcia dowolnej posady w instytucjach państwowych, samorządowych, społecznych i prywatnych bez pytania o zgodę izb lekarskich. Dodaje, dla podkreślenia zasady praworządności, że izby lekarskie nie mają prawa zabraniać lekarzom przyjmowania jakichkolwiek posad lekarskich.

Do tego miejsca Sąd NIL jest zgodny z orzeczeniami NTA i MSW. Dalej następuje wywód prawny tłumaczący prawo izb lekarskich do wydawania komunikatów o charakterze ostrzeżenia. Według interpretacji Sądu NIL ostrzeżenie przed podejmowaniem posad, o które toczy się spór między izbami lekarskimi a kasami chorych, jest „zwróceniem uwagi na konflikt z deontologią lekarską". Lekarz ten zlekceważył to ostrzeżenie i podjął pracę będącą przedmiotem sporu – mimo że postąpił zgodnie z normami administracyjnymi, za którymi opowiada się MSW – naruszył normy współżycia lekarzy wynikające z kodeksu deontologicznego. W sprawach moralnych, według których orzekają sądy lekarskie, obowiązują inne normy niż w administracji.

Tak można by skrótowo, dzisiejszym językiem, streścić stanowisko Sądu NIL, które przedstawione zostało wprawdzie w jednostkowej sprawie dr. W.G. z Bydgoszczy, ale naprawdę dotyczyło prawa sądów lekarskich do karania niesubordynowanych lekarzy.

Wyrok ten, wraz z przedstawionym uzasadnieniem, musiał być oczekiwany przez świat lekarski, zainteresowany samorządnym normowaniem stosunków w środowisku i dawał sygnał do podejmowania przez sądy izb lekarskich na nowo spraw wykraczających poza ramy lojalności wobec samorządu lekarskiego.

Orzeczenie Sądu NIL nie zakończyło, niestety, sprawy dr. W.G. z Bydgoszczy. Departament Służby Zdrowia MSW nie podzielił stanowiska Sądu NIL i wyrok uchylił. Sprawa powędrowała do Najwyższego Trybunału Konstytucyjnego, który ostatecznie uchylił karę nałożoną na lekarza z Bydgoszczy.

Sprawa przyjmowania posad przez lekarzy podczas stanu bezkontraktowego w Polsce Zachodniej i uchylenia wyro-

dokończenie na str. 28

REKLAMA

REKLAMA

Powrót lekarskich sądów sumienia

dokńczenie ze str. 27

ków sądów izb lekarskich przez MSW lub NTA znalazła swój izbowy finał w czasie posiedzenia Naczelnej Izby Lekarskiej w marcu 1931 r., która stwierdziła w uchwale, że *nie wolno dla korzyści osobistych łamać solidarności koleżeńskiej i zbiorowych wysiłków organizacji lekarskich w ich dążeniu do poprawy bytu lekarzy*.

Precedensowy charakter miała też sprawa, która pojawiła się w Poznańsko-Pomorskiej Izbie Lekarskiej, i którą ta przedstawiła najpierw na forum publicznym, a następnie skierowała do rozstrzygnięcia przez Sąd NIL. Zawierała się ona w pytaniu: czy można i należy pociągać do odpowiedzialności dyscyplinarnej lekarza, który nie dotrzymywał danego słowa honoru.

Problem zaczął się od konkretnego przypadku lekarza, który nie dotrzymał słowa honoru danego zarządowi izby lekarskiej. Kiedy problem trafił na forum publiczne – Zarząd go uogólnił i zobiektywizował pytając: czy sąd izby lekarskiej powinien się wypowiadać w kwestii lekarzy, którzy nie dotrzymują słowa honoru w kontaktach z innymi lekarzami, a także z pacjentami. Dokumenty nie zawierają wprawdzie odwołania do konkretnej sprawy, ale można domniemywać, że nie rozważano problemu abstrakcyjnego. Trzeba przypomnieć, że brakuje odniesienia, jakim powinien być kodeks etyki i deontologii lekarskiej. Sprawa sumienia stała się więc problemem także środowiska lekarskiego. Kwestia ta podzieliła Zarząd i Sąd Izby Lekarskiej Poznańsko-Pomorskiej. Nie pomogło odwołanie się do NIL, która też nie zajęła jednoznacznego stanowiska. Kwestię poddano więc pod glosowanie na Zarządzie Izby Poznańsko-Pomorskiej. Zarząd powziął uchwałę, by *lekarza nie dotrzymującego słowa honoru pociągnąć do odpowiedzialności dyscyplinarnej tak samo, jak to czynią izby adwokackie.* Powołano się więc na wcześniejsze rozstrzygnięcie tej kwestii w innym znanym samorządzie zawodowym.

Generał doktor Stefan Hubicki był jednym z powojennych organizatorów wojskowej służby zdrowia, komendantem Szkoły Podchorążych Sanitarnych. W III kadencji izb lekarskich wybrany został prezesem Sądu NIL. Wkrótce objął wysokie funkcje państwowe: ministra pracy i opieki społecznej, a po reformie tego resortu – ministra opieki społecznej. W tej funkcji odpowiadał za całą cywilną służbę zdrowia.

Cenny, opisowy charakter ma sprawozdanie Sądu Izby Warszawsko-Białostockiej za rok 1931. Izba ta słynęła w kraju mnogością i zaciekłością sporów wewnętrznych między lekarzami. Sprawozdanie zasługuje na zacytowanie ze względu na koloryt opisywanych spraw, a także na felietonowe walory stylistyczne, którym dawał wyraz doc. dr Leon Owczarewicz, przewodniczący Sądu Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej.

Na samym początku uderza nas fakt, że 19 spraw umorzono, czyli nie znaleziono podstaw do oskarżenia. Cyfra ta dowodzi, że nasi koledzy dużo się sądują i prawują. Dla wielu spraw wystarczyłaby odrobina dobrej woli i obiektywizmu, a spraw w Sądzie by nie było. Zanim jednak śledztwo wykaże bezpodstawność zarzutów, pochłania ono dużo czasu i pracy członków Sądu i Sędziów Śledczych, a izbę lekarską naraża na koszty, których – wobec umorzenia sprawy – nikt nie zwraca.

(...)

Regulamin Sądu nie przewiduje żadnych kar za niesłuszne oskarżenie kolegi lekarza, o ile oskarżony nie wniesie odnośnej sprawy. Ten ostatni zaś zadowolony, że jego sprawę umorzono, często daje spokój i niesłuszny oskarżyciel zazwyczaj nie ponosi żadnej odpowiedzialności.

Wśród owych umorzonych spraw większość powstała wówczas, gdy stosunki osobiste między stronami już przedtem nie były zbyt dobre. Pod tym wyglądem przoduje prowincja, gdzie na terenie małego miasta bardzo łatwo o waśnie i spory. Przeczulenie, nerwowość wskutek zmęczenia pracą zawodową, plotki usłużnych sąsiadów, oto okoliczności sprzyjające do powstawania takich spraw.

Czasem jednak zdarzyło się, że oskarżenia zostały wniesione nie tylko jako przeczulone, lub mylne przeświadczenia o winie lekarza, a miały one cele i uboczne. Chciano na przykład pozbyć się konkurenta w praktyce lekarskiej lub usunąć kogoś z posady w powiecie lub w Kasie Chorych, oskarżeniem kolegi próbowano poprawić swoją nadwątloną opinię. Zdarzały się również sprawy, gdzie aptekarz lub felczer z małego miasteczka chcieli pozbyć się lekarza, który im za często przypominał o obowiązujących przepisach. W tych wypadkach próbowano Sądu Izby użyć do osiągnięcia tych ubocznych celów.

(...)

Są znowu tacy, co gotowi się sądzić i prawować do ostatka. Wnosząc przeciwko swojemu koledze sprawę, zasypują sąd pismami i aktami, które rzekomo mają stwierdzić winę oskarżonego, a gdy przegrają – odwołują się do Sądu Izby Naczelnej, a gdy i to nie pomaga – wnoszą rzekomo nowe sprawy na tego samego kolegę, na członków Sądu, grożą oddaniem sprawy do sądów państwowych, honorowych lub polubownych.

Znajdujemy się już, co prawda, prawie w dziesięć lat po ustanowieniu w Polsce izb lekarskich, przy końcu trzeciej kadencji izb lekarskich, ale nie ma ciągle wypracowanych wspólnych procedur prawnych obowiązujących w sądach. Regulaminy sądów izb regionalnych istnieją i są zatwierdzane przez NIL, ale brakuje im wspólnego odniesienia. Tym odniesieniem powinien być kodeks etyki i deontologii lekarskiej, wspólny dla całej Polski. Prace nad kodeksem deontologicznym, mimo że mówiło się o nim od wielu lat, naprawdę dopiero się zaczęły i na ich zakończenie trzeba będzie jeszcze poczekać przez całą IV kadencję. Zakończy je samorząd lekarski IV kadencji, a uchwali Naczelna Izba Lekarska V kadencji na swym inauguracyjnym posiedzeniu w czerwcu 1935 r. Sądy lekarskie są sądami sumienia – także i w tym znaczeniu, że w swych wyrokach odzwierciedlają normy etyczne przyjmowane przez konkretnych ludzi i konkretne zespoły lekarzy, obdarzonych prawem orzekania o winie i karze.

Zygmunt Wiśniewski

Apel w sprawie niebezpieczeństwa wystąpienia interakcji leków ziołowych z innymi równocześnie stosowanymi lekami

Powszechność zjawiska samoleczenia w sposób szczególny dotyczy leków roślinnych, które stosowane były od wieków i uznawane jako leki skuteczne, ale również bezpieczne. Nieznane były ich działania niepożądane ani też możliwość wystąpienia interakcji z innymi równocześnie stosowanymi lekami.

Zjawisko polipragmazji stanowi obecnie poważny problem kliniczny. Na istnienie interakcji pomiędzy ziołami i równocześnie stosowanymi lekami syntetycznymi zwrócono uwagę, gdy pojawiły się pojedyncze prace dotyczące takich interakcji w przypadku zażywania miłorzębu japońskiego, żeńszenia azjatyckiego, czosnku pospolitego oraz pieprzu metystynowego. Duży niepokój wzbudziły coraz liczniejsze doniesienia na temat interakcji popularnego dziurawca, znanego i stosowanego od czasów Hipokratesa i Paracelsusa.

Interakcje te związane z przyspieszeniem wątrobowego metabolizmu wystąpiły podczas łącznego stosowania dziurawca z lekami przeciwdepresyjnymi, statynami, lekami przeciwzakrzepowymi, immunosupresyjnymi, przeciwwirusowymi, niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi oraz doustną hormonalną antykoncepcią.

Skutki tych interakcji mogą przybierać różne, niejednokrotnie groźne dla zdrowia formy zespołów klinicznych. Mogą także być przyczyną osłabienia efektu terapeutycznego głównego leku (np. przeciwdepresyjnego, hipolipemizującego), nieskuteczności doustnej hormonalnej antykoncepcji lub też mogą niwelować działanie leku w całości.

Niekorzystne interakcje z innymi równocześnie stosowanymi lekami mogą wystąpić także u pacjentów stosujących preparaty z miłorzębu japońskiego (*Gingo biloba*), które stosowane w zaburzeniach krążenia obwodowego wykazują znaczący efekt przeciwpłytkowy. Interakcje pomiędzy preparatami miłorzębu japońskiego a lekami przeciwpłytkowymi (aspiryna, tiklopidyna, klopidogrel, indobufen) i przeciwzakrzepowymi mogą być przyczyną wzrostu ryzyka krwawień.

Zadaniem lekarza jest wiec uświadomienie chorego, że leki ziołowe zażywane równoczesnie z lekami syntetycznymi mogą być niebezpieczne, mogą wywoływać wiele niepożądanych objawów klinicznych, a również zmniejszać lub nawet znosić działanie głównego leku syntetycznego.

Komisja Farmakologii Klinicznej KTiNL PAN
prof. dr hab. n. med. Julita Chojnowska-Jezierska
prof. dr hab. n. med. Elżbieta Kostka-Trąbka
dr n. med. Jarosław Woroń

Komentarz

Produkty lecznicze zawierające zioła, ich części, przetwory galenowe z ziół leczniczych itp. są dostępne bez recepty – z bardzo nielicznymi wyjątkami. Toteż główną rolę w ich dystrybucji i użytkowaniu gra dozwolona dla produktów OTC reklama medialna i działalność aptekarzy. W ramach opieki farmaceutycznej, o której jest ostatnio głośno, aptekarz powinien udzielać fachowej porady pacjentom i wskazywać właściwe na podane dolegliwości preparaty, także pochodzenia roślinnego. Dzieje się tak dość często, jednakże nieznane mi są badania oceniające jakość i bezstronność udzielanych porad.

Generalizując, możemy powiedzieć, że preparaty ziołowe do użytku wewnętrznego są bezcennym i tanim, ogólnie dostępnym lekiem o łagodnym działaniu. Większość z nich jest słusznie używana okresowo lub długotrwale w przewlekłych chorobach o łagodnym przebiegu. Ale nie wolno zapominać, że są to leki, których działanie zostało potwierdzone w toku badań rejestracyjnych. Leki te mogą wchodzić w interakcję z innymi lekami, potęgując lub zmniejszając ich działanie. Na szczęście dotyczy to tylko niewielu preparatów, o których jednak trzeba pamiętać i w toku wywiadu lekowego, przy podejmowaniu decyzji terapeutycznych należy spytać pacjenta, jakich leków OTC, w tym leków roślinnych, obecnie używa stale lub okresowo. Toteż apel zaniepokojonych – farmakologa klinicznego i doświadczonych farmaceutów – jest na czasie i zachęca do zastanowienia się nad terapią OTC, w tym szczególnie stosowaniem preparatów roślinnych.

Taka chwila refleksji mogłaby owocować skierowaniem do „Gazety Lekarskiej" uwag na temat własnych doświadczeń ze stosowaniem preparatów ziołowych, do czego zapraszam.

prof. zw. dr med. Tadeusz Lesław Chruściel, dr h. c.
członek Komitetu Nauki o Leku PAN

REKLAMA

REKLAMA

Toskańskie przysmaki

Krzysztof Makuch

Słynące z największych zasobów wód termalnych oraz sprowadzonych przez polskiego lekarza wafelków włoskie Montecatini ponownie po 20 latach gościło sportowców medyków na XXVII Mistrzostwach Świata Medyków (World Medical Health Games). Jednak nie wspaniałe wody i wafelki były „przysmakiem" naszej ekipy, lecz licznie zdobyte medale przypominające potęgę polskiego sportu.

Rewelacyjnie spisali się nasi lekkoatleci, których medalowy dorobek (12 złotych, 7 srebrnych i 13 brązowych) dał w końcowej klasyfikacji 4 miejsce po Niemcach, Francuzach i Włochach.

Pierwszą damą została dentystka z Pułtuska Bożenna Kędzierska z pięcioma złotymi medalami w biegach na 100, 200 i 400 m, w skoku w dal oraz pchnięciu kulą oraz srebrnym medalem w swojej dotychczas koronnej dyscyplinie tenisie ziemnym (debel z Holenderką).

Debiutująca na mistrzostwach Elżbieta Lorkowska ze Stalowej Woli zdobyła 2 srebrne medale w oszczepie i dysku, a Miśka Przyłuska srebro na 800 m oraz 2 brązowe na 400 i 1500 m. Wszechstronna Miśka, szczeciński anestezjolog, dołożyła medal brązowy na pływalni 100 m stylem klasycznym oraz kolejny brąz po morderczym triathlonie. Nasze pływaczki; Joanna Stepień-Gielo zdobyła dwa medale brązowe w kuli i dysku, a Iwona Damljanović na 800 m.

Bożenna Kędzierska podczas pchnięcia kulą

Uczestnicy sztafety 4x100 m

Równie dobrze wypadli panowie Daniel Bzowski z Radzynia Podlaskiego – zdobył 5 złotych medali (800 m, 500 m, 5 km, cross country, półmaraton) i brąz w sztafecie 4x100 m, Jacek Łabudzki z Sandomierza 2 złota (800 i 1500 m), dwa srebra (400 m i cross country) i 3 brązowe (5 km, półmaraton, sztafeta 4 x 100 m), Mirek Dolecki z Krakowa srebro 800 m i brąz w sztafecie, Lucjan Habieda z Nowego Targu 2 brązowe (5 km, cross country), Janusz Lewandowski z Koniakowa brąz na 800 m, Andrzej Chrościcki z Lublina brąz w kuli, a kolarz Krzysztof Matras z Lublina brąz w sztafecie. Nie zawiódł nasz siłacz Jurek Starzyk, endokrynolog z Krakowa, zdobywając srebro w kuli i brąz w dysku. Jurek znokautował wręcz rywali w trójboju siłowym osiągając najlepsze wyniki ze wszystkich kategorii wiekowych, a był to jego debiut w tej konkurencji.

Przyzwyczailiśmy się do sukcesów naszych pływaków, którzy i tym razem wracają z 25 medalami. W polskiej drużynie królowała tradycyjnie Iwona Damljanović z Regionalnego Szpitala Onkologicznego w Szczecinie z 3 złotymi medalami (400 i 800 m stylem dowolnym i 200 zmiennym), 2 srebrnymi (100 m stylem dowolnym i klasycznym), 2 brązowymi (50 motylkowym i w sztafecie 4x50 dowolnym).

Najlepszą debiutantką z sześcioma medalami została Joanna Stępień-Gielo, ordynator interny Aresztu Śledczego w Szczecinie. Asia uprawiała pływanie w dzieciństwie i była wielokrotną medalistką mistrzostw Polski, stąd jej złoty medal (100 m klasycznym) oraz 4 srebrne (50 grzbietowym,100 dowolnym, 200 zmiennym, 50 motylkowym) i brązowy (sztafeta 4x50 m dowolnym) były w pełni zasłużone.

Bardzo ucieszył nas występ Doroty Wiesiołek, ginekolog z Turka, która rozpoczęła pływanie zaledwie 5 lat temu i systematycznemu treningowi oraz sile woli zawdzięcza swoje pierwsze meda-

Ekipa pływaków

le mistrzostw świata (2 brązowe 200 m stylem zmiennym i sztafeta 4x50 m dowolnym).

Wśród panów tradycyjnie Jacek Śmigielski, chirurg ze szpitala MSWiA w Łodzi zdobył 2 złote medale (50 m motylkowym, sztafeta 4x50 m), 2 srebrne (100 dowolnym i 100 klasycznym) i 1 brąz (200 m zmiennym).Debiutujący na mistrzostwach absolwent Śląskiej AM wydziału ratownictwo medyczne Bartłomiej Bober wywalczył złoto (sztafeta 4x50 m), srebro (400 m dowolnym) i 2 brązy (100 i 200 m dowolnym). Bartek mieszka i trenuje w Zabrzu ratownictwo wodne i jest obecnie rekordzistą i medalistą Mistrzostw Polski oraz członkiem kadry narodowej.

Nasi tenisiści stołowi

Dobre występy, choć bez medali, zanotowali na pływalni debiutujący Robert Lorkowski, specjalista chirurgii stomatologicznej ze Stalowej Woli oraz Krzysztof Kawecki, ordynator kardiologii z Bydgoszczy.

Nasi tenisiści stołowi od lat zaliczani są do światowej czołówki, co potwierdziły wyniki z Włoch (13medali).

Najlepszym małżeństwem zawodów zostali Małgorzata i Andrzej Wnęk. Gosia, ginekolog z Zabrza, zdobyła złoto w singlu, 2 srebra (turniej open i mixt z mężem) oraz brąz z Ewą Winkiel w deblu. Andrzej, kardiolog pracujący w Częstochowie, do srebra z żoną dorzucił złoto w deblu z Walentym Kolcowem (najlepszym zawodnikiem turnieju.). Wala, kardiochirurg z Gdańska, oprócz złota z Andrzejem wygrała swoją kategorię wiekową oraz najbardziej prestiżowy turniej open. Sukcesem zakończył się występ małżeństwa Winklów z Obornik Śląskich. Ewa, mgr rehabilitacji, pracownik NFZ, zdobyła medal brązowy w deblu z Gosią Wnęk, a Grzegorz srebro w singlu oraz dwa medale brązowe (w deblu z Koreańczykiem i mikście z Ukrainką).

Z morderczą trasą i ponad 30-stopniowym upałem przyszło się zmierzyć kolarzom w 3-etapowym wyścigu (114,92, 72 km) plus jazda na czas. Nasi zawodnicy walczyli ze zmiennym szczęściem. Michał Małysza po kraksie na pierwszym i awarii na drugim etapie zdobył srebrny medal w trzecim etapie, lecz w klasyfikacji końcowej uplasował się poza pierwszą dziesiątką. Bez medalu wrócili Krzysztof Matras i Krzysztof Koryczan w kategorii B. Najbliżej medalu w klasyfikacji końcowej był Marek Paściak (4 miejsce w kat. C).

37 stopni C i niezwykle trudna trasa zdziesiątkowała kolarzy górskich, ale zdobyliśmy dwa medale, brąz Michała Małyszy (kat. A), srebro Marka Paściaka i IV miejsce Janusza Lewandowskiego (kat. C). Miśka Przyłuska i Krzysztof Koryczan nie ukończyli wyścigu.

W tenisie ziemnym dorobek medalowy powiększyła niezawodna Agnieszka Widziszowska z Gliwic o dwa brązowe medale w singlu i mikście z Łotyszem.

Tradycyjnie największą popularnością cieszyły się gry zespołowe. Do turnieju piłkarskich jedenastek zgłosiło się 37 drużyn, w tym drużyna z Białegostoku, która ukończyła turniej na 12 miejscu. Dzielnie, choć pechowo walczyli w piłkarskich szóstkach lekarze z Zabrza okupując dobre szóste miejsce (20 drużyn) poważną kontuzją kapitana drużyny Damiana Kaweckiego. W drużynie obok Damiana wystąpili: bramkarz Damian Kiszka, Dominik Obierzyński, Andrzej Wnęk, Patryk Tomasik, Jacek Ciekalski, Paweł Miazga, Marcin Bociański, Maciej Jachymiak.

Drużyna piłki nożnej

dokończenie na str. 34

REKLAMA

REKLAMA

Igrzyska Lekarskie pod

Giewontem

fotoreportaż Marka Stankiewicza

REKLAMA

REKLAMA

Wydział Lekarski AM w Gdańsku, rocznik 1958

Przygotowujemy **w 2008 r.** spotkanie z okazji 50 rocznicy absolutorium. Zbieramy informacje o kolegach do pamiątkowej kroniki. Proszę o przesyłanie informacji o sobie, kolegach (także zmarłych); brakuje nam aktualnych adresów. ***Bogumił Przeździak, ul. Lęborska 16, 80-387 Gdańsk,*** *e-mail:* ***bop@plusnet.pl***

Wydział Lekarski Katowicki ŚIAM, rok 1986

Spotkanie koleżeńskie z okazji 20 rocznicy uzyskania dyplomu lekarza medycyny, w dn. **3-5.11.br., Hotel „Stok" w Wiśle-Jaworniku**. Koszt pobytu: - biesiada, bankiet, dwa noclegi (3-5.11) 350 zł, – bankiet, nocleg (4-5.11) 200 zł. Wpłaty na konto: Hotel Stok, 43-460 Wisła, ul.Jawornik 52a ING Bank Śląski o/Wisła 97 1050 1096 1000 0001 0108 6080 z adnotacją Zjazd Absolwentów, do 30.09.br. *Informacje i zapisy:* ***www.zjazd20.cba.pl; Magda Bieszczanin (Cywińska)****, tel.:* ***0602-422-782; Małgorzata Klimza (Noszczyk)****, tel.:* ***0601-488-383****.*

Wydział Lekarski AM im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, rocznik 1982

Zjazd, z okazji XXV rocznicy ukończenia studiów, odbędzie się **2.06.2007 r. (sobota) we Wrocławiu**. Opłata za uczestnictwo w Zjeździe od absolwenta 250 zł, od osoby towarzyszącej na bankiecie 150 zł. Wpłaty na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu: 17-15401030-2001-7753-6075-0001 do 31.03.2007 r., z dopiskiem „Zjazd 1982". Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Serdecznie zapraszamy do udziału w Zjeździe. Do zobaczenia! *Organizatorzy:* ***Jolanta Zaleska****, tel.* ***0605-642-101****, e-mail:* ***jolzal@poczta.onet.pl****,* ***Piotr Kołtowski MEDINET Dolnośląskie Centrum Chorób Serca****, tel.* ***071-327-67-39****,* ***Patrycja Malec Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu****, tel.* ***071-79-88-068****, e-mail:* ***patrycja.malec@dilnet.wroc.pl***

Wydział Lekarski i Oddział Stomatologii ŚAM z roku 1956

W związku z przygotowaniami do uroczystości 60-cio lecia ŚAM w 2008 r. i 50-cio lecia odnowy dyplomu prosimy absolwentów wydziału lekarskiego i oddziału stomatologii z roku 1956 o zarejestrowanie się w Dziekanacie Wydziału Zabrzańskiego u Pani ***Julity Prabuckiej*** **do 28 października 2006 r.** *Adres Dziekanatu:* ***41-800 Zabrze Plac Traugutta 2****, tel.* ***032-271-26-41****, e-mail:* **doktoratyzab@slam.katowice.pl**. O terminie i programie uroczystości powiadomimy każdego zarejestrowanego indywidualnie. *Zyga Wawrzynek, Stowarzyszenie Wychowanków ŚAM*

Zjazdy koleżeńskie w Internecie

www.absolventus.pl

Serwis pomoże Państwu zorganizować zjazd absolwentów. Przyjazny układ i ergonomiczna budowa umożliwiają szybkie wyszukanie informacji oraz dodanie informacji o nowym zjeździe.

Toskańskie przysmaki

dokończenie ze str. 31

Na piątym miejscu zakończyli po poprawnej grze rozgrywki koszykarze Lancet Medicus z Lublina poprawiając nastrój medalami w strzelaniu sportowym (srebro Andrzej Chrościcki, brąz Artur Florek).

Z medalami, i to dwoma, powrócili siatkarze. Medal srebrny zdobyli olsztyńscy siatkarze grający w klubie Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej występujący jako drużyna Novartis, w składzie: ginekolog Jarosław Ciuńczyk, Sebastian Gajlewicz i Dariusz Czaprowski z Novartisu, Jacek Lewońko, Piotr Czułowski z synem Pawłem oraz Dominik Chodyra, dentysta z Lubania. Brązowy medal przypadł medykom białostockim, którzy po wygraniu grupy eliminacyjnej ulegli 1:2 w półfinale Olsztynowi.

Kapitanem drużyny Medpharm był ponownie weteran lekarskiej siatkówki białostocki lekarz sportowy Jacek Brajczewki (srebro drużyny w Szkocji w 2003 r.), środkowym endokrynolog Janusz Korfel, specjalista rehabilitacji Aleksander Pańko i aptekarz z Łęczycy Filip Olejniczak oraz aptekarze Marek Adamkiewicz z Grajewa i Marcin Żychoń z Bielska Podlaskiego, jako libero Krzysztof Makuch z Warszawy i atakujący Aleksander Kornel (syn Janusza). Mecz o brązowy medal był pełen dramaturgii i został zakończony w tie-breaku 26 do 24. Złoto zdobyła po raz kolejny niemiecka drużyna Carpediem.

W piłce plażowej do ćwierćfinału awansowały nasze cztery drużyny, lecz w strefie medalowej znalazła się, jak w ubiegłym roku, drużyna Novartisu: Jarek Ciuńczyk, Sebastian Gajlewicz i Darek Czaprowski. I choć podobnie jak w Hiszpanii zajęli pechowe miejsce czwarte, to zasłużyli na nagrodę fair play wyrażając zgodę na nieregulaminową zmianę w drużynie niemieckiej, bez której zdobyliby co najmniej srebrny medal.

Tegoroczne mistrzostwa były rekordowe zarówno pod względem uczestników, lipcowych upałów, nieprawdopodobnej atmosfery na ulicach po kolejnych wygranych włoskich piłkarzy na niemieckim Mundialu. Również liczba sportowców z Polski była rekordowa, za czym poszły wspaniałe wyniki będące nagrodą za systematyczny trening i ducha sportowej rywalizacji i nie chce się wierzyć, że jeszcze kilka lat temu nasze medale można było policzyć na palcach jednej ręki. Aż strach pomyśleć, co by było, gdyby wpisowe i udział w tej wielkiej imprezie był na naszą, lekarską, kieszeń.

Krzysztof Makuch

Szczegółowe informacje i wyniki na stronie www.medigames.com

Nasi reprezentanci w siatkówce

Rajdowanie w Mucznem

Na przełomie lipca i sierpnia br. w Mucznem w Bieszczadach odbyło się coroczne rajdowanie, w szerokim tego słowa znaczeniu.

Pod nazwą „Rajd Górski Służby Zdrowia" kryje się przecież nie tylko chodzenie po urokliwych połoninach i zdobywanie bieszczadzkich szczytów, ale i zbieranie grzybów, jazda na rowerze, zaciekłe turnieje siatkówki i tenisa stołowego, wieczorne spacery, śpiewy przy gitarze i harmonii czy po prostu leniuchowanie w promykach sierpniowego słońca.

Mimo że pogoda pokazała wszelkie swoje wersje, od 35-stopniowego skwaru po ulewne wichury, niełatwo było spakować namioty i wrócić do codziennej rzeczywistości z tak urokliwego i dzikiego miejsca, jakim jest Muczne.

Absolutnym hitem były rozgrywki paintball. Mali i duzi rajdowicze, ubrani w militarne stroje, przez dwa popołudnia biegali po lesie i ostrzeliwując się kulkami z farbą próbowali zdobyć bazę przeciwnika. Odbył się też konkurs strzelania do celu, w którym najcelniej trafiała cała rodzina państwa Żelazowskich.

Coroczne mistrzostwa siatkówki przerywane były przez niespodziewane opady deszczu, jednak udało się rozegrać wszystkie mecze i wyłonić zwycięską drużynę.

Wydarzeniem artystycznym była prezentacja obrazów bieszczadzkich cerkwi przez ich autora Bogusława Drotlefa.

Konkursy fotograficzny i rysunkowy jak co roku cieszyły się dużym zainteresowaniem szczególnie wśród dzieci. Najmłodszy artysta – rysownik – 5-letni **Mateusz Juda** przygotował aż cztery prace pt. „Moje Bieszczady", a zdjęcie 11-letniej **Patrycji Borkowskiej** zwyciężyło w konkursie fotograficznym w kategorii „Bieszczadzki Park Narodowy".

Bieszczady są natchnieniem również dla poetów. Teresa Przygoda jest autorką dwóch pięknych wierszy o bieszczadzkim lecie, a rajdowy bard Józef Serwadczak – rajdowych kupletów. Warto przeczytać – zapraszamy na stronę: **www.rzeszow.oil.org.pl**

Magdalena Szuber

sport@gazetalekarska.pl

I Mistrzostwa Polski Lekarzy w Karate
OIL w Rzeszowie we współpracy z Rzeszowskim Klubem Oyama – karate ma zaszczyt zaprosić na I Mistrzostwa Polski Lekarzy w Karate, które odbędą się w ramach Ogólnopolskiego Otwartego Turnieju Karate **w Rzeszowie w dn. 13-14.10.2006 r**. Zaplanowano rywalizację w kata (różne style) oraz kumite w systemie semi knock-down, a także część naukową (punkty edukacyjne). Zawody odbędą się pod patronatem Polskiego Towarzystwa Medycyny Sportowej. Zapraszamy również zawodników uprawiających różne style dalekowschodnich sztuk walki – rywalizacja w kategorii kata będzie oceniana przez doświadczonych sędziów za ogólne wrażenia. *Informacje:* ***Barbara Surdej****, tel.* ***0606-277-742****, e-mail:* ***barbara.s@wp.pl*** *lub* ***epyrkosz@wp.pl***

XII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Halowej Piłce Nożnej
odbędą się **28 i 29 października 2006 r. w Mielcu**. *Informacje:* ***Zbigniew Bober****, tel.* ***0508-202-626*** *oraz* ***Leszek Kołacz****, tel.* ***0504-196-732***

Zapraszamy na kolejny Bal Lekarzy Polonijnych w Niemczech
Duesseldorf – 18.11.2006 r. *Więcej:* ***www.polonia.org/bal2007.htm***

XI Lekarskie Międzynarodowe Igrzyska w Narciarstwie Alpejskim
Sillian – Austria, 17-24.03.2007 r. *Więcej:* ***www.polonia.org/narty.htm***

REKLAMA

REKLAMA

• **7.10.06 r.** Bielsko-Biała. NZOZ Klinika św. Łukasza w Bielsku-Białej zaprasza na międzynar. symp. nauk.-szkol., pod patronatem PT Ortopedii i Traumatologii: **Nowe kierunki w chirurgii więzadła krzyżowego przedniego**. Wykładowcy z Niemiec, Włoch i Polski. Zaplanowano transmisję operacji na żywo przeprowadzonej przez dr. Jurgena Eichhorna ze Straubing. Koszty udziału: lek. spec. 200 PLN; lek. w trakcie spec. 100 PLN. www.lukasza.pl/sympozjum, tel. +4850-400-32-04; 033-815-11-13.

• **13-14.11.06 r.** Wrocław. PT Med. Rodzinnej, Kat. i Zakł. Med. Rodzinnej AM we Wrocławiu, Stow. Przyjaciół Med. Rodzinnej i Lek. Rodzinnych, SKN przy Kat. i Zakł. Med. Rodzinnej AM we Wrocławiu organizują II Polsko-Norweskie Sympozjum: **Nietrzymanie moczu** – ***interdyscyplinarny problem kliniczny i społeczny***. Informacje: lek. Agnieszka Muszyńska, Kat. i Zakł. Med. Rodzinnej AM we Wrocławiu, ul. Syrokomli 1, 51-141 Wrocław, tel. 071-325-51-57, faks 071-325-43-41, nm2006@zmr.am.wroc.pl, www.zmr.am.wroc.pl

• **21-22.10.06 r.** Warszawa. Kurs medyczny w zakresie **szczepień ochronnych** dla lekarzy, zatwierdzony uchwałą ORL w Warszawie. Pkt. edukac. Informacje: „In-Plus" CKKM 04-028 Warszawa, Al. Stanów Zjednoczonych 51, pok. 325, tel./faks 022-517-78-06, tel. 0604-585-568, 0698-675-546, e-mail: ckm_inplus@tlen.pl

• **14.10., 25 i 26.11., 9.12.06 r.** Kraków. MCKP UJ zaprasza na warsztaty z zakresu **psychologii dla lekarzy**: ***Relacja lekarz – pacjent***. Nowa edycja kursu I st. Certyfikaty i pkt. edukac. Opłata: 400 zł. Wymagane dokumenty: pisemne zgłoszenie – dostępne na str. www.mckp.cm-uj.krakow.pl, kserokopia dyplomu ukończenia studiów medycznych. Składanie dokumentów: Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Jagiellońskiego, 31-531 Kraków, ul. Grzegórzecka 20, pok. nr 14, 15; tel. 012-421-67-71, 429-22-07, w. 26, 27; faks 012-429-22-13.

• **4.11.06 r.** Ciechocinek. Zakład Endodoncji UM w Łodzi i Włocławskie Stow. Lek. Stomatologów, pod patronatem Kuj.-Pom. OIL, organizuje kurs: **Wytyczne postępowania w leczeniu kanałowym**. Informacje i zgłoszenia: www.stomatologia.edu.pl, tel. 054-231-51-57, 231-04-16.

• **6.11.06 r.** Lublin. Hotel Unia Orbis. Centrum Konferencyjne, Aleje Racławickie 12, godz. 11.45. Kurs Eurodensu: **Choroby błony śluzowej jamy ustnej**.

• **16-18.11.06 r.** Lublin. Oddz. Lubelski PTP i I Kat. Pediatrii AM w Lublinie organizują ogólnopol. konf. nauk.: **Uwarunkowania środowiskowe i profilaktyka chorób okresu rozwojowego**. Informacje: tel./faks 081-743-01-00, e-mail: kpnn@dsk.lublin.pl, ptp@dsk.lublin.pl

• **17-18.11., 1-2.12.06 r.** Lublin. **Podstawy neurosonologii – badanie dopplerowskie tętnic wewnątrz- i zewnątrzczaszkowych**. Kurs dla lekarzy oraz personelu medycznego chcących zdobyć umiejętności i wiedzę do prowadzenia badań klinicznych, organizowany przez Klinikę Neurologii AM w Lublinie. Pkt. edukac. Informacje: www.szkolenia-medyczne.com.pl. Zgłoszenia: Skolamed, tel. 081-534-43-87, faks 081-533-51-48, e-mail: medyczne@paiz.com.pl

• **18.11.06 r.** Warszawa, Novotel Airport, ul. 1 Sierpnia 1, godz. 9.30-17.30. Warszawsko-Otwocki Oddz. PT Chorób Płuc organizuje XV sesję Szkoły Pneumononologii nt. **Zatorowości płucnej**. Wstęp bezpłatny, pkt. edukac. Informacje: www.ptchp.home.pl; kier. nauk. kursu Tadeusz M. Zielonka, tel. 0501-143-324, zielonka@amwaw.edu.pl; sekr. Jacek Jagodziński, tel. 0604-957-483, jacjagod@mediclub.pl; sek. oddz.: 02-093 Warszawa, ul. Pasteura 10, tel. 022-822-30-71 w. 106, faks 022-822-12-24.

• **19-21.11.06 r.** Bielsko-Biała. NZOZ Beskidzkie Centrum Medyczne Sp. z o. o., pod patronatem Sekcji Wideochirurgii Tow. Chirurgów Pol., organizuje II Beskidzkie Międzynarodowe Dni **Wideochirurgii**. Wykłady i transmisje operacji. Szczegóły: www.bcm.bielsko.pl

• **22.11.06 r.** Katowice, Dom Lekarza, ul. Grażyńskiego 49a. Komisja Pulmonologiczna Komitetu Patofizjologii Klinicznej PAN zaprasza na ogólnopol. symp.: ***Postępy w diagnostyce, patogenezie i epidemiologii*** **gruźlicy**.

• **23, 24.11.06 r.** Warszawa. Stow. na Rzecz Dobrej Praktyki Badań Klinicznych w Polsce we współpr. z OINpharma sp. z o.o. zaprasza na kurs medyczny z warsztatami: ***Podstawowe zasady prowadzenia*** **badań klinicznych**. Kurs przeznaczony dla wszystkich prowadzących badania kliniczne leków faz I-IV. Pkt. edukac. Informacje: Dział Szkoleń OINpharma: tel. 022-578-00-03, 578-00-05, faks 022-632-25-82, e-mail: szkolenia@oinpharma.pl

• **24-25.11.06 r.** Klin. Endokrynologii i Chorób Metabolicznych UM, Klin. Diabetologii i Chorób Metabolicznych UM w Łodzi oraz Łódzki Oddz. Kolegium Lek. Rodzinnych w Polsce organizują II Łódzką Konf. im. J. W. Grotta – ***Diabetologia oparta na faktach***. Oprócz sesji **diabetologiczno-ginekologicznej** i **endokrynologicznej** przewidziano specjalną sesję wykładową oraz warsztaty dla **pielęgniarek** i **dietetyczek**. Informacje: dr hab. med. Katarzyna Cypryk, tel. 042-271-14-99, 042-271-11-53, 0504-150-273; dr n. med. Małgorzata Saryusz-Wolska, 0504-076-377, oraz www.umed.lodz.pl, dział: Aktualności, link: Konferencje.

• **25.11.06 r.** Warszawa, Novotel, ul. Nowogrodzka 24/26. Klin. Neurologii i Epileptologii CMKP organizuje VII konf. szkol.: ***Aktualne problemy diagnostyki i terapii w*** **neurologii**. Informacje: Komitet Organizacyjny Klinika Neurologii i Epileptologii CMKP, ul.Czerniakowska 231, 00-416 Warszawa, tel. 022-629-43-49, faks 022-584-13-06.

• **8-9.12.06 r.** Warszawa. Fundacja Edukacji Medycznej i Promocji Zdrowia, Sztuki i Kultury „Ars Medica" organzuje V Interdyscyplinarny Kongres Naukowy: ***Leczenie rekonstrukcyjne i rehabilitacja w onkologii narządu ruchu***, dla **ortopedów**, **onkologów**, **rehabilitantów**, **fizjoterapeutów**, **lek. rodzinych**, **neurologów**. Pkt. edukac. Informacje i zgł.: www.medsport.pl, 022-834-67-72, 834-04-31 w. 404.

• **12-14.04.07 r.** Poznań. Klin. Chorób Oczu AM w Gdańsku i Kat. i Klin. **Okulistyki** AM w Poznaniu organizują XXVIII Sympozjon **Retinologiczny**. Informacje: Dariusz Hein, Agora, ul. Żurawia 10-12/31, 60-860 Poznań, tel. 061-842-74-65; www.retina2007.pl

• **17-19.05.07 r.** Wisła. Kom. Org. i Kom. Nauk. organizuje XIII Zjazd PT **Chirurgii Onkologicznej**. Informacje: Oddział Chirurgii Onkologicznej i Ogólnej Beskidzkiego Centrum, Onkologii im. Jana Pawła II, ul. Wyzwolenia 18, 43-300 Bielsko-Biała, tel. +48 033-810-01-10, +48 033-498-40-36, faks +48 033-816-44-01, e-mail: chironk@wp.pl, http://www.PTChO2007.org

• **31. 05.-2. 06. 07 r.** CRR KRUS w Szklarskiej Porębie www.crrkrus.pl. Zakł. Med. Nuklearnej 4 WSzK we Wrocławiu, w porozumieniu z WIM oraz Pol. TMN organizuje II Ogólnopol. Konf. Nauk.-Szkol.: **Diagnostyka i Terapia Izotopowa w Onkologii**. Pkt. edukac. Deklaracja uczestnictwa do 20.10.br. Kom. Org.: Zakład Medycyny Nuklearnej, 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ, 50-981 Wrocław, ul. Weigla 5, tel. 071-766-04-06, 071-766-06-29, faks 071-766-01-15, e-mail: izotopy@4wsk.pl, ankolod@dilnet.wroc.pl – kontakt preferowany www: http://www.4wsk.pl/pl/izotopy

• Zarząd Gł. PT **Gastroenterologii** zawiadamia, że informacje o warunkach przyznawania Dyplomu Umiejętności w zakresie **endoskopii przewodu pokarmowego** znajdują się na str. Towarzystwa: www.ptg-e.org.pl

• Dolnośląska Szkoła Ultrasonografii (nr w rej. DIL 24A/PSz/A/2005), ul. Śniadeckich 10, 51-604 Wrocław, tel./faks 071-348-39-66, tel. 0606-350-328, www.usg.webd.pl, zaprasza na szkolenia z diagnostyki **USG** i **cytodiagnostyki**

• Szkoła Edukacji **Ultrasonograficznej** Cedus. Szkolenia w 2006 r. Informacje i zapisy: ul. Łowicka 51 m. 20, 02-534 Warszawa, tel./faks 022-646-41-56, www.cedus.edu.pl, e-mail: kursy@cedus.edu.pl

• **Medyczne Szkolenia Podyplomowe** PAKT. Szkolenia w 2006 r. Informacje i zgłoszenia: PAKT ul. Kopernika 8/2, 40-064 Katowice, tel./faks 032-251-22-64, 0601-423-243, www.msp-pakt.med.pl, e-mail: medycznesympozja@msp-pakt.med.pl.pl

• Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej. Praktyczne kursy **ultrasonograficzne** w 2006 r. Prawo do pkt. edukac. Nr konta: 92 1090 1362 0000 0000 3612 1908. Zapisy: tel./faks 061-819-25-00, tel. 0603-762-041, www.obraz.pl, e-mail: obraz@obraz.pl

• Roztoczańska Szkoła **Ultrasonograficzna**. Kursy w 2006 i 2007 r. Info: tel. 084-638-80-90, 084-638-55-12, www.usg.com.pl.

u.bakowska@gazetalekarska.pl

Lekarskie dotknięcie Ameryki

W warszawskim Muzeum Niepodległości odbyła się promocja książki **dr. Macieja Andrzeja Zarębskiego *„Dotknięcie Ameryki”***. Ten drobiazgowy zdaniem krytyków Zdzisława T. Łączkowskiego i Jerzego Przeździeckiego opis pięćdziesięciodniowego pobytu autora w Stanach Zjednoczonych Ameryki może służyć za bardzo dobry przewodnik z powieściową fabułą przepojoną miłością do Polonii amerykańskiej i rodziny.

Zebrani wysłuchali fragmentów książki w interpretacji Janiny Jaroszyńskiej, występu doktora Macieja Wójcickiego (bas) z Gdyni oraz obejrzeli towarzyszącą promocji wystawę pocztówek patriotycznych Izabelli i dr. Stanisława Śliwów z Wodzisławia.

Dr n. med. Maciej Zarębski, specjalista diagnostyki laboratoryjnej i interny, członek ORL Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej, jest twórcą Ośrodka Regionalizmu Świętokrzyskiego w Zagnańsku zawodowo związanym przez prawie 30 lat ze Staszowem, członkiem Związku Literatów Polskich, a od 2004 r. redaktorem „Eskulapa Świętokrzyskiego”, biuletynu Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej.

KM

Warszawa, dnia 21 września 2006 r.

Sprostowanie

(...) zwracamy się z wnioskiem o opublikowanie sprostowania nieprawdziwej informacji podanej na łamach „Gazety Lekarskiej” nr 9 (189) wrzesień 2006 na stronie 12.

(…) w tabeli zatytułowanej „Preparaty usunięte z urzędowych wykazów w wyniku zmian w wykazach leków refundowanych – obowiązujące od 1 lipca 2006 r.”, wskazujecie Państwo preparaty, które Ministerstwo Zdrowia usunęło z wykazów. Podkreślacie w części opisowej fakt, iż wycofana jest z rynku również zawiesina loratadyny (Flonidan), zaś w tabeli opisującej poszczególne preparaty w rubryce ósmej wskazujecie Państwo preparat Flonidan zawiesina doustna 5mg/5 ml (loratadinum) określając podmiot odpowiedzialny jako Lek/Lek Pharmaceuticals i dodatkowo informujecie, iż „po wycofaniu zawiesiny pozostały tabletki, produkuje 14 firm”.

Powyższa informacja nie jest oparta na prawdzie. Trzeba zauważyć, iż w połowie czerwca Minister Zdrowia zmienił brzmienie mających zastosowanie przy refundacji rozporządzeń i w wyniku omyłki Flonidan zawiesina doustna 1mg/ml (loratadinum) został w stosownych załącznikach przypadkowo pominięty. W następstwie stwierdzenia istnienia tej omyłki Minister Zdrowia wydał następujące rozporządzenia:

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie ustalenia cen urzędowych hurtowych i detalicznych na produkty lecznicze i wyroby medyczne tekst rozporządzenia podpisany przez Ministra Zdrowia (Dz.U. 06.132.932) z dnia 18 lipca 2006 roku;
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie ustalenia limitów cen leków i wyrobów medycznych wydawanych świadczeniobiorcom bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością tekst rozporządzenia podpisany przez Ministra Zdrowia (Dz.U. 06.132.930) z dnia 11 lipca 2006 roku;
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu leków podstawowych i uzupełniających oraz wysokości odpłatności za leki uzupełniające tekst rozporządzenia podpisany przez Ministra Zdrowia (Dz.U. 06.132.929) z dnia 11 lipca 2006 roku.

Z powyższych aktów prawnych jasno wynika, iż wbrew zamieszczonej przez Państwa informacji Flonidan w postaci zawiesina doustna 1mg/ml jest wciąż ujęty na wykazach leków refundowanych, zatem opublikowana przez Państwa informacja w numerze 9/2006 na stronie 12 jest nieprawdziwa.

Uzasadnienie Ministerstwa Zdrowia opracowane do projektów ww. aktów wyraźnie wskazuje, iż wykazy refundacyjne ogłoszone na dzień 1 lipca 2006 r. nie obejmowały Flonidanu w postaci zawiesiny w wyniku wystąpienia omyłki (m.in. patrz http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_limity_cen11072006.pdf). (...)

Łączę wyrazy szacunku

Ernest Bartosik
członek Zarządu Lek Polska Sp. z o.o.

REKLAMA

Wydawnictwo Via Medica SP. z o. o.
80-180 Gdańsk, ul. Świętokrzyska 73, tel. 058-320-94-94, faks 058-320-94-60,
e-mail: viamedica@viamedica.pl

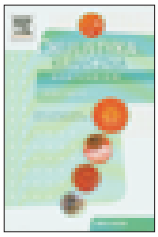
Migrena – praktyczny poradnik
Eligius Spierings
Gdańsk 2006, str. 128, cena katal. 28,00 zł
Autor dzieli się swoim doświadczeniem w leczeniu tej powszechnej przypadłości stosując metodę pytanie-odpowiedź ilustrowaną przypadkami klinicznymi. Przedstawia wypróbowane i skuteczne metody leczenia migreny i związanych z nią zaburzeń. Publikacja dostarcza lekarzowi pierwszego kontaktu wiedzy pozwalającej na leczenie większości pacjentów z bólami głowy.

Echokardiografia
pod red. dr. hab. med. **Piotra Hoffmana**
i prof. dr. hab. med. **Jarosława D. Kasprzaka**
Gdańsk 2005, str. 408, cena katal. 175,00 zł
Bogato ilustrowana publikacja z zakresu diagnostyki ultradźwiękowej serca. Podręcznik ułatwia zdobycie niezbędnych podstaw teoretycznych początkującym lekarzom. Książka rekomendowana przez Sekcję Echokardiografii Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Choroby serca u kobiet w ciąży
pod red. **Grażyny Świąteckiej** i **Zdzisławy Kornacewicz-Jach**
Gdańsk 2006, str. 226, cena katal. 36,00 zł
Poszerzone i zmienione wydanie drugiej części „Chorób serca u kobiet", książki wyróżnionej indywidualną nagrodą ministra zdrowia. Monografia poświęcona wyłącznie chorobom serca u kobiet w ciąży zawiera aktualne dane z uwzględnieniem najnowszego piśmiennictwa.

EKG – kieszonkowy przewodnik
A. John Camm
wyd. I (dodruk). Gdańsk 2006, str. 66, cena katal. 14,00 zł
Składa się z 35 ilustracji przedstawiających zapis EKG charakterystyczny dla poszczególnych rodzajów zaburzeń rytmu serca oraz innych częstych zjawisk elektrograficznych towarzyszących chorobom serca. Do każdej ilustracji dodano opis przedstawionego zapisu EKG oraz krótką charakterystykę.

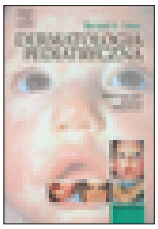
Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner
50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29, tel. 071-3300-61-61, faks 071-330-61-60,
http://www.elsevier.pl, e-mail: info@urbanpartner.pl



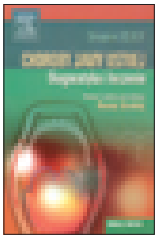
Okulistyka kliniczna. Kompendium
Jacek J. Kański
wyd. I polskie pod red. **Marii Hanny Niżankowskiej**
tłum. **Marek Szaliński**
Wrocław 2006, str. 486
Przegląd chorób okulistycznych ujęty w zwartą formę, co może stanowić pomoc w przygotowaniu się do egzaminów, a dla lekarza klinicysty może być przydatne do szybkiej weryfikacji problemu diagnostycznego lub terapeutycznego. W porównaniu z V wyd. na którym się opiera, zaktualizowano wiele rozdziałów, wzbogacono materiał ikonograficzny oraz wprowadzono nową część dotyczącą nabytych i wrodzonych zespołów, w których występują objawy okulistyczne.

Jaskra
praca zbiorowa
wyd. I polskie pod red. **Marii Hanny Niżankowskiej**
seria ***Basic and Clinical Science***, część 10
Wrocław 2006, str. 268
Podręczniki z tej serii wydawane przez Amer. Tow. Okulistyczne są przeznaczone dla lekarzy specjalizujących się i praktykujących w zakresie szeroko pojętych zagadnień dotyczących okulistyki. Seria składa się z 13 części obejmujących podstawową wiedzę z zakresu okulistyki, dziedzin pokrewnych i wybranych tematów. Książka zawiera bogaty zestaw piśmiennictwa. Seria uznawana jest na całym świecie za standard wiedzy okulistycznej.

Chirurgia okulistyczna
George L. Spaeth (red.)
ilustracje **Birc Cox**
wyd. I polskie pod red. **Jerzego Szaflika**
Wrocław 2006, str. 856
Podręcznik przygotowany przez zespół chirurgów uznawanych na świecie za najlepszych. W poszczególnych rodzajach zabiegów przedstawiono zagadnienia podstawowe, techniki operacyjne, potencjalne powikłania oraz sposoby radzenia sobie z nimi. Szczególnie cenne informacje dotyczą osobistych doświadczeń autora, jego własnych modyfikacji tradycyjnych technik oraz uzyskiwanych wyników leczenia. W podręczniku omówiono wszystkie stosowane we współczesnej okulistyce sposoby leczenia chirurgicznego przedniego i tylnego odcinka oraz aparatu ochronnego oka. Znajdują się w nim rozdziały dotyczące chirurgii refrakcyjnej i chirurgii plastycznej.



Dermatologia pediatryczna
Bernard A. Cohen
wyd. II polskie pod red. **Andrzeja Kaszuby**
Wrocław 2006, str. 270
Publikacja dla lekarzy pierwszego kontaktu zainteresowanych dermatologią i praktykujących dermatologów zajmujących się leczeniem dzieci. Na końcu każdego rozdziału zamieszczono klasyczne i najnowsze pozycje piśmiennictwa. Książka prezentuje ogromny zbiór zdjęć gromadzonych przez autora przez ponad 20 lat. Teksty zawierają informacje o problemach klinicznych. Większość rozdziałów kończy się algorytmem ułatwiającym przeprowadzenie diagnostyki różnicowej.



Choroby jamy ustnej. Diagnostyka i leczenie
Crispian Scully
wyd. I polskie pod red. **Renaty Górskiej**
Wrocław 2006, str. 588
Publikacja zawiera podstawy diagnostyki i leczenia zmian patologicznych w obrębie jamy ustnej i obszarze szczękowo-twarzowym. Zrozumienie etiologii i patogenezy chorób i stanów jamy ustnej zmienia się na przestrzeni lat dzięki postępującemu wciąż rozwojowi badań klinicznych w naukach podstawowych, immunologii, mikrobiologii i genetyce. Wiele praktycznych wskazówek.

Podstawy pielęgniarstwa epidemiologicznego
Małgorzata Fleischer, Bogumiła Bober-Gheek
wyd. II poprawione i uzupełnione. Wrocław 2006, str. 526
Pielęgniarka epidemiologiczna jako członek Zespołu Zakażeń Szpitalnych powołanego do zwalczania tych zakażeń zobowiązana jest do posiadania wystarczającej wiedzy z zakresu epidemiologii i mikrobiologii oraz doświadczenia zawodowego i umiejętności współpracy z całym personelem szpitala. Podręcznik ten prezentuje wiedzę w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego. Zawarto w nim podstawowe wiadomości z dziedziny mikrobiologii, immunologii i epidemiologii, omówiono wybrane postacie kliniczne zakażeń i infekcje oraz zasady postępowania dla ograniczenia zakażeń szpitalnych.

Ponadto nadesłano:

Twórcy polskich podręczników anatomii człowieka i ich dzieła (XVIII-XIX w.).
Jerzy Reymond
Radom 2006. wyd: **Radomskie Towarzystwo Naukowe**, 26-600 Radom, ul. Słowackiego 1, tel./faks 048-363-72-59, str. 94
Przegląd biografii twórców polskojęzycznych podręczników anatomii i analiza ich dzieł, w tym w szczególności stosowanej w nich terminologii anatomicznej. Polskie mianownictwo anatomiczne jest zbiorem nazw powstałych w języku polskim, a nie jak w wielu innych krajach dostosowaniem do języka narodowego nazw łacińskich lub greckich. Podwaliny naukowego języka w naukach przyrodniczych tworzyli profesorowie UJ Józef Majer i Fryderyk Skobel. Książka zainteresuje badaczy anatomii człowieka i historii medycyny.

O poprawie winowajców w więzieniach i zakładach dla nieletnich. Propozycje prawników, lekarzy, działaczy społecznych i pedagogów oraz rozwój więziennictwa do połowy XX w.
Danuta Raś
wyd. II uzupełnione. **Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego**. Katowice 2006, str. 276
Praca naukowa poświęcona rozwojowi poglądów na przyczyny przestępczości na ziemiach polskich w pierwszej połowie XX wieku. Szczególnie omawia poglądy prawników, lekarzy, pedagogów i działaczy społecznych. Przedstawia udział społeczeństwa w zapobieganiu przestępczości oraz problem winy, przestępstwa, poprawy i kary w ujęciu przedstawicieli różnych nauk i grup społecznych. Prezentuje działania profilaktyczne wobec dzieci i młodzieży, wychowanie specjalne. Praca może zainteresować pedagogów specjalnych, historyków resocjalizacji, nauczycieli akademickich i studentów pedagogiki, prawa, medycyny i pracy socjalnej.

md