

10 2008

Gazeta
Lekarska
Pismo dla Lekarskich
Egzemplarz bezpłatny



VI Igrzyska Lekarskie
Zakopane
2008



Liczenie baranów

56 procent Polaków boi się prywatyzacji, a tylko co jedenasty nasz rodak zdecydowanie ją popiera. Projekt komercjalizacji szpitali, zdaniem większości, nie leży w interesie Polaków. Co więcej, ta większość jako największych beneficjentów rządowego projektu wskazuje... lekarzy.

„Ludzi nie wolno straszyć ani prywatyzacją, ani liberalizmem, bo nie ma niczego lepszego niż wolność w działaniu i konkurencja, która podnosi jakość” – przekonywała jeszcze w styczniu w wywiadzie dla „Gazety Lekarskiej” minister zdrowia Ewa Kopacz. Tymczasem już we wrześniu na konferencji pielęgniarek w Głucholazach stwierdziła, że planowana przez rząd reforma nie oznacza prywatyzacji tylko przekształcenie, a dostęp do kontraktów z NFZ-em będą miały na równi publiczne i niepubliczne placówki ochrony zdrowia. Nieważne, czy pacjent idzie do szpitala z etykietką publicznego czy niepublicznego. Ważne, żeby dostał dobre leczenie, nie zapłacił za nie ani złotówki, miał sympatyczną i mądrą kadrę i wyszedł wyleczony – argumentuje dr Ewa. Niby o dziewięć miesięcy mądrzejsza, a jakby... o trzy kwartały mniej pomysłowa. Pozbawiona już tej pasji, ognia, nerwu. Po raz drugi nie zadziałają raczej te niby motywacyjne zaklęcia w stylu: „uchwalimy z kopyta 49 najpilniejszych rozporządzeń”, „muszę jak saper przez pole minowe dobiec do pożaru, aby go ugasić.”, „chcę wyleczyć, a nie leczyć” czy „szczęście należy się wszystkim, także niezamożnym”.

Ale dobre i to, bo pani minister już przymierzała się do liczenia i rejestracji ciężarnych Polek, chyba po to, by kontrolować skalę nielegalnych aborcji. A to już naprawdę ekwilibrystyka umysłowa jako żywo przypominająca PiS-owski populizm oparty na założeniu, że tylko kara i kontrola wyciągną udęczone naród z moralnego rynsztoka. Złośliwi powiadają, że liczenie po cichu wychodzi skutecznie najwyżej do setki, potem się już zasypia. Walenie w populistyczny bęben miało przeciągnąć część wyborców PiS-u do Platformy i chyba się udało, bo sondażowe słupki poparcia dla PO prezentują się wyjątkowo dumnie i okazale.

Minister zdrowia i otoczenie premiera usiłują mile lechtać ambicje pielęgniarek. Ewa Kopacz zapowiedziała nowelizację rozporządzenia, które określi czynności, jakie pielęgniarka może wykonać samodzielnie, bez obecności i zlecenia lekarza. „To się wiąże z moim pomysłem, aby lekarzy dyżurnych grupować na oddziałach, żeby jednak większość odpowiedzialności spadała na pielęgniarke” – wyjaśniła. Czy tak oto ma się spełnić naiwny sen pielęgniarek o ich uczestnictwie w tzw. procesie terapeutycznym?

Taka reforma może być szkodliwa – oceniają liderzy OZZL. Związek domaga się zagwarantowania w ustawie minimalnego wynagrodzenia dla lekarzy. Żądanie to tłumaczy obawami, że po przekształceniu szpitali w spółki prawa handlowego dyrektorzy będą chcieli zredukować koszty utrzymania swoich placówek przez zmniejszenie wynagrodzenia personelu. Chce też częściowej odpłatności usług medycznych. W zamian OZZL proponuje, by to wyłącznie pacjent zdecydował, gdzie chce się leczyć. „Rząd rozmawia z nami grzecznie, ale zupełnie ignoruje nasze uwagi” – mówi Krzysztof Bukiel. Za chwilę może znowu być gorąco. Ostateczna decyzja o rozpoczęciu protestu zapadnie na zjeździe OZZL w Spale w końcu października.

A pani minister? Nie ma dobrych notowań ani w sondażach, ani na politycznym froncie, ale ma za to ukształtowaną, dobrą pozycję u premiera i spokojnie sobie czeka, aby odtrąbić sukces liberalnych przekształceń. A opozycja, jej krytycy i hałaśliwi kontestatorzy? Mogą sobie dalej liczyć barany. Wyluzowani śpią lepiej.

Marek Stankiewicz

W numerze między innymi

Nie ma dymu bez ognia	4
Komunikat Kapituły Odznaczenia Meritus Pro Medicis	5
Okiem Prezesa	5
Specjalista potrzebny od zaraz	6-7
Oczy jak u królika	8
U stomatologów	10-13
Bat na doktorów	14-15
Marginalny dawca i biorca	16
Poradnik dla lekarzy badaczy już dostępny	17
Akcja prostata	18
Sekrety ginekologii i położnictwa	22
Lekarski sport	24-35
Kalendarz: kursy, szkolenia, zjazdy	36-37
Książki nadesłane	38
Praca: Konkursy, zatrudnię, szukam	46-60
Ogłoszenia różne	59-60
Program TVN Med	61
Biuletyn NRL	39-45
Zbieraj punkty edukacyjne przez Internet	
www.kursy.portalmed.pl	
Największa baza ofert pracy dla lekarzy	
www.praca.gazetalekarska.pl	



Nie ma dymu bez ognia

Krzysztof Bukiel

Nie ma dymu bez ognia – mówi znane przysłowie, co ma oznaczać, że każdy skutek ma swoją przyczynę.

Wielu ludzi dzisiaj udaje jednak, że tej prostej prawdy nie zna. Udaje, bo dzięki temu unika odpowiedzi na ewentualne zarzuty: skoro wiesz, jakie są przyczyny, to dlaczego nic nie robisz aby je usunąć albo nawet je wzmocnisz?

Przykładów na taką postawę jest wiele i to z różnych dziedzin życia – zarówno społecznego, jak i osobistego.

Ileż można na przykład znaleźć w mediach troski o rozbite rodziny, samotne matki, porzucone dzieci, opuszczonych, starych i niedołączonych rodziców? Jednocześnie zaś te same media w innych publikacjach, programach, filmach wyśmiewają tradycyjne wartości rodzinne, jak wierność małżeńską czy posłuszeństwo i szacunek dzieci wobec rodziców, a promują postawy zupełnie odwrotne. Mamy uwierzyć, że właściciele mediów, wydawcy, odpowiedzialni redaktorzy nie widzą związków przyczynowo skutkowych między tymi faktami?

Zupełnie podobnie jest w innych dziedzinach, na przykład w służbie zdrowia. Politycy, eksperci, wielu publicystów, działaczy związkowych, a także część lekarzy z oburzeniem reaguje na twierdzenie, że do systemu opieki zdrowotnej trzeba wprowadzić mechanizmy rynkowe: konkurencję, prywatyzację i działanie „dla zysku” szpitali i przychodni. Tych, co zgłaszają takie postulaty traktują nieomal jak zbrodniarzy, a co najmniej jak prymitywnych dzikusów, nie pasujących do współczesnego, cywilizowanego świata. Nie chcą słyszeć, że mechanizmy rynkowe są po prostu służ-

bie zdrowia potrzebne – aby nie marnować skąpych środków, wymusić dobre zarządzanie, odpowiednią jakość świadczeń i właściwe traktowanie pacjentów. Jednocześnie jednak ci sami „idealiści”, prawie bez przerwy wylewają hektolitry łez nad marnotrawstwem pieniędzy przeznaczanych na leczenie, nad niegospodarnością publicznych szpitali, nad korupcją, nepotyzmem i prywatą panującą w służbie zdrowia, nad ciężką dolą pacjenta czekającego w kolejce do leczenia i nad jego złym traktowaniem przez lekarzy.

Ostatnio znowu mieliśmy okazję do takiego spektaklu, gdy NIK skontrolowała w jaki sposób publiczne szpitale wykorzystywały pieniądze z budżetu państwa, przyznane im po raz kolejny w ramach tzw. programu restrukturyzacji. Jak jednak tego wszystkiego ma nie być, skoro odrzuca się podstawowe narzędzie do walki z tymi patologiami, jakim są mechanizmy rynkowe. Mamy uwierzyć, że ci – inteligentni skądinąd – ludzie tego nie rozumieją?

Ja myślę, że im jest po prostu tak wygodniej. Dzięki temu mają zajęcie, pozycję i mogą zarobić i to dwa razy: raz – użalając się nad patologiami w polskiej służbie zdrowia i drugi raz – walcząc z wprowadzeniem skutecznych sposobów ich eliminacji. Są w tym podobni do wydawców i właścicieli niektórych mediów, którzy najpierw zarabiają – deprawując ludzi, a później – użalając się nad skutkami tej deprawacji.

26 września 2008 r.

foto: Marek Stankiewicz



Warszawa
ul. Sobieskiego 110
tel. 022 331 66 07
infolinia 0 801 88 88 11
www.skokil.pl

Pożyczka
dla Lekarzy

Komunikat

Kapituły Odznaczenia Meritus Pro Medicis

Szanowne Koleżanki,
Szanowni Koledzy!
Zwracam się do wszystkich członków samorządu lekarskiego – zapraszam do nadsyłania kandydatur osób, które w szczególny sposób zasłużyły się dla naszego samorządu.

Wnioski o nadanie odznaczenia mogą składać członkowie i organy izb lekarskich. Odznaczenie zaś może być przyznawane lekarzom i lekarzom denty stom oraz innym osobom szczególnie zasłużonym dla samorządu lekarskiego.

Wnioski o nadanie odznaczenia można pobrać ze strony internetowej NIL:

<http://www.nil.org.pl/xml/nil/odznaczenia/mpm>

Wypełnione wnioski należy nadsyłać na adres: **Naczelna Izba Lekarska, ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa**, z dopiskiem na kopercie *Meritus Pro Medicis* lub urszula.rolczyk@hipokrates.org, w terminie do 30 listopada 2008 r.

Włodzimierz Bednorz
kanclerz Kapituły
Odznaczenia Meritus Pro Medicis

**Naczelna Izba Lekarska w Warszawie
poszukuje:
Kierownika
Ośrodka Doskonalenia Zawodowego
Lekarzy**

Wymagania:

- wykształcenie wyższe medyczne,
- doświadczenie w obszarze organizacji doskonalenia zawodowego,
- znajomość programów MS Office,
- umiejętność planowania i rozliczania budżetu,
- wysokie umiejętności interpersonalne,
- bardzo dobra organizacja pracy,
- systematyczność i dokładność,
- znajomość języka angielskiego.

Od kandydata oczekujemy:

- umiejętności pracy w zespole oraz inicjatywy w działaniu,
- umiejętności organizacji własnego czasu pracy,
- dyspozycyjności do wyjazdów służbowych.

Aplikacje zawierające CV i list motywacyjny prosimy przesyłać na adres: t.korkosz@hipokrates.org

Prosimy o dopisanie następującej klauzuli: „Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w mojej ofercie dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych – Dz. U. Nr 133, poz. 883, z późn. zm.)”.

Okiem Prezesa



Miesiąc temu obok mojego felietonu ukazał się tekst red. Marka Stankiewicza, który wzburzył wielu kolegów już swoim tytułem. „Sądny dzień” miał oznaczać datę końcową pierwszego okresu rozliczeniowego punktów edukacyjnych.

Rzeczywiście nie później niż 5 listopada br. każdy z nas powinien zgłosić się do swojej okręgowej izby lekarskiej z indeksem doskonalenia zawodowego, w którym sam wpisuje swoją aktywność edukacyjną zgodnie z załącznikiem do rozporządzenia ministra zdrowia z 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy denty stom. Przypomnę, że indeksy wysocy otrzymaliśmy do domów wraz z „Gazetą Lekarską”. Ci, którzy z różnych powodów ich nie mają, mogą zgłosić się po nie do swoich izb. Sposób wypełniania indeksu jest opisany na jego stronach. Indeks z dokonanymi przez siebie wpisami należy przedstawić w okręgowej izbie lekarskiej wraz z dokumentami stanowiącymi potwierdzenie odbycia określonych form doskonalenia oraz Prawem Wykonywania Zawodu. Po sprawdzeniu, czy wszystko jest w porządku, okręgowa izba dokonuje potwierdzenia spełnienia przez lekarza lub lekarza denty stom obowiązku doskonalenia zawodowego w tym dokumencie.

Procedura jest naprawdę prosta. Zgodnie ze stanowiskiem nr 9/08/V NRL z 19 września 2008 r. w sprawie sposobu zaliczania punktów edukacyjnych uzyskanych przed 6 listopada 2004 r. do pierwszego okresu rozliczeniowego zalicza się także wszystkie punkty edukacyjne uzyskane po 27 września 1997 r. (a więc w praktyce w ciągu ostatnich 11 lat).

Samorząd ma obowiązek sprawowania pieczy nad sumiennym i należyтым wykonywaniem zawodów lekarza i lekarza denty stom (a do takiego wykonywania tych zawodów na pewno należy także dopełnianie obowiązku ustawicznego doskonalenia). Samorząd jednocześnie chce raczej dać tym kolegom, którzy mimo często bardzo trudnych warunków pracy poświęcają swój czas, a nierzadko także środki finansowe, ustawicznemu doskonaleniu swojej wiedzy i umiejętności, możliwość formalnego potwierdzenia i docenienia ich wysiłków, niż ścigać opornych.

Czy jednak znaczyć to ma, że ci, którzy nie kiwnęli palcem w zakresie podnoszenia swoich kwalifikacji, mogą spać spokojnie? Przecież ich działanie w ewidentny sposób narusza nie tylko przepisy o wykonywaniu zawodów, ale także odwieczne zasady etyczne zapisane także w lekarskim przyrzeczeniu i Kodeksie. Działanie takie (a raczej zaniechanie obowiązku działania) w kontekście ciągłego postępu ma oczywiście negatywny wpływ na ich wiedzę i umiejętności, a w konsekwencji może zagrozić bezpieczeństwu ich pacjentów. Nie sądzę, żeby izby od 5 listopada miały rzucić się do karania wszystkich tych, którzy tak postępują. Ale można też przewidywać, że szczególnie w sytuacjach, kiedy doszłoby do jakichś zdarzeń mogących podważyć zaufanie co do sprawności zawodowej takich koleżanek i kolegów (podejrzenie popełnienia błędu, sygnał przełożonych itp.), zostaną wszczęte procedury, których każdy z nas wolałby uniknąć. A zatem lepiej dokonajmy przeglądu naszej aktywności, zgłośmy się do swoich izb z indeksami i... śpijmy spokojnie.

Jednocześnie pamiętajmy, że rozpoczynamy nowy, tym razem już na pewno czteroletni okres rozliczeniowy. W związku z tym warto przypomnieć o szczególnie dostępnych (i tanich) sposobach doskonalenia zawodowego. Za udział w posiedzeniach oddziałów towarzystw (lub kolegów) specjalistycznych można „uzbierać” aż 60 punktów. Za udział w szkoleniu wewnętrznym organizowanym przez zakład opieki zdrowotnej, w którym lekarz udziela świadczeń zdrowotnych, lub przez grupę lekarzy, można zdobyć dodatkowe 60 punktów (wymaga to podjęcia zorganizowania takiego szkolenia w swoich grupach koleżeńskich). Uczestnicząc w programach edukacyjnych, opartych o zadania testowe, akredytowanych przez towarzystwa (lub kolegia) specjalistyczne (dostępne poprzez czasopisma, platformy internetowe lub telewizję edukacyjną) można zdobyć następne 100 punktów. Za prenumeratę dwóch czasopism medycznych i przynależność do towarzystwa (lub kolegium) należy się dodatkowo 15 punktów. Razem mamy już... 235 punktów! Naprawdę, nie jest to takie trudne.

Mimo, że jesień wiąże się często z zanikaniem aktywności fizycznej, a także z sezonowymi zachorowaniami, nie ustawajmy w podejmowaniu działań na rzecz naszego zdrowia. Akcja „Koleżanko, Kolego, jak zdrowie?” trwa!

Konstanty Radziwiłł

Specjalista potrzebny od zaraz

Agnieszka Katrynicz

O braku lekarzy specjalistów mówi się od dawna. Przeciętny wiek, np. ginekologa, to 50 lat. Jednak dyskusje o skróceniu czasu specjalizacji ciągle trwają. I końca tych dyskusji nie widać.

Młodzi lekarze z utęsknieniem czekali na rozporządzenie ministra w sprawie specjalizacji. Powszechnie było oczekiwanie, że w dokumencie znajdą się zapisy o skróconym trybie specjalizacyjnym. Mówiąc inaczej – o modułowym systemie szkolenia. Samorząd lekarski powtarza ten postulat od lat. Niestety, i tym razem okazało się, że minister zdrowia ograniczył się jedynie do czysto technicznych zapisów.

Trudna droga

W Niemczech do zrobienia specjalizacji wystarczy znalezienie lekarza, który ma uprawnienia do szkolenia następnego lekarza pokoleń. I jeśli tylko obie strony (specjalista i młody lekarz) się porozumieją, nic nie stoi na przeszkodzie, by rozpocząć naukę. Nic dziwnego, że coraz większa liczba absolwentów uniwersytetów medycznych od razu po zdaniu LEP-u wyjeżdża do Niemiec.

W Polsce na rozpoczęcie szkolenia trzeba czekać nawet pięć miesięcy od zakończenia stażu podyplomowego. W dodatku placówki, które chcą uczyć przyszłych specjalistów, muszą spełniać określone warunki jakościowe. Tylko dzięki temu można daną placówkę wpisać na listę akredytacyjną. I to jest jedna z głównych barier – ośrodków z akredytacją jest ciągle za mało. Jednak ministerstwo nie widzi tu problemu. – Nie ma wyraźnych sygnałów, które wskazywałyby na to, że istnieją zagrożenia dotyczące zapewnienia ciągłości pracy placówek medycznych. Oczywiście, są pewne problemy dotyczące drożności tego systemu – uważa Roman Danielewicz, dyrektor Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia. – Jednak jeśli się już mówi o luce pokoleniowej, należy sprecyzować, jaką specjalność mamy na myśli.

Tymczasem jak pokazują statystyki Polska należy do tych krajów UE, w których liczba lekarzy przypadająca na 10 tys. mieszkańców jest dużo poniżej średniej. Dramatyczna sytuacja jest chociażby w takich specjalnościach jak medycyna sądowa czy patomorfologia.

Konsultanci barierą

– To konsultanci wojewódzcy i krajowi są największą barierą, bo to oni *de facto* wyznaczają liczbę miejsc dla rezydentów – uważa Cezary Szary ze Stowarzyszenia Młodych Lekarzy.

Być może jest tu ziarno prawdy, bo wielu pytanym przez nas konsultantów uważa, że lekarzy ich specjalności jest za dużo.

– Mamy prawie 3 tys. dermatologów w Polsce, a do tego co roku szkolimy 150 następnych, to naprawdę dużo – mówi prof. Waldemar Placek z Collegium Medicum UMK, były konsultant. To dlatego, mimo zwiększenia miejsc rezydentkich (o prawie tysiąc), większość została niewykorzystana. Konsultanci mają też wpływ na to, który z ośrodków uzyska akredytację, a który nie. – Kryteria dla ośrodków, które chciałyby szkolić, są tak wyśrubowane, że właściwie spełnić je mogą jedynie szpitale kliniczne, gdzie pracuje większość konsultantów wojewódzkich – uważa Dariusz Hankiewicz, dyrektor szpitala w Radzynie Podlaskim. – Mimo że to właśnie szpitale powiatowych w Polsce jest najwięcej i to tam są największe braki kadrowe.

Samorząd lekarski od dawna postuluje, by akredytację przyznawać nie całościowo, ale poszczególnym oddziałom. – Powinien istnieć system akredytacji nie całościowej, ale umożliwiający danemu oddziałowi szkolenie w wykonywaniu konkretnej procedury, np. wycinania wyrostka. Największym błędem jest to, że lekarz może zrobić całą specjalizację będąc w jednym ośrodku – mówi Grzegorz Napiórkowski, przewodniczący Komisji ds. Młodych Lekarzy NRL. – Z własnego doświadczenia wiem, że zmiana szpitala w czasie nauki specjalizacji jest bardzo cenna. Dzięki temu zyskujemy dodatkowe doświadczenia i wiedzę na temat pracy w innym zakładzie. System obowiązujący w Anglii wymaga co najmniej kilkukrotnej zmiany miejsca specjalizacji.

Napiórkowski przypomina też, że na koniec stażu podyplomowego są przeprowadzane ankiety, która pozwalają lekarzom na ocenę jego przebiegu. Jednak

ich wyniki nie są w ogóle wykorzystywane. A wynika z nich, że np. w niektórych przedmiotach jest realizowane 20-30 proc. założeń stażowych. To świadczy o tym, że albo program nauczania jest źle skonstruowany, albo szpitale, które podjęły się szkolenia stażowego, nie spełniają swojej roli.

Kiedy moduły?

Ministerstwo Zdrowia od dawna zapowiada zmiany w systemie kształcenia lekarzy. Tak by było łatwiej uzyskać specjalizację. Środowisko od dawna postuluje wprowadzenie tzw. systemu modułowego. Towarzystwo Chirurgów Polskich opracowało nawet założenia programu takiego szkolenia. – Nie widzę powodu, dlaczego młody lekarz ma się szkolić 6 lat, w końcu nie wszyscy będą wykonywać wszystkie operacje, tylko niejako naturalnie wybiorą te dziedziny, które ich interesują – mówi prof. Wojciech Witkiewicz, prezes towarzystwa. – A przecież np. posługiwania się endoskopem można się nauczyć na kursach i szkoleniach.

Podobne prace trwają też w Towarzystwie Internistów Polskich. Postulują oni pięcioletni okres nauki (zamiast 6-letniego), który będzie podzielony na dwie części: 3 lata szkolenia ogólnego i 2 lata specjalizacji szczegółowej. – Oczywiście nadal do rozstrzygnięcia pozostaje problem czy po tych trzech latach trzeba zrobić egzamin państwowy czy tylko sprawdzian przed kierownikiem specjalizacji – nie ukrywa prof. Jerzy Kruszewski, przewodniczący Komisji Kształcenia NRL, konsultant krajowy ds. alergologii.

Jednak nie wszystkie środowiska są takim zmianom przychylnie. – Dziś dermatologia trwa 6 lat i tak naprawdę jest to bardzo mało czasu – mówi prof. Kazimierz Jakubowicz. – Dermatologii trzeba się napatrzeć.

– Jeśli ktoś wierzył, że nowy system wejdzie w życie od razu, to się mylił. Potrzeba czasu choćby na przygotowanie programów nowych specjalizacji – wyjaśnia Konstanty Radziwiłł, prezes NRL. – Do tak poważnej zmiany chcieliśmy się przygotować.

Wprowadzenie modułów wiąże się bowiem z poważnym problemem, np. oddziały chirurgii ogólnej posiadające akredytację do prowadzenia staży kierunkowych (138 oddziałów z 483 miejscami stażowymi) będą musiały dodatkowo przysiąść na te staże (w większości dwuletnie) w ciągu 6 lat 3605 lekarzy, a zatem ok. 1000 rocznie. – Może to spowodować całkowitą blokadę możliwości specjalizacji. Podobnie, a może jeszcze gorzej przedstawia się problem dyscyplin zachowawczych – ostrzega Jerzy Friediger, przewodniczący ORL w Krakowie. – Jednak trzeba to zrobić jak najszybciej, bo inaczej polską medycynę czeka zapaść.

Ministerstwo Zdrowia zapowiada podjęcie pracy nad nowym systemem szkoleń – w przyszłym roku.

Za dużo specjalizacji?

Nawet jeśli wreszcie uda się wprowadzić moduły, to pojawi się kolejny problem: zbyt dużej liczby specjalizacji. – Utrzymana jest nadal nadmierna liczba specjalizacji, w tym szereg specjalizacji powstałych nie w wyniku faktycznych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, a w wyniku działań lobby-stycznych – mówi wprost Friediger.

I podaje przykład: czy istotnie niezbędna jest specjalizacja z chirurgii onkologicznej, jeżeli 80 proc. chorych wymagających leczenia chirurgicznego ze wskazań onkologicznych leczonych jest w oddziałach chirurgii ogólnej, a szczególnie ciężkie przypadki powikłań wymagające operacji w trybie pilnym leczone są wyłącznie w oddziałach chirurgii ogólnej. Podobnie jest w ginekologii, gdzie 80 proc. operacji ginekologicznych wykonywanych jest ze wskazań onkologicznych.

– Utrzymywanie specjalizacji od jednej choroby lub co gorsza objawu jest bezsensowne – tłumaczy Friediger. – Nadmierna liczba specjalizacji spowoduje szybko deficyt w szeregu specjalizacji, co z kolei spowoduje brak kontraktu z NFZ NIZ.

Pytanie jednak, czy środowiska lekarskie, które swoje specjalizacje wywalczyły, będą w stanie z nich zrezygnować.

A ilość przytoczonych wyżej problemów i barier wskazuje na to, że prace nad systemem szkolenia młodych lekarzy trzeba wprowadzić kompleksowo. Czy to może się udać, skoro kolejnym ekipom rządzącym na Miodowej nie udało się wprowadzić żadnej większej zmiany w systemie zdrowotnym? A może to właśnie specjalizacje będą tym pierwszym krokiem? Miejmy nadzieję, bo specjalistów ciągle ubywa.

Oczy jak u królika

Ryszard Kijak

Co i raz trafiają do mnie jakieś pretensje, zarzuty, żądania, albo przynajmniej prośby o wyjaśnienie sytuacji, dotyczące spraw lekarskich.



foto: Marek Stankiewicz

Ostatnio upomniał się o mnie lekarz z pewnej metropolii, który korespondował sobie z kilkoma ważnymi osobami, a w końcu spytał w mailu: a co na to pan Kijak?

Kosztom zdrowia

O co chodziło? Otóż w tamtejszym Regionalnym Centrum Diabetologii powstał problem z okulistami. Byli oni piętnowani i szykanowani za rzekome spóźnianie się i zbyt wczesne wychodzenie z pracy. Postanowili zatem przejść na część etatu, na co jednak nie otrzymali zgody, ponieważ przelozeni obawiali się, że nie zostanie zrealizowany kontrakt z NFZ.

Kontrakt był więc wykonywany nadal, ale kosztem zdrowia okulistów, którzy przeprowadzali dziennie po kilkadziesiąt zabiegów laserowych i badań okulistycznych, wskutek czego mają teraz oczy jak króliki. Lecząc cudzy wzrok popsuli swój.

Ponieważ zakładowy OZZL był przeciwny kontraktom, okuliści zażądali uznania warunków ich pracy jako szkodliwych dla zdrowia i zmiany charakteru etatu na zadaniowy, który podobno ma wszystkie plusy etatu i kontraktu, a nie posiada minusów.

Wola obu stron

Wspomniany wyżej korespondent (nie wiem, czy to jeden z tych okulistów, czy też ich kolega interweniujący w ich imieniu – bo tego nie wyjaśnił) uznał przy okazji opisywania tej sprawy, że kontrakty w szpitalach (poza stomatologią i POZ) są niezgodne z art. 1 ust. 5 ustawy o ZOZ-ach, a przejście z etatu na kontrakt jest złamaniem ustawy o podwójnym zatrudnieniu. Stwierdził też, że wiele ZOZ-ów wypowiada kontrakty z dnia na dzień. No i właśnie zadał pytanie: Co na to pan Kijak?

Podobne wątpliwości może mieć wielu innych lekarzy.

Ani samorząd lekarski, ani OZZL nigdy nie odżegnywał się od kontraktów korzystnych dla lekarzy. Ostrzegamy tylko przed kontraktami niekorzystnymi. Oprócz wyraźnie większego wynagrodzenia niż na etacie (m.in. dla umożliwienia chociażby zwiększenia wysokości sumy

ubezpieczenia indywidualnej praktyki do 1 mln zł, bo tu jest całkiem inna odpowiedzialność niż w pracy etatowej), kontrakty mogą zawierać np. określenie warunków szkodliwych, w tym – w przypadku okulistów – ograniczenie pracy w ciemni i przy laserze do 3-4 godzin dziennie, schodzenie po dyżurach (jeżeli to jest szpital), wydłużenie okresu wypowiedzenia (przeważnie jest on miesięczny, więc nie można go wypowiedzieć z dnia na dzień, jak pisze mój korespondent; chyba że jakiś dureń zgodził się na to w kontrakcie), kilkutygodniowy okres nieświadczania usług w roku (dla zapewnienia sobie wakacji), itd. itp.

Wszystko zależy od tego, czy druga strona, czyli zleceniodawca, zwany udzielającym zamówienia, zaakceptuje te warunki, czy nie. Jeśli nie, wtedy kontrakt będzie niekorzystny, i nie ma co go żałować.

W imieniu i na rzecz

Co do podstawy prawnej kontraktów (zawieranych przez indywidualną praktykę lekarską z zakładem opieki zdrowotnej w celu świadczenia usług zdrowotnych na rzecz pacjentów danego ZOZ-u jako zleceniodawcy), to wcale nie są one nielegalne w świetle przywoływanego art. 1 ust. 5 ustawy o ZOZ-ach, który zupełnie nie dotyczy tego tematu. Jest to przepis zabraniający prowadzenia na terenie publicznych ZOZ-ów indywidualnej praktyki lekarskiej na rzecz pacjentów własnych tej praktyki. Innymi słowy, w dyżurce szpitalnej lekarz nie może przyjmować pacjentów prywatnych i kasować od nich należności do swojej kieszeni. Bo wówczas, wykorzystując bazę szpitala czy innego ZOZ-u publicznego, odbierałby temu ZOZ-owi pacjentów (a tym samym – pieniądze za nich) i byłoby to działanie konkurencyjne, z nielegalnym użytkowaniem nie swojego zaplecza.

Natomiast całkiem co innego, gdy tenże ZOZ zawiera z lekarzem kontrakt na udzielanie świadczeń jego własnym (a nie lekarza) pacjentom. Wtedy są oni leczeni nadal w imieniu i na rzecz owego ZOZ-u, który otrzymuje za nich pieniądze z NFZ-u, a zmienia się tylko stosunek prawny lekarza-wykonawcy i byłego pracodawcy, zwanego w kontrak-

cie zleceniodawcą czy też udzielającym zamówienia. Przy czym kontrakty (zarówno „dyżurowe”, jak i „całościowe”), aby były legalne, nie mogą zawierać cech stosunku pracy. Chodzi tu o pracę pod kierownictwem, o ryzyko działalności gospodarczej, i o kilka innych aspektów, wymienionych szczegółowo w odpowiednich przepisach.

Przejście z etatu na kontrakt nie jest więc złamaniem ustawy o podwójnym zatrudnieniu, bo po pierwsze, takiej ustawy nie ma, a po drugie, jeśli przechodzi się z jednej formy świadczenia usług medycznych (etat) na inną (umowa cywilnoprawna, czyli kontrakt), to o podwójnym zatrudnieniu mowy być nie może. Obraz ten mać jedynie forma kontraktu „dyżurowego”, gdzie w dzień pracuje się na etacie, a później – na kontrakcie. Ale wówczas trzeba czynności wykonywane na dyżurze określić inaczej niż te prowadzone w dzień (bo i tak faktycznie jest) i wówczas wszystko będzie w porządku.

Byle satysfakcjonujące

Etat zadaniowy, czyli zadaniowy system pracy z art. 140 Kodeksu pracy, możliwy jest do wprowadzenia przynajmniej poprzez zakładowy regulamin pracy. W przypadku poradni można nie mieć do niego zastrzeżeń, natomiast w szpitalu – i owszem, ponieważ system ten nie przewiduje nadgodzin (chyba że wyjątkowo i doraźnie). I co wtedy z dyżurami? Tak że „zadaniówka” ma nie tylko plusy, ale i minusy.

Chyba, że pracodawca ustali tak atrakcyjną stawkę etatową, że utrata dodatku za nadgodziny nadliczbowe nie będzie miała najmniejszego znaczenia. Czego wszystkim „zadaniowcom” życzę, tym bardziej że w systemie zadaniowym pracodawcę nie obchodzi, kiedy zadanie zostanie wykonane, nie liczy się ewidencja czasu pracy, istotne jest tylko to, aby zamówiona robota została zrobiona.

W sumie, czy to będzie etat z możliwością uwzględnienia klauzuli *opt-out* czy etat zadaniowy, czy kontrakt całościowy, czy dyżurowy, wszystko to jest godne poparcia, o ile tylko zapewnia lekarzowi satysfakcjonujące i bezpieczne warunki płacy i pracy. Aby tylko uniknąć króliczych oczu.

REKLAMA

REKLAMA

Pozytywy i negatywy

Franciszek Szatko

Ocena każdego systemu/podsystemu opieki zdrowotnej, w tym dentystycznego, koncentruje się głównie na skuteczności, tj. na stopniu realizacji celów zdrowotnych, jakie przewidziano do osiągnięcia w określonym przedziale czasowym.

Na przykład do roku 2000 i 2015 względem konkretnej populacji, np. dzieci w wieku 6, 12, 18 lat. Światowa Organizacja Zdrowia (ŚOZ) przyjęła m.in., że w 2000 r. 50 % 6-letnich dzieci miało być wolnych od próchnicy, a w 2015 r. odsetek powinien wynosić 70%.

Kluczowe pytanie, jak system opieki dentystycznej danego kraju realizuje cele zdrowotne, stawiane jest nie tylko przez organizatorów opieki stomatologicznej szczebla krajowego i wojewódzkiego danego kraju, lecz również na poziomie międzynarodowym przez instytucje spoza wąskiej dyscypliny, jaką jest stomatologia. Dynamika zapadalności na próchnicę i skuteczność jej leczenia jest bardzo czułym wskaźnikiem nie tylko funkcjonowania samego systemu opieki dentystycznej, ale również odzwierciedleniem wielu trudnych do oceny procesów natury społecznej, ekonomicznej, organizacyjnej czy kulturowej kraju. Obok takich mierników skuteczności systemu opieki zdrowotnej, jak średnia długość trwania życia, umieralność niemowląt, zapadalność na gruźlicę, HBV czy HIV/AIDS – wskaźnik zapadalności na próchnicę – PUW (liczba zębów zaatakowanych próchnicą) oraz informacja jak system opieki zdrowotnej „radzi sobie” z tym problemem zdrowotnym jest jednym z ważniejszych wskaźników ukazujących funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej.

W 1978 r. z inicjatywy ŚOZ zainicjowane zostały w 9 krajach Pierwsze Mię-

dzynarodowe Porównawcze Badania nad Systemami Opieki Stomatologicznej (ICS-I). Drugi etap tych badań (ICS-II) rozpoczętych w 7 krajach w 1989 r. koncentrował się właśnie na ocenie skuteczności różnych systemów opieki stomatologicznej. Celem nadrzędnym całego przedsięwzięcia było ustalenie, jakie cechy systemowe (społeczne, ekonomiczne, organizacyjne i kulturowe)

TABELA 1. Wartości wskaźników puwz i PUWZ w populacji 6-letnich dzieci w latach 1999-2007

1999			2003			2005			2007		
P	U	W	P	U	W	P	U	W	P	U	W
0,2	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
PUW 0,2			PUW 0,2			PUW 0,1			PUW 0,1		
puw 5,3			puw 5,4			puw 5,4			puw 5,4		
dzieci wolne od próchnicy w %											
12,6			12,2			13,0			13,1		

w poszczególnych krajach wpływają na tak bardzo zróżnicowany stan zdrowotny uzębienia. Poznawszy przyczyny wiele krajów wdrożyło programy zdrowotne skutecznie redukujące chorobę próchnicową. Kolejne – ogólnopolskie badania prowadzone odpowiednio w latach 1987 i 1995 w ośrodku szczecińskim – Stan Narządu Żucia Polskiej Populacji czy w ośrodku warszawskim od 1997 r. do chwili obecnej – Ogólnopolski Monitoring Stanu Zdrowia Jamy Ustnej i Jego Uwarunkowań – umożliwiają odpowiedź na pytania:

– Jaka jest skuteczność polskiego systemu opieki stomatologicznej względem np. dzieci 6-letnich w stosunku do innych krajów?

– Jakie programy stomatologiczne winny być podjęte w obecnych bardzo trudnych uwarunkowaniach społecznych, ekonomicznych i organizacyjnych przez polski system opieki zdrowotnej i podsystem opieki stomatologicznej?

– Jakie pozytywy i negatywy będą towarzyszyć ewentualnym programom profilaktycznym?

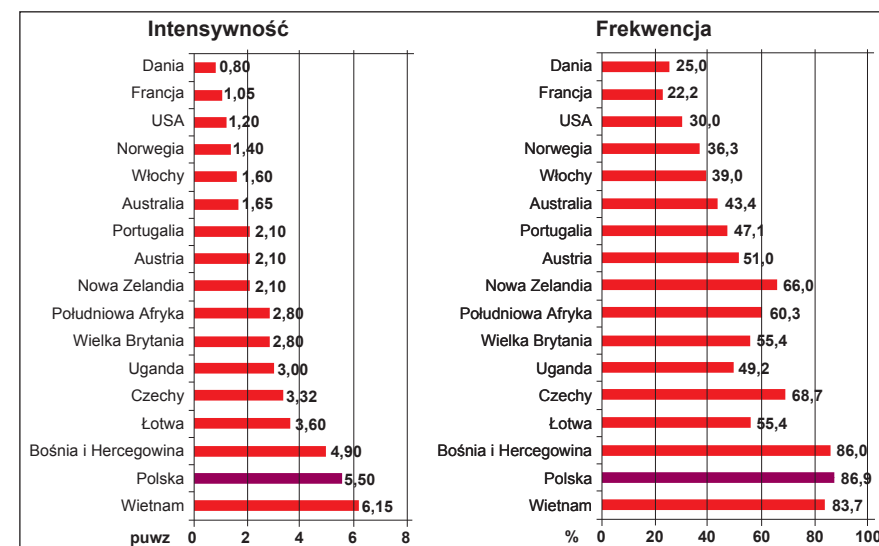
Do formułowania tego rodzaju pytań obliuguje również konieczność odniesienia się do twierdzenia ŚOZ z przed 12 laty wskazującego, że zapadalność na próchnicę wśród polskich 6-letnich dzieci jest największa w skali europejskiej (statystyczne dziecko posiadało 5,4 zęba zaatakowanego próchnicą, podczas gdy jego rówieśnik w innych krajach zaledwie 1).

Zjawiska negatywne

Analizując obecnie funkcjonujący system opieki stomatologicznej należy zwrócić uwagę na następujące zjawiska negatywne.

Wyniki zarówno wspomnianych ogólnopolskich badań, jak i jakichkolwiek innych prowadzonych w minionych kilkadziesiąt lat na terenie Polski jednoznacznie wskazują na zły/bardzo zły stan uzębienia dzieci w wieku przedszkolnym (tab. 1).

Wyniki z ostatniego ogólnokrajowego monitoringu wykonanego w 2007 r. wskazują, że wolnych od próchnicy było zaledwie 13,1% dzieci. Bardzo wysoka wartość wskaźnika puwz – 5,4 obrazującego intensywność próchnicy oraz równie wysoka frekwencja próchnicy zębów mlecznych (86,9%) wśród polskich dzieci wskazuje na bardzo niską skuteczność polskiego modelu opieki stomatologicz-



Ryc. 1. Intensywność próchnicy w uzębieniu mlecznym (puwz) oraz frekwencja próchnicy (%) dzieci 5-7-letnich w wybranych krajach (źródło: WHO Global Oral Data Bank 2000-05, badania własne).

nej w porównaniu z wybranymi krajami europejskimi/świata (ryc. 1).

W polskiej populacji dzieci przedszkolnych wyłeczone jest zaledwie 15% zębów objętych próchnicą. W krajach rozwiniętych cywilizacyjnie wartość wskaźnika leczenia jest w granicach 80%. Natężenie choroby próchnicowej u polskich dzieci przedszkolnych nie wykazuje zauważalnych zmian – utrzymuje się od kilkadziesiąt lat na jednakowo złym/bardzo złym poziomie. Ta niekorzystna sytuacja epidemiologiczna nieco różni się od tej, jaka cechuje populację 12-letnich dzieci, u których od kilkadziesiąt lat obserwuje się syste-

redukcję osiągalności (availability) opieki dentystycznej szczególnie dla dzieci w wieku przedszkolnym. Z powodów ekonomicznych zrezygnowano lub ograniczono nawet bardzo ubogie programy profilaktyczne, które były realizowane jeszcze przed kilkunastu laty.

Całą odpowiedzialnością za stan zdrowotny uzębienia u dzieci głównie z terenów wiejskich i małych miast, które w ok. 60% nie uczęszczają do przedszkoli obciążono rodziców. Posiadają oni niski poziom wiedzy stomatologicznej i nie przywiązują większej wagi do stanu uzębienia swoich dzieci, np. 23 % matek uważa, że „nie

TABELA 2. Wartości wskaźnika PUWZ w populacji 12-letnich dzieci w latach 1999-2007

1999			2003			2005			2007		
P	U	W	P	U	W	P	U	W	P	U	W
2,3	0,1	1,6	2,0	0,1	1,8	1,5	0,1	1,7	1,3	0,1	1,7
PUW 4,0			PUW 3,9			PUW 3,3			PUW 3,1		

matyczną, aczkolwiek wolną redukcję intensywności próchnicy (tab. 2).

Skuteczność polskiego systemu opieki dentystycznej oceniana na podstawie stopnia osiągnięcia celu zdrowotnego przyjętego na 2000 r. była alarmująco niska. Tylko 13% polskich dzieci 6-letnich było wolnych od próchnicy, a powinno być 50%.

Wyniki badań klinicznych wykonane po 2000 r. wskazują na utrzymywanie się odsetka dzieci wolnych od próchnicy na tym samym złym/bardzo złym poziomie, co względem przyjętej normy na rok 2015 (70% dzieci powinno być wolnych od próchnicy) należy ocenić jako pogorszenie dotychczasowej sytuacji epidemiologicznej.

Przeobrażenia w systemie ochrony zdrowia w minionych 18 latach spowodowały, przy pozornie dużej dostępności lekarzy dentystów (accessibility), drastyczną

należy zbytnio troszczyć się o uzębienie mleczne, ponieważ zostanie ono wkrótce zastąpione uzębieniem stałym”.

Na powyższe niekorzystne uwarunkowania systemowe nakładają się dodatkowe negatywne czynniki środowiskowe, np. stężenie uorków w wodzie pitnej na terenie niemal całej Polski jest bardzo niskie. Wzorce żywieniowe polskich dzieci są ubogie w związku uoru, a w polskim modelu opieki stomatologicznej nie funkcjonuje żaden program suplementacji związkami uoru wody pitnej, wody mineralnej, soli, pieczywa czy mleka, jak to ma miejsce w wielu krajach rozwiniętych.

Utrzymuje się duża polaryzacja kondycji ekonomicznej w polskim społeczeństwie (ok. 60% rodzin nie stać na korzystanie z usług sektora prywatnego, w tym prywatnych gabinetów stomatologicznych).

dokończenie na str. 12 i 13

Pozytywy i negatywy

dokńczenie ze str. 11

Są bardzo niskie nakłady na cały system ochrony zdrowia, a podsystem opieki dentystycznej szczególnie – na opiekę stomatologiczną przeznaczają się obecnie zaledwie ok. 20 zł na 1 dziecko (ryc. 2).

Funkcjonują niekorzystne uwarunkowania makrosystemowe (międzynarodowe, polityczne). Kraje wzbudzone gospodarczo (Europy Środkowej i Wschodniej) oraz rozwijające się przeznaczają na ochronę zdrowia 3-6 % PKB, a kraje rozwinięte 8-15%.

Od kilkunastu lat następuje systematyczna, drastyczna redukcja zasobów kadrowych publicznego sektora dentystycznego – obecnie posiadamy zaledwie 0,6 lekarza dentysty/10 000 ludności.

Utrzymuje się bardzo mała (śladowa) ranga ważności problematyki stomatologicznej na tle obecnych priorytetów zdrowotnych (choroby sercowo-naczyniowe, nowotwory, wypadki i urazy, cukrzyca itd.).

Polskie dzieci i młodzież nie są traktowane jako grupa szczególnej troski, ponieważ brakuje:

- normy minimalnego nasycenia lekarzy dentystów w sektorze publicznym,
- systemu refundującego koszty leczenia dzieci w sektorze prywatnym (nie dotyczy wszystkich aparatów ortodontycznych),
- wydzielonych dni/godzin przyjęć tylko dla dzieci w sektorze publicznym, – okresowych badań stomatologicznych,
- normy maksymalnego czasu oczekiwania dziecka na pierwszą wizytę,
- bezpłatnego pakietu usług profilaktycznych dla każdego dziecka w sytuacji, gdy nie stać systemu na rekompensatę kosztów usług w sektorze prywatnym.

W Polsce nie ma na szczeblu centralnym instytucji (osoby) sterującej podsystemem opieki dentystycznej (ewenement w skali europejskiej).

W polskim modelu nie ma podspecjalizacji (jakiegokolwiek kształcenia podyplomowego) w zakresie „public health dentistry”, np. niemiecki publiczny sektor opieki dentystycznej zatrudnia 550 tego rodzaju dentystów.

W Polsce nie ma stomatologicznych programów profilaktycznych – nie mylić z akcjami (zorganizowane, działania obligatoryjne, ogólnokrajowe, wieloletnie, posiadające budżet, metodologię oraz instytucje odpowiedzialne za realizację).

Nie funkcjonują jakiegokolwiek mechanizmy – poza etycznym – motywujące le-

karzy dentystów do działań profilaktycznych (tylko 10-18% dentystów stosuje względem swoich pacjentów działania profilaktyczne).

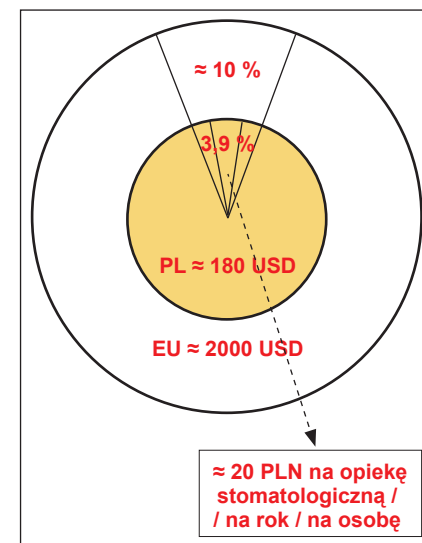
Nie ma w programie szkolnym ogólnozdrowotnego (ogólnorozwojowego) programu edukacyjnego na poziomie klas 0-3 (nt. higieny ciała, w tym zębów, wzroku, higieny sportu i wypoczynku, racjonalnego żywienia i odżywiania, bezpiecznego zachowania w miejscach publicznych itd.) angażującego Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Edukacji Narodowej, Ministerstwo Ochrony Środowiska i Ministerstwo Infrastruktury. Tego rodzaju programy edukacyjne są realizowane we wszystkich rozwiniętych krajach europejskich.

Zjawiska pozytywne

Równoległe do ww. zjawisk negatywnych dają o sobie znać coraz silniej od kilkudziesięciu lat zjawiska pozytywne, np. wysoka dostępność (nieco mniejsza osiągalność z powodów ekonomicznych i świadomościowych) pełnej gamy środków do utrzymania higieny jamy ustnej.

Utrzymuje się wysoki poziom (ilościowy i jakościowy) zasobów kadrowych w sektorze prywatnym. Ponad 21 000 lekarzy dentystów prowadzi indywidualne i grupowe praktyki dentystyczne, co oznacza, że w Polsce jest bardzo dobre nasycenie lekarzami dentystami (5,6 lekarzy dentystów/10 000 ludności).

Systematycznie poprawiają się wzorce zachowań zdrowotnych, np. ponad 65% 12-latków czyści zęby co najmniej dwa razy dziennie, spada liczba mężczyzn palących papierosy, coraz więcej spożywamy produktów zawierających kwasy wielonienasycone, zmienia się styl picia alkoholu na prozachodni itd.



Ryc.2 Wydatki z PKB na publiczny sektor ochrony zdrowia w Polsce.

Utrwaliły się w minionych 18 latach bardzo pozytywne zjawiska ogólnozdrowotne (wydłużyła się średnia długość życia Polaków o ponad 3 lata, umieralność niemowląt została zredukowana do 7%, systematycznie obniża się zapadalność na gruźlicę, minimalnie zmniejsza się zapadalność na próchnicę wśród dzieci starszych i młodzieży).

Od kilkunastu lat utrzymuje się bardzo wysoki poziom rozwoju gospodarczego, społecznego i kulturowego (coroczny wzrost PKB > 5 %, redukcja bezrobocia z 19% do 9%, wydłużają się lata skolaryzacji – ponad 65% młodzieży kontynuuje naukę w szkołach wyższych).

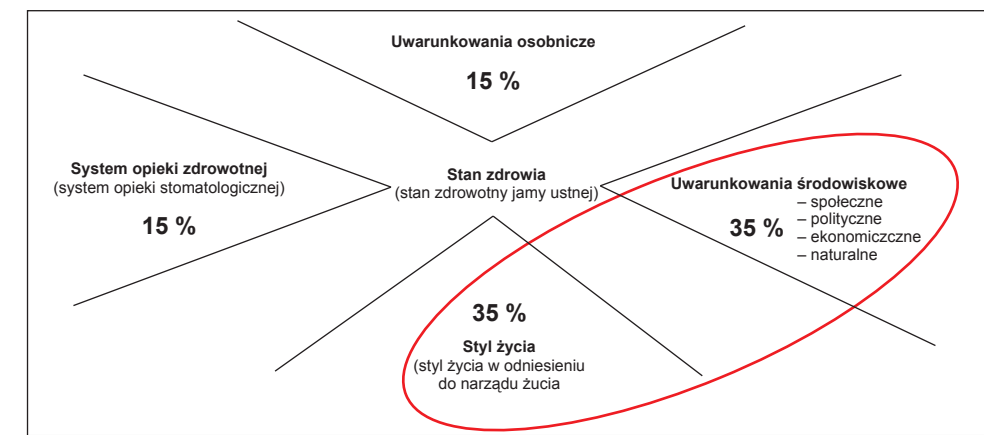
pozytywnie zmienia się styl życia Polaków, m.in. zdrowie, w tym stan zdrowotny uzębienia (funkcjonalność + estetyka), jest coraz silniej postrzegany jako konkretne dobro, w które należy inwestować.

Dochodzi do głosu wiele terenowych instytucji pozarządowych wyrażających gotowość zaangażowania się w problematykę stomatologiczną.

W Narodowym Programie Zdrowia na lata 2005-2012 znalazł się cel operacyjny (nr 11) pt. „Intensyfikacja zapobiegania próchnicy u dzieci i młodzieży”.

Od 1997 r. – corocznie prowadzony jest Ogólnopolski Monitoring Stanu Zdrowotnego Jamy Ustnej i jego Uwarunkowań, umożliwiający nie tylko identyfikację m.in. złego/bardzo złego stanu uzębienia polskich dzieci, ale również określenie przyczyn tego stanu rzeczy.

REKLAMA



Ryc. 3 Uwarunkowania stanu zdrowia jamy ustnej (adaptacja – „Pól Lalonda”)

Konkluzje

Zapadalność i przebieg choroby cywilizacyjnej o tak złożonej etiopatogenezie, jaka cechuje próchnicę zębów jest właśnie wypadkową (bilansem) pozytywnych i negatywnych zjawisk kreowanych zarówno przez jednostkę, jak i makrosystem (społeczno-ekonomiczny, organizacyjny i kulturowy) oraz przez podsystem opieki dentystycznej. Niżej prezentowany model czynników (zjawisk) wskazuje, że stan zdrowotny uzębienia w głównej mierze zależy od szeroko rozumianego stylu życia jednostki i od uwarunkowań systemowych (ryc. 3).

W całokształcie wszystkich zjawisk (czynników) odpowiedzialnych za stan

uzębienia udział samych lekarzy dentystów, nawet tych bardzo dobrych, ale zorientowanych na działalność naprawczą, jest niewielki – tylko ok. 15 %.

Odejdźcie do historii wizerunku skąpo uzębionych mieszkańców nie tylko Polski, ale również mieszkańców większości krajów Europy Środkowej i Wschodniej jest właśnie uzależnione od pilnego zainicjowania (przyspieszenia) tych działań systemowych, które poprawiają świadomość i zachowania zdrowotne szczególnie w wieku rozwojowym.

Franciszek Szatko

Autor jest kierownikiem Katedry Higieny i Epidemiologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

REKLAMA

Bat na doktorów



Krystyna Knypl

Instrumentalne traktowanie treści przysięgi Hipokratesa oraz dostępu do usług medycznych osiągnęło w naszym kraju apogeum nie notowane gdziekolwiek indziej.

Możemy jako społeczeństwo przyznać sobie mistrzostwo świata w konkurencji o nazwie: instrumentalizacja medycyny do politycznych i nie zawsze najwyższego lotu celów.

Stało się już zwyczajem, że w publicznej dyskusji o systemie ubezpieczeń społecznych mamy zawsze *biednych* pacjentów i *bogaty*ch doktorów. Pogląd, że wszyscy biedni to dobrzy ludzie, a bogaci zawsze źli, głęboko wrósł korzeniami w polską glebę, więc dłaczego z lekarzami miałyby być inaczej? Nic dziwnego, że prasa codzienna donosi „Doktorzy mogą zarabiać nawet 35 tysięcy na miesiąc”, a między wierszami snuje się potępienie dla tych doktorów, którym ciągle mało i mało.

Mimo oczywistej niesprawiedliwości sytuacja nie jest jednak beznadziejna. Okazuje się, że biedni pacjenci na bogatych doktorów mają jednak bata, którego świst słychać nad nieomal każdą dyskusją o usługach medycznych świadczonych za pieniądze tych podatników, którzy płacą składkę zdrowotną. Magicznym zaklęciem, który ma każdego doktora przywołać do porządku, poskromić jego apetyty finansowe oraz przypomnieć gdzie jest jego służebne miejsce na drabinie dostawców dóbr, jest osławiony termin *przysięga Hipokratesa*.

Uroczycie przysięgam

Lubimy uroczyste oprawy każdej przysięgi – nastrojowa muzyka, kwiaty, specjalne stroje, bez tego ani rusz. Gdy kończą się uroczystości, zaczyna się dzień powszedni; jeden, drugi, trzeci. Wszystkie przysięgi u nas, mimo godnej oprawy, w wielu wypadkach są traktowane nad wyraz luźno. Konieczność dochowania przysięgi małżeńskiej nie jest nikomu wypoiminana. Jeżeli ten, co przysięgał przed ołtarzem, że nie opuści współmałżonka aż do śmierci, zmieni zdanie co do

swych zobowiązań, skłonni jesteśmy znaleźć jakieś rozgrzeszenie. Ludzka rzecz zakochać się drugi raz, powie niejeden. O przysiędze wojskowej (zwłaszcza tej złożonej za *komuny*) nikt stara się nie pamiętać.

Jedynie termin *przysięga Hipokratesa* zdaje się nie mieć taryfy ulgowej ani okoliczności łagodzących. Warto tu dla porządku zaznaczyć (czytają nas także osoby nie będące lekarzami), że w istocie nie składamy przysięgi Hipokratesa, lecz przyrzeczenie lekarskie. Przyrzekamy służyć życiu i zdrowiu ludzkiemu, przeciwdziałać cierpieniu i zapobiegać chorobom, okazywać szacunek, dochować tajemnicy lekarskiej, strzec godności stanu lekarskiego oraz stale poszerzać swoją wiedzę.

Nie sposób pominąć pewnego, może oczywistego, spostrzeżenia – nie przysięgamy, że będziemy realizować cudze wyobrażenia o naszym zawodzie lub powołaniu. Nie przysięgamy, że będziemy spełniać każdą zachciankę powstałą pod wpływem internetowych lektur lub sugestii słynnej sąsiadki, *madame G.*, leczącej bóle głowy.

Model ochrony zdrowia

Zdrowie obywatela od niepamiętnych czasów w naszym kraju to cudza troska, ewentualnie kłopot. Takie ujęcie sprawy powoduje, że niekończące się mamrotanie przez masę lub media „a gdzie przysięga Hipokratesa... przysięga Hipokratesa was obowiązuje” stało się *quasi*-etycznym sloganem i lekarstwem na wszystkie prawdziwe i wyimaginowane bolączki systemu ochrony zdrowia. Zupełnie nie wiadomo dłaczego fakt składania przyrzeczenia przez lekarzy ma zastąpić sprawne zarządzanie, właściwe finansowanie oraz umiar w korzystaniu z usług medycznych. Warto wreszcie nazwać rzeczy po imieniu – to nie jest żadna etyka, humanitaryzm ani inne wznieście emocjonalne reakcje. Są to tylko reguły cynicznej gry politycz-

foto: Marek Staniewicz

nej, w której wyborca jest dobrze wyważoną kombinacją świętej krowy ze świętą naiwnością.

Model idealny

Spotkałam się z poglądem, że rodaków najbardziej interesowałby taki model systemu ochrony zdrowia, który łączyłby w sobie dobrze skomponowane elementy pokornej służby wzywanej do każdego stanu podgorączkowego ze sprawną fabryką produkującą rencistów na żądanie. Czy można wszystkich uszczęśliwić? Pewnie nie można, ale jak powiada znany dowcip – trzeba próbować.

Mamy niemało osób zatroskanych o zdrowie wszystkich współobywateli. Tajemniczym zrzędzeniem losu osoby te, często nawet z dyplomem lekarza, nigdzie nie leczą, nikogo nie przyjmują, nie dyżurują, bywa nawet, że nie mają pieczętek lekarskich z numerem PWZ! Są tak pochłonięte zdrowiem wszystkich, że na choroby pojedynczych ludzi nie starcza im już czasu ani uwagi.

Skoro tak dużo mają na swych zatroskanych głowach, to może jednak powinniśmy być im wdzięczni? Dźwigać zdrowie narodu na swych barkach i mieć misję dziejowe do spełnienia to prawdziwa harówka. Może więc pokusimy się o jakiś gustowny dowód wdzięczności – nie myślę tu, żeby zaraz lecieć do nich z butelką koniaku czy zegarkiem – powinniśmy pomyśleć o czymś bardziej uniwersalnym i bardziej wiecznym niż pióro. Nasz upominek nie powinien wszak narażać obdarowanych na dociekania, czy jest korzyścią materialną – o nie! To powinien być dowód wdzięczności z głębi serca płynący i mający wymiar symboliczny.

Dowód wdzięczności dla reformatorów

Psychologia uczy, że uczucia bez wyrazu nie istnieją, że zawsze muszą swój wyraz mieć. Skoro tyle troski okazywanej lekarzom przez kolejne ekipy administratorów z ul. Miodowej wywołuje w nas wiele uczuć, to kierując się wspomnianą zasadą psychologiczną chyba warto dać wyraz naszym uczuciom. Jak możemy to zrobić?

Żelaznym punktem każdej ekipy w zakresie reformowania ochrony zdrowia są żmudne starania o wprowadzenie nowego modelu recept. Zarządzenia pojawiają się w odstępach tak krótkich, że nie nadążamy z wykorzystywaniem

posiadanych recept i zawrotne tempo reform receptowych zamienia nas w kolekcjonerów modeli już nieaktualnych. Co z nimi robić? Jedna z naszych Czytelniczek nadesłała taką propozycję: *W moim domu zalegają sterety niewykorzystanych recept i jak sądzę podobne zbiory ma także wiele koleżanek i kolegów. Mam pomysł jak wykorzystać te zapasy (bo przecież w oszczędnym państwie niczego nie wolno zmarnować) – otóż powinniśmy się umówić i w określonym terminie przesłać te papiery na adres ministerstwa. Na Miodowej przed budynkiem jest dostatecznie dużo miejsca, by z tych recept usypać wielki papierowy kopiec ku czci tych, którzy tak intensywnie myślą jak ułatwić życie nam, lekarzom i jakie następne usprawnienia wprowadzić. Papierowy „KOPIEC KU CZCI” byłby w sam raz, bo na inny ci myśliciele nie zasługują.*

Zastanawiam się nad datą, jaka byłaby najbardziej odpowiednia do przesłania na Miodową wszystkich nieaktualnych i zalegających w naszych szufladach bloczków receptowych – czekam na Wasze sugestie.

Myślenie nie boli

Zamieszczony ostatnio (w rubryce *Rozszyfruj receptę*) opis EEG spowodował, że odezwało się wielu kolegów neurologów. Jeden z nich zachęcił mnie do uważnej lektury spisu refundowanych procedur leczniczych, dostępnego na internetowych stronach NFZ w ramach Jednorodnych Grup Pacjentów. Lektura działu 02 zatytułowanego „Zabiegi na czaszce, mózgu i oponach mózgowych” to pasjonujące zajęcie! Najbardziej frapujące refundacje są za takie oto zabiegi:

- 02.341 – zespolenie komora mózgu – pęcherzyk żółciowy,
- 02.351 – zespolenie komora mózgu – moczowód,
- 02.391 – zespolenie komora mózgu – jama szpikowa.

Choć neurochirurgów jest niewiele, chętnie poznam ich komentarz na temat tajemniczych zespołów, jedynie bowiem zespolona wiedza lekarska jest w stanie rozstrzygnąć słynną kwestię „co autor miał na myśli”, przy znanym założeniu cyników, że ludzie myślą. Supercynicy dodają, że myślenie nie boli, a jeśli przypadkiem by zabolalo, to z pewnością można liczyć na refundację terapii przeciwbólowej z NFZ w ramach procedury, którą nazwijmy „zespolenie mózgu ze zdrowym rozsądkiem”.

Marginalny dawca i biorca

Agnieszka Banach

Dla chorych ze skrajną niewydolnością serca, płuc, wątroby czy nerek przeszczepianie narządów jest jedyną skuteczną metodą leczenia. Czasami jedyną szansą na życie...

Dzięki rozwojowi medycyny transplantologicznej mogą takim chorym zaoferować coraz więcej.

Podeszły wiek czy dodatkowe schorzenia biorcy narządu nie stanowią już przeciwwskazania do przeszczepu. Dawcami też niekoniecznie zostają osoby w sile wieku, bez towarzyszących chorób. Zdarza się, że mają podwyższony poziom lipidów, trochę za wysokie BMI, nadciśnienie czy nawet cukrzycę. Ostatnio w Bydgoszczy transplantolodzy, anesteziolodzy i nefrologi rozmawiali właśnie o takich sytuacjach klinicznych, kiedy stan zdrowia dawcy lub biorcy odbiega od zadowalającego – „Marginalny dawca, marginalny biorca” był bowiem tematem sympozjum Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego, które odbyło się tam we wrześniu.

„Marginesy kwalifikacji dawcy i biorcy ciągle się poszerzają – mówi prof. Zbigniew Włodarczyk, organizator sympozjum, kierownik Bydgoskiej Kliniki Transplantologii. – Dawca nerki z krótkotrwałym wywiadem cukrzycowym prawdopodobnie zostanie zaakceptowany. Biorca z cukrzycą ma także szansę na przeszczep – tacy chorzy stanowią 20 proc. naszych pacjentów, tymczasem kiedyś to schorzenie było przeciwwskazaniem do transplantacji.”

Kolejną granicą przekroczoną w transplantologii jest wiek. Uważało się, niektórzy myślą tak do dzisiaj, że idealny dawca musi być młody. Dziś specjaliści twierdzą, że tylko stan zdrowia dawcy i biorcy, a nie to ile skończył lat, może być czynnikiem dyskryminującym. W Niemczech dla starszych osób powstał nawet specjalny program. W ramach „Old for old” osoby po 65 roku życia otrzymują nerki od dawców w tej samej kategorii wiekowej. Wiek naj-

starszej dawczyni nerki na świecie to 90 lat. A jak jest w Polsce? Z sukcesem pobiera się nerki od ponad 70-letnich dawców i z równym powodzeniem starsze osoby znoszą przeszczep. Najstarszy biorca nerki w bydgoskiej Klinice Transplantologii miał 76 lat i już w dziewiątej dobie trafił do domu. W naszym kraju system taki jak w Niemczech nie funkcjonuje. „U nas, jeżeli nie ma pilnego wskazania, narząd otrzymuje pierwsza osoba z tzw. listy oczekujących – mówi prof. Janusz Wałaszewski, szef Poltransplantu – czyli nerkę od starszego dawcy może otrzymać nawet dziecko.”

Gdzie jeszcze poszerzyły się marginesy w transplantologii? Pobieranie narządów klatki piersiowej od dawców z grupy ryzyka – dziś się zdarza; kiedyś, przy jakichkolwiek przeciwwskazaniach było zaniechane. Zakażenia u dawcy i biorcy narządów – kiedyś bezwzględne przeciwwskazanie do transplantacji, dziś np. w USA biorcom HIV dodatnim skutecznie przeszczepia się narządy. Niezgodności immunologiczne pomiędzy dawcą a biorcą nie wykluczają już przeszczepu, a biorca wysokoimmunizowany ma szansę na życie ze zdrowym organem.

Do niedawna pobieranie narządu po zatrzymaniu krążenia było niemożliwe. W Polsce praktycznie dzieje się tak do dzisiaj. Tymczasem w innych krajach 20 proc. organów pobiera się w takiej sytuacji i nie ma to wpływu na gorsze wyniki pooperacyjne. Tak jest np. w Belgii, gdzie w grupie „non heart beating donors” są także osoby, które zdecydowały się na eutanazję – jak mówił chirurg transplantolog Jean-Paul Squifflet. „W Polsce, przy

braku akceptacji nawet dla śmierci mózgu, to nie do pomyslenia” – komentował prof. Wałaszewski z Poltransplantu.

„Nasze spotkanie potwierdza, że można pobierać narządy od marginalnych dawców, można także mówić o przeszczepianiu narządów nieidealnym biorcom. Okazuje się, że czynność nerki pochodzącej od marginalnego żywego dawcy jest porównywalna z tą od dawcy optymalnego. Taki przeszczep nie podnosi też ryzyka utraty przeszczepionego narządu – podsumowywał sympozjum prof. Zbigniew Włodarczyk, ale zaznaczał: – Takie przypadki wymagają jednak o wiele więcej zabiegów medycznych i częstszych badań kontrolnych, przez co są droższe.”

Pomimo poszerzających się „marginesów”, narządów ratujących życie i tak brakuje. Każdego roku kolejka oczekujących na zabieg się wydłuża. Aktualnie czeka w niej prawie 2 tys. osób! Transplantolodzy chcą to zmienić. Obok lokalnych akcji edukacyjnych, prowadzonych przy udziale marszałków województw, chcą spotykać się z lekarzami, którzy orzekają o śmierci mózgu. Jak twierdzą niektórzy medycy „to właśnie przez ich zaniechania narządy zbyt często się marnują”. „W izbach lekarskich zorganizujemy spotkania dla lekarzy biorących udział w komisjach ds. identyfikacji zgonów – neurologów, neurochirurgów, anesteziologów – mówi prof. Wojciech Rowiński, konsultant krajowy ds. transplantologii. – Wyjaśnimy wątpliwości kolegów, a doświadczony anesteziolog przeprowadzi pokazową rozmowę z aktorem grającym bliską dawcy osobę.”

Poradnik dla lekarzy badaczy już dostępny

W lipcu br. staraniem Naczelnej Rady Lekarskiej, w nakładzie 5 tys. egzemplarzy, ukończono druk poradnika dla lekarzy badaczy pt. „Świadoma zgoda na udział w eksperymencie medycznym” pod redakcją Marka Czarkowskiego i Joanny Różyńskiej. Lekarze badacze znajdą tam informacje jak przygotować formularz świadomej zgody dla osób zamierzających uczestniczyć w eksperymencie medycznym i przeprowadzić procedurę uzyskania świadomej zgody, a także fragmenty odnośnych przepisów i wytycznych. Poradnik został rozesłany do wszystkich uczelni medycznych, instytutów medycznych, bibliotek lekarskich i uczelnianych oraz komisji bioetycznych. W Ośrodku Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej w Warszawie zatrzymaliśmy część nakładu. Wszystkie instytucje, które zostały pominięte, a byłyby zainteresowane otrzymaniem poradnika, prosimy o zgłoszenie pisemnego zapotrzebowania na adres: **Ośrodek Bioetyki NRL, 00-764 Warszawa, ul. Sobieskiego 110** lub drogą mailową: **j.wysocka@hipokrates.org**. Lekarze zamierzający projektować eksperymenty medyczne z udziałem ludzi, a mający trudności z dotarciem do uczelni, instytutów lub bibliotek, także mogą zwrócić się do Ośrodka o nadesłanie egzemplarza poradnika. Mam nadzieję, że broszura okaże się pomocna.

Marek Czarkowski
przewodniczący Ośrodka Bioetyki NRL

Rozszyfruj receptę

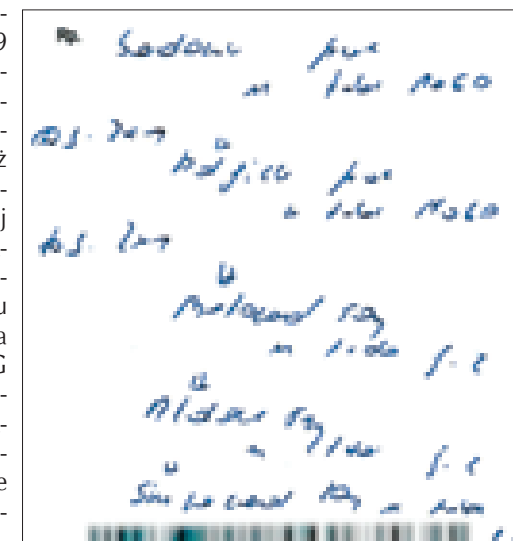
Zamieszczony w numerze 9 „GL” tekst konsultacji specjalistycznej okazał się najtrudniejszy w dotychczasowej, blisko dwuletniej historii rubryki „Rozszyfruj receptę”. Nie nadeszło ani jedno rozwiązanie! Tego jeszcze nie mieliśmy! Kierując się dobrze znanymi każdemu lekarzowi zasadami diagnostyki różnicowej zastanawiałam się nad następującymi możliwymi przyczynami:

1. Tekst był istotnie bardzo trudny do rozszyfrowania, a niezbyt liczni ortopedzi są tak zapracowani, że nie mieli czasu napisać do nas.
2. Formuła rubryki powoli się wyczerpuje i pora pomyśleć o czymś nowym.
3. Wszyscy wyjechali na wakacje i po powrocie nie mieli jeszcze czasu, aby uisąść i rozwiązać to nietypowe zadanie.

W tej sytuacji nie mamy żadnego laureata, a zadanie z nr. 9 „GL” jest nadal do rozwiązania. Nie sposób tu nie przypuszczać, iż w wypadku recepty łatwiej odgadnąć treść, gdyż zna się potencjalne nazwy leków, jakie mogą się na niej znaleźć. Podobnie ma się sprawa z opisami badań – tu też posługujemy się pewnego rodzaju schematami słownymi i osoba obyta z terminologią opisu EEG czy gastrokopii bez trudu odgadnie jej nieczytelną treść. Natomiast tekst konsultacji nie podlega żadnym schematom i może być o wiele trudniejszy do rozszyfrowania.

Dla odmiany kolejna recepta powinna być łatwa – czekam więc na propozycje jej rozszyfrowania, jednocześnie zachęcając do zmierzenia się z testem napisanym przez zapracowanego kolegę ortopedę.

Jak zawsze czekam na listy, pod adresem: krystyna.knypl@compi.net.pl



REKLAMA

REKLAMA

Akcja prostaty

Agnieszka Banach

W XXI w. nikt nie powinien umrzeć z powodu raka prostaty – uważa dr n. med. Piotr Jarzemski, ordynator Oddziału Urologii ze Szpitala Uniwersyteckiego im. Bizuela w Bydgoszczy, który przed laty razem ze swoim zespołem mobilizował mężczyzn do badania gruczołu krokowego. Niestety, rzeczywistość nie wygląda tak jak powinna...

Rak stercza, po nowotworze płuca, należy do najczęściej występujących nowotworów złośliwych w Polsce. Większość chorych, u których rozpoznano raka gruczołu krokowego umiera. Jest lepiej niż jeszcze kilkanaście lat temu, ale i tak statystyki są alarmujące: w 2005 r. raka gruczołu krokowego stwierdzono u ponad 7 tys. mężczyzn – aż 3600 z nich zmarło! Dlaczego tak się dzieje? Wszyscy znają od lat powtarzaną przez onkologów mantrę: tylko rak wcześniej wykryty jest w 100 procentach wyleczalny. Tak też jest w przypadku raka stercza. „Warunkiem radykalnego wyleczenia jest wczesne rozpoznanie nowotworu, jeszcze w okresie «bezobjawowym», gdy jest ograniczony do gruczołu krokowego – powtarza prof. Andrzej Borówka, konsultant krajowy z dziedziny urologii i podkreśla – dlatego wiedza na temat choroby jest tu najważniejsza!”

W kujawsko-pomorskim prostata od dawna nie jest już tematem tabu. W 1996 r. urodziny z bydgoskiego Bizuela wymyślili „Akcję prostaty”. Pierwsi w Polsce rozpoczęli skriningowe badania PSA* u mężczyzn po 50 roku życia. Zgłosiło się ponad 80 proc. z zaproszonych. Łącznie przez kilka lat zbadano ok. 10 tys. osób. „Głównym celem akcji było podniesienie poziomu świadomości społeczeństwa. Chcieliśmy, żeby każdy mężczyzna wiedział co to jest prostata, antygen PSA i mógł się zbadać” – mówi Piotr Jarzemski. Można powiedzieć, że cel został osiągnięty. „Gdy kilkanaście lat temu na głównej ulicy w Bydgoszczy pytaliśmy ludzi – co to jest prostata, tylko jeden człowiek odpowiedział poprawnie – wspomina Piotr Jarzemski. – W 2000 r. powtórzyliśmy sondaż i na to pytanie potrafili odpowiedzieć wszyscy.” Podczas przesiewowych badań PSA wykryto też wiele wczesnych, czyli całkowicie wyleczalnych postaci nowotworów – wcześniej mężczyźni trafiali do urologa najczęściej już z zaawansowanymi postaciami raka gruczołu krokowego.

Dzisiaj urodziny nie preferują prowadzenia masowych akcji skriningowych, polegających na badaniu tylko PSA, gdyż nie każdy wzrost znacznika świadczy o chorobie nowotworowej: „Stężenie PSA nie jest wynikiem jednoznacznym – uważa prof. Borówka. – Wynik badania zależy m.in. od objętości gruczołu krokowego. Trzeba koniecznie dokładnie zbadać chorego, by wynik dobrze zinterpretować.” „Im większa prostata, tym wyższe PSA – mówi doktor Jarzemski. – Czym innym jest norma 4 nanogramów u mężczyzny o prostacie wielkości 60 cm?, dla niego to rzeczywiście będzie norma, a czym innym dla mężczyzny, którego prostata ma 20 cm?.” Dlatego specjaliści zalecają, by każdy mężczyzna po 50, a jeżeli jest obciążony dziedzicznie po 40 roku życia, raz w roku trafił do urologa – ten powinien zebrać dokładny wywiad, zbadać pacjenta *per rectum*, zrobić USG w celu oceny wielkości prostaty, zlecić badanie PSA.

Zresztą tę tendencję już widać: „Wzrasta liczba mężczyzn, którzy spontanicznie zgłaszają się do urologów po to, by skontrolować stan swojego gruczołu krokowego, chociaż nie cierpią z powodu żadnych dolegliwości” – zauważa prof. Borówka. W razie stwierdzenia nowotworu tacy pacjenci mają szansę na skuteczne leczenie i co ważne – wcześniej wykonana radykalna prostatektomia z użyciem nowoczesnych technik operacyjnych daje im możliwość utrzymania moczu i zachowania funkcji seksualnych. „Techniki operacyjne coraz lepiej się rozwijają i możemy chorym zaoferować znacznie więcej niż kiedyś – przekonuje Piotr Jarzemski. – Przy laparoskopowej radykalnej prostatektomii zabieg wykonujemy oszczędzając pęczki naczyniowo-nerwowe i zwieracze. Dajemy więc mężczyźnie szansę na to, że po operacji będzie miał trzymanie moczu i prawidłowe wzwody. Warunkiem, by operacja przebiegła w ten właśnie sposób, jest jednak wczesne rozpoznanie nowotworu i szybka operacja,

dlatego tak ważna jest wiedza na temat tej choroby. My doszliśmy do momentu, gdzie większość mężczyzn u nas operowanych to młodzi ludzie po 50 roku życia, a nawet młodszy – najmłodszy pacjent miał 42 lata.”

Na marginesie warto dodać, że bydgoski ośrodek wykonuje najwięcej radykalnych prostatektomii w Polsce. Co roku jest ich więcej. W 2007 r. przeprowadził 100 prostatektomii – z czego 88 laparoskopowo. To właśnie urodziny z Bizuela w 1998 r. pierwsi w Polsce wykonali laparoskopową prostatektomię.

„Uważa się powszechnie, że operacja gruczołu prostaty oznacza dla mężczyzny kres życia intymnego. Toteż panowie z chora prostatą czują, jakby im ziemia usuwała się spod nóg. Jednak to nieprawda, że usunięcie prostaty pozbawia męskości! – przekonuje prof. Zbigniew Izdebski, pedagog i seksuolog. – Panowie wcale nie tracą zdolności do erekcji i odbycia stosunku. Jedyna różnica polega na tym, że nie dochodzi do wytrysku (m.in. dlatego, że prostata produkuje większość płynu nasiennego). Zaburzenia erekcji występujące po leczeniu raka prostaty można zlikwidować tymi samymi metodami, które stosuje się przy impotencji powstałej z innych przyczyn.”

***PSA – glikoproteina produkowana niemal wyłącznie przez komórki nabłonkowe stercza. Uznaje się ją za znacznik swoisty dla gruczołu krokowego. Do wzrostu stężenia PSA w surowicy może dojść nie tylko z powodu raka, ale też w wyniku łagodnego rozrostu stercza, w zapaleniu gruczołu krokowego lub w wyniku urazu mechanicznego, np. cewnikowania.**

Od redakcji. Rak prostaty był tematem ostatnich warsztatów dla dziennikarzy z cyklu „Jakość życia w chorobie”, organizowanych przez Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej oraz rozmowy z ordynatorem Oddziału Urologii Szpitala im. Bizuela w Bydgoszczy.

REKLAMA

REKLAMA



informuje

Rzecznik prasowy NRL

foto: Marek Stankiewicz

Prezydium NRL – 1 IX 2008

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie wprowadzenia nowego typu ambulatoryjnego świadczenia specjalistycznego – porada recepturowa. Prezydium zgłosiło stanowczy protest przeciwko takiej kategorii świadczenia. Wprowadzone zarządzeniem pojęcie porady recepturowej jest zdefiniowane w sposób nieostyry, nie pozwalający w sposób jednoznaczny określić czynności medycznych tworzących poradę recepturową i odróżniających ją od porad specjalistycznych czy też porad kompleksowych. Tworzenie odrębnych kategorii porad musi mieć oparcie w rzeczywistym zróżnicowaniu czynności medycznych wykonywanych w ramach porady, co w sposób oczywisty przekłada się na zróżnicowane koszty udzielenia porady. Ponadto pojęcie „porada recepturowa” jest sprzeczne z zapisami ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, które traktują każdą poradę lekarską jako wypełnianie ustawowych obowiązków przez lekarza, tj. zbadanie pacjenta, rozpoznanie stanu zdrowia, podjęcie leczenia w postaci np. ordynacji leków.

Prezydium odniosło się do projektu rozporządzenia dotyczącego zmiany rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie szczególnego sposobu postępowania z odpadami medycznymi. Prezydium proponuje zmienić klasyfikację kodową odpadów medycznych, która obecnie jest dokonywana według katalogu odpadów stanowiącego załącznik do rozporządzenia ministra środowiska z 27.09.2001 r. w sprawie katalogu odpadów. Niektóre rodzaje odpadów powstających w gabinetach lekarskich, zaliczane do „odpadów zakaźnych” lub „odpadów specjalnych”, są identyczne z odpadami uznanymi za komunalne w przypadku środowisk mieszkalnych, hoteli itp.

Prezydium wydało stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów. Prezydium akceptuje zapisy projektu umożliwiające wprowadzenie w najbliższym czasie nowego, „europejskiego” trybu zdawania PES z anestezjologii. W związku z tym, że ten nowy tryb miałby wejść w życie w ciągu miesiąca, zasadne wydaje się ograniczenie prac legislacyjnych do nowelizacji stosownych zapisów obowiązującego rozporządzenia. Propozycja ta jest szczególnie uzasadniona również ze wzglę-

du na fakt, iż opiniowany projekt, poza rozwiązaniem dot. anestezjologii, zawiera inne, dotychczas nie obowiązujące rozwiązania, które, mimo że idą w oczekiwanym kierunku, wymagają jeszcze bardziej dogłębnej analizy. Prezydium postuluje ponadto, aby zdefiniować jednolite 3-letnie moduły podstawowe (zwane obecnie stażem kierunkowym początkowym) w zakresie chorób wewnętrznych, chirurgii, pediatrii, psychiatrii, patomorfologii oraz co najmniej 2-letnie moduły specjalistyczne w zakresie wszystkich specjalności oraz określić zasady tworzenia programów, które należałoby zrealizować w trakcie poszczególnych modułów podstawowych. Należy też opisać tryb powoływania zespołów, które opracują programy modułów podstawowych przy zastosowaniu podobnych zasad jak w przypadku opracowywania programów specjalizacji. W takiej sytuacji Prezydium uważa, że realizacja modułu podstawowego powinna zamknąć się w okresie 3 lat. Jeżeli w zakresie jakiejś specjalności przewidywane jest szkolenie kierunkowe krótsze niż 3 lata, to powinno ono być realizowane w ramach stażu o odpowiednim czasie trwania, który zostanie opisany w programie tej specjalizacji. Zaliczenie modułu podstawowego może dokonać się na podstawie kolokwium zdanego u kierownika specjalizacji, ale w trakcie PES powinno się przewidzieć odpowiednią liczbę pytań z treści modułu/modułów podstawowego, która powinna być proporcjonalna do czasu, jaki zajmuje on w programie specjalizacji.

Prezydium przyjęło stanowisko dotyczące projektu ustawy o państwowym nadzorze nad systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Prezydium zwraca uwagę, że projekt ustawy zawiera propozycję ustanowienia kolejnej instytucji mającej nadzorować świadczeniodawców i instytucje ubezpieczeniowe realizujące powszechne ubezpieczenie zdrowotne. Chociaż jako zadanie Prezesa Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych wskazano „ochronę interesów ubezpieczonych”, jest to tylko pusta deklaracja, gdyż w ustawie nie przewidziano żadnego trybu składania przez ubezpieczonych do Urzędu Nadzoru wniosków, skarg, propozycji. Założenie, że Urząd zna interesy ubezpieczonych z urzędu, jest fałszywe, a ubezpieczeni faktycznie pozostają bez wpływu na jego działanie. Niezrozumiałe wydaje się połączenie tej ustawy z projektowaną nowelizacją ustawy z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która to część jest znacznie obszerniejsza od materii objętej nowo tworzonymi przepisami dotyczącymi państwowego nadzoru i tylko w niewielkim stopniu wynika z wprowadzania nadzoru nad systemem ubezpieczeń.

Delegowano:

– Konstantego Radziwiłła na 11 Europejskie Forum Zdrowia Gastein 2008, w dn. 1-4.10.br. w Bad Hofgastein.

- Konstantego Radziwiłła na XII Kongres Światowej Federacji Ukraińskich Stowarzyszeń Lekarskich, w dn. 25-28.09.br. w Iwano-Frankowsku.
- Annę Lellę, Zdzisława Annusewicz, Kazimierza Bryndalę oraz Marka Szewczyńskiego na Kongres Światowej Organizacji Dentystycznej (FDI) w Sztokholmie, w dn. 22-26.09.br., w ramach którego odbędzie się Posiedzenie Plenarne FDI, Sesja Plenarna Europejskiej Regionalnej Organizacji (ERO-FDI) oraz posiedzenia Grup Roboczych.

Prezydium NRL – 19 IX 2008

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie reklamy produktów leczniczych. Prezydium stwierdziło, że przewidziany w §15 ust. 2 nakaz, by lekarze, dyrektorzy ZOZ-ów oraz kierownicy aptek szpitalnych spotkali się z przedstawicielami firm farmaceutycznych oraz medycznych po godzinach pracy, jest bezzasadny. Dla lekarzy, dyrektorów ZOZ-ów czy kierowników aptek są to spotkania w ramach ich obowiązków służbowych, a dla lekarzy ponadto jest to najłatwiej dostępna forma informacji o nowych lekach i wyrobach medycznych. Niezrozumiałe jest zatem pomysł odbywania tych spotkań po godzinach pracy. Ponadto dużą wątpliwość budzi, czy minister zdrowia został w art. 59 ustawy – Prawo farmaceutyczne – wystarczająco umocowany do tak dużej ingerencji w system organizacyjny zakładu opieki zdrowotnej, jak również w prawo do odpoczynku pracowników.

Delegowano:

- Konstantego Radziwiłła oraz dr. Klaudiusza Komora na posiedzenie Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich (CPME), w dn. 24-25.10.br. w Londynie.
- Annę Lellę i Marka Szewczyńskiego na Kongres „Prague Dental Days” oraz na warsztaty przygotowane przez Czeską Izbę Dentystyczną „Dental Hygienists and Dental Therapists – yes or no?”, w dn. 15-17.10.br.
- Romualda Krajewskiego na posiedzenie Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (UEMS), w dn. 9-11.10.br. w Kopenhadze.
- Bożenę Pietrzykowską i Krzysztofa Schreyera na Międzynarodową Konferencję Medyczną z okazji 10-lecia Polskiego Towarzystwa Medycznego w Moldawii, w dn. 10-12.10.br.

Naczelna Rada Lekarska – 19 IX 2008

NRL przyjęła uchwałę w sprawie Ośrodka Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów Naczelnej Izby Le-

karskiej. NRL powołała Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów NIL. Do zadań Ośrodka należeć będzie w szczególności wspieranie członków OIL w realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego. Ośrodek będzie prowadził bazę informacyjną o akredytowanych zdarzeniach edukacyjnych oraz udostępniać ją lekarzom i lekarzom denty stom. Będzie też opiniować wnioski skierowane do NRL o potwierdzenie spełnienia warunków kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy denty stom. Ośrodek będzie mógł także samodzielnie lub w ramach współpracy z innymi podmiotami organizować doskonalenie zawodowe lekarzy i lekarzy denty stom.

NRL przyjęła stanowisko w sprawie sposobu zaliczania punktów edukacyjnych uzyskanych przed 6.11.2004 r. Rada ustaliła, że do pierwszego okresu rozliczeniowego zalicza się wszystkie punkty edukacyjne uzyskane po wejściu w życie ustawy o zawodzie lekarza, tj. po 27.09.1997 r., która wprowadziła w art. 18 obowiązek doskonalenia zawodowego.

Z kalendarza Prezesa NRL

- List do ministra sprawiedliwości prof. Zbigniewa Cwiakalskiego w sprawie przyjętego 27.06.br. projektu nowej ustawy o izbach lekarskich.
- Udział w posiedzeniach Komisji Zdrowia Sejmu dot. projektu ustawy Przepisy wprowadzające ustawy z zakresu ochrony zdrowia.
- Udział w posiedzeniu Konferencji prezesów samorządów zawodów zaufania publicznego.
- Udział w konferencji uzgodnieniowej dot. projektu rozporządzenia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy denty stom.
- List do Ewy Kopacz, ministra zdrowia – propozycje zawarte w stanowisku Prezydium NRL dot. projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy denty stom.
- Udział w posiedzeniu Zespołu ds. Konwencji Bioetycznej w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów.
- Udział w XI Europejskim Kongresie Katolickich Stowarzyszeń Lekarskich w Gdańsku.
- Udział w IV Niemiecko-Polskim Sympozjum „Zrozumieć przeszłość – kształtować przyszłość” w Dreźnie.

Tomasz Korkosz

tel. 022-559-13-27, 0602-218-710

faks 022-559-13-26

e-mail: t.korkosz@hipokrates.org

W plenerze

W Szczecinie (27.06.–6.07.br.) odbył się VIII Ogólnopolski Plener Malujących Lekarzy

Na zorganizowaną przez OIL w Szczecinie przy wsparciu NIL i Urzędu Miejskiego imprezę przybyło 20 kolegów reprezentujących różne specjalności.

W niecodziennej atmosferze spokoju i żeglarskiego braterstwa delektowali się widokiem zmieniającego się światła nad rozlewiskiem Odry. Zafascynowani fakturą płótna i zapachem farb przyjechali, aby realizować swoje malarskie pasje. Bliskie sąsiedztwo portu, miasta i szlaku turystycznego oraz sprawna komunikacja pozwalały na wybór krajobrazu zgodnie z indywidualnymi upodobaniami tematycznymi. Gospodarze siedziby pleneru zatroszczyli się o zorganizowanie dobrych warunków bytowych, organizatorzy zaś zapewнили udział w licznych kulturalnych imprezach towarzyszących.

Podczas uroczystości otwarcia pleneru w siedzibie OIL malarze spotkali się ze śpiewającym profesorem medycyny Jackiem Rudnickim. Koncertował również uczestnik pleneru i wirtuoz fortepianu Stefan Welbel. Malujący lekarze uczestniczyli w dwóch koncertach symfonicznych, kameralnym koncercie „na wodzie”, odbyli wycieczkę po malowniczych okolicach starego miasta i nabrzeży portu oraz rejsy jachtem po akwenie Śródozrza. W ramach działań edukacyjnych wysłuchali wykładu o sztuce poprowadzonego przez Mirosławę Jarmołowicz,

profesora uczelni plastycznej. Wszystkie te działania integracyjne i edukacyjne miały na celu stworzenie klimatu sprzyjającego twórczości plastycznej. Zaowocowały one powstaniem ponad stu obrazów i rysunków. Przeważały techniki malarskie: akryl i olej na płótnie. Były też pastele, kredki, rysunki piórkiem i gwaszem. Lekarze – artyści podejmowali różnorodną tematykę: od nostalgicznych pejzaży marynistycznych po dynamiczne obrazy pracującego portu. Od realizmu po abstrakcję. Różne nastroje i palety barw, jak różne osobowości twórców. Każdy uczestnik pleneru podarował jedną pracę OIL w Szczecinie.

Na poplenerowej wystawie była okazja do podsumowań i dyskusji. Lider malarskiego ruchu lekarzy kol. Włodzimierz Cerański z Warszawy wyróżniony został przez izbę lekarską kryształowym pucharem za całokształt dotychczasowej pracy. Warto podkreślić udział dwóch studentek, które dzielnie wspierały swoją twórczością starszych kolegów lekarzy. Nad imprezą z ramienia szczecińskiej izby czuwał kol. Maciej Mroźewski, a komisarzem i głównym organizatorem pleneru był piszący te słowa. Malowanie plenerowe nie kończy naszej pasji. Spotkamy się przecież na styczniowej wystawie w Łodzi. W plenerze zaś malować będziemy znów za rok.

Mieczysław Chruściel



REKLAMA

REKLAMA

REKLAMA

REKLAMA

Sekrety ginekologii i położnictwa

O tym, jak diametralnie różna może być ocena postępowania lekarskiego, poucza nas poniższy przypadek.

Sprawa była rozpatrywana zarówno przez okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej, jak i przez prokuraturę okręgową, o ile jednak w pierwszym przypadku została umorzona, w drugim – doczekała się finału w sądzie, z orzeczeniem winy lekarza.

ORZOZ, na podstawie zawiadomienia szpitala ginekologiczno-położniczego, prowadził postępowanie w sprawie naruszenia zasad etyki zawodowej przez pewnego Ginekologa. Pacjentka przed rzecznikiem zeznała: „Lekarza znam od 10 lat, leczylam się u niego, bo był niedrogi i miałam do niego zaufanie. Na ostatnią wizytę umówiłam się telefonicznie, gdyż po ostatniej miesiączce, która była dwa miesiące wcześniej, miałam kilka krwawień o różnej obfitości i bolał mnie brzuch. Myślałam, że ze względu na podwiązane jajowody tracę miesiączkę. Ostatni raz byłam u Ginekologa dwa lata wcześniej, który zbadał mnie i powiedział, że trzeba czyścić. Miałam tego dnia małe krwawienie, w zasadzie plamienie i skurcze. Lekarz sugerował, abym pojechała do szpitala, ale ja chciałam szybko wrócić do domu, żeby zająć się najmłodszym dzieckiem, które było karmione piersią. Na prośbę lekarza napisałam na karcie: *Proszę o wykonanie zabiegu wyłyżeczkowania macicy, nie wyrażam zgody na leczenie szpitalne*. W trakcie zabiegu straciłam przytomność. Potem dowiedziałam się, że lekarz zawiózł mnie do szpitala swoim samochodem, straciłam mnóstwo krwi, miałam usuniętą macicę, a mój stan był bardzo ciężki. Nie mam do lekarza pretensji, to była moja decyzja.”

Z kolei Ginekolog w czasie przesłuchania przez rzecznika wyjaśnił: „Pacjentka prosiła mnie o wizytę, bo nie miała zaufania do lekarzy w swoim mieście. Stwierdziwszy, że z macicy pacjentki wydobywają się skrzepy ciemnej, zstażonej krwi oraz wobec świeżego krwawienia, kierowałam pacjentkę do szpitala, ale ona uparła się, abym przeprowadził zabieg w swoim gabinecie. Obawiając się ryzyka wykrwawienia pacjentki w drodze do domu, przystąpiłem do

łyżeczkowania macicy. Kiedy usuwałem skrzepy, pojawiła się obficie świeża krew. Podejrzywałem perforację ściany macicy i w związku z tym zawiozłem pacjentkę do izby przyjęć najbliższego szpitala ginekologiczno-położniczego i poinformowałem lekarza dyżurnego o moim podejrzeniu.” Ze szpitalnej dokumentacji wynikało, że kobieta została przyjęta na oddział ginekologiczny bez kontaktu, we wstrząsie hypowolemicznym.

Rzecznik, po odebraniu zeznań i zapoznaniu się z dokumentacją lekarską, powołał biegłego ginekologa, który wyraźnie stwierdził, że „nie można dopatrywać się błędu w sztuce lekarskiej”. W uzasadnieniu wywołał, że: „Lekarz, jako specjalista ginekolog-położnik miał uprawnienia do wykonania zabiegu wyłyżeczkowania jamy macicy. Powstałe powikłanie – przebicie ściany macicy – rozpoznał w trakcie zabiegu i skierował pacjentkę w trybie pilnym do najbliższego szpitala. Należy więc traktować rozpatrywany przypadek jako powikłanie warunkujące niepowodzenie postępowania operacyjnego.” Na tej podstawie postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej Ginekologa zostało umorzone.

Sprawa, z doniesienia szpitala, trafiła również do prokuratury rejonowej, która powołała swoich biegłych – specjalistów z Zakładu Medycyny Sądowej uczelni medycznej. Prokuratura postawiła pytanie: „Czy lekarz przeprowadzający zabieg wyłyżeczkowania jamy macicy, w następstwie którego doszło do wstrząsu krwotocznego, wykonał go prawidłowo i zgodnie z obowiązującymi wymogami i zasadami sztuki lekarskiej?” Odpowiedź sformułowana została tak: „Zabieg technicznie został przeprowadzony poprawnie. Każde wyłyżeczkowanie jamy macicy niesie ryzyko uszkodzenia ciągłości ściany tego narządu, ale rozpoznane przez wykonującego zabieg, nie zalicza się do błędu. Zabieg ten powinien być wykonany w warunkach pozwalających na szybkie udzielenie właściwej pomocy.”

Jak widać, obie opinie biegłych były niemalże zbieżne, ale prokurator – jako

wytrawny śledczy – chwycił się ostatniego zdania opinii medyków akademickich i postawił im dodatkowe pytanie: „Czy wykonanie zabiegu wyłyżeczkowania macicy w gabinecie lekarskim spełniało warunki pozwalające na udzielenie właściwej pomocy pacjentce?” Odpowiedź była następująca: „Zabieg wyłyżeczkowania, w związku z wykonywaniem go w prywatnym gabinecie, nie był właściwie zabezpieczony przez personel lekarsko-pielęgniarski, ginekologiczny i anestezyjologiczny.”

W związku z tym prokurator oskarżył Ginekologa o to, że wykonał zabieg wyłyżeczkowania jamy macicy w warunkach nie pozwalających na udzielenie szybkiej pomocy medycznej, przez co nieumyślnie spowodował u swojej pacjentki wstrząs krwotoczny, który zawsze realnie zagraża życiu. Sąd powszechny podzielił stanowisko prokuratora i skazał lekarza na karę pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania oraz orzekł zakaz wykonywania zawodu lekarza na czas określony.

Uważam, że kapitalne znaczenie dla sprawy ma prawidłowe rozpoznanie związku przyczynowego. W skomplikowanej sferze czynności medycznych, na powstanie skutku, a w szczególności na jego rozmiary, oddziałuje szereg czynników. W zapadłym orzeczeniu przyczynowość została ujęta zbyt szeroko, a sąd nie docenił wpływu innych (poza zachowaniem sprawcy) czynników powstania szkody. W szczególności nie zastosował kryterium *conditio sine qua non* niesłusznie przyjmując, że samo przeprowadzenie zabiegu w prywatnym gabinecie jest przyczyną szkody, nawet jeżeli nie popełniono błędu lekarskiego.

Tytuł nawiązuje do tego, że w trakcie procesu zarówno biegli akademicy, jak i oskarżony lekarz, dla potwierdzenia swoich stanowisk, powoływali się na podręcznik „*Sekrety ginekologii i położnictwa*”, autorstwa Helen Frederickson i Luise Wilkins-Haugh.

Jerzy Ciesielski
adwokat

„Panaceum” nr 9/2008

Na szwedzkim polu

Mistrzostwa na dwóch polach golfowych (VIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Golfie, 20.06.2008 r., Amber Baltic Golf Club, 21.06.2008 r., Binowo Park Golf Club) przy dużej liczbie startujących wymagały dobrej kondycji fizycznej i psychicznej.

Zawodnicy przeszli 15-20 km w warunkach terenu. Turniej trwał 11-13 godzin i wymagał stałej koncentracji, interpretacji pola golfowego itp.



A. Borowiecki, M. Sienkiewicz, M. Matuszewski, D. Cieślak-Marcinkowska.

W pierwszym dniu na polu w Kołczewie było wietrznie, ale przez cały czas praktycznie słonecznie i ciepło.



Prezes OIL w Szczecinie M. Pietrzak, kol. kol. J. Zinkiewicz, W. Ponto, A. Szmit, A. Sliwiński, T. Hamera, R. Przybylski, M. Mrozewski.

Przyjechały też rodziny lekarskie, których przedstawiciele, szczególnie juniorzy, prezentowali dobre wyszkolenie i widać, że trenują pod okiem dobrych instruktorów.

Wieczorem 20 czerwca w olbrzymim namiocie i jego otoczeniu została zorga-



M. Kozłowski, J. Konieczny, R. Przybylski.

nizowana zabawa plenerowa pt. „Mid-sommar”, czyli Noc Świętojańska ze szwedzkimi akcentami, jako że pole jest szwedzką własnością, a wieczór „Mid-sommar” jest w Szwecji ważnym świętem obchodzonym od ponad 100 lat.

Dzięki sponsorom (firmy farmaceutyczne oraz Auto Bruno Dealer Volvo)



Najlepsi ktg. brutto: A. Szmit, W. Ponto, R. Paluch, A. Sliwiński.

wstęp na tę imprezę był dla lekarzy startujących w mistrzostwach bezpłatny.

Imprezę zorganizowali kol. kol. z Komisji Kultury, Sportu i Rekreacji OIL



Uczestnicy startujący.

w Szczecinie, a zawody odbyły się pod honorowym patronatem Naczelnej Izby Lekarskiej i medialnym „Gazety Lekarskiej” oraz „Vox Medici”.

Nagrody, puchary, dyplomy wręczał przewodniczący ORL w Szczecinie dr n. med. Mariusz Pietrzak.

tekst i foto Maciej Mrozewski

Wyniki – klasyfikacja netto: Miejsce. Nazwisko i imię - Runda 1, Runda 2, Total; **1.** Sliwiński Artur - 73, 72, 145; **2.** Ponto Włodzimierz Jarosław - 73, 74, 147; **3.** Przybylski Rafał - 75, 73, 148; **4.** Hamera Tomasz - 69, 79, 148; **6.** Zinkiewicz Jan - 73, 75, 148; **5.** Szymczak Jerzy - 68, 80, 148; **7.** Truszkiewicz Waldemar - 72, 78, 150; **8.** Konieczny Jacek - 80, 71, 151; **9.** Maciejczak Paweł - 78, 75, 153; **10.** Kodym Ignacy - 83, 71, 154; **11.** Szlemp Henryk, 79, 75, 154; **12.** Szmit Andrzej - 80, 75, 155; **13.** Piechowicz Tomasz - 86, 74, 160; **14.** Kozerański Dariusz - 79, 82, 161; **15.** Senger Włodzimierz - 81, 80, 161; **16.** Kozłowski Maciej - 82, 80, 162; **17.** Nowicki Andrzej - 77, 85, 162; **18.** Pałys Bronisław - 79, 85, 164; **19.** Wichrowski Marek - 79, 85, 164; **20.** Gwoździwicz Jacek - 80, 86, 166; **21.** Paluch Roman - 84, 88, 172; **22.** Tomaszek Włodzimierz - 86, 87, 173; **23.** Matuszewski Marek - 86, 89, 175; **24.** Kleinert Andrzej - 84, 92, 176; **25.** Cieślak-Marcinkowska Danuta; 95, 82, 177; **26.** Czekerowski Artur - 87, 90, 177; **27.** Sienkiewicz Marek - 88, 93, 181; **28.** Nienartowicz Mirosław - 89, 93, 182; **29.** Czerwiński Jerzy - 104, 99, 203; **30.** Czekerowska Sylwia - 105, 102, 207; **31.** Sienkiewicz Elżbieta - 99, 108, 207; **32.** Borowiecka Anna - 114, 109, 223; **- klasyfikacja brutto:** Miejsce. Nazwisko i imię - Runda 1, Runda 2, Total; **1.** Szmit Andrzej - 86, 80, 166; **2.** Sliwiński Artur - 86, 83, 169; **3.** Ponto Włodzimierz Jarosław - 93, 91, 184; **4.** Paluch Roman - 95, 97, 192; **5.** Konieczny Jacek - 103, 91, 194; **6.** Kozłowski Maciej - 102, 97, 199; **7.** Przybylski Rafał - 102, 97, 199; **8.** Senger Włodzimierz - 107, 103, 210; **10.** Tomaszek Włodzimierz - 107, 105, 212; **9.** Szymczak Jerzy - 102, 110, 212; **11.** Hamera Tomasz - 104, 110, 214; **12.** Nowicki Andrzej - 105, 109, 214; **13.** Gwoździwicz Jacek - 108, 110, 218; **14.** Truszkiewicz Waldemar - 108, 111, 219; **15.** Zinkiewicz Jan - 109, 110, 219; **16.** Maciejczak Paweł - 114, 107, 221; **18.** Piechowicz Tomasz - 119, 103, 222; **17.** Pałys Bronisław - 110, 112, 222; **19.** Cieślak-Marcinkowska Danuta - 121, 103, 224; **20.** Kodym Ignacy - 119, 106, 225; **21.** Szlemp Henryk - 115, 110, 225; **22.** Czekerowski Artur - 115, 114, 229; **23.** Kleinert Andrzej - 113, 118, 231; **24.** Kozerański Dariusz - 115, 117, 232; **25.** Wichrowski Marek - 115, 117, 232; **26.** Matuszewski Marek - 122, 122, 244; **27.** Sienkiewicz Marek - 122, 123, 245; **28.** Nienartowicz Mirosław - 125, 124, 249; **29.** Czerwiński Jerzy - 140, 134, 274; **30.** Czekerowska Sylwia - 141, 135, 276; **31.** Sienkiewicz Elżbieta - 135, 141, 276; **32.** Borowiecka Anna - 150, 142, 292.

Trzy i pół tysiąca kilometrów w siodle, czyli

DoctoRRiders dookoła Jeziora Bodeńskiego

W dn. 21-29 czerwca członkowie Motocyklowego Klubu Lekarza DoctoRRiders, działającego przy łódzkiej OIL, spotkali się nad Jeziorem Bodeńskim.

Pomysłodawcą i organizatorem całej wyprawy był Robert Zajac – uczestnik corocznych zlotów w Pabianicach, lekarz ze Szczecina, który od 25 lat prowadzi praktykę lekarską na pograniczu Austrii i Szwajcarii. Dzięki Robert, duża rzecz!

Przygotowując się do wyjazdu postanowiliśmy oddać swojego „Harrego” do przeglądu w autoryzowanym serwisie Harley’a Davidsona – „Appaloosa” we Wrocławiu. Po 7 godzinach przeglądu, ku mojemu zdziwieniu, szef serwisu pan Artur stwierdził, że jazda moim motocyklem jest niemożliwa, grozi wręcz śmiercią, a po dalszych 2 tygodniach „naprawy” stanowczo orzekł, że kupiłem starego rzecha, a ten, co go składał, powinien traktory naprawiać i że o podróży do Szwajcarii nie ma w ogóle mowy. Zadzwoiłem zatem do Michała – pabianickiego opiekuna mojego motocykla i przywiezłem go do Pabianic na lawecie. Do wyjazdu zostały 4 dni. Michał naprawił to, co „naprawiali” we Wrocławiu i stwierdził, że „Harry” jest w bardzo dobrej formie i „musi chodzić”. Następnego dnia wyjechałem w drogę i bez najmniejszej awarii przejechałem trzy i pół tysiąca kilometrów w 10 dni, w upale, ulewie, po autostradach i wiejskich drogach, po górach i równinach, pokonując dzie-

siatki „winkli”. Brawo Michał, a panu Arturowi radzę, żeby... wziął się za traktory.

Wyjechaliśmy w dwa Harleye i samochód z lawetą – tak na wszelki wypadek, bo wszak jeszcze kilka dni temu jazda moim „Harrym” była ponoć niemożliwa. Pierwszy odcinek do Znojma (550 km) pokonaliśmy w 10 godzin, drugi (800 km), po noclegu w bardzo sympatycznym pensjonacie, w 12 godzin. Przerwy robiliśmy co mniej więcej 2 godziny. „Harry” palił ok. 5 litrów na 100 km, ale bardzo się „ożywił” i zaczął mniej palić, gdy dostał „normalnego” austriackiego paliwa (ciekawostka?).

Trasa podróży wiodła przez Cieszyn, austriackie wioski, dolinę rzeki Kamp, Linz, Salzburg i Monachium do Bregenz nad Jeziorem Bodeńskim. Tam w pensjonacie mieliśmy bazę główną. Przyjechało 30 motocykli i 5 samochodów towarzyszących – w sumie 58 osób, prawie sami lekarze różnych specjalności z całej Polski. Na miejscu czekał na nas nasz kolega Robert Zajac, organizator całej wyprawy.



Autor i jego „Harry”

Od następnego dnia zaczęły się szalone wyprawy: St. Gallen, Konstancja, Zurych, Lindau, Lugano, Davos, przełęcz Św. Bernarda (2300 m n.p.m.), wokół Jeziora Bodeńskiego, do największych wodospadów w Europie – na Renie w Schaffhausen oraz na wyspę kwiatów – Mainau. Od klimatu śródziemnomorskiego na wyspie do śniegów na przełęczy.

Początkowo chcieliśmy jeździć całą grupą, ale w 30 motocykli nie dało się. Od następnego dnia samoistnie utworzyło się 4-5 grup motocykli, o podobnych możliwościach technicznych i upodobaniach swoich właścicieli. W ten sposób, przekazując sobie wieczorami wrażenia, zwiedziliśmy całą okolicę, pokonując bez przeszkód granice Austrii, Szwajcarii, Niemiec i Włoch. Wybieraliśmy najczęściej boczne drogi z dużą ilością zakrętów zwanych „winklami”, ale wszystkie były gładkie i bez piasku. Niektórzy na tych wyprawach przejechali kolejne 2-3 tysiące kilometrów. Wszystko szczęśliwie, bez awarii i kolizji. BRAWO! Najmłodszy uczestnik to jednoroczna Tyśka, a najstarszy – 63-letni Robert.

Przeżyliśmy wspaniałą przygodę, podróżując w 40-stopniowych upałach i w śniegu na przełęczy, „zaliczając” oberwanie chmury i pustynną suszę, wdychając zapach łąk, kwiatów gór i potoków, a także... obornika w Szwajcarii (zupełnie jakbym go woził w kufrze). To, co mi najbardziej dokuczalo, to klótnie mojego siodła z moim tyłkiem. Albo ono za twarde i małe, albo on za ciężki i duży – coś muszę zmienić. Do zobaczenia na zlocie w Pabianicach lub gdzieś w świecie?

Grzegorz Krzyżanowski – „Prezes”

PS Wszystkim uczestnikom serdecznie gratuluję i dziękuję.

Słońce na Połoninie

W pierwszym tygodniu sierpnia odbył się Rajd Górski Służby Zdrowia „Bieszczady 2008” z bazą namiotową w Muczmem.

Jest to chyba jedyna, zorganizowana impreza turystyczna, gdzie większość uczestników przez tydzień, nie bacząc na kapryśną bieszczadzką pogodę, śpi w namiotach, żywi się używając gazowych kuchenek turystycznych i przemierza codziennie kilometry górskich tras. Takie obozy przesyła już do historii, organizują je jeszcze chyba tylko harcerze.

Niebo w tym roku nie poskapiło rajdowiczom słońca. Jak świeci słońce, to i uśmiech częściej gości na naszych twarzach i humor dopisuje i wszystko udaje się. Udały się więc zaplanowane wycieczki w góry, nawet ta do Sianek i źródeł Sanu. Trasa bardzo męcząca, prawie 20 km. Sianki to jedno z kultowych miejsc w Bieszczadach. Niegdyś była to wieś zamieszkała głównie przez Bojków, rozciągała się po obu brzegach Sanu. Przed II wojną światową znana jako modna miejscowość letniskowa licząca ok. 1.5 tys. mieszkańców i oferująca aż 2 tys. miejsc noclegowych. Były tu korty tenisowe, boiska, skocznia narciarska i tor saneczkowy. Po 1945 r. część wsi położona po polskiej stronie została wysiedlona i obecnie za wyjątkiem cmentarza greckokatolickiego (z „grobem hrabiny” Klary z hrabiów Kalinowskich Stroińskiej i jej męża Franciszka) nie ma po niej śladu. Po stronie ukraińskiej pozostała niewielka osada z uczęszczaną linią kolejową. Źródła Sanu znajdują się nieco powyżej „grobu hrabiny”, u stóp Przełęczy Użockiej. Właśnie tam Wincenty Pol zachwycał się Bieszczadami *siedząc w cieniu starego buka, spod którego korzeni San srebrnym wypływał potokiem...* Warto więc pokonać zmęczenie, aby sprawdzić co pozostało z tamtych lat.

Jedni wędrowali górkami szlakami, drudzy chodzili na grzybobranie. W programie rajdu były konkursy, turnieje, spotkania z ciekawymi ludźmi. Najwięcej emocji wzbudzał jak zwykle turniej piłki siatkowej o puchar Prezesa OIL w Rzeszowie. Zdobyła go drużyna „Reszta Świata” pod wodzą kapitana Jerzego Rogali.

Poza zawodami sportowymi odbył się konkurs fotograficzny (tematy: *Na szlaku* i *Dziwy natury*), a dla najmłodszych uczestników rajdu – konkurs rysunkowy (temat: Bieszczadzkie zwierzęta). Po raz drugi odbył się konkurs piosenki rajdowej, który wygrała Helena Janik z drużyną. W tym roku, co cieszy, śpiewaliśmy dużo, bo i przy ognisku powitalnym i wieczorem przy namiotach, w trakcie konkursu „Jaka to melodia rajdowa”, a w ostatnim deszczowym dniu rajdu od samego rana do późnej nocy.

Jak cudowne są Bieszczady skąpane w blasku słońca, ten jedynie tylko wie, kto naprawdę kocha je. Zapraszamy więc tych, którzy kochają nasze góry za rok na Rajd Górski Służby Zdrowia „Bieszczady 2009”. Jest nas, niestety, co roku coraz mniej, ale cieszy to, że rośnie nowe pokolenie „zarażonych” rajdem. Najmłodsza uczestniczka, Emilka... miała 16 miesięcy, Mikołaj Juda 3 lata i był już po raz drugi i zapowiada, że to dopiero początek jego bieszczadzkiej przygody.

Maria Szuber



Lekarskie żagle

Szczecin – akwen Jeziora Dąbskiego, 30.05.-1.06.2008 r.

Startowano na akwenu Jeziora Dąbskiego na jachtach Omega we wspaniałych warunkach atmosferycznych. Organizatorem była Komisja Kultury, Sportu i Rekreacji (Sekcja Żeglarska) przy współudziale Jacht Klubu AZS. Patronat honorowy objęła NIL, a patronat medialny „Gazeta Lekarska” oraz „VOX MEDICI”.

Po emocjonujących wyścigach wieczorami uczestnicy i zaproszeni goście spotykali się przy grillu wymieniając wrażenia oraz dokonując oceny przebiegu regat. W pierwszym dniu regat wystąpił gość specjalny dr.hab.n. med. Jacek Rudnicki z koncertem piosenki autorskiej, za który zebrał ogromne brawa.

W drugim dniu przy ognisku wystąpił zaproszony gość gitarzysta, ramol piosenki studenckiej pan Cyryl Dembiński z grupy „Poznajmy się, popierajmy się”, który wciągnął do wspólnego gra-

nia gitarzystów kol. kol. B. Kulę z W-M IL z Olsztyna oraz S. Pikora z Opolskiej IL. 1 czerwca w godz. popołudniowych spotkaliśmy się na uroczystym zakończeniu regat. Były wręczane piękne puchary, medale, dyplomy i fajne nagrody.

Po raz pierwszy w historii regat Komisja Kultury, Sportu i Rekreacji ufundowała puchar *fair play* dla załogi całkowicie kobiecej zajmującej VII miejsce.

Organizator regat V Mistrzostw Polski Izb Lekarskich dziękują naszym Gościom i Sponsorom za pomoc: Unity Line, Bosman SA, Inter Ubezpieczenia, Gift Serwis, Polbiur Drukarnia, Jacht Klub AZS Camping Marina, Komenda Miejska Policji, Panom K. Cinzerowi, D. Aftowiczowi oraz Paniom z Biura OIL w Szczecinie.

*Halina Ey-Chmielewska,
Zbigniew Hamerlak,
Kacper Koryzna, Halina Teodorczyk*

Wyniki regat: 1. OIL Szczecin I - Paweł Rawski *sternik*, Jan Markowicz, Radosław Turowski; 2. OIL Szczecin II - Zbigniew Grelecki, Jerzy Olszewski, Jacek Siwulski; 3. Wilkp.IL - Ryszard Szeszycki, Mariusz Łaciński, Mikołaj Markiewicz; 4. OIL Szczecin - Jarosław Golembiewski, Paweł Studnicki, Piotr Więclawski; 5. OIL Szczecin - Marcin Śledź, Maciej Lewandowski, Tomasz Kacperski; 6. WIL - Piotr Świniarski, Bartosz Krakowiak, Marcin Jaszczuk; 7. DSLIL - Agnieszka Biniek, Agata Długoszewska, Marta Warzynów; 8. W M IL - Bogdan Kula, Zbigniew Gadzgiert, Marian Szczepański; 9. Oil Koszalin - Mariusz Kaczmarek, Krystian Bizunowicz, Jarosław Szolomicki; 10. W-M IL - Stanisław Danieluk, Waldemar Krupa, Zbigniew Gugnowski; 11. Beskidzka IL - Bartłomiej Jarot, Justyna Jarot, Grzegorz Zaliński; 12. Opolska IL - Sylwester Pikor, Anna Adamska, Andrzej Operacz.



U podnóża najwyższego szczytu niemieckich Alp Zugspitze (2965 m) rywalizowali medycy o medale **XXIX Mistrzostw Świata Medyków (World Medical and Health Games)** w lipcu 2008 r. Gospodarzem mistrzostw było olimpijskie Garmisch-Partenkirchen, które już po raz drugi gościło lekarzy z ponad 40 krajów świata. Dużym sukcesem zakończył się występ naszej reprezentacji, która nie zrażona fatalną pogodą powróciła do kraju z przysłowiowym workiem medali. O szczegółach zawodów w następnym numerze „GL” oraz na stronach internetowych www.hipokrates.org w dziale **sport**.

Krzysztof Makuch

Zakopane 2008

Igrzyska odbyły się tradycyjnie w drugim tygodniu września. Główną areną zmagania w 21 dyscyplinach sportowych był Centralny Ośrodek Sportu w Zakopanem, a także inne rejony Podhala – Raba Wyżna, Krauszów, Nidzica.

Pogoda była tym razem łaskawsza, stąd też jeszcze lepsza frekwencja. W imprezie uczestniczyło ponad osiemset osób, lekarzy i ich rodzin. Wręczono ponad trzysta kompletów medali. Najliczniejsze reprezentacje wystawiły Izby: Łódzka, Warszawska, Lubelska oraz Szczecińska. One też zdobyły najwięcej medali. Reprezentowane były wszystkie zakątki kraju, a także lekarze pracujący za granicą.

Największe uznanie budzili seniorzy igrzysk, a wśród nich multimedaliści – chirurg **Wiesław Krakowski** (67 lat) z Łodzi (ła, pływanie, tenis) oraz otolaryngolog **Piotr Mikołajczyk** (68 lat) z Będzina (ła, kolarstwo, triathlon).

Najwięcej emocji jak zwykle budził turniej piłki nożnej. Wzięło w nim udział 12 zespołów, a zwyciężył po raz pierwszy od lat Szczecin, pokonując w finale Toruń 2:0. Królem strzelców został szczecinianin, stomatolog **Seweryn Toton** z 13 bramkami w 6 meczach! W turnieju koszykówki zwyciężył zdecydowanie zespół Warszawy, odzyskując tytuł po rocznej przerwie. W siatkówce, także po przerwie, tytuł wrócił do drużyny Dentonet Poznań – Częstochowa. Olbrzymim zainteresowaniem cieszyła się siatkówka plażowa, liczba par była tak duża, że turniej z trudem udało się ukończyć.

Siatkarska drużyna lekarek z Lublina rozegrała pasjonujący mecz z Górkami z Nowego Targu, przegrywając minimalnie w *tie-breaku*. Znacznie lepiej wypadła hokejowa Kadra Lekarzy, która wygrała w równoległym do Igrzysk turnieju, pokonując zespoły: Podhale Amatorzy 5:4 oraz Górale Nowy Targ 10:6. Zwycięstwa nad czołowymi polskimi amatorami były prawdziwą sensacją, ale trzeba przyznać, że lekarze tym razem wystawili znakomity skład. Najlepszym hokeistą turnieju był **Tomasz Wanielista**, stomatolog z Pułtuska, zdobywca 3 bramek w meczu z Podhalem, a przy okazji czołowy gracz złotej piłkarskiej drużyny ze Szczecina oraz

Grzegorz Masternak z Oleśnicy (*hat trick* z Góralami).

Jak zwykle wielu uczestników zgromadziły zawody kolarskie. Wyścig szosowy tym razem odbył się po trasach gminy Nowy Targ, ze startem w Ludźmierzu, poprzedzonym mszą w Bazylice Ludźmierskiej. Najmilszym kolarskim akcentem był powrót ortopedy **Roberta Nanowskiego** z Opola, który uległ przed niespełna rokiem poważnej kontuzji. Swoją powrót Robert przypieczętował złotem. Wśród pań najlepsza była także internistka Katarzyna Kościół z Głucholazów. W innych kategoriach zwyciężali Michał Małysza z Lublina, Marek Paściak z Piekara Śląskich, Stanisław Kołodziej z Ostrowca Świętokrzyskiego, E. Mikołajczyk oraz Agnieszka Bolesta z Warszawy. Agnieszka była zresztą jedną z największych bohaterki igrzysk, zdobywając grad medali w kolarstwie, pływaniu, ła oraz w triathlonie. Kolarstwo górskie odbyło się na przepięknej trasie w Rabie Wyżnej. Wśród pań brylowały siostry Anna i Katarzyna Jurkiewicz (Tarnów, Dąbrowa Górnicza), Teresa Zajusz (Andrychów), a wśród panów Daniel Mazur z Bochni, Marcin Iwański z Warszawy, Marek Paściak i Leon Ferfecki z Andrychowa.

Na tartanowych bieżniach i skoczniach w Rabie Wyżnej rozegrano część zawodów lekkoatletycznych. Liczba startujących w ła zawodników była ogromna, największe sukcesy odnosili Leszek Albinak z Olkusza, Leszek Stecula z Bytomia, Oliwia Gawlik z Łodzi (sprinty, skok w dal), Jacek Łabudzki z Sandomierza, Lucjan Habieda z Rabki (długie dystanse), Konrad Bońda z Warszawy (kula, oszczep). Wśród pań w ła (a także na pływalni) prawdziwą gwiazdą była **Patrycja Kowalska**, anesteziolog z Lublina (na zdjęciu na okładce). Największym mocarzem igrzysk tradycyjnie okazał się 52-letni, pediatra i endokrynolog Jerzy Starzyk z Wieliczki, dźwigając największe ciężary

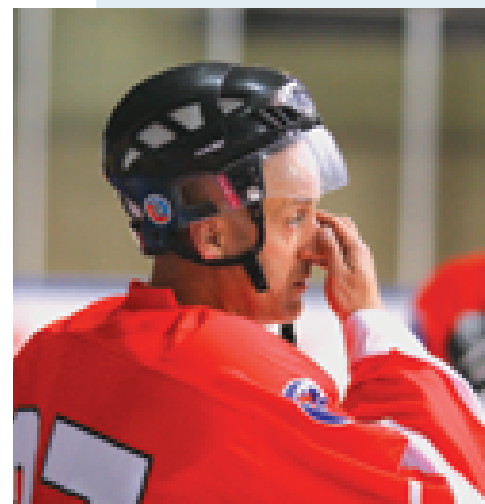
w trójboju siłowym oraz zdobywając złoto w kuli.

Triathlon tym razem rozgrywany był wokół jeziora w Krauszowie. Najszybszym wśród ponad 30 uczestników na morderczym dystansie 750 m pływania, 20 km kolarstwa i 5 km biegu był 44-letni stomatolog ortodonta **Jan Plaskacz** z Kielanówki k. Rzeszowa. W innych kategoriach zwyciężali Andrzej Przybylski (Gniezno), P. Mikołajczyk, A. Bolesta, Alina Magner (Katowice) i tradycyjna multimedalistka Miśia Przyłuska ze Szczecina.

Największymi zdobywcami medałowymi jak zwykle mogli cieszyć się pływacy. 55-letni prof. **Tomasz Rechner**, ginekolog położnik z Lublina, zdobywca 7 złotych i 2 srebrnych medali może być przykładem fenomenalnej kondycji i sylwetki, której może pozazdrościć mu niejeden młokos. Najlepszymi pływakami byli łodzianie Jacek Śmigielski, Krzysztof Kaźmierczak i Ewa Zimna Walendziak, Małgorzata Sawa (Radom), Elżbieta Powierza-Anders (Szczecin), Janusz Heitzman (Kraków), Krzysztof Grzegorzewicz (Leszno) i Marian Leszczyński (Rabka).

Jak co roku wielu uczestników zgromadziły turnieje tenisowe. Najwszechstronniejszą okazała się okulistka Anna Zambrzycka z Bierunia, zdobywając złoto w tenisie ziemnym, squaszu oraz medale w tenisie stołowym. Na kortach z czołówki krajowej poza W. Krakowskim wystąpił Bogusław Rataj (Łódź). W turnieju tenisa stołowego wśród pań dominowała Alicja

fot. Marek Stankiewicz



Maciej Jachymiak jest psychiatrą, czynnym sportowcem, twórcą i organizatorem, i duszą zakopiańskich igrzysk lekarskich, a także wicestarostą powiatu nowotarskiego. Żonaty, dwoje dzieci.

Szot-Trepka z Kielc. Jak zwykle znakomicie wypadli też: Małgorzata i Andrzej Wnękowicze z Zabrze, Zbigniew Stefański z Gliwic, Grzegorz Winkiel z Obornik Śląskich oraz tenisowa rodzina Wołków z Milicza. Wśród panów w squaszu zwyciężyli: Rafał Drygałski z Łodzi i Piotr Piotrowski z Katowic. W badmintonie triumfowali warszawianie Wojciech Błoński i Wojciech Król (także złoto w koszykówce), Jarosław Dójczyński (Łódź), Andrzej Szewczyk (Tomaszów Lubelski), Małgorzata Pietras i Teresa Olszewska (Skaryszew).

Na sportowej strzelnicy w Nowym Targu dominował 41-letni ginekolog **Przemysław Chmichowski** ze Świętochłowic, zwyciężając we wszystkich 3 konkurencjach (kbks, pistolet, centralny zapłon). Do sukcesów męża dołączyła nieco skromniejsza żona Grażyna.

Igrzyskom jak zwykle towarzyszyły turnieje rozwijające zręczność umysłu. W brydżu zwyciężyli **Ewa i Piotr Dobryscy** z Wrocławia (zaliczyli także udany występ w tenisowym deblu). W scrabble wygrał sensacyjnie 45-letni **Janusz Błazucki**, anesteziolog z Chełma dystansując graczy o znacznie lepszych rankingach. W szachach zwyciężył **Michał Adamski** z Poznania.

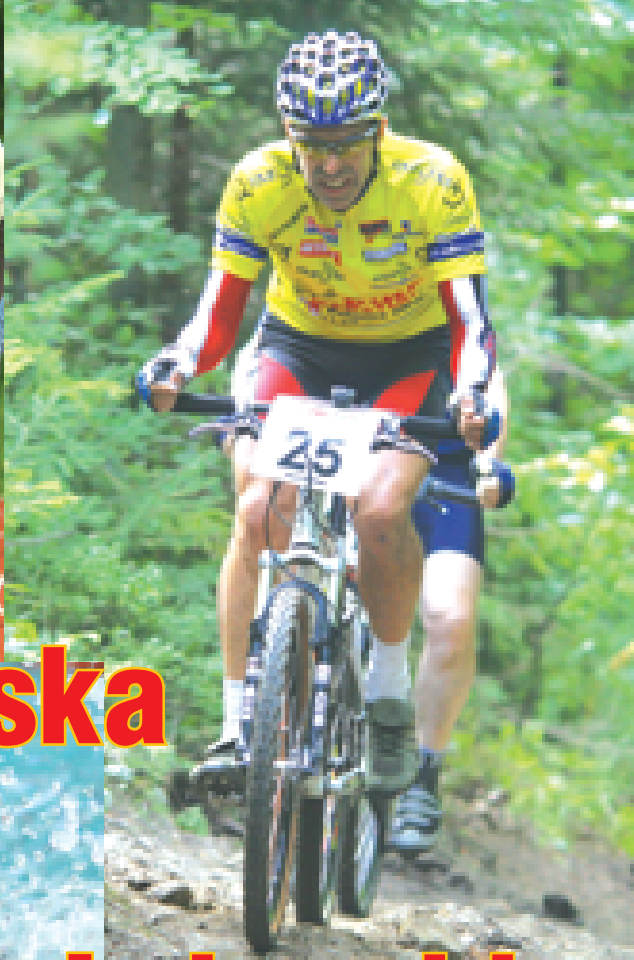
Igrzyskom towarzyszył turniej golfa rozgrywany w Paczółtowicach oraz Tatrzańskie Łomnicy. Po przerwie rozegrano też regaty w kajakarstwie, w uroczej przystani pod zamkiem w Niedzicy.

Gośćmi zawodów byli: wiceprezes NRL Ryszard Golański, prezes krakowskiej izby Jerzy Friediger, szef komisji sportu NRL Jacek Tętnowski oraz redaktor naczelny „Gazety Lekarskiej” Marek Stankiewicz, autor fotoreportażu. W organizacji zawodów pomagała w ramach stażu młodzież z Powiatowego Zespołu Szkół nr 2 z Kościerzyny. Miasteczko igrzysk postawiła oraz dbała o uczestników przez całą dobę restauracja Góralisko Strawa z Nowego Targu.

Zimowe Igrzyska Lekarskie odbędą się w drugi weekend marca przyszłego roku w Zakopanem. W tegorocznych igrzyskach wzrosła znacznie liczba startujących dzieci oraz osób towarzyszących.

Wszystkie wyniki są dostępne na stronie www.igrzyskalekarskie.org

Iza i Maciej Jachymiakowie



VI Igrzyska

Lekarskie

Zakopane 2008

Spotkanie absolwentów AMG w 45 rocznicę dyplomów (1957-63)



W dn. 9-10 maja br., w ośrodku WDW „Jantar”, odbyło się spotkanie koleżeńskie absolwentów Wydziału Lekarskiego i Oddziału Stomatologii Akademii Medycznej w Gdańsku z lat studiów 1957-63, w 45 rocznicę uzyskania dyplomów. Licznie stawili się absolwenci z kraju oraz ci, którzy od lat mieszkają i praktykują poza granicami Polski. Udział wzięło 75 osób, co stanowi ok. 40% koleżanek i kolegów odbierających dyplomy w 1963 r. Spotkanie nasze uświetnił swoją obecnością arcybiskup Tadeusz Gocłowski, który 10 maja sprawował Ofiarę Eucharystyczną w kościele parafialnym w Juracie w intencji naszych zmarłych Kolegów, Profesorów i nas samych. W podziękowaniu za niezwykle ciepłe i serdeczne słowa, wygłoszone do nas w homilii, przekazaliśmy Księdzu Arcybiskupowi w darze album naszych wspomnień „Piękni czterdziestoletni”. Wieczorem tegoż dnia bawiliśmy się na uroczystym bankiecie, podczas którego humor i kondycja fizyczna, mimo upływu lat, dopisały. Rozmowom, tańcom i wspomnieniom nie było końca. Atrakcją wieczoru były krótkie filmy nakręcone przez naszego kolegę Zbyszka Jabłońskiego, we wrześniu 2007 r., podczas jego podróży do USA w ramach Światowych Mistrzostw Lekarzy w Tenisie Ziarnym w Kalifornii, w których brał udział. Przez wszystkie dni nadzwyczajnie dopisała nam pogoda i humor też nie opuszczał. Odbyliśmy wiele spacerów i spotkań w Juracie, Helu i okolicy. Żal było się rozstawać, dlatego też następnego spotkania, jeśli tylko kondycja pozwoli, zaplanowaliśmy za dwa lata, w 2010 r.

Małgorzata Hermann-Jankau

REKLAMA

REKLAMA

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE W INTERNECIE

www.absolventus.pl

SERWIS POMOŻE PAŃSTWU ZORGANIZOWAĆ ZJAZD ABSOLWENTÓW.
PRZYJAZNY UKŁAD I ERGONOMICZNA BUDOWA
UMOŻLIWIĄ SZYBKE WYSZUKANIE INFORMACJI ORAZ DODANIE INFORMACJI
O NOWYM ZJEJZDZIE.

Imprezy różne

II Lekarski Bal Andrzejkowy

Fundacja Pro Seniore Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie zaprasza do wspólnej zabawy **29.11.br. w Hotelu Marriott**. Tradycyjnie przewidujemy liczne atrakcje oraz zabawę do białego rana. **Informacje: Andrzej Surowiecki, tel. 022-824-71-20, 0668-398-719, e-mail: proseniore@warszawa.oil.org.pl, biuro@warszawa.oil.org.pl**

**Przepraszam
Grzegorza Kocjana, lekarza stomatologa,
prowadzącego gabinet stomatologiczny
w OŚWIĘCIMIU przy ulicy Marii Curie Skłodowskiej 4/2
za pomówienie go w piśmie skierowanym
do Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie
w dniu 6.04.2004 r.**

Jacek Plinta

Apel na łowy

Już dziewiąty raz 90 lekarzy i sympatyków naszego środowiska przyjechało do Tlenia, malowniczej miejscowości nad Zalewem Żurskim w Parku Wdeckim, w samym sercu Borów Tucholskich, w woj. kujawsko-pomorskim, by zmierzyć się w Compak® Stortingu.



W przeddzień na strzelnicy w Osiu przeprowadzono oficjalny trening strzelań parkurowych, na którym „zniszczono” ponad 7 tys. rzutków. Przy wspaniałej pogodzie rozegrano IX Międzynarodowe Mistrzostwa Polski Lekarzy. Po kilkugodzinnych zmaganiach, zgodnych z przepisami Międzynarodowej Federacji FISTASC, tytuł Mistrza Polski wywalczył z wynikiem 89/100 **Sergij Isaryk** (Ukraina), przed **Maciejem Gmitrzakiem** 87/100 i **Lukaszem Lityńskim** 84/100 po barażu. Drużynowo najcelniej strzelała reprezentacja Bydgoskiej Izby Lekarskiej. Wśród sympatyków pierwsze miejsce wywalczył Marek Siegień 95/100, drugie Edward Spierewka 94/100, trzecie po barażu Tomek Jendrzewski. Nagrodę główną – panel prysznicowy z hydromasażem – otrzymał Wojciech Rawicki.

Mamy nadzieję, że formuła zawodów przypadła do gustu uczestnikom i uda nam się powtórzyć przygodę ze strzelaniem parkurowym w przyszłym roku – powiedział nam Marek Jedwabiński, organizator zawodów.

(MS)

Ogłoszenia sportowe

XII Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy

organizowany przez OIL w Łodzi przy współdziałaniu NIL oraz PSTL pod honorowym patronatem prezydenta miasta Pabianic odbędzie się w dn. **8-10.11.br. w Pabianicach k. Łodzi na kortach Ośrodka MOSiR-u, ul. Grota Roweckiego 3. Zgłoszenia: Komisja Sportu i Rekreacji OIL w Łodzi, ul. Czerwona 3, 93-005 Łódź, tel. 042-683-17-91 w. 120, faks 683-13-78, Elżbieta Sadura.**

Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej. Praktyczne kursy **ultrasonograficzne**

- 2-5.10. *Ultrasonografia gruczołu piersiowego*
- 9-12.10. *Ultrasonografia dopplerowska w neurologii (TCD, TCCD)*
- 16-19.10. *Echokardiografia*
- 23-26.10. *Ultrasonografia jamy brzusznej*
- 14-15.11. *Echokardiografia: Doppler tkankowy* – doskonalący
- 15-16.11. *Echokardiografia: wada mitralna, wada aortalna* – doskonalący
- 20-23.10. *Ultrasonografia w pediatrii (w tym badanie mięczkowe, echo)*
- 21-23.11. *Narządy powierzchniowe szyi (tarczycza, ślinianki, węzły, krtań)*
- 27-30.11. *Ultrasonografia dopplerowska naczyń obwodowych (tętnice i żyły kończyn dolnych, tętnice szyjne i kręgowo, aorta brzuszna)*

Prawo do pkt. edukac. OIL. Nr konta: 26 1090 1346 0000 0001 0852 9738. Zapisy: Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej, tel. 061-657-94-63, faks 061-657-94-72, kom. 603-76-20-41, www.obraz.pl, e-mail: obraz@obraz.pl

Kursy w Mazurskiej Szkole **Usg i Ginekologii:**

- 2-5.10. *Kolposkopia dla zaawansowanych*
- 16-19.10. *Endokrynologia cz. I*
- 23-25.10. *Diagnostyka prenatalna*. Kurs przygotowujący do certyfikatu FMF 11-14 tyg. ciąży. NOWOŚĆ!
- 19-22.11. *USG w gin. i poł. dla zaawansowanych*

Informacje i zapisy: www.usg.pisz.pl, e-mail: usg@usg.pisz.pl, tel. 0504-075-804

Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska. Konferencje:

- 3-4.10. Kraków. Wydz. Nauk o Zdrowiu i Wydz. Lekarski CM UJ we współpracy z Wolters Kluwer Polska organizuje konf.: *Bioetyka w zawodzie lekarza*. Koszt 220 zł (z nocl.), 100 zł (bez nocl. - os. zatrudnione), 60 zł (bez nocl. - studenci).
- 18.11. Warszawa. Konf. promująca: *Komentarz do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty*

Informacje: www.wolterskluwer.pl i www.profinfo.pl

Interdyscyplinarna Akademia Medycyny Praktycznej. Szkolenia z zakresu:

- **chorób cywilizacyjnych:** • 4.10. Warszawa, • 11.10. Gdańsk;
- **chorób narządu ruchu:** • 11.10. Białystok, • 18.10. Olsztyn.

Informacje: Aneta Jankowska, e-mail: a.jankowska@iamp.com.pl

Centrum Edukacji **Ultrasonograficznej**. CEDUS. Kursy USG w Ciechocinku, Spale i Bydgoszczy:

- 5-10.10. *Echokardiografia* – II krok
- 10-13.10. *Doppler* – kurs zaawansowany
- 13-16.10. *USG piersi i mammografia*
- 26-30.10. *Echokardiografia* – I krok
- 7-9.11. *Endokrynologia ginekologiczna*
- 15-18.11. *Doppler* – kurs średniozaawansowany
- 20-23.11. *USG stawów*
- 26-29.11. *USG brzucha* – kurs podstawowy
- 7-12.12. *Doppler* – kurs podstawowy

Wykłady i ćwiczenia dające możliwość przeprowadzenia samodzielnych badań. Certyfikaty, pkt. edukac. OIL, pkt. PTU, pkt. Sekcji Echokardiografii PTK. Informacje i zapisy: www.cedus.edu.pl, tel. 022-64-64-150

Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”
Tematy posiedzeń klinicznych w roku akad. 2008/09:

- 7.10. Klin. Gastroenterologii, Hepatologii i Immunologii. *Rodzaje badań klinicznych: planowanie, wytyczne, błąd systematyczny.*
- 21.10. Klin. Nefrologii i Transplantacji Nerek i Nadciśnienia Tętniczego. *Dylematy etyczne nowoczesnej medycyny – problem kwalifikacji dzieci z uszkodzeniem wielonarządowym do przewlekłej terapii przedłużającej życie.*
- 4.11. Zakł. Biochemii i Medycyny Doświadczalnej. *Genetyczne podłoże osteoporozy – wyniki badań populacji europejskiej i polskiej – projekt GENOMOS.*
- 18.11. Klin. Anestezjologii i Intensywnej Terapii. *Leczenie ostrego bólu u dzieci.*

Posiedzenia kliniczne w IPCZD odbywają się w pierwszy i trzeci wtorek każdego miesiąca o godz. 13.30 w głównym budynku Instytutu. Dojazd autobusami nr 125, 525, 119, 147, 305. Informacje: Sekcja Szkoleń IPCZD, tel. 022-815-11-32.

Pol. Tow. Diabetologiczne, Kolegium Lek. Rodzinnych i Kons. Kraj. ds. Med. Rodzinnej zapraszają na cykl warsztatów-kursów medycznych organizowanych w ramach programu edukacyjnego dla

lekarzy rodzinnych „Zrozumieć cukrzycę”: • 14.10. Kościerzyna, Centrum Kultury Kaszubskiej, ul. Strzelnicza 2; • 15.10. Kwidzyn, Hotel Kaskada, ul. Chopina 24; • 16.10. Bartoszyce, Hotel Bartis, pl. Konstytucji 3 Maja 5; • 21.10. Miasteczko Krajeńskie, Dworek Koper, Grabówno 36; • 22.10. Międzychód, Ośrodek Szkoleniowo Wypoczynkowy „Mierzyn”, Mierzyn 29; • 23.10. Września, Hotel Kosmowski, ul. Wrocławska 43; • 28.10. Lubin, Restauracja NOT, ul. M. Skłodowskiej-Curie 50; • 29.10. Jelenia Góra, Pałac Paulinum, ul. Nowowiejska 62.

Informacje i zgłoszenia: www.zrozumiēcukrzyce.pl; www.evmaco.pl, tel. 012-429-69-06. Warsztaty będą kontynuowane w listopadzie i grudniu 2008. 3 pkt. edukac.

• 3-5.10. Zakopane. Pol. Tow. Diabetologiczne zaprasza na **XII Sympozjum Diabetologiczne**. 15 pkt. edukac. Informacje i zgłoszenia: EVMACO ul. Batorego 25, 31-135 Kraków, tel. 012-429-69-06, e-mail: evmaco@evmaco.pl, www.12sympozjumPTD.evmaco.pl

• 29.11. Warszawa. Pol. Tow. Diabetologiczne zaprasza na konferencję **Insulinoterapia w stanach zagrożenia życia**. 8 pkt. edukac. Informacje i zgłoszenia: EVMACO ul. Batorego 25, 31-135 Kraków, tel. 012-429-69-06, www.insulinoterapia.evmaco.pl, e-mail: evmaco@evmaco.pl

Medyczne Szkolenia Podyplomowe Pakt. Kursy i szkolenia:

- 11-12.10. Ustroń. *Warsztaty osteoporotyczne*
- 29.11. Katowice. *Techniki neuromodulacyjne (TENS, akupunktura) we współczesnej praktyce lekarskiej* – zgł. do 3.11.br.
- 22-23.11. Katowice. *Nowoczesna diagnostyka obrazowa, leczenie i rehabilitacja zespołów bólowych kręgosłupa* – zgł. do 3.11.br.
- 22-23. Katowice. *Medycyna manualna – zintegrowane techniki i metody, kurs wielospecjalistyczny* – zgł. do 3.11.br.
- 17-18.01.2009 r. Katowice. *Medycyna manualna oparta na technikach chiropraktycznych* – zgł. do 1.12.br.

Kontakt: e-mail: medyczneSYMPOZJA@msp-pakt.med.pl, tel./faks 032-251-22-64, www.msp-pakt.med.pl

Mazowiecka Szkoła **Ultrasonografii**. Kursy:

- 16.10. *Diagnostyka dopplerowska w położnictwie z diagnostyką wad płodu* – warsztaty
- 17-19.10. *Diagnostyka dopplerowska w codziennej praktyce klinicznej i ultrasonografia w ginekologii*
- 24, 25.10., 6.11. *Skriningowe badanie serca płodu i USG „genetyczne”* – warsztaty

Progr. kursów i zapisy: www.mszu.pl, tel. 0602-122-513, e-mail: mazowiecka@mszu.pl

Centrum Edukacji Medycznej CEMED. Sympozja:

- 18.10. Warszawa. Symp. z cyklu *Akademia Lekarza Rodzinnego: Żylna choroba zakrzepowo-zatorowa*. 5 pkt. edukac.
- 13.11. Warszawa. II warsztaty sieci laboratoriów PTGC: *Diagnostyka molekularna chorób dziedzicznych oraz zasady organizacji pracy laboratoriów diagnostycznych*. Patronat Pol. Tow. Genetyki Człowieka (PTGC) i Kom. Biol. Molekularnej Kom. Genetyki Czł. i Patol. Molekularnej Wydz. Nauk Med. PAN. 5 pkt. edukac.
- 15.11. Warszawa. I symp. techników elektroradiologii z cyklu *Badania radiologiczne w pediatrii: rentgenodiagnostyka*.
- 6.12. Warszawa. II symp. techników elektroradiologii z cyklu *Tomografia komputerowa: Angiografia TK*.

Informacje: http://www.cemed.pl/szkolenia/2008/tk_ii/index.php

• 23-24.10. Konferencja i warsztaty. Poznań. Szpit. Klin. Przemienienia Pańskiego UM w Poznaniu, Stow. Bono Serviamus, Stow. Dyrektorów Szpit. Klin., Pol. Unia Szpit. Klin. organizują **VII Forum Szpitali Klinicznych**. Informacje: www.skpp.edu.pl

Warszawsko-Otwocki Oddział Pol. Tow. **Chorób Płuc**

- 25.10. Warszawa. Warszawsko-Otwocki Oddział PTChP wspólnie z Societé Respiratoire de la Langue Française organizują **III polsko-francuską konferencję poświęconą chorobom płuc z udziałem wybitnych ekspertów z Francji i Polski**. Centrum Dydaktyczne Warszawskiego UM przy ul. Żwirki i Wigury. Konferencja w j. francuskim. Wstęp bezpł., pkt. edukac. OIL. Informacje: www.ptchp.home.pl; Joanna Domagała-Kulawik domagalakulawik@gmail.com, Jan Zieliński janziel@gmail.com, Tadeusz M. Zielonka 0501-143-324, tmzielonka@wp.pl
- 21.11. Gminne Centrum Kultury im Heleny Wielobyckiej w Mrozach, ul. Mickiewicza 22, w godz. 10.00-15.00. **Z okazji 100-lecia sanatorium przeciwgruźliczego w Rudce** Warszawsko-Otwocki Oddział PTChP wraz z Dyrekcją Zakładu w Rudce organizują **uroczystą sesję naukową**. Wstęp bezpł., pkt. edukac. OIL. Informacje: www.ptchp.home.pl; Jacek Jagodziński 0604-957-483, jaczagod@mediclub.pl, Marianna Zambrzycka, dyrektor Zespołu w Rudce, zambrzycka@rudka.com.pl
- 22.11. Warszawa, Novotel Airport, ul. 1 Sierpnia 1, w godz. 9.30-17.30. **21 sesja Szkoły Pneumonologii nt. Pneumonologii dziecięcej**.

Wstęp bezpł., pkt. edukac. OIL. Informacje: www.ptchp.home.pl, Tadeusz M. Zielonka 0501-143-324, tmzielonka@wp.pl, Jacek Jagodziński 0604-957-483, jaczagod@mediclub.pl

• 8.11. Lubin. Oddział Regionalny PTL Ziemi Lubińskiej, Oddział Alergologiczny i Chorób Wewnętrznych SP ZOZ Lubin, Centrum Diagnostyczno-Terapeutyczne „Medicus” Sp. z o.o. w Lubinie zapraszają na III Ogólnopolską Konferencję **Zakrzepy-Zatory: Problem interdyscyplinarny**. Opłata: do 30.10.br. (na konto OR PTL Ziemi Lubińskiej: 10 1020 3017 0000 2502 0203 6473) – 70,00 zł; w dniu konferencji – 100,00 zł. Certyfikat uczestnictwa i pkt. edukac. (za konferencję 5 i za warsztaty 2). Informacje: www.crfd.pl; komitet organizacyjny CDT Medicus Sp. z o.o. Lubin, ul. Leśna 8, tel. 076-746-63-02, faks 767-466-312; biuro organizacyjne Centrum RFD Sp. z o.o. Lubin, ul. Leśna 8, tel. 076-746-63-07.

Pol. Tow. **Mezoterapii** organizuje kursy z udziałem wykładowcy z Francji Philippa Petit, eksperta w dziedz. mezoterapii:

- 8.11. Warszawa. *„Mezoterapia w pigułce”* oraz warsztaty najnowszej metody **lipolizy – mesodissolution**.
- 9.11. Warszawa. *Techniki mezoterapii w zespołach bólowych narządu ruchu*.

Informacje: www.medycynaestetyczna.pl zakładka Kursy i Szkolenia. Kier. Izabela Tilszer, kontakt: tilszer@medycynaestetyczna.pl

• 21.11. Warszawa. Fundacja Akademia Nowoczesnej Diagnostyki, pod patronatem naukowym PTDL organizuje konferencję: **Diagnostyka chorób zakaźnych**. 5 pkt. edukac. Kontakt i zgłoszenia: Fundacja AND ul. Olszańska 5, 31-513 Kraków, tel./faks 012-29-50-119, e-mail: rejestracja@and.org.pl, www.and.org.pl

Lubelska Szkoła **Neurosonologii** SKOLAMED. Kursy:

- 21-22.11. Lublin. *Badanie dopplerowskie tętnic wewnątrz- i zewnątrzczaszkowych – kurs podstawowy*
- 28-29.11. Lublin. *Przeznaczkowe badanie dupleksowe* – podstawowy
- 5-6.12. Lublin. *Badanie dopplerowskie tętnic zewnątrz- i wewnątrzczaszkowych (TCD)* – doskonalący

Wykładowcami są pracownicy Pracowni Neurosonologii Kliniki Neurologii AM w Lublinie. Patronat Sekcji Neurosonologii PTN. 14 pkt. edukac. Informacje: www.neurosonologia.skolamed.pl. Zgłoszenia: SKOLAMED, tel. 081-534-71-48, faks 081-534-71-50, e-mail: neurosonologia@skolamed.pl

• 21-23.11. Warszawa. Fundacja Edukacji Medycznej, Promocji Zdrowia, Sztuki i Kultury „Ars Medica” organizuje VIII Międzynarodowy Interdyscyplinarny Kongres Naukowy: **Nowe kierunki i metody diagnostyki i leczenia schorzeń i obrażeń narządu ruchu**. Pkt. edukac. zgodnie z wytycznymi OIL w Warszawie i pkt. CME-ORTOPE-DIA. Kongresowi towarzyszy Jubileusz 10-lecia czasopisma „Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja”. Informacje: www.medsport.pl, tel./faks 022-834-67-72, tel. 405-42-72, tel. kom. 0601-22-78-99

• 22.11. Warszawa, Centrum Konferencyjnym Instytutu Biocybernetyki i Inżynierii Biomedycznej PAN, ul. Księcia Trojdena 4. Kat. i Klin. Gastroenterologii i Chorób Przemiany Materii I Wydz. Lek. AM w Warszawie, Kat. i Klin. Chorób Wewn. i Diabetologii II Wydz. Lek. AM w Warszawie, Klin. Chorób Metabolicznych, Endokrynologii i Diabetologii Inst. „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” organizują: II Warszawskie Spotkania Diabetologiczne „**Postępy diabetologii**”. Uczestnictwo bezpłatne, pkt. edukac. Rejestracja: www.wsd.waw.pl. Biuro org.: casusMEDICAL, 02-737 Warszawa, ul. Niedźwiedzia 29b, tel: +48 22-853-72-65, faks +48 22-853-72-64, e-mail: organizator@wsd.waw.pl

• 24-26.11. Wrocław. Dolnośląska Szk. Ultrasonografii Wrocławskie Centr. Promocji organizuje nowy kurs: **Diagnostyka echokardiograficzna w pediatrii**. Informacje: WCP 51-604 Wrocław, ul. Śniadeckich 10, tel./faks 071-348-39-66, http://www.usg.webd.pl

• 30.11. Warszawa, Sala Kameralna Filharmonii Narodowej. Pol. Fund. **Gastroenterologii** organizuje VI Andrzejski Gastroenterologiczne pt. *„Problemy Kliniczne w Codziennej Praktyce Gastroenterologicznej”*, dla **gastroenterologów, internistów, pediatrów** i wszystkich lekarzy interesujących się gastroenterologią dzieci i dorosłych. Informacje: http://www.pf-gastro.unet.pl, tel./faks 022-848-28-93

• 30.11.-6.12. Busko-Zdrój. Pol. Tow. Lek. Med. Manualnej organizuje kurs I stopnia dla lekarzy z zakresu **medycyny manualnej**, rozpoczynający cykl 3 kursów szkoleniowo podstawowego. Po każdym kursie 40 pkt. edukac. W programie: *Podstawy badania i leczenia manualnego w zaburzeniach czynnościowych i zespołach bólowych kręgosłupa i stawów obwodowych*. Informacje i zgłoszenia: Wydawnictwo Medyczne „NATURA”, 25-502 Kielce, Paderewskiego 48, tel./faks 041-344-70-69, e-mail: natura@natura.med.pl

opr. u (u.bakowska@gazetalekarska.pl)

Wydawnictwo Lekarskie PZWL

00-251 Warszawa, ul. Miodowa 10. Zamówienia:
(tel. 022-695-44-80, faks 695-44-87, infolinia 0801-142-080, www.pzwl.pl,
Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 00-950 Warszawa 1, skr. poczt. 379)
realizowane są za zaliczeniem pocztowym (7 zł, zam. pow. 150 zł – bezpl.).
Realizacja: 3 dni robocze. Pełna oferta: www.pzwl.pl oraz Katalog Wydawnictwa.

Neurologia. Kompendium Peter Berlit

tłum. z j. niemieckiego **Antoni Prusiński**
wyd. I. Warszawa 2008, str. 420
Publikacja prezentuje choroby i objawy neurologiczne, ich ocenę kliniczną, przyczyny objawów, wieloogniskowe uszkodzenia układu nerwowego i badania wykorzystywane w diagnostyce neurologicznej. Aktualne klasyfikacje chorób układu nerwowego, kryteria ich rozpoznawania i skale pozwalające na określenie stopnia ich zaawansowania. Skierowana do neurologów i lekarzy oddziałów ratunkowych.

Vademecum psychoterapeuty Jacek Kubitsky

wyd. I. Warszawa 2008, str. 164
Praktyczny przewodnik ukazujący tajniki indywidualnej pracy psychoterapeuty z pacjentem od jego zgłoszenia się na terapię do zakończenia leczenia. Omówiono też problemy związane z etyką zawodową i kwestie praktyczne.

Otaryno-laryngologia. Kompendium

prof. zw. tyt. med. **J. Bożydar Latkowski**
wyd. I, Warszawa 2007, str. 144
Najważniejsze informacje ułatwiające rozpoznanie i leczenie chorób nosa, gardła, krtani i uszu. Dołączono angielskojęzyczne streszczenia pozwalające na zapoznanie się z angielską terminologią.

Choroby uszu, nosa, jamy ustnej, gardła i krtani

Bożydar Latkowski, Katarzyna Kosiek, Maciej Godycki-Cwirko, Marcin Durko
seria: **Praktyka Lekarza Rodzinnego**
wyd. I, Warszawa 2008, str. 96
Omówiono choroby, diagnostykę, metody leczenia, zasady wykonywania podstawowych operacji, charakterystyki bólów związanych z konkretnymi chorobami.

Gorączka u dzieci

red. naukowy **Jacek Grygalewicz**
seria: **Biblioteka Pediatri 51**
wyd. I, Warszawa 2008, str. 112
Elementy wiedzy o termoregulacji i pirogenzie, strategii leczenia gorączki i środkach przeciwgorączkowych oraz etiologii drgawek gorączkowych.

Otyłość u dzieci

red. naukowy **Patrick Toumian**
red. naukowy tłumaczenia **Franciszek Kokot**
tłum. z j. francuskiego **Zuzanna Wnuk-Zdeb**
wyd. I, Warszawa 2008, str. 212
Omówiono patofizjologię i epidemiologię otyłości u dzieci oraz różne aspekty kliniczne, prewencję i leczenie. Książka skierowana do pediatrów, endokrynologów, internistów i lekarzy pierwszego kontaktu.

Badania cytogenetyczne w praktyce klinicznej

Małgorzata J. Srebrniak, Agnieszka Tomaszewska
wyd. I, Warszawa 2008, str. 216
Zasady kierowania pacjentów na badania cytogenetyczne, pobierania i przesyłania materiału biologicznego oraz proste algorytmy postępowania z pacjentem po otrzymaniu wyników badania. Objąsnilo sposób odczytywania zapisów oraz „katalog” wyników i ich interpretację. Najnowsze ideogramy chromosomów człowieka.

Wydawnictwo Medyczne alfa-medica press

432-309 Bielsko-Biała, ul. Cygański Las 11, tel. 033-816-90-79,
tel./faks 033-828-13-72, e-mail: zamowienia@alfamedica.pl,
www.alfamedica.pl

Zakażenia szpitalne

pod red. prof. dr hab. **Danuty Dzierżanowskiej**
Bielsko-Biała 2008, str. 550, c. 84 zł
Opis wszystkich patogenów, które powodują zakażenia, najczęstsze postaci kliniczne zakażeń związanych z określonym typem zabiegu chirurgicznego i propozycje leczenia. Regulacje prawne i organizacja systemu utrzymania czystości.

Podstawy diagnostyki i terapii nowotworów

pod red. **Mariusza Frąćca**
Bielsko-Biała 2008, str. 268, c. 30 zł
Omówiono podstawowe problemy biologii nowotworów i najczęściej występujące nowotwory w obrębie poszczególnych narządów i układów.

Wydawnictwo Medyczne Via Medica

Internetowa Księgarnia Medyczna IKAMED, 80-180 Gdańsk, ul. Świętokrzyska 73,
tel. + 48-058-326-78-11, faks + 48-058-320-94-60,
e-mail: ikamed@ikamed.pl, www.ikamed.pl

Leczenie nerkozastępcze w praktyce pielęgniarskiej

pod red. **Bolesława Rutkowskiego**
Gdańsk 2008, wyd. I, str. 532, c. 98,00 zł
Przedstawiono podstawowe formy terapii nerkozastępczej zwracając uwagę na ich dostępność i możliwość praktycznego zastosowania.

Kompendium neurologii

pod red. **Ryszarda Podemskiego**
wyd. I, Gdańsk 2008, str. 588, c. 99,00 zł
Omówiono strukturalno-czynnościową konstrukcję układu nerwowego i zaprezentowano metodykę badania neurologicznego oraz ogólną charakterystykę zespołów neurologicznych. Przedstawiono najważniejsze choroby układu nerwowego. Podręcznik adresowany do młodych lekarzy neurologów, medycyny rodzinnej, studentów.

Cornetis sp. z o.o.

51-162 Wrocław, ul. Długosza 2-6, tel. 071-325-28-08, faks 071-325-28-03

Miażdżycy u dzieci i młodzieży

pod red. prof. dr hab. med. **Mirosławy Urban**
wyd. I. Wrocław 2007, str. 448
Najważniejsze zagadnienia na temat wieloczynnikowej patogenezy miażdżycy oraz szczegółowe omówienie czynników ryzyka jej wystąpienia. Rola insulinoodporności w rozwoju miażdżycy oraz udziału tkanki tłuszczowej i wpływu chorób przewlekłych. Metody nieinwazyjnej oceny zmian miażdżycowych w naczyniach tętniczych.

Zaburzenia czynnościowe przewodu pokarmowego

pod red. **Leszka Paradowskiego**
wyd. I, Wrocław 2007, str. 296
Aktualne poglądy na temat patofizjologii zaburzeń czynnościowych ze szczególnym uwzględnieniem mediatorów regulujących motorykę przewodu pokarmowego. Nowoczesne metody diagnostyki tych zaburzeń. Symptomy, diagnostyka i leczenie chorób. Publikacja skierowana do lekarzy pierwszego kontaktu, pediatrów, internistów, gastroenterologów, studentów i pacjentów.

Dermatologia cyfrowa

dr n. med. **Grażyna Kamińska-Winciorek**
wyd. I, Wrocław 2008, str. 120
Atlas-przewodnik po występujących najczęściej obrazach dermatoskopowych, kapilaroskopowych, trichoskopii cyfrowej. Przedstawia zasady ich diagnostyki.

Ponadto nadesłano:

Psychologia zdrowia

Irena Heszen, Helena Sęk
Warszawa 2007, **Wydawnictwo Naukowe PWN**,
00-251 Warszawa, ul. Miodowa 10, tel. 022-695-43-21,
faks 022-695-40-31, e-mail: pwn@pwn.com.pl, www.pwn.pl
Podręcznik dostosowany do aktualnych programów szkół wyższych, dla studentów psychologii. Mogą z niego korzystać studenci medycyny, pielęgniarstwa, pedagogiki, socjologii, zdrowia publicznego zajmujący się rozwiązywaniem problemów zdrowotnych osób, grup i instytucji.

Dama polskiej medycyny

Opowieść biograficzna o dr Jadwidze Titz-Kosko
Ewa Ostrowska
wyd. I, Gdynia 2002/2008, **Oficina Wydawnicza „Miniatura”**
w Gdyni, www.miniatura.com.pl; owminiatura@wp.pl, c. 20 zł
Książkę wydano staraniem i kosztem Fundacji „Pomoc dla seniora” im. dr Jadwigi Titz-Kosko. Celem autorki jest popularyzacja i utrwalanie pamięci o ludziach niezwykłych, wyrastających ponad przeciętność. Taką jest postać dr Titz-Kosko – pionierki polskiego leczenia reumatologicznego, organizatorki kompleksowego systemu opieki zdrowotnej nad chorymi na reumatyzm. Fundacja „Pomoc dla seniora” zbiera fundusze na film o dr J. Titz-Kosko, m.in. ze sprzedaży książki oraz dotacji na konto Fundacji nr 44 1020 1853 0000 9602 0089 6027, nr KRS Fundacji: 0000244740

W gorącym kotle Konga. Wspomnienia lekarza

Wacław Kornaszewski
wyd. I, Tuchów 2007, str. 244
Autor, spec. chorób wewn., med. tropikalnej, med. sportowej zorganizował w 1952 r. we Wrocławiu pierwszy w kraju cywilny ośrodek aeroklubowy: GI. Ośr. Badań Lotniczo-Lekarskich. W 1980 r. opisał w polskiej prasie med. poraz pierwszy nową chorobę AIDS, z którą zetknął się w klinice w Kinszasie. Był świadkiem pojawienia się wirusa Ebola. Dzieli się z czytelnikami swoimi wieloletnimi obserwacjami i doświadczeniem zdobytym w czasie 25-letniej pracy w Zairze i wpływem jej na późniejsze wybory. Przybliży nam problemy dnia codziennego Czarnego Łądu. Książkę napisał z myślą o wnukach.

Uwaga! W nr. 7-8/2008 „GL” na str. 39, gdzie prezentowaliśmy książkę **Kazimierza L. Maya „Rondo na pustyni. Bahrajn. Kraj. Ludzie. Życie szpitalne”**, podaliśmy błędny adres mailowy autora. Prawidłowy adres to: kazmay@interia.pl. Za błąd przepraszam.

