

**Jeszcze
o punktach**

**System
modułowy**

**Bawię się
na poważnie**





Czas wygładzić kanty

Jesienna sesja egzaminacyjna sypnęła kolejną sensacją. Niemal połowa internistów oblała egzamin specjalizacyjny. Nikt z ponad 700 osób nie uzyskał oceny bardzo dobrej. Słabi, niezdolni, za mało wni-

kliwi i cierpliwi, a może wystawiono ich do gonitwy medycznych cyborgów? Nasze czytelniczki, Monika i Małgorzata, nie zdały już trzeci raz. Pracują w zawodzie od dziesięciu lat, pacjenci je lubią, jedna z nich ma nawet doktorat, rodziny prawie ich nie widzą w domu, bo jak nie dyżur, to wyjazd na szkolenia i staże. Nie kryją rozżalenia, choć nie rezygnują, za rok również zacisną zęby. Zgodnym chórem mówią, że treść pytań jest często zagmatwana, niejasna, występują podwójne zaprzeczenia. Prof. Zbigniew Gaciong, konsultant krajowy przyznaje, że nowy system egzaminów ma wiele wad: nie uwzględnia skali trudności testu i praktycznie uniemożliwia jakiegokolwiek interwencje komisji egzaminacyjnej. Pytanie, zanim trafi do testu, podlega rozlicznym walidacjom. Zdaniem profesora nie tak liczny w Polsce jak w USA, gdzie proces powstawania jednego pytania kosztuje kilka tysięcy dolarów, a w Polsce tylko... 70 zł. Czyżby kolejnej bariery w polskiej medycynie nie dało się pokonać bez pieniędzy? Po co przez dziesięć lat męczyć ludzi, może lepiej już we wczesnym okresie powiedzieć im na ucho, po koleżeńsku, aby poszukali sobie mniej ambitnego zajęcia? Do tematu wrócimy za miesiąc, kiedy emocje ostygną.

Samorząd lekarski od lat bezskutecznie dobija się o przewożenie organizacji kształcenia podyplomowego. Na podstawie wniosków z dyskusji w Naczelnej Izbie Lekarskiej z udziałem konsultantów krajowych i przedstawicieli towarzystw można stwierdzić, że w zakresie specjalności wywodzących się z chorób wewnętrznych i pediatrii moduł podstawowy mógłby trwać 3 lata, a specjalistyczny 2 lata (w nielicznych 3 lata), zaś w wywodzących się z chirurgii moduł podstawowy 2 lata, a specjalistyczny 3-4 lata. Moduły podstawowe i specjalistyczne można opracować dla dziedzin wywodzących się z psychiatrii i patologii oraz być może dla specjalności zabiegowych w obrębie głowy i szyi. Więcej o systemie modułowym pisze na naszych łamach prof. Jerzy Kruszewski.

Przypomnijmy, że biedne przedwojenne kasy chorych, w państwie powstałym po latach niewoli, były hojniejsze dla tzw. lekarzy kasowych i fundowały im dziesięć dni w roku płatnego urlopu szkoleniowego. Dzisiejsze ani ustawy, ani kasy takiej możliwości nie przewidują, prawdopodobnie wyłącznie z tego powodu, że nikt nie pomyślał, iż wiedza kosztuje. Demokracja to nie tylko równość, ale i jawność. Dobrze sprawie medycznego szkolenia podyplomowego zrobi, jeżeli wielcy tego świata pokażą swoje osiągnięcia w tej materii – pisze Krystyna Knypl. Ponieważ nie przypominam sobie, aby ktokolwiek z kolegów lekarzy stojących na świeczniku poinformował o nieposiadaniu ważnego prawa wykonywania zawodu, więc wszystkich obowiązuje szkolenie. Tak jak wykładowcy na dobrych kongresach naukowych pokazują swoje disclosure, tak uważam, że analogicznie powinno być z punktami i koledzy ze świecznika są zobowiązani ujawnić, jak silnie są związani z ideą szkolenia podyplomowego. Pouczanie, zachęcanie czy obligowanie innych kolegów do szkolenia podyplomowego powinno wiązać się z osobistym dopełnieniem tego obowiązku – ostrzega Krystyna.

Będzie co poczytać, zachęcam do lektury

Marek Stankiewicz
naczelnny@gazetalekarska.pl

W numerze między innymi

Olsztyn będzie kształcić przyszłych medyków	4
Okiem Prezesa	5
W zaciszu, ale z przytupem	6-7
Bawię się na poważnie	8-9
Zdrowsze zęby, to zdrowsze społeczeństwo	10-13
U stomatologów	12
Cena wiedzy	14-15
Nowe zasady postępowania kwalifikacyjnego do rozpoczęcia specjalizacji	16-17
System modułowy	17
Roszczenia pacjentów nie tylko przed sądem	18-19
JGP po polsku	21-22
Pokrzywdzony pacjent będzie stroną w postępowaniu	22-23
Bezsilność lekarza rodzinnego	24
Przychodzi lekarz do prawnika	26-27
Nobel 2008	28-29
Chwała higienistom!	30-33
Izby czyli nobilitacja	34-35
Lekarski sport	36-40
Książki nadesłane	44-45
Kalendarz: kursy, szkolenia, zjazdy	46
Praca: konkursy, zatrudnię, szukam	47-57
Ogłoszenia różne	57-60
Program TVN Med.	61

**Zbieraj punkty edukacyjne
przez Internet**
www.kursy.portalmed.pl

Największa baza ofert pracy dla lekarzy
www.praca.gazetalekarska.pl

Olsztyn będzie kształcić przyszłych medyków

Inauguracja roku akademickiego 2008/2009 na Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim miała szczególnie uroczysty charakter. UWM na 15 wydziałach kształci 42 tys. osób. Jednak tym razem dominowała grupka studentów medycyny.



Utworzenie kierunku lekarskiego na Wydziale Nauk Medycznych nie było łatwe, ale dzięki determinacji orędowników tej idei i ich przyjaciół udało się pokonać wszystkie napotkane przeciwności. „Jest to wydarzenie o historycznym wymiarze. Po raz pierwszy w powojennej Polsce, tak jak to było w europejskiej tradycji szkolnictwa wyższego, powszechny uniwersytet będzie kształcił przyszłych lekarzy na nowo utworzonym własnym wydziale” – powiedział **prof. Wojciech Maksymowicz**, dziekan Wydziału Nauk Medycznych UWM.

Uroczystość zaszczylił szef Parlamentu Europejskiego **Hans-Gert Pöttering**, który odebrał tytuł doktora honoris causa naszej uczelni. Obra-

dowała również w Olsztynie Senacka Komisja Zdrowia, która analizowała założenia projektu zmian kształcenia przed- i podyplomowego.

Studenci przemaszewali przez Starówkę w orszaku spod Katedry do dziedzica zamkowego. Tam czekały na nich fanfary specjalnie napisane na tę uroczystość przez dyrygenta olsztyńskiej Filharmonii **Janusza Lewalskiego**.

Nowych studentów medycyny zaprzysiężono na zamku kapituły warmińskiej w salach, w którym mieszkał i tworzył Mikołaj Kopernik. Szczegółowo badał i opisał losy Kopernika, jako lekarza, nie tylko astronoma, **dr Stanisław Flis** z Olsztyna. On też opisał historię inkunabułu przechowywanego na zamku.



W księdze tej zapisano dwa traktaty medyczne: „*Breviarium practice*”, czyli brewiarz medycyny praktycznej autorstwa Arnolda Villanova z 1485 r. i „*Canonica de febris*”, czyli kanony o stanach gorączkowych dra Michała Savonarolinego z 1487 r.

Pomostem przejścia z uduchowionego nastroju do rzeczywistości był wykład inauguracyjny dziekana Wojciecha Maksymowicza, opisującego medyczne poszukiwania lokalizacji duszy. **Prof. Jerzy Woy-Wojciechowski** zaapelował do studentów medycyny o dodatkową przysięgę – niepalenie.

Szef olsztyńskiego samorządu lekarskiego **Lech Dudziński** wręczył ufundowane przez Okręgową Warmińsko-Mazurską Izbę Lekarską pamiątkowe medale znamienitym gościom. Studenci oprócz indeksów również otrzymali tę wyjątkową pamiątkę.

Na studentów czeka osiedle studenckie, zaliczane do najpiękniej zlokalizowanych ośrodków akademickich w Polsce. MON przekazał uczelni szpital garnizonowy, gdzie stworzony zostanie jeden z najnowocześniejszych w Polsce zakładów anatomii. Oprócz kształcenia studentów olsztyńska anatomia planuje szkolenia lekarzy praktyków, przeprowadzanie kursów „dojść operacyjnych”. Nowoczesne wyposażenie umożliwi pełną symulację warunków operacyjnych.

Anna Lella

Nasi w Europie

Dr hab. Romuald Krajewski został wybrany wiceprezydentem Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (UEMS), najstarszej organizacji europejskich lekarzy. UEMS właśnie obchodzi swój Złoty Jubileusz.

Romuald Krajewski (56 lat) jest neurochirurgiem, absolwentem warszawskiej AM (1975), kierownikiem Oddziału Zabiegowego Kliniki Nowotworów Głowy i Szyi Centrum Onkologii w Warszawie, przewodniczącym Rady Konsultacyjnej Agencji Oceny Technologii Medycznych, sekretarzem Odwoławczej Komisji Bioetycznej przy Ministrze Zdrowia, członkiem Polskiego Towarzystwa Chirurgii Podstawy Czaszki. Od pierwszych chwil po reaktywacji związany z samorządem lekarskim, długoletni przewodniczący Naczelnego Sądu Lekarskiego, obecnie pracuje



w Prezydium NRL. Jest również publicystą i redaktorem wydania sieciowego „Gazety Lekarskiej”.

Podstawowymi celami UEMS są: udzielanie wysokiej jakości opieki zdrowotnej, podtrzymywanie i rozwijanie niezależności zawodowej lekarzy, zapewnianie specjalistom dostępu do wysokiej jakości kształcenia, wspieranie swobodnego przepływu specjalistów pomiędzy krajami UE, reprezentowanie organizacji specjalistów wobec organów statutowych Unii. UEMS skupia 35 krajów, sekretariat mieści się w Brukseli. Więcej – www.uems.net

MS

Okiem Prezesa

Ostatnie tygodnie to okres wzmożonego ruchu w okręgowych izbach lekarskich. Piątego listopada, zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia z 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów, zakończył się pierwszy okres rozliczeniowy, w którym członkowie naszego samorządu powinni przedstawić indeksy z dokonanymi w nich wpisami potwierdzającymi dopełnienie obowiązku doskonalenia i zdobycie co najmniej 200 punktów edukacyjnych. Cztery lata wcześniej, 14 kwietnia 2000 r. Uchwałą Nr 013/97/00/III w tej samej sprawie Naczelna Rada Lekarska stwierdziła, że system zbierania punktów da możliwość formalnego potwierdzenia wysiłków edukacyjnych tym kolegom, którzy mimo często bardzo trudnych warunków pracy poświęcają swój czas, a często także środki finansowe, ustawicznemu doskonaleniu swojej wiedzy. Ze względu na nieprecyzyjność przepisów rozporządzenia i aby wszystkim członkom samorządu dać szansę wywiązania się z tego obowiązku NRL przyjęła, że punkty mogą być liczone od daty wejścia w życie ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza, tzn. od 27 września 1997 r. W praktyce oznacza to, że pierwszy „czteroletni” okres rozliczeniowy trwa aż jedenaście lat!

Aby poprawić dostępność doskonalenia zawodowego NRL podjęła inicjatywę zorganizowanego nacisku na władze poprzez obywatelską inicjatywę ustawodawczą mającą zapewnić lekarzom i lekarzom dentystom płatne urlopy szkoleniowe oraz możliwość odliczenia wydatków na kształcenie od podatku. NRL wielokrotnie występowała do władz państwowych o uwzględnienie tych postulatów. Mimo ogromnego wysiłku wielu działaczy izb lekarskich, nie udało się zebrać pod projektem ustawy w tej sprawie stu tysięcy podpisów. Osobiście uważam to za porażkę naszego środowiska, które w tak oczywistej sprawie nie potrafiło się zmobilizować do akcji.

Mimo to tysiące koleżanek i kolegów poważnie traktujących zobowiązanie zawarte w Kodeksie Etyki Lekarskiej (zgodnie z art. 56 „powinnością każdego lekarza jest stałe uzupełnianie i doskonalenie swej wiedzy i umiejętności zawodowych”) przedstawia w swoich okręgowych izbach lekarskich materialne dowody swojej aktywności zgodnie z obowiązującymi przepisami. Wielu martwi się, że zaspalo. W poprzednim numerze „Gazety” pokazywałem, jak w prosty sposób, i bez nakładów finansowych, można nadrobić braki.

W tym samym czasie (na dwa tygodnie przed upływem końca okresu rozliczeniowego) uczestnicy X Zjazdu Delegatów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy po dyskusji na temat zasad ustawicznego doskonalenia zawodowego przyjęli przygotowane już wcześniej stanowisko w tej sprawie. Zjazd jest przeciwny obowiązkowi zbierania punktów edukacyjnych i traktowania ich jako formy weryfikacji szkoleń oraz rozliczania ich przez izby lekarskie. Zjazd stwierdził, że jest to forma, która nie odpowiada powadze zawodu lekarskiego, infantylna i jednocześnie upokarzająca lekarzy, którzy są traktowani przedmiotowo, jak osoby niedojrzałe i nieodpowiedzialne, wymagające administracyjnego nadzoru. Uznano, że to bezmyślność prowadząca do niepotrzebnego udręczenia lekarzy.

Nie wiem, czy takie mocne słowa nie są obraźliwe dla tych, którzy poważnie potraktowali zasady obowiązujące od kilku lat w Polsce wzorem najlepszych praktyk w wielu krajach świata. Trzeba przypomnieć, że już przed rokiem 2000 (uchwała NRL) kilka polskich towarzystw lekarskich (np. Towarzystwo Internistów Polskich, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne) stosowało systemy punktowania wysiłków edukacyjnych swoich członków. Warto także przyrzeć się, jak sytuacja w tym zakresie wygląda na świecie. Obowiązek (a w niektórych krajach zalecenie) potwierdzania doskonalenia zawodowego w podobny do naszego sposób istnieje w przeważającej większości państw europejskich. Coraz powszechniejszy w krajach Unii Europejskiej staje się system akredytacji i punktowania szkoleń (EACCME) proponowany przez Europejską Unię Lekarzy Specjalistów (UEMS). Bardzo podobny system (*nota bene* wzajemnie uznawany przez UEMS i Amerykańskie Towarzystwo Lekarskie – AMA) funkcjonujący od wielu lat w USA w praktyce warunkuje utrzymanie tytułu specjalisty praktykującym lekarzom.

Od kilku lat samorząd lekarski nie tylko przygotowuje się do rozliczania swoich członków z tego, czy dopełnili obowiązku doskonalenia. Naczelna i okręgowe izby lekarskie dokonują ogromnego wysiłku, aby na różne sposoby (kursy, konferencje, internetowe platformy edukacyjne, telewizja edukacyjna) wesprzeć lekarzy i lekarzy dentystów, którzy chcą się rozwijać. W wielu izbach jest to wyraźny priorytet. Danie satysfakcji tym, którzy odpowiadają na to wezwanie, ale też przypomnienie obowiązku opornym (a tacy przecież też są wśród nas) jest przejawem troski o wysoką jakość naszych zawodów. Nigdzie tak jak w medycynie nie są aktualne słowa Arystotelesa: „Jeśli uważasz, że nauka jest drogą, to pomyśl, ile będzie kosztować niewiedza”.

Konstanty Radziwiłł

W zaciszu, ale z przytupem

Marek Stankiewicz

69 delegatów, reprezentujących 15-tysięczny Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, skryło się tym razem w Ośrodku Wypoczynkowym „Zacisze”, w Spale (woj. łódzkie), gdzie rzeczka Gać tworzy malownicze zakola i rozlewiska z licznymi żeremiami bobrów.

Jak na rezerwat przyrody przystało, w ośrodku obowiązywał kategoryczny zakaz palenia, a za złamanie go w przypadku nieuzasadnionej interwencji straży pożarnej groziła grzywna 600 zł. W tej sprawie obyło się bez ekscesów. Palacze przemycali opłotkami, i dobrze im tak!

– Kondycja finansowa związku nigdy nie była tak mocna – zapewnia Dariusz Ratajczak, skarbnik OZZL, który obraca miesięcznie kwotą ponad 100 tys. zł.

„Wasz system ochrony zdrowia trafi korupcja. 30% środków gdzieś się podziewa. Na obrzeżach Unii Europejskiej tworzą się medyczne pustynie bez lekarzy. Tak dalej być nie może!” – ostrzegał gość zjazdu Claude Wetzel ze szpitala akademickiego w Strasburgu, przewodniczący Europejskiej Federacji Lekarzy Etatowych (FEMS), o członkostwo której ubiega się OZZL. Dr Wetzel ujawnił, że zarabia średnio 5770 euro brutto miesięcznie.

Odwagi nie brakowało, wyobraźni czasem tak

– Władze liczą się z nami tylko wtedy, gdy posłużymy się tępą siłą – spointował swoje sprawozdanie z działalności Krzysztof Bukiel, niekwestionowany od

lat lider OZZL, którego związkowe wynagrodzenie wynosi miesięcznie 7740 zł.

Bukiel nawiązał do strajku, który był głównym elementem ubiegłorocznego zrywu. O sukcesie zadecydowała jednakowa treść żądań, będących podstawą sporu zbiorowego, powołanie regionalnych komitetów strajkowych i ich koordynacja na poziomie kraju oraz jednolity harmonogram. I ta instrukcja została wykonana – stwierdził dumnie szef związku. Po ubiegłorocznych strajkach płaca zasadnicza specjalisty oscylowała wokół 4 tys. zł, choć płaca całkowita była większa, bo obejmowała również dodatki, np. stażowy.

Działalność OZZL wyróżniała się zawsze wielotorowością. Obok strajków, demonstracji i pikiet, związek sięgał po wystąpienia do Trybunału Konstytucyjnego, składanie indywidualnych pozwów przez lekarzy, informacje dla pacjentów, happeningi, wystąpienia w mediach. Klauzula *opt-out* stała się dla lekarzy szansą na podjęcie równoprawnych negocjacji w sprawie ich wynagrodzeń. Najbardziej dramatyczny przebieg miał konflikt w szpitalu wojewódzkim w Radomiu, a w łamanie lekarzy zaangażował się najwyższe władze w kraju, z premierem włącznie. W wielu szpitalach

dyrektorzy udawali, że nie nastąpiły żadne zmiany związane z czasem pracy i organizacją dyżurów. Niestety, w kilku miejscach lekarzom, którzy uskarżali się wcześniej na nieprawidłowości, zabrakło wyobraźni, aby potwierdzić swe zarzuty w obecności inspektorów PIP – ubolewał szef związku. W grudniu ub. roku zabrakło już chętnych do strajku.

Pięć schodków do poparcia

Pod rekomendacjami *Białego szczytu* zabrakło podpisu przedstawicieli OZZL. Zdaniem Bukiela dokument zatrzymał się na etapie hasel i miał posłużyć rządowi jako dowód społecznego poparcia dla programu rządowego.

Zjazd przedstawił recenzję rządowego programu reformy ochrony zdrowia. Zdaniem OZZL skuteczna reforma musi dopasować poziom finansowania lecznictwa do faktycznych kosztów gwarantowanych świadczeń zdrowotnych, co wymaga stworzenia koszyka świadczeń gwarantowanych uwzględniającego współpłacenie przez pacjentów za część świadczeń oraz zwiększenia nakładów ze środków publicznych, aby dopłaty do leczenia nie były zbyt duże. Konieczna jest również rezygnacja z limitowania świadczeń refundowanych i konkursu ofert oraz wprowadzenie zasady, że to pacjent wybiera, gdzie się leczy, a płatnik płaci za to leczenie, aby stworzyć warunki do sprawiedliwej konkurencji. Dopiero wówczas przekształcenie szpitali w spółki prawa handlowego może zyskać poparcie OZZL-u.

To nie lekarze mają się obawiać

Zdaniem liderów OZZL-u rząd akcentuje wyłącznie przekształcenie szpitali w spółki, a pomija inne, konieczne zmiany, które umożliwią urealnienie cen za świadczenia finansowane przez NFZ. W takiej sytuacji dyrektorzy szpitali staną pod ścianą: albo zbilansują szpital za wszelką cenę, albo doprowadzą go do bankructwa, a wcześniej siebie skazą na utratę pracy. Niektórzy liczą na to, że wy-

straszą lekarzy perspektywą utraty pracy, w związku z przekształceniem szpitala w spółkę. Bazując na tym lęku niektórzy dyrektorzy będą chcieli obniżyć płace lekarskie lub przynajmniej pozostawić je na dotychczasowym poziomie. Tę perspektywę trzeba odwrócić – apelują związkowcy. To nie lekarze mają się obawiać, że nie znajdą pracy w spółce, to spółka musi się obawiać, że nie znajdzie lekarzy do pracy, co zagrazi jej dochodom.

Ważną uchwałą jest ta dotycząca postępowania lekarzy w przekształcanych w spółki handlowe szpitalach. Związek wzywa w niej m.in., by lekarze domagali się podwyżek, a w przypadku odmowy odchodzili z pracy. OZZL proponuje, aby we wszystkich placówkach, jeszcze przed dokonaniem przekształcenia, organizacje terenowe związku wystąpiły do dyrekcji z żądaniem ustalenia zasadniczych płac lekarskich. Lekarz specjalista powinien zarabiać dwie średnie krajowe, czyli ok. 6 tys. zł brutto. Lekarz z pierwszym stopniem specjalizacji (asystent) powinien otrzymywać co najmniej 5,5 tys. zł brutto.

Infantylnie punkty

Zjazdowe kontrowersje wzbudziło zbieranie punktów edukacyjnych przez lekarzy. Związkowi nie podoba się ani zbieranie, ani rozliczanie ich przez izby lekarskie, które wezwał do zaprzestania tej formy weryfikacji obowiązków kształcenia podyplomowego. *Jest to forma – czytamy w uchwale zjazdu – która nie odpowiada powadze zawodu lekarskiego, infantylna i jednocześnie upokarzająca lekarzy, którzy są traktowani przedmiotowo, jak osoby niedojrzałe i nieodpowiedzialne, wymagające administracyjnego nadzoru. Prowadzi ona również do spłylenia problemu, utożsamiając poziom wykształcenia lekarza z ilością zgromadzonych przez niego punktów. Dla niektórych firm i instytucji stanowi okazję do nadużyć: kryptoreklamy swoich produktów lub łatwego zarobku przez oferowanie pseudoszkoleń, pozwalających na „szybkie i bezstresowe” zebranie odpowiedniej ilości punktów.*

To niepotrzebne udrczenie lekarzy kolejnymi administracyjnymi czynnościami bez sensu – dodaje Sławomir Zimny z Łodzi. Czy związkowcy z OZZL nie obawiają się zarzutu o sprzyjanie lekarskim leniom i nieukom? „Nasze kwalifikacje i aktualny stan wiedzy medycznej bez trudu i żadnych punktów oceniają nasi zagraniczni pracodawcy” – wyjaśnia „Gazecie Lekarskiej” jeden z liderów OZZL Ryszard Kijak, anesteziolog z Białegostoku, który zgromadził już aż 899 punktów.

Związkowcom nie podoba się ani zbieranie punktów, ani rozliczanie ich przez izby lekarskie



fot. Marek Stankiewicz

Bawię się na poważnie

Ze Stanisławem Machowskim, lekarzem sportowym Legii Warszawa rozmawia Marek Stankiewicz

• *Panie doktorze, czego potrzeba, by zostać lekarzem piłkarskiej reprezentacji Polski? Wiedzy, szczęścia czy układów?*

– Trzeba przede wszystkim pokochać ludzi, medycynę i sport, ale nie tylko. Najbardziej pożądanymi są traumatolodzy, którzy wzbogacają swoje kwalifikacje specjalizacją z medycyny sportowej. Sport to nie tylko urazy, ale fizjologia treningu, biochemia, farmakologia, poprzez kardiologię, dermatologię aż po ginekologię i pediatrię. Sport uprawiają przecież kobiety i dzieci. Moją przygodę z medycyną sportową rozpoczynałem w Legii wcale nie od futbolu, ale od piłki wodnej i hokeja. Ja nie uprawiałem sportu wyczynowego, ale grałem w koszykówkę w reprezentacji uczelni, co sprawiło mi wielką radość. Teraz już tylko biegam, średnio 40 km tygodniowo.

• *Chce pan powiedzieć, że jak ktoś kocha sport, to zawsze znajdzie do niego drogę?*

– Tak, choćby jako kibic. Ale dla mnie to było za mało. Ja chciałem współtworzyć, czyli być artystą na swój sposób.

• *Odtworzenie rezerw energetycznych, utrzymanie cech motorycznych oraz odnowienie psychiki sportowca. Długo się tego trzeba uczyć? Młodzież lekarska jest dzisiaj niecierpliwa...*

– Na przykład fizjologii to się uczyłem w życiu dwa razy. Raz na studiach, a potem po latach, kiedy zdałem sobie sprawę ze swoich braków. Wszystko trzeba przyswajać systematycznie i stopniowo, zaliczać staże cząstkowe i zgłębiać wiedzę teoretyczną z wielu dziedzin medycyny. Lekarz sportowy nie tylko wspomaga sportowców, ale również musi umieć wyselekcjonować ludzi, którzy z powodu wad nie powinni uprawiać sportu.

• *A może u boku i pod okiem dr. Machowskiego poszłoby to szybciej. Młodzi ludzie szukają często bratniej duszy, która wyciągnęłaby życzliwą dłoń...*

– Bez wątplenia, specjaliści, którzy długo siedzą w zawodzie, mogliby pomóc początkującym w pokonaniu różnych raf czy wyjaśnieniu niedomówień, ale niekoniecznie prowadzić ich za rączki. Bez determinacji niewiele się osiągnie. W Legii powstała właśnie Akademia Piłkarska, już dziś szkolimy z powodzeniem ponad 250 dzieci z całej Polski, a chcemy dojść do tysiąca najmłodszych adeptów piłki nożnej. Aby podolać temu wyzwaniu niezbędne są właściwe warunki, które stworzy klub. Już dziś szukamy lekarzy, magistrów rehabilitacji ruchowej, fizjologów, pedagogów i psychologów. Mogłoby się wydawać, że nie ma ich wokół nas wielu,

ale może brakuje im czasem odwagi, a może okazji, aby zapytać o możliwości. Jestem dla nich otwarty. Zachęcam lekarzy, aby zaczęli się tym bawić na poważnie.

• *Po co komu taka specjalizacja w Białymostku, Sieradzu czy Złotowie?*

– Medycyna sportowa jest nauką o zachowaniu pełnego zdrowia przez osoby uprawiające sport wyczynowy. Opiera się na wszystkich osiągnięciach współczesnej medycyny teoretycznej i klinicznej. Rzeczywiście w mniejszych ośrodkach medycyna sportowa nie ma takiego znaczenia jak w renomowanych klubach. Ale zainteresowanie nią można rozwijać wszędzie tam, gdzie ludzie uprawiają sport. To zależy od entuzjazmu i ambicji lekarza.

Uzyskanie specjalizacji z medycyny sportowej jest tylko wstępem do kariery. Trzeba nieustannie uczyć się, doświadczać i chłonąć nowości. Powiem krótko, to jest specjalizacja dla ludzi bez kompleksów, dla lekarzy szczególnie zainteresowanych urazami, bo taka jest istota sportu. To nieprawda, że z małego ośrodka nie można trafić na wielkie igrzyska i znaleźć się tam, gdzie orkiestra gra marsza generalskiego, a ryk stadionu wyzwała emocje. Nikt mi nie zabierze wzruszeń, radości i eksplozji szczęścia, jakich dostarczyły mi wielkie spektakle piłkarskie, w których byłem aktorem. To coś zupełnie innego niż bierne uczestnictwo.

• *Mówi się, że lekarz sportowy to niepewny kawalek chleba...*

– Ja w Legii jestem od 27 lat. Niepewność jest funkcją braku zaufania zarówno szefów, jak i podwładnych.

Ale na zaufanie trzeba sobie zapracować. Albo jesteśmy coś warte, albo nie.

• *Czy medycyna sportowa może być źródłem lekarskiej satysfakcji? Przecież to nie leczenie ani przywracanie zdrowia chorym.*

– No jasne! Musiałem kiedyś z powodów zdrowotnych zrezygnować z operatywy. Medycyna sportowa sprawiła, że nie była to decyzja tak bolesna i dramatyczna. Dziś niczego nie żałuję. Traumatologia sportowa ciągle zmusza do podejmowania decyzji. Oczekuje się od nas trafnej diagnozy i szybkich werdyktów odnośnie wyboru metody leczenia, aby jak najszybciej przywrócić zawodnika do boiskowej dyspozycji. Chirurg czerpie satysfakcję z udanej operacji, a ja z tego, że drużyna zdobyła mistrzostwo czy puchar, pokonała najgroźniejszego rywala, awansowała do rozgrywek europejskich. Dopiero potem pojawia się finansowa gratyfikacja, bo i z czegoś musimy żyć.

• *Miewał pan kompleks niższości wobec lekarzy sportowych pracujących dla wielkich zagranicznych klubów piłkarskich?*

– Nigdy. Zawsze miałem poczucie swojej wartości. Wierzyłem w to, co badam i diagnozuję. Czasem targają mną różne wątpliwości, ale nie ma ich ten, kto nic nie robi. Staram się ciągle poszukiwać nowych metod dochodzenia do trafnej diagnozy i przewidywania skutków kontuzji, bo tylko ona jest podstawą ostatecznego sukcesu. A to, że nas czasem nie stać na najlepsze metody leczenia, wcale nie oznacza, że jesteśmy mniej warte. Zawodnicy z najbogatszych klubów operują się często na drugim końcu świata i nikt nie robi z tego problemu.

• *Powróćmy jeszcze do zawodowej satysfakcji. Zawodnicy powinni być maksymalnie przygotowani już od pierwszego meczu sezonu, natomiast taktyka szafowania siłami zależy od trenera oraz samych zawodników, w zależności od przeciwnika, przebiegu spotkania i terminu rozgrywania meczu. Czy lekarz w zawodowym klubie ma wiele do powiedzenia?*

– W prawidłowym modelu lekarz musi współtworzyć sukces, który niekoniecznie musi być mistrzostwem. Może to być również awans do europejskich pucharów czy 5 miejsce lub nawet utrzymanie się w lidze. Poprzez całą gamę badań fizjologicznych i biochemicznych lekarz pomaga trenerowi uzyskać założony wcześniej cel. On zaś dopasowuje



odpowiednie metody przygotowania fizycznego, pracuje nad zespołem pod względem taktyki i układu go pod względem psychologicznym. Uzyskuje się to w toku mezo- lub mikrocyklu lub bezpośrednio w okresie startowym.

• *Czy pracowałby pan z trenerem, który nie chciałby pana słuchać?*

– Bywają tacy trenerzy, ale muszą brać pełną odpowiedzialność za to, co robią. Moim moralnym obowiązkiem jest ostrzeganie trenera, ale również informowanie o zagrożeniach. Do przyjemności należy praca z trenerem, który niemal bez słów rozumie zagadnienia fizjologii treningu i z którym w ciągu kwadransa można nakreślić cykl pracy w mikrocyklu tygodniowym. W Polsce nie ma wielu takich trenerów.

• *Jaka odległość dzieli doping od wspomagania ze sportowo-lekarskiego punktu widzenia?*

– Wspomaganie to jest posługiwanie się substancjami fizjologicznymi, by przywrócić organizm do stanu równowagi po maksymalnym wysiłku i skumulować związki energetyczne do treningu i meczu. Doping zaś zagraża zarówno zawodnikowi, jak i niweczy zdrową rywalizację. Rzecz jasna, że lekarzowi nie wolno w tym uczestniczyć. Dążenie do sławy i pieniędzy jest tak silne, że sportowcy zawsze sięgali i będą sięgać po niedozwolone środki. Doping wlecz się za nami od greckich olimpiad. Badania antydopingowe służą ochronie zdrowia zawodników, którzy

często z braku rozsądku zostali rzućeni na najgorsze rafy w sporcie.

• *A może wystarczyłoby nie przeszkadzać biologii?*

– Jeśli lekarze nie przeszkadzają biologii, to ona sobie bardzo dobrze sama radzi. Ale w dzisiejszym sporcie to nie wystarczy. Fizjologię można i trzeba wspomagać, bo mamy do czynienia z ekstremalnym wysiłkiem, po którym organizm trzeba szybko restytuować do ponownego wyczynu.

• *Czy z samej medycyny sportowej da się wyżyć?*

– Chyba raczej byłoby trudno. Medycyny sportowej nie wystarczy liźnąć, tu każdy błąd szybko wychodzi na wierzch. Tu jest wszystko „na wczoraj”. Niedopatrzenie czy zaniedbanie ujawni się jutro na oczach tysięcy widzów na stadionie. Trzeba być dyspozycyjnym przed treningiem, w trakcie i po, w weekendy i na wyjazdach. Aby utrzymać się w wysokiej formie trzeba uczestniczyć w krajowych i zagranicznych sympozjach i konferencjach, które federacje piłkarskie FIFA i UEFA ciągle organizują. Ostatnio szczególnie nacisk kładzie się na profilaktykę, sport dzieci i młodzieży, urazy mięśni i kontuzje przeciążeniowe stawów w związku z nieodpowiednim obuwiem i nawierzchnią boisk piłkarskich.

• *Wierzy pan, że Polska będzie piłkarskim mistrzem świata?*

– Może dożyję.

Stanisław Machowski, lat 57, pochodzi ze Świlczy k. Rzeszowa, absolwent WAM (1975). Specjalista z zakresu ortopedii i traumatologii oraz medycyny sportowej. Od 1980 r. lekarz sportowy warszawskiej Legii. Współpracował w wybitnymi trenerami, m.in. z Kazimierzem Górskim, Andrzejem Strejlauem, Jerzym Engelem, Pawłem Janasem, Dariuszem Wdowczykiem i Janem Urbanem. Żonaty, dwoje dzieci – syn jest lekarzem. Hobby: wędkarstwo.



Zdrowsze zęby, to zdrowsze społeczeństwo

Z prof. dr. hab. **Markiem Ziętkiem**
prezydentem Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego
kierownikiem Katedry i Zakładu Periodontologii AM we Wrocławiu
rozmawia Agnieszka Katrynicz



• **Panie profesorze, jak pana zdrowie?**

– Czuję się bardzo dobrze, chociaż zupełnie zdrowy nie jestem, bo mam nadciśnienie. Leczę się, więc moje wyniki są całkiem niezłe.

• **No właśnie – kiedy ostatnio robił pan badania?**

– Jako pracownik uniwersytetu muszę poddawać się badaniom kontrolnym co dwa lata. Ale jak mówiłem wcześniej z moim zdrowiem nie jest najlepiej, więc wykonuję nie tylko badania podstawowe, ale też te bardziej szczegółowe. Kompleksowe przechodziłem równo rok temu, a w zeszłym miesiącu dokładnie sprawdziłem stan swojego serca.

• **Jednak Polacy dość niechętnie się badają, działania profilaktyczne nie mają masowego oddźwięku...**

– Niestety, tak. Sytuację poprawiają nieco akcje i programy profilaktyczne nagłaśniane przez media. Niektóre kampanie, np. te poświęcone sercu czy profilaktyce onkologicznej przyniosły naprawdę dobre efekty. Ale są to wszystko działania doraźne. Powinien

być stworzony system, w którym pacjent będzie zapraszany na badania, np. każda kobieta co roku powinna dostać imienne zaproszenie na cytologię. Nie można liczyć tylko na medialne akcje, w dodatku finansowane najczęściej przez firmy farmaceutyczne. To państwu, jako instytucji, powinno zależeć na dobrym zdrowiu obywateli.

• **Nie da się tego zrobić bez udziału lekarzy, którzy mogą uświadamiać pacjentów. Ale zastanawiam się czy sami swoją postawą mogą dawać przykład.**

– Lekarze to grupa najrzadziej poddająca się badaniu i leczeniu. Szczególnie, jeśli lekarz nie ma obowiązku narzuczonego przez pracodawcę, który wysyła go na badania. Większość moich kolegów uważa, że mogą sami się zdiagnozować i sami leczyć. Są przekonani, że wiedza ich do tego upoważnia. A to nieprawda. Współczesna medycyna tak bardzo się wyspecjalizowała, że nikt nie jest w stanie być dobrym diagnostą w każdej dziedzinie. Powiem więcej – często takim samoleczeniem można sobie bardziej zaszkodzić niż pomóc, choćby dlatego, że nie zna się najnowszych wytycznych, np. w leczeniu nadciśnienia.

Nie mówiąc o tym, że wiele chorób, jak wspomniane nadciśnienie, długo nie daje żadnych objawów, a może być groźne dla zdrowia. Dlatego regularne badania kontrolne są takie ważne.

• **Tak samo jak regularne sprawdzanie stanu uzębienia, jednak wielu Polaków omija dentystę szerokim łukiem...**

– Jest grupa pacjentów, którzy o zęby dbają i regularnie odwiedzają stomatologa, jednak to jest mniejszość. Dużą większą grupę pacjentów stanowią ci, którzy na fotel siadają tylko wtedy, gdy nie mogą wytrzymać z bólu. A wtedy na leczenie jest najczęściej za późno i dentysta nie ma wyboru, musi albo usunąć ząb, albo go dewitalizować. Dlatego trzeba zrobić wszystko, by uaktywnić tę grupę, bo tylko w ten sposób będziemy mieć zdrowe społeczeństwo.

A pacjenci muszą zrozumieć, że tylko w ten sposób mogą uniknąć bólu, nieprzyjemnych wizyt czy wręcz utraty zębów.

• **Tylko jak prowadzić skuteczną akcję profilaktyki stomatologicznej?**

– Mamy chociażby bardzo dobry przykład krajów skandynawskich, gdzie od lat sześćdziesiątych jest prowadzony program profilaktyczny finansowany przez państwo. Program ten obejmuje m.in. oświatę zdrowotną, fluorowanie i lakowanie zębów u dzieci. Efekt? W tych krajach notuje się najniższą w Europie zachorowalność na próchnicę. Tymczasem Polska pod względem zachorowalności na próchnicę dzieci zajmuje przedostatnie miejsce w Europie. Niestety, nawet tak alarmujące dane nie przekonują naszych decydentów zdrowotnych do zajęcia się problemem. Sam jako prezydent Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego kilkakrotnie zgłaszałem potrzebę badań profilaktycznych w zakresie chorób przyzębia, ale moich apeli nikt nie chce słuchać. A warto dodać, że WHO zaleca przeprowadzanie takich badań co 10 lat, tymczasem my ostatnie przeprowadziliśmy ponad 20 lat temu.

• **Co należałoby zrobić, by zmienić ten stan rzeczy?**

– Przede wszystkim potrzeba więcej pieniędzy. Należałoby postawić na badania u dzieci – zgodnie z zasadą, że czym skorupka za młodu nasiąknie, tym na starość trąci. Przykre, że Ministerstwo Zdrowia nie ma pieniędzy na takie badania. Łukę starają się uzupełnić samorządy – np. we Wrocławiu władze przeznaczyły pieniądze na taką akcję w szkołach. Ale to nie wystarczy. Potrzebne jest długofalowe działanie, tak jak w Skandynawii. Niestety, chociaż pracuję od 34 lat, to nie pamiętam ani jednego programu profilaktycznego, który zostałby doprowadzony do końca. To były raczej akcje typu lakowania zębów czy ich fluorkowania. A to zdecydowanie za mało. Nie mówiąc już o tym, że fluorkowanie w szkołach przeprowadzają dzisiaj higienistki szkolne, które nie do końca są to tego typu działań przygotowane. Znacznie lepsze efekty można by osiągnąć, gdyby opieka nad dziećmi z danej szkoły bądź szkół była po prostu jednym z punktów kontraktu stomatologa z NFZ-em.

• **Ale w niektórych miejscach tak jest, a sytuacja wcale się nie polepsza.**

– To prawda. Ale to kwestia kontroli przez płatnika. Polskie Towarzystwo Stomatologiczne rok temu zapytało wszystkie oddziały NFZ-u o programy fluorkowania prowadzone na ich terenie.

Wie pani ile dostaliśmy odpowiedzi? Cztery. Tylko w tylu oddziałach ktoś coś wiedział na ten temat.

Ale nawet najlepsze akcje profilaktyczne nie zmieniają tego, że pacjenci nie chcą leczyć zębów.

Często jest to kwestia pieniędzy, bo nie da się ukryć, że usługi stomatologiczne są drogie.

To wina przede wszystkim bardzo ubogiego koszyka świadczeń kontraktowanych przez NFZ. Od dawna nasze środowisko alarmuje, że np. kontraktowanie leczenia zębów trzonowych z zastosowaniem amalgamatu, to ośmieszanie polskiej stomatologii, bo tego preparatu właściwie się już nigdzie nie stosuje. I to nie tylko ze względów estetycznych, ale przede wszystkim zdrowotnych. Tak samo jest w protetyce – NFZ refunduje tylko protezy osiadające, które powinny być stosowane jako protezy tymczasowe. Piśmiennictwo światowe zaleca, by stosować uzupełnienia stałe, jak korony, mosty itp., ale te usługi są dostępne u nas tylko prywatnie i nierzadko kosztują tyle, ile wynosi przeciętna pensja Polaka. Nic dziwnego, że wiele osób na to nie stać i dlatego do gabinetów stomatologicznych nie zagląda.

• **Ponad 60 proc. Polaków nie korzysta z usług publicznej stomatologii. Na 10 tys. osób nie przypada nawet jeden dentysta zatrudniony w państwowym zakładzie opieki zdrowotnej – wynika z danych prof. Franciszka Szatko z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.**

Może to oznacza, że prywatyzacja dentystów była błędem?

– Błędem jest przede wszystkim brak pieniędzy w systemie, a co za tym idzie przeznaczanie zbyt małych środków na stomatologię. To prawda, że pacjent ma bardzo utrudniony dostęp do lekarza z kontraktem. Umowy z NFZ-em podpisuje tylko jedna trzecia dentystów, którzy się o nie starają. Tyle pieniędzy przeznacza Fundusz na stomatologię. O bardzo małym zakresie usług, które można wykonać „za darmo” już mówiłem, a do tego wszystkiego trzeba dodać zbyt małą liczbę punktów, którą dentyści mają do wypracowania. Efekt jest taki, że w większości gabinetów „pacjentów z NFZ-u” przestaje się przyjmować gdzieś tak w połowie miesiąca, bo nie ma już punktów. To dlatego na początku miesiąca pod gabinetami, które mają kontrakt z NFZ-em, dzieją się dantejskie sceny. Czy to powinno tak wyglądać? Oczywiście, nie. Aby to

dokończenie na str. 13

REKLAMA

REKLAMA

Dentyści to też lekarze

Małgorzata Kaczmarek-Banasia

24 września br. w Poznaniu, przy okazji XVIII Środkowoeuropejskiej Wystawy Produktów Stomatologicznych CEDE 2008, odbyło się coroczne posiedzenie Akademii Pierre Faucharda.

Spotkania członków Akademii przebiegają według utartego schematu: sprawozdanie członków zarządu, wręczenie dyplomów członkowskich osobom, które w roku poprzednim uzyskały rekomendację sekcji polskiej. Następnie przedstawia się sylwetki lekarzy rekomendowanych do przyjęcia w danym roku do Akademii. W tym roku rekomendację uzyskali: wiceprezes NRL Anna Lella, Izabela Strużycka i Bogdan Lewandowski. Tematem wiodącym posiedzenia było „Razem czy osobno, czyli autonomia lekarzy stomatologów”. Słowo wstępne wygłosił Wojciech Grab, który przypomniał się czytelnikom „Gazety Lekarskiej” tekstem na ten temat w majowym wydaniu.

wieloma innymi sprawami środowiska, choćby: kształceniem przed- i podyplomowym lekarzy dentyistów na konferencji w Nałęczowie, kształceniem podyplomowym na posiedzeniu w Piechowicach, chorobami zawodowymi na specjalnie temu poświęconej konferencji w Warszawie, systemami opieki zdrowotnej w czasie konferencji w Warszawie, autonomią lekarzy dentyistów w Warszawie, a zespołami stomatologicznymi w świetle ustawy o innych zawodach medycznych zajmie się komisja na najbliższym posiedzeniu w Toruniu.

Wiele troski i uwagi poświęcono prawnu atomowemu oraz rozporządzeniu Ministerstwa Zdrowia dotyczącemu

mówką będą zawsze dopłaty” - pisze Piotr Chmielowski, wiceprezes SPiDS w numerze 4/2007 „Nowego Gabinetu Stomatologicznego”. Tymczasem Przewodniczący Wielkopolskiej Izby Lekarskiej przedstawia nam stanowisko Prezydium, adresowane do Prezesa NFZ, w którym popiera dopłaty twierdząc, że w dużej części miejscowości wszystkie bądź prawie wszystkie gabinety mają kontrakt z Funduszem. Prawie stanowi jednak wielką różnicę jak przekonuje reklama. W skali kraju zaledwie 30% gabinetów ma kontrakt z NFZ, a środki przeznaczone na stomatologię stale maleją. Przypominam, że 2009 r. miał być trzecim i ostatnim rokiem na drodze do osiągnięcia cen rzeczywistych na świadczenia stomatologiczne. Mieliliśmy ten cel osiągnąć podwyższając nakłady na stomatologię, a nie utrzymując dopłaty.

Trudno jest pracować na rzecz środowiska i oglądać się stale za siebie czy ktoś znowu nie przyłoży nam z tyłu. Nie da się przewidzieć, kiedy i kto z działaczy wyśle pismo o treści niezgodnej z wypracowanym mozolnie stanowiskiem KSNRL, bo nie potrafi się pogodzić z tym, że jego głos nie zwyciężył, albo jego osobiste interesy nie zostały w pełni zabezpieczone. Powoduje to jednak, że jesteśmy postrzegani jako grupa zawodowa, która sama nie wie, czego chce, ciągle zmienia zdanie, eskaluje żądania. Może w zbliżającej się kampanii wyborczej do samorządu lekarskiego należałoby się dobrze nad tym zastanowić, zanim odda się swój głos na konkretną osobę... Ale wracając do Akademii Pierre Faucharda to szacowne grono jednogłośnie poparło bycie z lekarzami, bo przecież dentyści to również lekarze.

Autorka jest wiceprzewodniczącą ORL w Łodzi, członkiem Komisji Stomatologicznej NRL i Akademii Pierre Faucharda.

Zdrowsze zęby, to zdrowsze społeczeństwo

dokończenie na str. 11

zmienić, trzeba przeznaczyć większą sumę na nasze usługi.

• **Nie ma leczenia, nie ma profilaktyki... Co w takim razie biedny pacjent ma zrobić, by jednak zachować zdrowy uśmiech?**

– Najważniejsza jest codzienna dbałość o zęby. Mycie zębów dwa razy dziennie pastą zawierającą związki fluoru, triclosan, kopolimer, właściwe środki ściernie, to absolutne minimum. Warto jeszcze dodać, że wiele osób popełnia ten błąd, że wstając rano myje zęby, a potem je śniadanie i wychodzi do pracy. Znacznie lepiej byłoby umyć zęby po śniadaniu. A w ogóle najlepiej, jeśli zrobimy to przed i po śniadaniu oraz po każdym posiłku.

• **Ale w ciągu dnia bardzo trudno jest znaleźć czas na mycie zębów. Nie mówiąc o tym, że nie każdemu chce się nosić ze sobą szczoteczkę.**

– To prawda i tu mogą pomóc tak reklamowane gumy do żucia. Oczywiście tak jak ze wszystkim, należy ich używać w umiarkowanych ilościach, by np. nie dopuścić do zaburzeń stawu skroniowo-żuchwowego. Żucie gumy dwa razy dziennie na pewno nikomu nie zaszkodzi. A może wręcz pomóc, bo w ten sposób oczyszczamy zęby, pozbywamy się resztek jedzenia z przestrzeni międzyzębowych, a dodatkowo guma powoduje, że wydzielamy więcej śliny, która również ma działanie bakteriobójcze. Jednak warto dodać jeszcze jedną uwagę: po gumę najlepiej sięgnąć nie wcześniej niż 15-20 minut po posiłku.

• **A co z innymi środkami, takimi jak nici dentystyczne czy płyny do płukania, których pełno jest w każdej drogerii?**

– Oczywiście zalecane jest używanie nici dentystycznych przynajmniej raz dziennie. Jednak z płynami do płukania ust byłbym ostrożny, bo ich codzienne stosowanie niszczy florę bakteryjną, także tę potrzebną nam. Płyny mogą powodować też przebarwienia zębów czy języka – dlatego należy po nie sięgać tylko wtedy, gdy zaleci nam to dentysta. Znacznie skuteczniejsze w usuwaniu bakterii i zapobieganiu stanom zapal-

nym działań są irygatory działające, bo znakomicie usuwają resztki jedzenia, które dostały się do kieszonek dziąsłowych. Przy pomocy irygatora można też zlikwidować stany zapalne dziąsła. Takie urządzenia można kupić niemal w każdej aptece czy np. Internecie.

• **Stomatolodzy ostrzegają, że chore uzębienie to nie tylko kwestia estetyki, ale też zdrowia całego organizmu. Czym grozi nieleczenie zębów?**

– Przede wszystkim próchnicą. Ta z kolei powoduje zgorzel miazgi, a to jest już otwarte źródło zakażenia dla całego organizmu. Choroby przyzębia mają bezpośredni wpływ na rozwój miażdżycy, której następstwami są zawały serca, udary mózgu, powstawanie zakrzepów w zakresie innych narządów wewnętrznych. Mamy też dowody naukowe na to, że paradontoza powoduje przedwczesne porody, a dzieci rodzą się z niską masą urodzeniową. Paradontoza bardzo poważnie wikła też przebieg cukrzycy. Jak widać stomatologia to nie tylko leczenie zębów. Utrzymanie zdrowia jamy ustnej ma kapitalne znaczenie dla zdrowia całego organizmu.

rozmawiała Agnieszka Katrynicz

XVIII Środkowoeuropejska Wystawa Produktów Stomatologicznych CEDE 2008. Na 289 stoiskach swoje oferty dla stomatologów, techników dentystycznych i asystentek, zaprezentowało ponad 500 firm. W siedmiu salach odbywały się warsztaty i kursy. Wykładów wysłuchało ponad 1,3 tys. lekarzy w ciągu trzech dni wystawy. Wystawę odwiedziło ponad 11 tys. gości. Statuetki Grand Prix CEDE 2008 przypadły w udziale: firmie SELIGA MICROSCOPE za Mikroskop OPTILION PICO, firmie GC Europe N.V. za system GC EQUIA oraz firmie PIERRE FABRE MEDICAMENT za Interdentalne szczoteczki Elgydium Clinic Trio Compact Mix i firmy GAMA za NEO DRY (,,pampersy policzkowe”). Kolejna wystawa CEDE odbędzie się również w Poznaniu, w dn. 24-26 września 2009 r.

Leszek Kryst, Stefan Włoch, Eugeniusz Spiechowicz, Zbigniew Klimek i Aleksander Ciągło podkreślali w dyskusji znaczenie bycia razem w samorządzie lekarzy i lekarzy dentyistów. „Powołanie głównego stomatologa kraju niczego nie ułatwi, bo byłaby to funkcja polityczna” - zauważył prof. Kryst. Zgodnie podkreślano, że rozbicie środowiska niczego nie zmieni, środków od tego w NFZ nie przybędzie. Po raz kolejny podkreślono, że Komisja Stomatologiczna NRL zajmuje się ciągle kontraktami z NFZ, a przecież nie wszyscy koledzy pracują na kontraktach. Pragnę zwrócić uwagę, że w twierdzeniu tym jest tylko część prawdy, gdyż komisja w ostatnim roku zajmowała się również

gabinetów posiadających aparaty RTG. Wachlarz spraw jest więc znacznie szerszy niż tylko kontrakty z NFZ. Ale prawda jest taka, że sami koledzy nie pozwolą nam o kontraktowaniu zapomnieć.

Zostały przyjęte stanowiska wobec projektu Zarządzenia Prezesa NFZ dotyczącego warunków wykonywania umów w rodzaju leczenie stomatologiczne w 2009 r. Wydaje się, że wszystko zostało powiedziane, że KSNRL jest przeciwna dopłatom, uważamy bowiem, że nie wszyscy koledzy weszli do systemu i dlatego dopłaty stanowią rodzaj dumpingu. „NFZ będzie się czuł zwolniony z dbania o wysokość środków przekazywanych na stomatologię. Wy-

REKLAMA

REKLAMA



Cena wiedzy

Krystyna Knypl

Wiedza jest bezcenna, za wszystko inne można zapłacić kartą kredytową – tak brzmiałby mój slogan reklamowy, gdybym była właścicielką internetowego portalu dla lekarzy zdobywających punkty edukacyjne.

foto: Marek Stankiewicz

Zdobywanie punktów drogą internetową wydaje mi się bowiem najdogodniejszym sposobem realizowania idei szkolenia podyplomowego i prawdę powiedziawszy nie jestem w stanie pojąć, dlaczego stacjonarne szkolenia, zwane w rozporządzeniu kursami, zajmują najbardziej korzystną pozycję wśród różnych sposobów zdobywania punktów.

Czas rozliczeń naszych osiągnięć podyplomowych nadchodzi szybkimi krokami, czego dowodzi nie tylko kalendarz, ale i anonse z wrześniowego numeru „GL” oraz korespondencja samorządu z NFZ-em, rzecznikiem praw obywatelskich oraz Ministerstwem Zdrowia. Skoro trzeba się rozliczyć, to nasuwa się oczywiste pytanie: Kto płaci rachunek?

Rozszyfruj receptę

Trudna zagadka, zawierająca tekst konsultacji ortopedycznej, zamieszczona w numerze wrześniowym „GL” została rozszyfrowana przez dra Włodzimierza Sodólskiego i zostaje on naszym laureatem. Prosimy jak zawsze o podanie specjalizacji oraz adresu pocztowego, na który zostanie przesłana nagroda książkowa.

Na stronach internetowych promujących wdrożenie recept elektronicznych w Stanach Zjednoczonych przeczytałam informację, że amerykański lekarz rodzinny przyjmuje ok. 30 pacjentów dziennie i wystawia im łącznie ok. 20 recept. (<http://www.nationalerx.com/success-stories.htm>)

Pod względem zamiłowania do łykania tabletek zajmujemy podobno trzecie miejsce na świecie (po Stanach Zjednoczonych i Francji), trzeba oczywiście brać pod uwagę leki bez recepty zażywane przez pacjentów według własnego uznania.

Ydaje mi się, że dzień pracy polskiego lekarza rodzinnego nie jest tak łatwy i nie ogranicza się do przepisania 20 recept dla 30 pacjentów. Czekam na listy na temat zakresu obciążeń w zakresie wypisywania dziennej dawki recept od kolegów prowadzących praktyki lekarzy rodzinnych, a także od innych z rozszyfrowaniem zamieszczonej recepty, pod adresem elektronicznym: krystyna.knypl@compi.net.pl

Rp. Becheli 104 50
B 1 x 200 36
Tritere 10mg 2p
Apo 50mg 20mg 2p
Ranol 50 2p
Kolam 100mg 2p

Przykład z historii

Pismo NFZ nie pozostawia wątpliwości – urząd, zasłaniając się ustawą niczym tarczą, niewzruszenie wypowiada formułę „non possumus”, która zwykła zamykać wszelkie żądania. Racje można zrozumieć, ale trudno się nimi zachwycić.

Przypomnijmy, że biedne przedwojenne kasy chorych, w państwie powstałym po latach niewoli, były hojniejsze dla tzw. lekarzy kasowych i fundowały im dziesięć dni w roku płatnego urlopu im dziesięć dni w roku płatnego urlopu szkoleniowego. Dzisiejsze ani ustawy, ani kasy takiej możliwości nie przewidują, prawdopodobnie wyłącznie z tego powodu, że nikt nie pomyślał, iż wiedza kosztuje. Czy nie ma na to rady?

Widzę tu prosty sposób – finansowanie szkolenia powinien przejąć pracodawca, dziś marnotrawiący pieniądze wypracowane przez lekarzy na rzeczników prasowych, asystentki księgowej i inne twory administracji szpitalnej. Jest ona rozdęta do granic absurdu, a reformy dokonane w jednym ze sprywatyzowanych szpitali pokazują skalę tego rozrostu – z 30 pracowników administracji na państwowym garnuszku po reformie zostały 3 osoby, które znakomicie obsługują cały po nowemu zorganizowany szpital.

Strachy na lachy

W komentarzach oraz pismach interpretujących rozporządzenie na różnych łamach pojawia się element straszenia lekarzy, którzy nie dopełnią obowiązku rejestracji wyników szkolenia. To taka lokalna specyfika, że na doktora w Polsce zawsze miło huknąć z góry i postraszyć – a to kamaszami, a to dwójką w dzienniczku, a to sądem. Dobrze, że rodzice na wywiadówkę nie będą zywani – jest więc element pocieszający w tym straszeniu.

Demokracja to nie tylko równość, ale i jawność. Dobrze sprawie medycznego szkolenia podyplomowego zrobi, jeżeli wielcy tego świata pokażą swoje osiągnięcia w tej materii. Ponieważ nie przypominam sobie, aby ktokolwiek z kolegów lekarzy stojących na świeczniku władzy ustawodawczej i wykonawczej informował o nieposiadaniu ważnego prawa wykonywania zawodu, ergo wszystkich nas obowiązuje szkolenie. Tak jak wykładowcy na dobrych kongresach naukowych pokazują swoje disclosure, tak uważam, że analogicznie powinno być z punktami i koledzy ze świecznika są zobowiązani ujawnić, jak silnie są związani z ideą szkolenia podyplomowego. Pouczanie, zachęcanie czy obligowanie innych kolegów w zakresie szkolenia podyplomowego powinno wiązać się z osobistym dopełnieniem tego obowiązku.

Najpierw oczekiwałabym, aby sygnujący rozporządzenie dr Marek

Balicki przybliżył nam swoje sukcesy w dziedzinie obowiązkowego szkolenia podyplomowego. Rada bym także poznać wyniki dr Ewy Kopacz, której gabinet śle szczegółowe instrukcje, jak karać maluczkich doktorów, którym nie udało się ministerialnego rozporządzenia zrealizować.

Dam dobry przykład i zwierzę się w paru słowach o moich w tej materii doświadczeniach. Wizyta w ośrodku zliczającym punkty nie należała do kojących moje nerwy, bo choć wszystko przebiegało w koleżeńskej atmosferze, to efekty zastosowania przepisów rozporządzenia dały rezultat taki: z dokumentów, które przedstawiłam wynikało, że uzyskałam 1484 punkty, ale na konto szkolenia zaliczono mi zaledwie 280. Dlaczego? Pisałam za dużo artykułów do czasopism naukowych (na 1140 punktów zaliczono mi tylko 100), zbyt często brałam udział w konferencjach nie takich jak trzeba (na 144 punkty zaliczono mi tylko 40), niepotrzebnie też co roku prezentowałam postery na kongresach krajowych i zagranicznych oraz wygłaszałam wykłady (na 110 punktów zaliczono mi 40). Nie mogłam zdyskontować mojej przynależności do towarzystwa naukowego, bo jako dokument przedstawiłam legitymację członkowską, a rozporządzenie mówi o zaświadczeniu. Jedyne zdanie specjalizacji szczegółowej dało mi pełną satysfakcję 100 punktów zaliczonych na 100 uzyskanych. Nie mogę pochwalić się żadnym udziałem w stacjonarnym kursie medycznym organizowanym przez CMKP, programie edukacyjnym, prenumeracie czasopisma, szkoleniu wewnętrznym ani kierowaniu stażem podyplomowym, nie zdobyłam też kolejnego stopnia naukowego, poprzestając leniwie na doktoracie zrobionym ponad dwadzieścia lat temu.

Konstrukcja rozporządzenia

Rozporządzenie odbieram jako fatalnie skonstruowane, ponieważ narzuca proporcje aktywności niekoniecznie dobrze robiące szkolącemu się lekarzowi. Przypuszczam, że ta ministerialna reglamentacja wiedzy jest ewidentnym przekroczeniem delegacji ustawowej przez ministra i prawdę powiedziawszy kojarzy mi się z reglamentacją produktów spożywczych z epoki szczęśliwie minionej. Rozumiem potrzebę równomiernego zdobywania wiedzy na etapie robienia specjalizacji – ale lekarzowi specjaliście dałabym prawo do osobistego wyboru dróg i proporcji szkolenia.

W większości krajów europejskich szkolenie podyplomowe lekarzy ma charakter motywacyjny, a nie represyjny. Nie słyszałam o udanym przypadku wtłoczenia komuś wiedzy siłą, przepisem, zarządzeniem w jakiegokolwiek dziedzinie, nie tylko w odniesieniu do medycyny.

Moim prywatnym zdaniem mamy złą organizację obowiązkowego ciągłego szkolenia lekarzy – oderwane od realiów i potrzeb środowiska ministerialne rozporządzenie, zbyt wysokie koszty uczestnictwa w kursach oraz wybujałą przychylność niektórych wykładowców dla grantodawców z sektora farmaceutycznego. To wszystko można zmienić, a niektóre sprawy trzeba zmienić od zaraz – warto zacząć od zmiany rozporządzenia, czyniąc je bardziej przyjazne lekarzom, a nie represyjne – to ruch najprostszy i najtańszy, który może pomóc i uczynić życie każdego lekarza lżejszym.

Przed wszystkim konieczne jest zniesienie limitowania punktów w poszczególnych rodzajach aktywności, obecnie bowiem istniejący podział utrudnia lub wręcz uniemożliwia zdobycie wymaganej ich liczby.

Po drugie, niezbędne jest ustalenie źródeł finansowania szkolenia podyplomowego – skoro można było w nowo powstałej i biednej II Rzeczypospolitej podarować lekarzom dziesięć dni płatnego urlopu na szkolenie, to chyba współczesna Rzeczpospolita, o której numerowanie silić się nie będę, też jest w mocy finansowej to zagwarantować.

Po trzecie, należy sprecyzować, jakie są powinności emerytowanych lekarzy wobec szkolenia – myślę, że zmniejszenie liczby obowiązujących punktów byłoby tu dobrym rozwiązaniem.

I na koniec – skoro jesteśmy w globalnej wiosce, warto postarać się o dostęp do największego na świecie portalu edukacyjnego www.medscape.com – wybór jest tam fantastyczny (dla przykładu z kardiologii jest 170 zestawów pytań do rozwiązania) i wszystkie teksty są za darmo. Jeżeli ktoś zdobędzie licencję na przetłumaczenie choćby części zasobów tego portalu i zdobędzie granty na sfinansowanie tego przedsięwzięcia, pierwsza powiem, że to wielki i mądry przyjaciel lekarzy. Sałatka jarzynowa podawana w porze lunchu oraz wydzielające toksyczne wyziewy torby z wszelkiej maści makulaturą konferencyjną nie muszą być nieodłącznym atrybutem szkolenia lekarza.

Jak zawsze czekam na listy:

krystyna.knypl@compi.net.pl

Nowe zasady postępowania kwalifikacyjnego do rozpoczęcia specjalizacji

19 września br. zostało wydane rozporządzenie zmieniające rozporządzenie ministra zdrowia z 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów. Wprowadzone zmiany zostały opublikowane w Dzienniku Ustaw nr 170, poz. 1050 i weszły w życie z dniem 22 września 2008 r.

Głównym celem nowelizacji było skrócenie okresu oczekiwania przez lekarzy, którzy uzyskali prawo wykonywania zawodu po zakończeniu stażu podyplomowego na rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego. Zobiektywizowano także procedury kwalifikacyjne, zasadniczo wyłączając występującą dotąd, uznaniową rozmowę kwalifikacyjną.

Posunięcia te są też zsynchronizowane z nową regulacją zawartą w rozporządzeniu ministra zdrowia w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty.

Warto przypomnieć, iż według nowych zasad Lekarski Egzamin Państwowy i Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Państwowy (LEP/LDEP) przeprowadzane są w dwóch terminach, tj. w lutym i we wrześniu. Ich zaś pozytywny wynik stanowi obecnie główne kryterium wykorzystywane podczas postępowania kwalifikacyjnego do rozpoczęcia specjalizacji. Biorąc pod uwagę, że wyniki LEP/LDEP zostają ustalone już pod koniec lutego i września, możliwe stało się przesunięcie czasowe postępowania kwalifikacyjnego. Zgodnie bowiem z dotychczasowym § 18 ust. 2 rozporządzenia w sprawie specjalizacji **wniosek o rozpoczęcie specjalizacji** należało złożyć w terminie do 30 kwietnia lub do 30 listopada każdego roku. Według zaś nowego brzmienia tego przepisu następuje to **do 28 lutego lub 30 września**. Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na § 2 pkt. 1 rozporządzenia nowelizującego, który przewiduje, że w 2008 r. wnioski te składa się do 31 października. Rozwiązanie to było podyktowane datą wejścia w życie omawianych zmian (pod koniec września 2008 r.).

Konsekwencją przesunięcia terminu składania wniosku jest również przyspieszenie całego postępowania kwalifikacyjnego. Na mocy znówelizowanego § 19 ust. 1 postępowanie to jest przeprowadzane w dwóch terminach: **od**

1 marca do 31 marca oraz od 1 października do 31 października (z wyjątkiem **2008 r.**, kiedy postępowanie to ma być przeprowadzone w okresie **od 1 do 15 listopada**). Ostatecznie lekarz zgłaszający akces do rozpoczęcia specjalizacji, po przebrnięciu postępowania kwalifikacyjnego, powinien zostać skierowany do odbycia specjalizacji najpóźniej do **15 kwietnia** lub do **15 listopada** – § 22 ust. 6 (w **2008 r.** termin ten został wyznaczony na **30 listopada**). Dla porównania można wskazać, że dotychczasowe przepisy przewidywały znacznie dłuższy okres oczekiwania na rozpoczęcie specjalizacji. Przykładowo lekarz kończący staż podyplomowy w październiku mógł złożyć wniosek o rozpoczęcie specjalizacji do 30 listopada. Następnie postępowanie kwalifikacyjne było przeprowadzane w okresie od 1 grudnia do 31 stycznia. Ostatecznie rozpoczęcie specjalizacji mogło nastąpić najwcześniej w lutym kolejnego roku. Mijało więc 4-5 miesięcy od zakończenia stażu i uzyskania prawa wykonywania zawodu. Aktualnie zaś odstęp między zakończeniem stażu podyplomowego a rozpoczęciem szkolenia specjalizacyjnego został skrócony do ok. 2 tygodni.

Dalsze zmiany dotyczą uproszczenia i zobiektywizowania procedury kwalifikacyjnej. Jak już bowiem wspomniałem głównym kryterium umożliwiającym ustalenie rankingu w postępowaniu konkursowym na specjalizację jest wynik LEP-u lub LDEP-u. W przypadku zaś lekarzy, którzy posiadają I lub II stopień specjalizacji ewentualnie tytuł specjalisty uzyskany już pod rządami aktualnego rozporządzenia – odpowiednio wynik egzaminu w zakresie odpowiedniej specjalizacji I lub II stopnia albo wynik Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego. Dla porządku należy dodać, że w § 19 ust. 5 utrzymano zasadę, iż zarówno z egzaminu specjalizacyjnego w zakresie specjalizacji I lub II stopnia, jak i Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego maksymalnie można uzyskać 200 punktów. Przepis ten określa dalej przelicznik uzyskanej oceny na odpowiednią liczbę punktów, np. za ocenę dostateczną (3,0) – 116 punktów, a za dobrą (4,0) – 152 punkty. Z kolei w przypadku wyniku LEP-u/LDEP-u

bierze się pod uwagę maksymalną liczbę punktów, określoną w rozporządzeniu w sprawie stażu podyplomowego, czyli również 200.

Prawodawca przewidział sytuację, gdy dwie albo więcej osób ubiegających się o rozpoczęcie specjalizacji w tym samym ośrodku będzie posiadało taką samą liczbę punktów, ustaloną w oparciu o opisane powyżej kryterium. Wówczas stosuje się drugi etap weryfikacji, przyjmując jako podstawę pozycji w rankingu średnią ocen uzyskanych podczas studiów, liczoną do dwóch znaków po przecinku. Maksymalna liczba punktów wynosi wówczas 6 (co odpowiada 6-stopniowej skali ocen). Niewątpliwie w tym zakresie będzie należało opracować odpowiednie algorytmy przeliczania ocen w przypadku stosowania w różnych uczelniach 5- albo 6-stopniowej skali ocen.

Jeśli i to kryterium okaże się zawodne i nie będzie możliwe ustalenie listy rankingowej, przewidziano w rozporządzeniu – jako ostateczność – przeprowadzenie rozmowy kwalifikacyjnej. Przeprowadza ją specjalnie powołana komisja, nazywana Państwową Komisją Specjalizacyjną. Rozmowa obejmuje – jak dotąd – 3 pytania, za które można uzyskać maksymalnie 15 punktów (po 5 punktów za każde pytanie).

Warto podkreślić, iż w nowej regulacji utrzymano możliwość składania odwołań od wyniku postępowania kwalifikacyjnego (§ 19 ust. 10). Można z nim wystąpić do właściwego wojewody (tj. wojewody, przy którym działa Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego i Państwowa Komisja Specjalizacyjna, przeprowadzające postępowanie kwalifikacyjne dla danego lekarza). Odwołanie składa się w terminie **14 dni od dnia zakończenia postępowania kwalifikacyjnego**.

Na zakończenie należy odnieść się do kwestii składania LEP-u i LDEP-u przez lekarzy, którzy uzyskali już prawo wykonywania zawodu w okresie, gdy egzaminów tych nie przeprowadzano. Jak bowiem już podkreśliłem, kryterium stosowanym w postępowaniu kwalifikacyjnym względem tej grupy lekarzy również jest wynik wspomnianych egzaminów (chyba, że posiadają już tytuł specjalisty).

Muszą zatem przystąpić do LEP-u i LDEP-u. W nowym brzmieniu rozporządzenie ujednoliciło terminy składania wniosków o przystąpienie do tych egzaminów. Są one zatem identyczne w stosunku do stażystów, jak i lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu, a wynikają z § 16a ust. 1 rozporządzenia w sprawie stażu podyplomowego. Warto więc przypomnieć, że w przypadku LEP-u/LDEP-u organizowanego **w lutym** wniosek należy złożyć do **30 grudnia poprzedniego roku**, a do terminu **wrzesniowego** do **30 czerwca**. Należy również podkreślić, że – zgodnie z cytowanym paragrafem – obowiązuje system rejestracji elektronicznej, który ma zastosowanie zarówno do lekarzy posiadających ograniczone, jak i pełne prawo wykonywania zawodu. Polega on na tym, że lekarz zamierzający przystąpić do LEP-u/LDEP-u musi dokonać rejestracji na stronie internetowej Centrum Egzaminów Medycznych (CEM), poprzez wypełnienie zamieszczonego na niej odpowiedniego formularza. Następnie należy go wydrukować, własnoręcznie czytelnie podpisać i dostarczyć do właściwej okręgowej izby lekarskiej. Izba zaś, po sprawdzeniu warunków formalnych dopuszczenia do egzaminu, przekazuje wnioski do CEM.

Rejestracji należy dokonać we wspomnianych terminach. Po ich upływie system elektroniczny ulega zamknięciu i rejestracja nie jest już możliwa. W efekcie zainteresowany nie może już przystąpić w najbliższym terminie do egzaminu.

Warto również zaakcentować konieczność dostarczenia wniosku w formie papierowej do właściwej okręgowej izby lekarskiej (powinno to nastąpić również we wspomnianych powyżej terminach). Z prawnego punktu widzenia samo zgłoszenie elektroniczne nie jest wystarczające do wszczęcia postępowania i stanowi brak formalny.

Wobec lekarzy, którzy złożą LEP-/LDEP z wynikiem pozytywnym CEM wydaje odpowiednie świadectwo. Jeśli zaś nie uzyskają co najmniej 56% maksymalnej możliwej do uzyskania liczby punktów, świadectwa nie otrzymają. Mogą jednak zwrócić się do CEM z pisemnym wnioskiem o wydanie odpowiedniego zaświadczenia, potwierdzającego uzyskany wynik (wskazówki w zakresie konstrukcji wspomnianego wniosku zamieszczone są na stronie internetowej CEM – www.cem.edu.pl).

Rafał Kubiak

Autor jest starszym specjalistą ds. prawnych Centrum Egzaminów Medycznych.

Specjalizacje lekarzy i lekarzy dentystów

System modułowy

Obok nieustannych nowelizacji rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów od 2004 r., z różnym nasileniem i różną dozą emocji, dyskutowano nad koniecznością zmiany systemu specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów.

Nowy projekt rozporządzenia MZ z sierpnia 2008 r. siedl w kierunku likwidacji podziału na specjalizacje podstawowe i szczegółowe poprzez wprowadzenie modułów szkoleniowych początkowych i ukierunkowanych. Choć ogólny kierunek można uznać za słuszny, z wielu powodów spotkał się on z krytyką. Uważam, że:

1. Podstawą kształcenia specjalizacyjnego powinien być tryb rezydentury, przy czym należy zróżnicować wynagrodzenie, które powinno wzrastać wraz z upływem czasu rezydentury.
2. Lekarz, w postępowaniu kwalifikacyjnym, opartym przede wszystkim na wyniku LEP-u, powinien deklarować, jaką szczegółową specjalność chciałby wybrać i być kwalifikowany do odbycia kształcenia w tej specjalności w miarę dostępności miejsc szkoleniowych w danym postępowaniu.
3. W określonych specjalnościach specjalizację powinno się rozpoczynać od kształcenia początkowego (moduł podstawowy) wspólnego dla wszystkich specjalności, w których je przewidziano, które powinny być uniwersalne, zatem jednolite, co do:
 - a) czasu trwania,
 - b) treści programowych (faktycznie możliwych do realizacji) i
 - c) sposobu zaliczenia,tak by nie było trzeba go powtarzać lub uzupełniać w sytuacji, gdy lekarz pod wpływem różnych okoliczności chce zmienić zdanie co do kierunku specjalizowania się lub rozpocząć kolejną specjalizację.
4. Kształcenie ukierunkowane (moduł specjalistyczny) lekarz może rozpoczynać po zrealizowaniu modułu podstawowego, którego zaliczenie powinno odbywać się na podstawie egzaminu, zdawanego w okresie od zakończenia modułu podstawowego. W razie niepowodzenia także w trakcie realizacji modułu specjalistycznego. Dla rezydentów zdanie tego egzaminu powinno skutkować zwiększeniem wynagrodzenia.

W specjalnościach, w których szczególnie ważne jest udokumentowanie nabycia umiejętności praktycznych, należy przewidzieć 1-2-tygodniowy sprawdzający staż w wytypowanych jednostkach, którego zaliczenie zastąpi egzamin praktyczny.

5. Akredytacja podmiotów kształcących, zwłaszcza w zakresie modułu podstawowego, powinna odbywać się na poziomie regionalnym (województw), co pozwoli na lepsze wykorzystanie istniejących możliwości i tworzenie miejsc szkoleniowych w większej liczbie.
6. Aby przystąpić do PES, lekarz powinien przedstawić zaświadczenie o zaliczeniu modułu podstawowego i modułu specjalistycznego.

Na podstawie dyskusji prowadzonych w NIL z udziałem konsultantów krajowych i przedstawicieli odpowiednich towarzystw można stwierdzić, że w zakresie specjalności wywodzących się z chorób wewnętrznych i pediatrii moduł podstawowy mógłby trwać 3 lata, a specjalistyczny 2 lata (w niektórych 3 lata), zaś w wywodzących się z chirurgii moduł podstawowy 2 lata, a specjalistyczny 3-4 lata. Moduły podstawowe i specjalistyczne można by też opracować dla dziedzin wywodzących się z psychiatrii i patologii oraz być może dla specjalności zabiegowych w obrębie głowy i szyi.

Przyjęcie takich założeń spowoduje, że np. w zakresie specjalności wywodzących się z chorób wewnętrznych lekarz będzie mógł uzyskać specjalizację szczegółową po upływie $3 + 2 = 5$ lat (obecnie 8 lat), jeśli zaś chciałby być też specjalistą chorób wewnętrznych – po upływie $3 + 2 + 2 = 7$ lat (obecnie 8 lat). Takie rozwiązanie w porównaniu z obecnym systemem skraca czas uzyskania specjalności szczegółowej o 1 rok i dodatkowo tworzy możliwość bardzo szybkiego (w ciągu 5 lat) uzyskania specjalności szczegółowej, o co występowało wiele środowisk.

Jerzy Kruszewski

Roszczenia pacjentów nie tylko przed sądem

Konstanty Radziwiłł

W systemie rekompensat za szkody zdrowotne bez konieczności dowodzenia winy personelu medycznego pacjenci szybko mogliby otrzymać odszkodowanie i pomoc, bez długotrwałego i budzącego często złe emocje procesu sądowego

Od dawna wiadomo, że działalności medycznej nie da się prowadzić bez ryzyka popełnienia niedopatrzeń, błędów czy też nieprzewidywalnych zdarzeń niepożądanych towarzyszących stosowanym procedurom lub lekom. Zdarza się to nawet najlepszym lekarzom i lekarzom denty stom.

Jeszcze kilkadziesiąt, a w Polsce kilkanaście lat temu było to w praktyce wyłącznie ryzyko pacjentów. Jednak, w miarę rozwijającej się świadomości społecznej oraz coraz bardziej powszechnego konsumenckiego stosunku pacjentów do profesjonalistów medycznych udzielających im pomocy, coraz bardziej ci ostatni nie mogą liczyć na zrozumienie ze strony podopiecznych w razie niepowodzeń medycznych. Jest dokładnie odwrotnie: pacjenci są skłonni dochodzić swego w każdym przypadku niepomyślnego przebiegu leczenia, nawet jeśli był on nieunikniony ze względu na charakter schorzenia.

Ponieważ szkody zdrowotne w coraz bardziej powszechnym mniemaniu obejmują nie tylko śmierć lub poważne kalectwo, ale także mniejsze uszczerbki na zdrowiu, a nawet nadmierne cierpienie, liczba roszczeń w stosunku do medycznych placówek, a także osób wykonujących zawody medyczne wzrasta z roku na rok. Towarzyszy temu także postępujący wzrost wysokości roszczeń oraz zasądanych odszkodowań. Zmieniające się przepisy dotyczące odpowiedzialności cywilnej wydłużają w praktyce na całe życie lekarza możliwość wnoszenia roszczeń przez leczonych przez niego pacjentów, którzy z opóźnieniem odkryli niekorzystne skutki opieki medycznej.

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej

W tej sytuacji oczywista jest skłonność coraz większej liczby lekarzy i lekarzy denty stom chcących zabezpieczyć się przed roszczeniami poprzez wykupienie odpowiedniej polisy ubezpieczenia zawodowej odpowiedzialności cywilnej. Także państwowe przepisy nakładają

w coraz większym stopniu obowiązek wykupienia polisy przez coraz szersze grupy lekarzy i lekarzy denty stom. Rynek roszczeń i ubezpieczeń staje się coraz bardziej rozbudowany, nieczytelny i kosztowny. Staje się on eldorado dla ubezpieczycieli i prawników. W niektórych krajach zdarza się, że składki ubezpieczeniowe pochłaniają znaczącą część przychodów lekarskich i stanowią liczący się koszt prowadzenia działalności medycznej.

Obecnie w Polsce istnieje obowiązek posiadania polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przez lekarza lub lekarza denty stom, który podpisuje kontrakt z NFZ-em lub zakładem opieki zdrowotnej działającym w oparciu o środki publiczne, a także w przypadku prowadzenia badań naukowych z udziałem człowieka. W skrajnych przypadkach, jeśli taki lekarz lub lekarz denty stom prowadzi także gabinet dla prywatnych pacjentów, oznacza to konieczność wykupienia nawet czterech polis. Jest to nie tylko bardzo skomplikowane, ale także coraz droższe.

Pomoc izb lekarskich dla swoich członków

Samorząd lekarski od początku lat dziewięćdziesiątych zauważa ten problem i w różny sposób pomaga swoim członkom. W blisko dwudziestoletniej historii izb lekarskich wykupywały one zbiorowe polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, podpisywały umowy agencyjne z zakładami ubezpieczeniowymi, nawiązywały współpracę z brokerami ubezpieczeniowymi. Od kilku lat przedsięwzięciem mającym w znaczący sposób pomagać członkom samorządu nie tylko w wykupieniu jak najlepszych i tanich polis, ale także w likwidacji ewentualnych szkód jest spółka „Medbroker”, założona przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie, a obecnie będąca wspólnym przedsięwzięciem Naczelnej i dziesięciu okręgowych izb lekarskich oraz dużego brokera o wieloletnim doświadczeniu – spółki „OGB”,

członka międzynarodowej grupy brokerskiej „April”. Podstawowym założeniem aktywności samorządu lekarskiego w zakresie ubezpieczeń jest pomoc w znalezieniu bezpiecznych i w miarę tanich polis dla wszystkich (nawet najbardziej „szkodowych”) grup lekarzy i lekarzy denty stom.

Zgodnie z apelem ostatniego Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy NRL w nowelizacji ustawy o izbach lekarskich przygotowała w niej także przepisy nakładające na wszystkich wykonujących zawód lekarzy i lekarzy denty stom obowiązek posiadania polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Projekt ten został przyjęty przez ministra zdrowia. Jest szansa, że w najbliższym czasie wejdzie on w życie. Będzie to krok w kierunku uporządkowania sytuacji w tym zakresie. Lekarze, podobnie jak radcy prawni, inżynierowie budowlani, brokerzy ubezpieczeniowi, notariusze czy też wszyscy posiadacze samochodów będą wykonywać zawód w osłonie jednej obowiązkowej polisy.

Szalejące roszczenia

Ten krok we właściwym kierunku nie rozwiąże jednak problemu coraz bardziej szalejącego rynku roszczeń pacjentów, który jest kosztowny, skomplikowany i z roku na rok budzący coraz powszechniej społeczną dezaprobatę.

W praktyce bowiem, mimo pierwszego wrażenia, nie prowadzi wcale do poprawy jakości świadczeń zdrowotnych i większej staranności profesjonalistów medycznych. Coraz częściej jego skutkiem jest unikanie trudnych problemów medycznych (np. ucieczka od „wysokoszkodowych” specjalności) oraz prowadzenie defensywnej opieki zdrowotnej (np. wykonywanie licznych, niekoniecznych badań i konsultacji, w praktyce często niepotrzebnie wydłużających czas świadczeń i zwiększających ryzyko powikłań oraz podwyższających koszt opieki).

Prowadzenie znacznej części takich spraw przed sądami powoduje ko-

nieczność ponoszenia przez obie strony ogromnych kosztów procesowych (często ponad trzydzieści procent odszkodowań konsumują prawnicy). Długi czas i niepewny skutek postępowań powoduje niezadowolenie społeczne obracające się przeciw środowisku lekarskiemu, które publicznie oskarżane jest o niechęć do przyznawania się do błędów i ponoszenia konsekwencji ich popełniania.

Tradycyjne systemy odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy denty stom opierają się na konieczności dowiedzenia przez pozywającego (pacjenta lub jego rodzinę): (1) obowiązku wykonania danej procedury przez świadczeniodawcę, (2) poniesienia szkody zdrowotnej, (3) związku przyczynowego między procesem medycznym i szkodą oraz (4) winy (błędu, niestaranności) świadczeniodawcy. Właśnie z udowodnieniem winy np. lekarza jest najwięcej problemów. Często wymaga to powołania biegłych (nierazko wydających rozbieżne opinie), a ze względu na złożoność problemów medycznych bywa przedmiotem długotrwałych sporów sądowych. Konieczność zaistnienia winy jest też powodem niechęci przyznania się do błędu, a bywa także przyczyną mataczenia i zacierania śladów, co nie sprzyja prawidłowemu wyciągnięciu wniosków z pomyłek. W wielu krajach świata nadmierne „rozbuchanie” spraw sądowych przeciw lekarzom i ich wszechstronnie negatywny wpływ na koszty i jakość w opiece zdrowotnej stał się przyczyną poszukiwania alternatywnych rozwiązań.

Nowe rozwiązanie

Pierwszym krajem, w którym wprowadzono system rekompensowania szkód zdrowotnych bez konieczności prowadzenia procesu sądowego i udowadniania winy (*no-fault medical liability compensation*) była Nowa Zelandia. W 1974 r. wprowadzono tam powszechnie obowiązujący, finansowany z podatków system przypominający polskie ZUS-owskie ubezpieczenie od wypadków przy pracy. System ten – wielokrotnie doskonalony – znajduje obecnie swoich naśladowców w Finlandii, Szwecji, Norwegii, Danii, Kanadzie i, w pewnym zakresie, także we Francji oraz niektórych stanach USA (Wirginia, Floryda). Obecnie poważnie rozważa wprowadzenie go kilka krajów europejskich (zachęca do tego Komisja Europejska).

W każdym z tych krajów w sposób nieco odmienny wprowadzono publiczną instytucję ubezpieczeniową, działanie której jest finansowane z podatków lub składek świadczeniodawców (w praktyce kosztuje to nie więcej niż kilka euro

na obywatela rocznie). Pacjent, który uważa, że poniósł szkodę zdrowotną w wyniku leczenia, zgłasza do niej wniosek o odszkodowanie. Analizując wniosek komisja lekarska musi odpowiedzieć na trzy pytania: (1) czy szkoda jest skutkiem procedur medycznych, (2) czy postępowanie medyczne było uzasadnione oraz (3) czy taki jego skutek był nieunikniony. Odszkodowanie należy się poszkodowanemu, jeśli odpowiedź na pierwsze pytanie brzmi „tak”, a na drugie lub trzecie „nie”.

Aby uniknąć zbyt dużej liczby odszkodowań oraz zbyt wysokich kosztów stosuje się różne zabezpieczenia, np. do odszkodowania mają prawo tylko ci, którzy z powodu szkody spędzili co najmniej 10 dni w szpitalu lub byli 30 dni niezdolni do pracy. Zwykle także wprowadza się z góry określoną wysokość odszkodowania za odpowiednie szkody zdrowotne. Często przyznawane są nie tylko świadczenia pieniężne, ale także rzeczowe, np. rehabilitacja lub opieka domowa. Na ogół funkcjonowaniu takiego systemu towarzyszą pewne ograniczenia w prawie do dochodzenia roszczeń przed sądami.

No-fault szansą dla Polski?

Zalety pozasądowego systemu rekompensat za szkody zdrowotne bez konieczności dowodzenia winy personelu medycznego są różnorakie. Poszkodowani pacjenci otrzymują szybko odszkodowanie i pomoc. Unika się przy tym kosztownego, długotrwałego i budzącego często złe emocje po obu stronach procesu sądowego. W efekcie liczba oskarżeń lekarzy i innych profesjonalistów medycznych spada gwałtownie. Dodatkowym, obserwowanym we wszystkich krajach, które wprowadziły takie rozwiązania, skutkiem jest wyraźnie lepsza zgłaszalność niepożądanych zdarzeń medycznych (nie towarzyszy temu bowiem obawa przed oskarżeniem o błąd) oraz większa otwartość na wprowadzanie nowoczesnych rozwiązań w zakresie zarządzania ryzykiem i poprawy jakości w placówkach opieki zdrowotnej.

Samorząd lekarski od kilku lat zabiega o rozpoczęcie także w Polsce przygotowań do wprowadzenia takiego rozwiązania. Czy w zamęcie politycznych sporów wokół reformy systemu ochrony zdrowia znajdują się odwazni do podjęcia takiego wyzwania? Czy też grozi nam katastrofa transferowania znacznej części środków przeznaczonych na opiekę zdrowotną do firm ubezpieczeniowych i kancelarii prawnych w stylu amerykańskim?



foto: Marek Stankiewicz

Rzecznik prasowy NRL

Prezydium NRL – 10 X 2008

Prezydium pozytywnie zaopiniowało kandydaturę **prof. dr. hab. Jana Zapalę** na stanowisko **konsultanta krajowego w dziedzinie chirurgii stomatologicznej**.

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie **projektu ustawy o izbach lekarskich**. Projekt nowej ustawy zmieniającej ustawę o izbach lekarskich zawiera wiele regulacji oczekiwanych przez środowisko lekarskie. W przeważającej części jest on zbieżny z projektem przyjętym przez NRL 27.06.2008 r. Prezydium wyraża uznanie dla przeprowadzonej w Ministerstwie Zdrowia szczegółowej analizy uchwały z 27.06.2008 r. i wskazanie rozwiązań, które uczynią nową ustawę lepszym i bardziej spójnym aktem prawnym. Część zaproponowanych przez ministerstwo rozwiązań jest odmienna od propozycji samorządu lekarskiego i zajmując stanowisko w sprawie nadesłanego projektu Prezydium NRL pragnie powtórzyć i podkreślić argumenty przemawiające za przyjęciem rozwiązań proponowanych przez samorząd.

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie zarządzenia Prezesa NFZ zmieniającego zarządzenie nr 32/2008/DSOZ Prezesa NFZ z 11.06.2008 r. w sprawie **określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne**. Prezydium zwróciło uwagę, iż proponowane w projekcie wprowadzenie wymogu udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom z nadciśnieniem tętniczym wyłącznie w placówkach zatrudniających hipertensjologów nie znajduje uzasadnienia medycznego. Zakres udzielanej przez lekarzy internistów opieki pacjentom z nadciśnieniem tętniczym jest w przeważającej większości przypadków wystarczający z punktu widzenia dbałości o cały proces leczenia chorych cierpiących niejednokrotnie na inne schorzenia, ale przede wszystkim z punktu widzenia bezpieczeństwa zdrowia i życia pacjentów.

Delegowano:

– **Grzegorza Napiórkowskiego**, przewodniczącego Komisji ds. Młodych Lekarzy, na posiedzenie **Permanent Working Gro-**

up of European Junior Doctors – PWG, w dn. 7-8.11.br. w Tallinie.
– **Annę Lellę** na posiedzenie ogólne **Rady Europejskich Lekarzy Dentystów** (Council of European Dentists), 28.11.br. w Brukseli.

Prezydium NRL – 27 X 2008

Prezydium pozytywnie zaopiniowało kandydaturę **prof. dr. hab. n. med. Sergiusza Józwiaka** na stanowisko **konsultanta krajowego w dziedzinie neurologii dziecięcej**.

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Prezydium zwróciło uwagę, że medycznie wspomagana prokreacja nie jest w Polsce, w przeciwieństwie do innych państw europejskich, uregulowana prawnie. Zabiegi zapłodnienia pozaustrojowego przeprowadzane od kilkunastu lat nie objęte są, poza ogólnymi zapisami ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, żadnymi przepisami prawnymi. Uznanie tych zabiegów, wymagających osobnej wszechstronnej regulacji prawnej, za świadczenia zdrowotne, które powinny być finansowane ze środków publicznych, wydaje się być w tej sytuacji przedwczesne. Prezydium postuluje, że do czasu zakończenia prac zespołu ds. Konwencji Bioetycznej, działającego w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych winna być wstrzymana.

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o **Krajowym Rejestrze Karnym oraz o zmianie niektórych innych ustaw**. Prezydium stwierdza, że projekt przewiduje ograniczenie możliwości wykonywania określonych zawodów przez osoby skazane za przestępstwo należące do jednej z kategorii wymienionych w projekcie. Katalog ten jest zbyt szeroki i obejmuje m.in. wszystkie przestępstwa przeciwko rodzinie i opiece, co wydaje się rozwiązaniem zbyt daleko idącym. Prezydium zwraca ponadto uwagę, że obowiązujące przepisy ustawy z 6.06.1997 r. kodeks karny przewidują w art. 41 możliwość orzeczenia zakazu zajmowania wszelkich lub określonych stanowisk, wykonywania wszelkich lub określonych zawodów albo działalności, związanych z wychowaniem, edukacją, leczeniem małoletnich lub z opieką nad nimi przez osoby skazane za przestępstwa przeciwko wolności seksualnej lub obyczajności na szkodę małoletniego. Podkreślono, iż obowiązujące prawo zawiera regulacje pozwalające osiągnąć zakładany przez wnioskodawców cel w

postaci ochrony osób małoletnich przed wykorzystaniem seksualnym.

Z kalendarza Prezesa NRL

- Udział w konferencji Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego „Szanse i zagrożenia rozwoju polskiego przemysłu farmaceutycznego w zjednoczonej Europie”.
- Udział w XII Kongresie Światowej Federacji Ukraińskich Towarzystw Lekarskich w Iwano-Frankiwsku/Stanisławowie (Ukraina).
- Udział w XI Europejskim Forum Zdrowia w Bad Hofgastein (Austria).
- List do dr Zofii Pawlak z gratulacjami w związku z odznaczeniem przez Ojca Świętego Krzyżem „Pro Ecclesia et Pontifice”.
- Udział w posiedzeniu Komisji Zdrowia Sejmu dot. rozpatrzenia projektu ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.
- Udział w posiedzeniu Zespołu ds. Konwencji Bioetycznej w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów.
- Udział w spotkaniu konsultantów krajowych w dziedzinach stomatologicznych dot. doskonalenia zawodowego.
- Udział w spotkaniu konsultantów krajowych w dziedzinach zabiegowych dot. kształcenia specjalizacyjnego.
- Udział w posiedzeniu Rady Programowej TVN Med.
- Udział w posiedzeniach Komisji Zdrowia Sejmu dot. zaopiniowania poprawek zgłoszonych w drugich czytaniach poselskich (PO) projektów ustaw zdrowotnych.
- Udział w XIV Ogólnopolskiej Konferencji Stomatologicznej w Toruniu.
- Udział w posiedzeniu Konwentu Przewodniczących ORL we Wrocławiu.
- Udział w spotkaniu konsultantów krajowych w dziedzinach pediatrycznych dot. kształcenia specjalizacyjnego.
- List do Grzegorza Kucharewicz, prezesa Naczelnej Rady Aptekarskiej – oferta współpracy polegająca na wspólnym wypracowaniu rozwiązania dostępu do CRL przez członków samorządu aptekarskiego.
- Udział w Forum „Rynku Zdrowia”.
- List do Jana Vincenta Rostkowskiego, min. finansów – w sprawie kas fiskalnych.
- Udział w posiedzeniu CPME w Londynie.

Tomasz Korkosz
tel. 022-559-13-27, 0602-218-710
faks 022-559-13-26
e-mail: t.korkosz@hipokrates.org

JGP po polsku

Agnieszka Katrynicz

Chociaż wprowadzeniu jednorodnych grup pacjentów (JGP) towarzyszyło wiele kontrowersji, dziś – po czterech miesiącach od wprowadzenia – coraz częściej słychać głosy, że był to sukces.

It to sukces do tego stopnia, że niedawno Portret Polskiej Medycyny i tytuł Lidera Rynku Zdrowia otrzymał Jacek Grabowski, zastępca prezesa ds. medycznych NFZ. – Portret przyjmuję w imieniu całego zespołu pracującego w Funduszu nad wdrożeniem systemu Jednorodnych Grup Pacjentów – mówił Jacek Grabowski odbierając nagrodę.

Czy rzeczywiście JGP można uznać za sukces? – Na pewno jest to system lepszy niż poprzedni katalogowy, bo uwzględnia prawdziwe dane i procedury, które zostały wykonane – uważa Mieczysław Pasowicz, dyrektor szpitala im. Jana Pawła II w Krakowie.

Są „ale”

– Jednak wato pamiętać, że sukces NFZ-u nie zawsze jest sukcesem szpitala – podkreśla Jarosław Rosłon, dyrektor szpitala w Międzyzlesiu. – Chociażby dla lekarzy oznacza to, że muszą się nauczyć tego, iż pewnych badań się nie robi, bo szpital na tym traci.

Lekarze z innych placówek przyznają, że musieli się nauczyć „kombinować” na nowo. – Ale dość szybko się zorientowaliśmy, że dopisując jedną procedurę możemy dostać więcej – nie ukrywa ortopeda ze szpitala w Kielcach.

Inną sprawą jest brak wielu procedur w katalogu świadczeń.

Lekarze najwięcej uwag mają do katalogu świadczeń. Wiele rzeczy pominięto, np. w okulistyce u dziecka usunięcie ciała obcego z oka wymaga znieczulenia. Gruper tego nie uwzględnił, więc fundusz nie daje pieniędzy – wyjaśnia Paweł Chęciński, dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego przy ul. Niekańskiej. Efekt jest taki, że od wprowadzenia JGP fundusz płaci za pacjenta średnio 1,7 tys. zł (przed zmianami 2 tys.).

– Wprowadzenie Jednorodnych Grup Pacjentów spowodowało dalszy spadek wyceny procedur dermatologicznych, nie mówiąc, że niektórych schorzeń

jak np. kiły ciężarnych w ogóle w tym systemie nie ma – dodaje prof. Waldemar Placek z Collegium Medicum UMK, konsultant krajowy ds. dermatologii.

Podobnie jest i w innych dziedzinach medycyny – nie ma takiej, w której uwzględniono by wszystkie procedury. Najgorzej sprawa wygląda w alergologii, gdzie brakuje większości zabiegów i procedur. Nic dziwnego, że były już trzy zarządzenia prezesa NFZ-u poprawiające katalog. – Za każdym razem musimy przejrzeć całą dokumentację od 1 lipca, żeby uaktualnić sprawozdania. Nie muszę mówić, jak odbiera to personel. Wiadomo, że trudno w ogóle uniknąć poprawek, ale gdyby zmiany były lepiej przygotowane, bałaganu byłoby mniej – ocenia Chęciński. Podobnego zdania jest Marek Balicki, były minister zdrowia. – Sama idea jest słuszna, jednak wprowadzanie sytemu bez dobrego przygotowania to nieodpowiedzialność. Zmniejszenie przychodów szpitala o 5-10 proc. może poważnie zachwiać jego funkcjonowaniem, a są sygnały, że spadki wpłat z NFZ-u są znacznie większe. To może stać się przyczyną dalszego zadłużania szpitali – zauważył poseł SdPi.

Jednak wg NFZ-u sprawa wygląda zupełnie inaczej. – Po wdrożeniu JGP nakłady wzrosły średnio o 9-12 proc., to oznacza, że na szpitala spadł w tym roku deszcz pieniędzy – mówi wprost Grabowski. – Kolejnym sukcesem, chociaż nie zamierzonym, jest to, że placówki zaczęły się szybciej informatyzować.

Warto przypomnieć, że wg szacunków NFZ-u średnia wartość punktu rozliczeniowego w nowym systemie wynosi 48 zł.

Zdaniem minister zdrowia wprowadzenie JGP urealni koszty, zahamuje zadłużanie się oraz wyjazdy lekarzy za granicę, a na dodatek zachęci prywatnych inwestorów do budowy szpitali lub kupna istniejących. – System rozliczeń będzie uwzględniał realne koszty pracy, wymiary sprzętu czy ceny energii. Ujęliśmy

dokręcenie na str. 22

REKLAMA

REKLAMA



fot. Marek Stankiewicz

Pokrzywdzony pacjent będzie stroną w postępowaniu

Romuald Krajewski

Projekt nowej ustawy o izbach lekarskich przewiduje kary pieniężne dla lekarzy, zakaz pełnienia określonych funkcji i wykonywania określonych czynności zawodowych

Rozszerzenie uprawnień pokrzywdzonego będzie polegać na ustanowieniu go jako strony we wszystkich etapach postępowania. Będzie on mógł ustanowić pełnomocników, mieć wgląd do akt oraz składać wnioski i zażalenia.

O potrzebie zmiany ustawy o izbach lekarskich w zakresie odpowiedzialności zawodowej mówi się już od wielu lat. Potrzebę zmian samorząd lekarski i inne instytucje zauważyły jeszcze przed nowelizacją kodeksu karnego i kodeksu postępowania karnego w 1997 roku.

Głównymi problemami merytorycznymi, nad którymi dyskutowano, była niezgodność obowiązujących przepisów z zasadami stanowienia prawa. W ustawie z 1989 roku uregulowano tylko część zasadniczych praw, na przykład prawa stron, a resztę zawarto w rozporządzeniu ministra zdrowia. Dys-

kusyjne było również potraktowanie pokrzywdzonego tylko jako świadka w postępowaniu w pierwszej instancji, niepełna jawność postępowania. Oczywiście dużo więcej mówiono o problemach niemerytorycznych, które pojawiały się przy okazji głośniejszych spraw prawnomedycznych w mediach. Były to również okazje do głośniejszych deklaracji, by rozwiązać problem, ale po krótkim okresie zainteresowania mediów kolejne projekty nowelizacji odkładano na później. W efekcie stare, prawie dwudziestoletnie już przepisy są ciągle podstawą postępowania dotyczących odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Choć nie są odpowiednie do zmienionych w międzyczasie standardów odpowiedzialności karnej, która jest ich podstawą, należy stwierdzić, że w tym długim okresie ich obowiązywania wypadły one bardzo dobrze.

Projekt nowej ustawy

W trakcie prac nad kolejnym projektem nowelizacji okazało się, że liczba potrzebnych zmian jest bardzo duża, co zgodnie z zasadami techniki prawodawczej powinno skłaniać do przygotowania nowej, przejrzystej skonstruowanej ustawy. Powstał więc projekt obejmujący wszystkie zgłaszane i przyjęte przez Naczelną Radę Lekarską propozycje. W zakresie odpowiedzialności zawodowej proponuje się w nim bardzo dużo zmian, ale podstawowe zasady tej odpowiedzialności pozostają niezmienione. Wzoruje się ona na procedurze karnej. Zakres podmiotowy obejmuje wszystkich członków izb lekarskich, a podstawą odpowiedzialności są przepisy kodeksu etyki lekarskiej oraz przepisy o wykonywaniu zawodu.

Rozdział poświęcony odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy

nas trafiają najbardziej skomplikowane przypadki medyczne – mówi dr Maciej Kowalczyk, prezes Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali Klinicznych.

Na przykład operację wszczepienia sztucznego dysku w kręgosłup w nowym systemie NFZ wycenił na 9 tys. zł. Problem w tym, że 9 tys. to koszt samej protezy. Podobnie jest z innymi wysoko-specjalistycznymi procedurami, bo pacjentów z ostrą białaczką szpikową NFZ rozlicza dopiero wtedy, gdy leżą w szpitalu co najmniej 11 dni. Wtedy szpital dostanie za swoją usługę trochę ponad 20 tys. zł. Jeżeli wypuści pacjenta wcześniej, nie dostanie nic. Żeby bilansować straty, szpitale kliniczne będą musiały przetrzymywać pacjentów w szpitalach utrudniając tym samym dostępność do swoich usług innym pacjentom.

– Na skomplikowanych procedurach, jak np. leczenie nadciśnienia płucnego, stawkę obcięto nam o ponad 500 zł. A różnica między tym, co płaci NFZ, a realnym kosztem udzielenia świadczeń sięga już dziś 20-30 proc. – mówi Adam Radomyski z Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie.

Stracą też placówki specjalizujące się w okulistyce. – Tylko na „operacjach jednego dnia”, np. zaćmy z wszczepieniem soczewki, stracimy 10 proc. obecnych stawek – mówi Andrzej Mądrala, szef spółki MAVIT, prezydent Korporacji Zdrowe Zdrowie działającej w ramach KPP.

A może właśnie o to chodziło? W końcu minister Kopacz jak mantrę powtarza, że trzeba uszczelnić system.

Agnieszka Katrynicz

dentystów został bardzo rozbudowany, ponieważ znalazły się w nim przepisy z dotychczasowego rozporządzenia regulujące prawa i obowiązki uczestników postępowania. Dla prawników przepisy te mogą być zbyt szczegółowe, ale tworząc je brano pod uwagę, że ich adresatami są lekarze, a więc osoby, które nie mają doświadczenia w interpretacji i stosowaniu aktów prawnych.

Główne zmiany

Najważniejsze zmiany, które znalazły się w projekcie, to duże rozszerzenie uprawnień pokrzywdzonego, wprowadzenie jawności postępowania, poszerzenie katalogu kar, które mogą orzekać sądy lekarskie, przywrócenie sędziów zawodowych w składach orzekających Naczelnego Sądu Lekarskiego, wprowadzenie kasacji od części orzeczeń kończących postępowanie przed sądami lekarskimi oraz poprawa sprawności postępowania.

Rozszerzenie uprawnień pokrzywdzonego polega na ustanowieniu go jako strony we wszystkich etapach postępowania, co obecnie dotyczy tylko postępowania odwoławczego od orzeczeń sądów pierwszej instancji. Jako strona pokrzywdzony będzie mógł ustanowić pełnomocników, mieć wgląd do akt, składać wnioski i zażalenia.

Ponieważ postępowanie dotyczące odpowiedzialności zawodowej nie należy do wymiaru sprawiedliwości i często jest traktowane jako wewnętrzne postępowanie korporacji zawodowej, było ono jawne tylko dla jej członków. Takie rozwiązanie nie sprzyja jednak zrozumieniu roli i zasad postępowania w społeczeństwie, bardzo często jest również powodem do pomówień o tzw. mafijność i zмовę. Dlatego proponuje się pełną jawność postępowania przed sądami lekarskimi, którą sąd może ograniczyć z przyczyn określonych w ustawie.

Nowe kary

Wieloletnie doświadczenie sądów lekarskich wskazuje, że obecny katalog kar orzekanych przez sądy jest niewystarczający. Różnica między karą nagany a następną surowszą karą, czyli zawieszeniem prawa wykonywania zawodu, jest ogromna i często uniemożliwia dostosowanie kary do stopnia zawinienia. Dlatego zrodziła się propozycja kary pieniężnej przeznaczanej na cele społeczne w ochronie zdrowia, zakazu pełnienia określonych funkcji i wykonywania określonych czynności. Byłyby to kary pośrednie pomiędzy naganą a zawieszeniem prawa wykonywania zawodu. Do 2002 r. w Naczelnym Sądzie Lekarskim

składom orzekającym przewodniczyli sędziowie Sądu Najwyższego. W projekcie nowej ustawy o izbach lekarskich proponuje się przywrócenie sędziów sądów powszechnych w NSL. Przemawia za tym bardzo dobre doświadczenie ze współpracy z sędziami SN, ale przede wszystkim zmiana roli pokrzywdzonego, którego często w postępowaniu mogą reprezentować prawnicy, celowość zapewnienia poprawiającej przejrzystość postępowania reprezentacji społecznej w sądach zawodowych, która w przypadku sędziów sądów powszechnych byłaby jednocześnie reprezentacją na najwyższym poziomie profesjonalnym, oraz dążenie do dwuinstancyjności postępowania. Obecnie postępowanie jest trzyinstancyjne, przy czym ostatnią instancję stanowi sąd pracy i ubezpieczeń, co wiąże się ze zmianą trybu postępowania wzorowanego na karnym na administracyjny.

Możliwość kasacji

Dwuinstancyjne postępowanie wiązałoby się z możliwością kasacji, do której uprawnione byłyby strony, minister właściwy do spraw zdrowia oraz prezes Naczelnej Rady Lekarskiej. Takie rozwiązanie byłoby konsekwentnym stosowaniem zasad procedury karnej w postępowaniu dotyczącym odpowiedzialności zawodowej. Projekt zawiera również wiele przepisów, które powinny usprawnić postępowanie oraz zapobiegać przewlekłości postępowania. Obecnie, pomimo iż członkowie organów odpowiedzialności zawodowej wykonują swe zadania społecznie, postępowanie przewleka się zaledwie w kilku procentach spraw.

Dyskusje nad nowelizacją przepisów dotyczących odpowiedzialności zawodowej lekarzy trwają już bardzo długo. Dzięki temu istnieje bardzo duża zgodność pomiędzy propozycjami samorządu lekarskiego a podmiotami mogącymi podjąć inicjatywę legislacyjną w tej sprawie. Trzeba mieć nadzieję, że motorem bardzo potrzebnych działań legislacyjnych będą powody merytoryczne, nie zaś doraźne reakcje na medialne wydarzenia. Efektem byłaby ustawa, która w zakresie odpowiedzialności zawodowej dostosuje przepisy do obecnie obowiązujących w Polsce i w Europie standardów postępowania.

„Gazeta Prawna”, 7.10.2008 r.

Autor, członek prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, przez osiem lat był przewodniczącym Naczelnego Sądu Lekarskiego

JGP po polsku

dokończenie ze str. 21

w nim też koszt leków, by skończyć z wysyłaniem pacjenta z receptą do apteki – dodaje minister Ewa Kopacz.

Równanie do średniej

Problem polega jednak na tym, że NFZ płaci teraz uśrednione stawki. W statystykach wygląda to znakomicie – gorzej w praktyce. Dyrektorzy jak jeden mąż skarżą się, że tracą na utrzymaniu OIOM-u, bo ujednolicona stawka oznacza, że dostają o 500-1000 zł mniej za pacjenta. Najgorzej jest w szpitalach klinicznych. – Procedury są wyceniane dla wszystkich szpitali w tym samym stopniu, a to my jesteśmy szpitalami ostatniej szansy. Do

Bezsilność lekarza rodzinnego

Sprawa, którą tym razem prezentuję, zawisła zarówno na wokandzie sądu lekarskiego, jak i sądu cywilnego.

Jej przesłaniem jest rozstrzygnięcie, co może zrobić dla pacjenta lekarz podstawowej opieki zdrowotnej. Medycyna rodzinna wymaga interdyscyplinarnego podejścia do pacjenta, niemniej praktycznie najbardziej jest zbliżona do interny. Lekarz rodzinny, jako pierwsze i podstawowe ogniwo pomocy medycznej, winien zapewnić utrzymywanie pacjentów w dobrej kondycji psychicznej i fizycznej, a także leczyć najczęstsze schorzenia. Dopiero w razie potrzeby kieruje pacjentów do leczenia i diagnostyki w lecznictwie ambulatoryjnym, a także w oddziałach szpitalnych. Dokładny wykaz obowiązków lekarza rodzinnego zawiera załącznik nr 1 do rozporządzenia ministra zdrowia z 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 214, poz. 1816).

Maria A. pozostawała pod opieką lekarza POZ, specjalisty chorób wewnętrznych oraz medycyny rodzinnej – Jana B. w latach 2002-2006. W tym czasie zgłaszała się 3-4 razy w roku głównie z typowymi dolegliwościami, jak sezonowe infekcje i po recepty na środki antykoncepcyjne. W listopadzie 2003 r. zgłosiła bóle brzucha, kilkudniową biegunkę i otrzymała leki. Więcej z podobnymi skargami nie zgłaszała się. We wrześniu 2004 r. Maria A. zgłosiła się po skierowanie na badanie krwi. Mówiła, że jest zmęczona. Wyniki były poprawne, poza hemoglobina, która była w dolnej granicy normy. Jan B. zapisał preparaty witaminowe. W sierpniu 2005 r. w związku ze zgłoszonymi dolegliwościami typu kołatanie serca i rozstrzęsienie Maria A. została skierowana jeszcze raz na badanie krwi (także na poziom żelaza), jonogram, próby wątrobowe i całkowitą zdolność wiązania żelaza. Morfologia, poza niewielkim obniżeniem obrazu czerwonych krwinek, była w normie. Jan B. rozpoznał u pacjentki obniżony poziom żelaza i w tym kierunku podjął leczenie, a także zalecił badania kontrolne w październiku

2005 r. Były one poprawne, podobnie jak badania ze stycznia 2006 r.

W listopadzie 2006 r. Maria A. zgłaszała bóle brzucha i wzmożoną perystaltykę jelit. Wypróżnienia miała normalne. Na kolejnej wizycie podała, że po zapisanym jej leku dolegliwości ustąpiły. W grudniu 2006 r. Maria B. podała lekarzowi, że w kale zauważyła krew. Otrzymała skierowania do poradni gastrologicznej i proktologicznej, gdzie wykonano jej kolonoskopię i wykryto nowotwór jelita grubego, kierując ją na zabieg operacyjny. Maria A. upierała się, że jej dolegliwości są wywołane przez pasożyty przewodu pokarmowego i sama leczyła się ziołami. Leczenie operacyjne zastosowano dopiero w czerwcu 2007 r. Wycięto całe jelito grube, okrężnicę, esicę i odbytnicę.

Maria A. skierowała skargę na postępowanie lekarza rodzinnego do okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Powołani przez niego biegli z zakresu proktologii i interny mieli w łącznej opinii rozstrzygnąć: czy na podstawie zgłaszanych dolegliwości, częstotliwości wizyt u lekarza rodzinnego, wyników badań podmiotowych i przedmiotowych, zgodnie z wiedzą medyczną i przy wykorzystaniu technik dostępnych w warunkach POZ oraz zleconych badań dodatkowych – można było podejrzewać wcześniej u Marii A. chorobę nowotworową i w związku z tym skierować ją na konsultacje specjalistyczne w celu dalszej diagnostyki? A także, czy istnieje związek przyczynowy między stopniem uszczerbku na zdrowiu Marii A. a poddaniem się przez nią operacji chirurgicznej po upływie znacznego czasu, jaki minął od skierowania jej do leczenia operacyjnego.

Procedura karna, wedle której przebiega w przeważającej części postępowanie w sprawie odpowiedzialności zawodowej lekarza, umożliwia przedstawienie opinii łącznej, sporządzonej przez kilku biegłych, także przez biegłych różnych specjalności, z których każdy przeprowadza badania cząstkowe z zakresu swej specjalności, stanowiące podstawę opracowania jednej

opinii ze wspólną oceną i wnioskami. Biegły o specjalizacji proktologicznej dysponował wiedzą niezbędną do oceny choroby powódki, a biegły o specjalności internistycznej ocenił postępowanie Jana B. przez pryzmat obowiązków lekarza rodzinnego.

W łącznej opinii biegli orzekli, że dopiero epizod bólów brzucha w listopadzie 2006 r. i obecność krwi w stolcu w grudniu 2006 r. stanowiły podstawę do niezwłocznej diagnostyki. Jednakże nawet wcześniejsze rozpoznanie nie wpłynęłoby na rokowanie u powódki. Przebyty przez Marię A. zabieg i doznane przez nią kalectwo wynika bowiem z wrodzonej choroby jelita grubego, to jest „rodzinnej polipowatości tego narządu”. Jest to choroba dziedziczna występująca stosunkowo rzadko (jeden przypadek na 700 tys.-1 mln 200 tys.), która charakteryzuje się występowaniem licznych polipów i traktowana jest jako stan przedrakowy, nieuchronnie w stu procentach prowadzący do raka jelita grubego. U osób, w których rodzinie występowała polipowatość jelita grubego, badania kolonoskopowe przeprowadza się corocznie.

U Marii A. choroba ujawniła się *de novo*. Lekarz rodzinny nie jest zdolny podjąć czynności w kierunku wykluczenia tego typu choroby przy negatywnym wyniku wywiadu. W takim przypadku, jak u Marii A., to jest u młodej miesiącującej kobiety, rak jelita grubego – z uwagi na swoją rzadkość – jako przyczyna niedokrwistości, nie jest praktycznie brany pod uwagę w trakcie diagnostyki różnicowej, to jest poszukiwania przyczyny tej niedokrwistości.

Okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej przyjął, że Jan B., sprawując podstawową opiekę medyczną, nie popełnił błędu w sztuce lekarskiej. Proces cywilny jeszcze trwa. Jego rozstrzygnięcie jest całkowicie niezależne od wyniku postępowania przed organem izby lekarskiej.

Jerzy Ciesielski
adwokat

„Panaceum” nr 10/2008 r.



Przychodzi lekarz do prawnika

Czy rodzina musi się zgodzić?

Kwestie dotyczące pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów zostały uregulowane w ustawie o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, narządów i tkanek z 1 lipca 2005 r., Dz.U. 2005 r., nr 169, poz. 1411 – dalej UoP. Zagadnienia dotyczące wyrażania zgody na pobranie komórek, tkanek i narządów od osoby zmarłej (pobranie *ex mortuo*) budzą wiele wątpliwości, a w praktyce medycznej przepisy UoP są często błędnie interpretowane.

Przeszczep *ex mortuo*

W myśl ustawy o przeszczepach komórek, tkanki i narządy mogą być pobierane w celach leczniczych, naukowych i dydaktycznych również ze zwłok ludzkich (art. 4 ust. 1 UoP). Należy podkreślić, że do pobrania może dojść w ramach przeprowadzanej sekcji zwłok, jak również w ramach innych czynności lekarskich

(np. pobranie od dawcy będącego ofiarą wypadku komunikacyjnego).

Pobranie komórek, tkanek i narządów od osób zmarłych (...) *dopuszczalne jest po stwierdzeniu trwałego, nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierci mózgu)* – art. 9 ust. 1 UoP. Ustanie czynności mózgu musi zostać stwierdzone przez trzyosobową komisję lekarską, w skład której musi wchodzić lekarz posiadający specjalizację z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii oraz lekarz posiadający specjalizację z zakresu neurochirurgii lub neurologii. Warto podkreślić, że stwierdzenie trwałego, nieodwracalnego ustania czynności mózgu musi obejmować następujące etapy:

- postępowania kwalifikacyjne:
 - wysunięcie podejrzenia śmierci mózgu,
 - wykonanie badań potwierdzających śmierć mózgu,
- dwukrotne wykonanie przez ordynatora oddziału/kliniki lub lekarza przez niego upoważnionego badań wyliczonych w obwieszczeniu ministra zdrowia z 17 lipca 2007 roku.

Pobranie komórek, tkanek i narządów może nastąpić, jeżeli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu na pobranie po śmierci. Brak sprzeciwu pacjenta jest w tym przypadku jednoznaczny z wyrażeniem zgody na dokonanie czynności pobrania (zgoda domniemana).

Sprzeciw na pobranie *ex mortuo*

Skuteczny sprzeciw na pobranie komórek, tkanek i narządów musi zostać wyrażony w jednej z niżej wymienionych form:

- zgłoszenia do Ogólnopolskiego Centralnego Rejestru Sprzeciwów www.poltransplant.org.pl, prowadzonego przez Poltransplant. Podstawą prowadzenia Centralnego Rejestru Sprzeciwów jest rozporządzenie MZiOŚ w sprawie centralnego rejestru zgłaszanych sprzeciwów na pobranie komórek, tkanek i narządów, sposobu rejestracji sprzeciwów oraz sposobu ustalania istnienia sprzeciwu w formie oświadczeń z 1 grudnia 2006 r., Dz.U. 2006 r., nr 226, poz. 1671,
- oświadczenia pisemnego z własnoręcznym podpisem,
- ustnego oświadczenia złożonego w obecności dwóch świadków, którzy pisemnie potwierdzą treść złożonego oświadczenia.

W przypadku osób ubezwłasnowolnionych całkowicie oraz małoletnich, które nie ukończyły szesnastu lat, sprzeciw na pobranie komórek narządów i tkanek po śmierci może złożyć ich przedstawiciel ustawowy (rodzic, opiekun).

Warto podkreślić, że sprzeciw jest skuteczny wyłącznie wtedy, kiedy został

złożony za życia osób, których dotyczy. Osoby małoletnie, które ukończyły szesnaste lat, mogą złożyć sprzeciw na pobranie komórek, narządów i tkanek *ex mortuo* razem ze swoim przedstawicielem ustawowym, czyli rodzicem lub opiekunem ustanowionym przez sąd opiekuńczy (sprzeciw równoległy).

Uwaga! Sprzeciw na pobranie komórek, narządów i tkanek może zostać cofnięty w każdym czasie przez osobę, która go złożyła. Cofnięcie sprzeciwu powinno nastąpić w formie, w jakiej sprzeciw został złożony.

Zgodnie z ustawą o przeszczepach do pobrania komórek, tkanek lub narządów lekarz nie potrzebuje zgody rodziny osoby zmarłej. Jeśli zmarły (pełnoletni i nieubezwłasnowolniony) nie wyraził za życia sprzeciwu na pobranie komórek, narządów lub tkanek w jednej z wyżej opisanych form, żaden z członków rodziny nie ma prawa do wyrażenia sprzeciwu na pobranie jego komórek, narządów lub tkanek. Warto podkreślić, że lekarz dokonujący pobrania nie jest nawet zobowiązany do informowania rodziny zmarłego o pobraniu komórek, tkanek lub narządów. Jedynym obowiązkiem lekarza jest zapewnienie zwłokom ludzkim należytego wyglądu po wykonaniu zabiegu pobrania.

Uwaga! Przed pobraniem komórek, tkanek lub narządów od osoby zmarłej lekarz lub upoważniona przez niego osoba ma obowiązek sprawdzenia, czy osoba zmarła nie wyraziła sprzeciwu na pobranie w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów lub w innej formie. Istnienie sprzeciwu w innej formie niż wpis do rejestru lekarz lub osoba do tego upoważniona stwierdza na podstawie dostępnych informacji lub dokumentów. Oznacza to, że jeśli lekarz lub inny pracownik służby zdrowia nie ma możliwości dostępu do osobistych rzeczy pacjenta lub nie ma kontaktu z nikim, kto mógłby posiadać informacje dotyczące tego czy pacjent wyraził sprzeciw na pobranie w formie pisemnej lub w obecności dwóch świadków, obowiązkiem lekarza jest wyłącznie sprawdzenie, czy sprzeciw na pobranie nie został zgłoszony w CRS. Informacja o istnieniu lub braku sprzeciwu może zostać przekazana przez CRS telefonicznie, faksem lub pocztą elektroniczną.

Sprzeciw zgłaszany do Centralnego Rejestru Sprzeciwów

Sprzeciw do Centralnego Rejestru Sprzeciwów zostaje zgłoszony, jeżeli uprawniony do wyrażenia sprzeciwu podmiot wypełni odpowiedni formularz dostępny na stronie internetowej Poltransplantu i we wszystkich publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Formularz sprzeciwu może

zostać doręczony do CRS osobiście lub za pośrednictwem poczty. Sprzeciw na pobranie komórek narządów i tkanek zostaje wpisany do bazy sprzeciwów niezwłocznie po doręczeniu formularza sprzeciwu. Osoba, która złożyła sprzeciw, otrzymuje potwierdzenie o dokonaniu wpisu. Zawiadomienie o dokonaniu wpisu ma formę wydruku komputerowego podpisanego przez dyrektora Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego Poltransplant (§ 1 ust. 3 RwSCRS).

W Centralnym Rejestrze Sprzeciwów zamieszcza się następujące dane osoby, która zgłosiła lub cofnęła wcześniej zgłoszony sprzeciw:

- imię i nazwisko,
- datę i miejsce urodzenia,
- numer PESEL,
- adres i miejsce zamieszkania,
- datę oraz miejscowość, w której sprzeciw albo jego cofnięcie zostały sporządzone,
- datę wpłynięcia sprzeciwu albo datę wpłynięcia, zgłoszenia o wykreślenie wpisu sprzeciwu.

W przypadku, gdy sprzeciw na pobranie komórek, narządów i tkanek został złożony przez przedstawiciela ustawowego (rodzica, opiekuna) osoby, która nie ukończyła szesnastego roku życia, zawiadomienie o wpisie wysyłane jest do osoby małoletniej. Zawiadomienie wysyłane jest w momencie ukończenia przez małoletniego szesnastego roku życia. Wynika to z faktu, że osoba, która ukończyła szesnasty rok życia, ma prawo do wyrażeniu sprzeciwu razem ze swoim przedstawicielem ustawowym. Wyklucza to możliwość podjęcia samodzielnej decyzji o sprzeciwie na pobranie przez rodzica lub opiekuna osoby, która ukończyła szesnaste lat. Zawiadomienie o istnieniu sprzeciwu na pobranie zawiera informacje o możliwości cofnięcia sprzeciwu. Cofnięcie sprzeciwu musi nastąpić w formie zgłoszenia do CRS. Jeżeli małoletni, który otrzymał zawiadomienie o istnieniu sprzeciwu na pobranie, nie wystąpi do CRS w terminie 30 dni z wnioskiem o cofnięcie sprzeciwu, sprzeciw na pobranie komórek, narządów i tkanek uważa się za nadal obowiązujący (§ 3 ust. 1, 3, 4 RwSCRS).

Informować czy zachować tajemnicę lekarską?

Lekarz nie uchyla tajemnicy lekarskiej, jeżeli przekazuje organom ścigania wiarygodne informacje o tym, że pacjent przygotowuje popełnienie przestępstwa, usiłuje popełnić przestępstwo lub popełnił przestępstwo. Zgodnie z art. 240 § 1 kodeksu karnego (ustawa kodeks karny z 6 czerwca 1997 r., Dz.U. 1997 r., nr 88, poz. 553, ze zm.) osoba, która posiada wiarygodną wiadomość o przygotowaniu, usiłowaniu lub popełnieniu niektórych przestępstw ma obowiązek niezwłocznego zawiadomienia o tym

fakcie organów ścigania (tzw. obowiązek denuncjacji). Do przestępstw, o których przygotowaniu, usiłowaniu lub popełnieniu lekarz musi zawiadomić organy ścigania, należą między innymi:

- zamach na życie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej (art. 134 k.k.),
- przestępstwo zabójstwa (art. 148 k.k.),
- spowodowanie zdarzenia, które zagraża życiu lub zdrowiu wielu osób lub mieniu w wielkich rozmiarach w postaci: pożaru, zawalenia się budowli, obsunięcia się ziemi, skał lub śniegu, eksplozji materiałów wybuchowych lub łatwopalnych, rozprzestrzenienia się substancji trujących, duszących lub parzących, gwałtownego wyzwolenia energii jądrowej lub promieniowania jonizującego (art. 163 k.k.).

Uwaga! Jeżeli lekarz nie zawiadomi organów ścigania o tym, że pacjent przygotowuje, usiłuje popełnić lub popełnił jedno z przestępstw wymienionych w art. 204 § 1 k.k., naraża się na odpowiedzialność karną. Niedopełnienie obowiązku poinformowania organów ścigania zagrożone jest karą pozbawienia wolności do lat trzech.

Lekarz nie ponosi odpowiedzialności karnej, jeżeli niedopełnienie obowiązku denuncjacji spowodowane było:

- istnieniem uzasadnionego przypuszczenia, że organy ścigania posiadają informację na temat przygotowania, usiłowania lub popełnienia czynu zabronionego (art. 240 § 2 k.k.),
- obawą przed własną odpowiedzialnością karną lub odpowiedzialnością karną osób najbliższych dla lekarza. Lekarz nie podlega karze określonej w art. 240 § 1 k.k., jeśli nie zawiadomił organów ścigania o przestępstwie popełnionym przez osobę dla niego najbliższą (np. przestępstwo zabójstwa zostało popełnione przez małżonka lekarza, o czym lekarz dowiedział się w trakcie akcji ratowniczej). Lekarz nie ma również obowiązku poinformowania organów ścigania o przygotowaniu, usiłowaniu lub popełnieniu przestępstwa, jeżeli przekazanie informacji mogłoby narażać na odpowiedzialność karną samego lekarza (np. w związku z faktem, że lekarz uczestniczył w przygotowaniach do popełnienia przestępstwa).

Lekarz, który przekazuje organom ścigania informacje dotyczące przygotowywania, usiłowania lub popełnienia przez pacjenta czynu niedozwolonego wymienionego w art. 240 § 1 k.k., nie naraża się na odpowiedzialność z tytułu uchylecia tajemnicy lekarskiej.

Justyna Zajdel

Zakład Prawa Medycznego w Łodzi

Artykuły ukazują się przy współpracy Wydawnictwa Progress, wydawcy „Prawa w Medycynie” i medycznych atlasów multimedialnych – www.progress.pl

Kompendium prawa medycznego

To 414-stronicowa pozycja kompleksowo omawiająca prawne aspekty pracy lekarzy. Justyna Zajdel, publicystka „GL”, czerpiąc doświadczenie z dziesiątków spotkań z lekarzami w całej Polsce, przygotowała publikację o charakterze kompendium, zaopatrzoną w kilkadziesiąt przykładów oraz liczne, wyraźnie wskazane w tekście definicje i uwagi. Książka zawiera rozdziały omawiające prawa pacjenta, obowiązki i wszelkie odmiany odpowiedzialności lekarzy, formy wykonywania zawodu, regulacje dotyczące wykonywania specjalizacji oraz przeprowadzania egzaminów państwowych. Nie zabrakło miejsca na omówienie stale niejasnych i budzących kontrowersje aspektów czasu pracy lekarzy oraz kontaktów z firmami farmaceutycznymi. Istotnie powiększono skrośnik ważnych terminów. Książka stanowi uaktualnienie wcześniejszych publikacji autorki, znajdujących się na liście lektur zalecanych do LEP-u i LDEP-u. Recenzentem jest prof. dr hab. med. Paweł Górski, rektor UM w Łodzi, który zachęca do lektury omawianej książki.



Justyna Zajdel, „Kompendium prawa medycznego”, wyd. I, „Progress”, wrzesień 2008, www.prawo.med.pl

Nobel 2008

Komitet Nagrody w Karolinska Institutet postanowił, że Nagrodę Nobla za 2008 r. w dziedzinie Fizjologii lub Medycyny otrzymają w połowie **Harald zur Hausen** za odkrycie „**wirusów brodawczaka ludzkiego wywołujących raka szyjki macicy**” oraz, wspólnie, **Françoise Barré-Sinoussi** i **Luc Montagnier** za odkrycie „**ludzkiego wirusa zespołu nabytego niedoboru odporności**”.

Odkrycie wirusa brodawczaka ludzkiego wywołującego raka szyjki macicy

Wbrew panującym w latach siedemdziesiątych poglądom Harald zur Hausen uważał, że w patogena raka szyjki macicy ma związek z zakażeniem wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV). Prof. zur Hausen założył, że w komórkach nowotworowych – jeżeli zawierają onkogeny wirus – powinno występować wirusowe DNA zintegrowane z genomem komórki. Specjalne metody detekcji wirusowego DNA w komórkach nowotworowych powinny zatem umożliwić wykrycie genów HPV warunkujących proliferację komórki. Harald zur Hausen pracował nad tym pomysłem przez ponad 10 lat, poszukując różnych typów wirusa HPV, co było tym trudniejsze, że jedynie niektóre fragmenty DNA wirusa stawały się

częścią genomu komórek nowotworowych. Uczony stwierdził występowanie DNA HPV w preparatach biopsyjnych tkanek złośliwych guzów szyjki macicy, odkrywając w ten sposób w 1983 r. nowy onkogeny typ wirusa – HPV16. W następnym roku zur Hausen sklonował HPV16 i 18 pochodzące od pacjentek cierpiących na raka szyjki macicy. Jak potwierdzono później w licznych badaniach, oba typy wirusa HPV występują w ok. 70% preparatów biopsyjnych tkanek nowotworów złośliwych szyjki macicy na całym świecie.

Znaczenie odkrycia HPV

Choroby wywoływane przez HPV stanowią znaczne obciążenie w kategoriach zdrowia publicznego. Przewlekłe zakażenie HPV jest przyczyną ok. 5% wszystkich przypadków nowotworów

złośliwych w skali świata. HPV jest najbardziej rozpowszechnionym czynnikiem chorobotwórczym przenoszonym drogą płciową, gdyż jest nim zakażonych ok. 50-80% mieszkańców Ziemi. Na ponad 100 znanych typów wirusa ok. 40 jest przyczyną zakażeń w obrębie układu rozrodczego, a spośród nich 15 wiąże się z wysokim ryzykiem rozwoju raka szyjki macicy u kobiet. HPV wykrywa się także w komórkach niektórych nowotworów złośliwych sromu, prącia, jamy ustnej i innych. Wirusa brodawczaka ludzkiego wykrywa się u 99,7% kobiet z potwierdzonym histopatologicznie rozpoznaniem raka szyjki macicy, czyli u ok. 500000 kobiet rocznie.

H. zur Hausen opisał nieznane wcześniej właściwości wirusa HPV, co umożliwiło zrozumienie mechanizmów karcynogenezy związanej z zakażeniem HPV i poznanie czynników predysponujących do przetrwania wirusa i transformacji nowotworowej komórek. Można powiedzieć, że uczony „przedstawił” HPV16 i 18 społeczności naukowców. Obecnie istnieją szczepionki dające ponad 95%-procentową ochronę przed zakażeniem tymi dwoma najgroźniejszymi typami wirusa brodawczaka ludzkiego. Opracowane szczepionki mogą także doprowadzić do spadku liczby zabiegów chirurgicznych i redukcji światowego obciążenia rakiem szyjki macicy.

Harald zur Hausen, ur. w 1936 r. w Niemczech, obywatel niemiecki, doktorat w dziedzinie nauk medycznych na Uniwersytecie w Düsseldorfie. Emerytowany profesor i były przewodniczący oraz dyrektor naukowy Niemieckiego Ośrodka Badań nad Nowotworami w Heidelbergu (Niemcy).



Françoise Barré-Sinoussi, ur. w 1947 r. we Francji, obywatelka francuska, doktorat w dziedzinie wirologii w Instytucie Pasteura w Garches (Francja). Profesor i dyrektor Działu Zakażeń Retrowirusowych na Oddziale Wirologii Instytutu Pasteura w Paryżu.



Luc Montagnier, ur. w 1932 r. we Francji, obywatel francuski, doktorat w dziedzinie wirologii na Uniwersytecie Paryskim. Emerytowany profesor i dyrektor Światowej Fundacji Badań i Profilaktyki AIDS w Paryżu.



Odkrycie wirusa HIV

Opublikowane w 1981 r. doniesienia o nowo odkrytym zespole niedoboru odporności skłoniły naukowców do poszukiwania czynnika wywołującego tę chorobę. Françoise Barré-Sinoussi i Luc Montagnier wyizolowali i namnażali komórki węzłów chłonnych uzyskane od pacjentów z limfadenopatią typową dla wczesnej fazy nabytego niedoboru odporności. Wykryli w nich aktywność charakterystycznego dla retrowirusów enzymu o nazwie odwrotna transkryptaza, co było bezpośrednią oznaką trwającej replikacji retrowirusów. Na powierzchni zakażonych komórek wykryli ponadto cząstki retrowirusów. Wyizolowane wirusy zakażały i zabijały limfocyty uzyskane zarówno od osób z niedoborem odporności, jak i od osób zdrowych oraz były wiązane przez przeciwciała z krwi osób zakażonych. W odróżnieniu od znanych wcześniej ludzkich retrowirusów wywołujących nowotwory, nowy rodzaj wirusa, który odkryli francuscy naukowcy, określany obecnie jako ludzki wirus zespołu nabytego niedoboru odporności, nie powodował niekontrolowanego rozrostu komórek. Wirus namnażał się tylko w aktywowanych komórkach i powodował łączenie się limfocytów T. Te dane częściowo wyjaśniały, w jaki sposób HIV uszkadza układ odpornościowy, ponieważ komórki T mają podstawowe znaczenie dla jego funkcjonowania. Do 1984 r. Barré-Sinoussi i Montagnier uzyskali izolaty nowego retrowirusa, który zakwalifikowali do rodzaju *Lentivirus*, od osób zakażonych drogą

płciową, chorych na hemofilię, niemowląt zakażonych przez matki i osób, którym przetaczano krew. Znaczenie ich osiągnięć należy rozpatrywać w kontekście światowej epidemii dotyczącej prawie 1% mieszkańców naszej planety.

Znaczenie odkrycia wirusa HIV

Wkrótce po odkryciu wirusa HIV prace kilku zespołów badaczy doprowadziły do ustalenia, że to właśnie ten wirus jest przyczyną zespołu nabytego niedoboru odporności u ludzi, znanego odąd pod nazwą AIDS. Odkrycia Barré-Sinoussi i Montagniera umożliwiły szybkie sklonowanie genomu HIV-1, a to pozwoliło na poznanie ważnych szczegółów dotyczących cyklu namnażania się wirusa i sposobu interakcji z komórkami organizmu gospodarza. Połączenie profilaktyki

i leczenia znacznie ograniczyło szerzenie się choroby i znacznie wydłużyło długość życia leczonych chorych. Sklonowanie wirusa HIV pozwoliło także na przeprowadzenie badań nad jego pochodzeniem i ewolucją. Ludzie prawdopodobnie zarażili się HIV od szympanów na początku XX w. w Afryce Zachodniej. Nadal jednak nie wiadomo, co spowodowało tak drastyczny wzrost zachorowań od początku lat siedemdziesiątych.

Badania interakcji wirusa z komórkami organizmu gospodarza pozwoliły na uzyskanie informacji, w jaki sposób wirus „ucieka” przed układem odpornościowym, zaburzając czynność limfocytów, ulegając ciągłym transformacjom i ukrywając swój genom w DNA limfocytów chorego. Eradykacja wirusa z zakażonego organizmu jest przez to trudna do osiągnięcia nawet po długotrwałej terapii antyretrowirusowej. Zdobyta rozległa wiedza na temat wyjątkowych interakcji wirusa z organizmem gospodarza umożliwiła jednak osiągnięcie wyników, które w przyszłości mogą zaowocować stworzeniem szczepionek oraz metod leczenia wykorzystujących fazę utajenia aktywności wirusa.

HIV stał się przyczyną pandemii nowego rodzaju. Nigdy wcześniej naukowcom i lekarzom nie udało się w tak krótkim czasie odkryć, ustalić przyczyny i opracować leczenia nowej choroby. Dzięki skutecznej terapii antyretrowirusowej długość życia osób zakażonych HIV jest obecnie zbliżona do długości życia osób bez zakażenia.

opr. Mariusz Górnicz
i Marek Stankiewicz

VII Konferencja „Polka w Europie”

Dobra tradycja

„Polka w Europie” na dobre wpisała się do kalendarza najważniejszych imprez kierowanych do dziennikarzy specjalizujących się w tematyce medycznej. Już po raz siódmy żurnaliści z całej Polski reprezentujący wszystkie media spotkali się na promie szczecińskiego armatora Polferries (w 2003 r. udali się do Parlamentu Europejskiego w Brukseli autokarami). Cel podróży: Skandynawia. Tym razem tylko Szwecja.

Nasze spotkania tradycyjnie rozpoczynają się sesją naukową w gdańskim ratuszu. Patronują im niezmiennie prezydent miasta i Gdański Uniwersytet Medyczny. Od ubiegłego roku dołączył Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Produktów Medycznych i Środków Biobójczych. Potem przesiadamy się na prom płynący do Nynashamn, a po przejeździe do Sztokholmu zazwyczaj udajemy się do jeszcze innego kraju bałtyckiego. Już podczas rejsu zaplanowana jest seria szkoleń na najbardziej aktualne tematy zdrowotne

prowadzone przez najwyższej klasy specjalistów. Tak będzie już do końca pięciodniowej podróży.

Na lądzie też nie próżnujemy. Zapoznajemy się z zagadnieniami opieki medycznej w poznanych krajach, a dotąd byliśmy już w Danii, Norwegii, Finlandii, Łotwie i Estonii. W tym roku polscy leka-

rze pracujący w Sztokholmie ocenili ze swej perspektywy szwedzką służbę zdrowia. Natomiast dzięki uprzejmości URPL mogliśmy gościć w Europejskim Centrum Zbierania Raportów o Działaniach Niepożądanych Leków w Uppsali i wysłuchać referatu tamtejszego dyrektora Bruce’a Hugmana na temat międzynarodowego programu WHO monitorowania leków. W powrotnej drodze do Gdańska m.in. dyskutowaliśmy dlaczego w Polsce jest coraz mniej lekarzy specjalistów oraz próbowaliśmy odpowiedzieć na pytania: Kto gdzie będzie nas leczyć? Czy prywatyzować szpitale?

Mimo że program wyjazdu każdorazowo jest bardzo wyczerpujący (w tym roku poruszono w różnych prezentacjach dokładnie 30 problemów!), dziennikarze planują uczestnictwo w „Polce” z dużym wyprzedzeniem. „Ta aktywność naszych kolegów wcale mnie nie dziwi - mówi prezes Stowarzyszenia Dziennikarzy dla Zdrowia, organizatora konferencji Ewa Dux-Prabucka. - Kiedy po raz pierwszy w ramach „Polki w Europie” płynęliśmy do Kopenhagi, postanowiliśmy stworzyć stowarzyszenie dziennikarzy zajmujących się tematyką zdrowotną. Miało ono na celu pomóc w ich dalszej edukacji i zbliżeniu z przedstawicielami środowiska medycznego i farmaceutycznego w trakcie m.in. takich imprez. Był to przysłowiowy strzał w dziesiątkę. Z piętnastu członków-założycieli Stowarzyszenie rozrosło się już do 123. Mimo bardzo wyczerpującego programu, chętnych do uczestniczenia w naszych przedsięwzięciach jest zazwyczaj więcej niż miejsc i musimy dokonywać selekcji. Bez fałszywej skromności muszę przyznać, że obecnie grupujemy naprawdę najlepszych i najaktywniejszych zawodowo dziennikarzy medycznych reprezentujących wszystkie media i regiony kraju.”

Marek Hilgier
publicysta „Gazety Farmaceutycznej”



Chwała higienistom!

Zygmunt Wiśniewski

Warszawa w ostatnim 20-leciu XIX w. stała się miastem wielce interesującym. Jego ulicami – Krakowskim Przedmieściem, Tamką, Dobrą – przechadzał się Bolesław Prus, najbardziej wówczas znany warszawski pisarz i dziennikarz. Bystro obserwował, co się dzieje w mieście, a swoje spostrzeżenia opisywał w „Kronikach tygodniowych” drukowanych w „Kurierze Codziennym”. W tym piśmie drukował też w odcinkach powieść „Lalka”, w której uwiecznił sobie współczesną Warszawę.

Tymi samymi ulicami chadzał Józef Polak, lekarz, absolwent Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, który po krótkiej praktyce na prowincji osiadł na stałe w stolicy warszawskiej guberni. Miał skromną praktykę prywatną, ale jego prawdziwą pasją było szerzenie wiedzy o zdrowiu. W czasie praktyki we Włoszczowej zetknął się z zacofaniem zdrowotnym polskiej wsi i mieszkańców małych miast. Chciał tę sytuację zmienić poprzez mobilizowanie polskiej inteligencji do szerzenia oświaty sanitarnej i zasad higieny. Napisał dla niej podręcznik domowej wiedzy o zdrowiu, higienie i chorobach.

Panowie Prus i Polak spotkali się w czasie spaceru na Krakowskim Przedmieściu.

Bolesław Prus mistrzowsko użył swych umiejętności literackich, aby opisać niezwykle oryginalnego lekarza w „Kronice tygodniowej”.

Pewnego dnia, przed paroma laty, spotkałem na ulicy osobę z niezwykłą powierzchownością. Był to młody mężczyzna z twarzą starego człowieka. Miał źle ostrzyżoną brodę, okulary na bakier, buty z czasów Fryderyka Wielkiego, kapelusz z czasów rewolucji francuskiej i palto krótsze od surduta. Postawą przypominał frotera szukającego roboty, a fizjonomią pesymistę, który gdy raz zafrasował się tym, że przyszedł na świat – już do dziś dnia nie odzyskał humoru.

Oryginal ten nie przywitałszy się rzekł:

– Niech pan napisze, że trzeba by u nas założyć pismo higieniczne. Bo u nas i nie żyją podług higieny, i wcale się o nią nie troszczą.

Mówiąc to, nie patrzył na mnie; potem kiwał głową i poszedł dalej machając każdą ręką i każdą nogą w inny sposób.

W kilka miesięcy później ukazało się czasopismo higieniczne – „Zdrowie”.⁽¹⁾

„Zdrowie” było ewenementem wśród polskich wydawnictw społeczno-lekarskich. Pod redakcją Józefa Polaka zaczęło wychodzić w 1885 r. Na naszym rynku znajdowały się wtedy: „Medycyna” (w Warszawie), „Nowiny Lekarskie” (w Poznaniu), „Gazeta Lekarska” (w Warszawie), „Przegląd Lekarski” (w Krakowie). Wydawnictwa te prezentowały dobry poziom fachowy, a obok niego nie potrafiły wykształcić profilu społeczno-zdrowotnego. Miejsce to zajęło „Zdrowie”, pismo o takiej rozległości problematyki zdrowotnej, że nawet dzisiaj nadaje się do czytania od deski do deski.

Możemy dowiedzieć się z niego o stanie zdrowia polskich chłopów, robotników i klasy średniej, i to nie poprzez dywagacje filozoficzne, ale w oparciu o badania statystyczne.

W Warszawie w ciągu ostatnich lat 17% zmarłych skończyło życie z powodu chorób zakaźnych, których rozpowszechnianie jest wynikiem braku higieny; 15% na katar kiszek, a 30% z powodu choroby organów oddechowych. Ileż w tej liczbie zmarło z powodu niechlujstwa i braku roztropności oraz z powodu ciemnoty lub lekceważenia zdrowia? (...)

Skutkiem starości skończyło życie zaledwie 5% ogółu zmarłych; 55% – czyli ponad połowa zmarłych – to dzieci w wieku poniżej 5 lat. Z pozostających przy życiu wiele wyrasta na wiecznych cherlaków. (...)

Gdyby kto wąpił o skuteczności higieny, niech poczyta za dowód jej, że dostarczenie biednym ludziom zdrowych mieszkań w Londynie zmniejszyło ich śmiertelność o połowę. (...)

Wydawca i redaktor naczelny „Zdrowia” widział polską prowincję w czasie dwuletniej pracy we Włoszczowej.

Mniejsze miasteczka nasze robią wrażenie okropne: domy pozbawio-

ne wychodków, woda do picia zanieczyszczona obficie ekskrementami samych jej konsumentów, brud zewnątrz domów, brud wewnątrz, cuchnące wyziewy, cuchnąca odzież, brak kąpie- li, obraz uwłaczający godności ludzkiej, sprzeczny z wszelką ideą cywilizacji i oświaty.

Józef Polak tworzy program uzdrowienia sytuacji: czystość w mieszkaniu, czystość w otoczeniu, czystość wody pitnej, czystość powietrza w mieszkaniach, więcej światła, czystość odzieży, czystość jadła.

Te wszystkie informacje, rozważania i rady adresowane były do inteligentów: lekarzy, nauczycieli, zarządców, urzędników, którzy zdobytą wiedzę o zdrowiu i higienie powinni przenosić na chłopstwo i proletariat.

Z brudów jednostek składają się brudy społeczne, z chorób jednostek powstają epidemie. Nie dość samemu mieć własną, trzeba myśleć o kąpielach dla ludzi ubogich, nie dość mieć zdrowe mieszkanie, trzeba starać się o budowę zdrowych mieszkań dla klasy uboższej; nie dość rozumieć znaczenie higieny i umieć ochraniać własne zdrowie; trzeba uczyć i innych.

*

Powróćmy do „Kroniki tygodniowej” Prusa.

Przed rokiem zdarzyło mi się znowu spotkać tego samego oryginała. Miał ten sam historyczny kapelusz, te same buty, ten sam wyraz frasunku na twarzy, tylko – nieco dłuższy paltot. Za to nogawice jego spodni tak wspinały się do góry, jak dwaj chłopcy włączący na drzewo po gniazda wron.

Znowu nie witając się rzekł:

– Niech pan napisze, że trzeba by u nas otworzyć wystawę higieniczną. Bo u nas i nie żyją podług higieny, i nie

dokończenie na str. 32

Chwała higienistom!

dokończenie ze str. 30

znają higieny, i wcale się nią nie zajmują.

I poszedł dalej, znowu nie spojrzawszy na mnie. W rok zaś później, to jest wczoraj, otworzoną została wystawa higieniczna w Warszawie.⁽²⁾

Jesteśmy w 1887 r. 21 maja w Warszawie, na placu Ujazdowskim otwarto wystawę, *jakiej Paryż nie widział dotychczas i na jaką do chwili obecnej zdobyły się tylko Berlin, Londyn i Bruksela* – pisał komentator „Zdrowia”⁽¹⁾. Dalej opisywał w słowach zachwyty to, co na obszarze między Al. Ujazdowskimi, ul. Piękną i Agrykolą można było zobaczyć.

Jednym z najważniejszych działów wystawy był dział wychowawczy, który zaprezentował wzorową ochronkę i szkołę początkową z modelem sali szkolnej, a także salę gimnastyczną i ogródki Freblowskie.

Sekcję leczniczą reprezentowały prawie wszystkie szpitale warszawskie. Można było obejrzeć wzorowo urządzone sale chorych dla dzieci. Szpital Dzieciątka Jezus przedstawił urządzenie sali operacyjnej Krajewskiego. Zaprezentował

się także instytut szczepienia ospy dra Mączewskiego.

Swój dorobek zaprezentowały sekcje inżynierii i budownictwa, szpitalna, przemysłowo-fabryczna. Od strony ochrony zdrowia robotników przedstawiły się fabryki Lilpopa i Raua.

Obok nich znalazła się okazała wystawa kanalizacji i wodociągów: modele filtrów, wzorowy kolektor, domek parterowy z wzorowo wykonaną kanalizacją.

Wszystko to po to – jak mówił dr Polak – żeby zobaczyć, bo przeczytać można i zapomnieć, a rzeczy materialne zapamiętuje się na zawsze.

Bolesław Prus skomentował zorganizowanie wystawy na swój sposób:

Dr Polak, młody lekarz, który bez powozu, bez stosunków, a nawet bez pięknych manier i podbijającej serca powierzchowności stał się centralnym punktem dla stu ludzi mających, eleganckich, głośnych i zasłużonych, a w dodatku twórcą instytucji, która w tak osłabionym społeczeństwie jak nasze ma pierwszorzędną doniosłość.

Doktor Polak poszedł za ciosem: podjął wraz z gronem współpracowników przygotowania do drugiej wystawy i do powołania towarzystwa higienicznego. Druga wystawa, zorganizowana w 1896 r. w Warszawie, w nowym miejscu, u zbiegu ulic Nowowiejskiej, Polnej i Kaliksta, przyćmiła pierwszą.

Organizatorzy czytelnie odróżnili już poszczególne obszary troski higienistów. Były: żywienie, odzież, mieszkanie, domy wiejskie i domy robotnicze, szkoły, fabryki i warsztaty pracy oraz szpitale, zakłady lecznicze, kurorty.

Organizatorzy poradzili sobie z kosztami tego przedsięwzięcia zapraszając bogatych sponsorów, którzy zaprezentowali swoje wyroby we własnych pawilonach. Pojawiła się więc reklama jako forma pozyskiwania pieniędzy na działalność społeczną i charytatywną.

Po kilkunastu latach działalności higienistów, wśród których byli pedagodzy, politycy, inżynierowie, prawnicy i lekarze skupieni wokół doktora Polaka, przyszła pora na powołanie towarzystwa. Na początek oczywiście w Warszawie, bo tu przygotowany był grunt i pozyskana przychylność władz. Władza należała do generała gubernatora, księcia Aleksandra Imeretyńskiego, a decyzje zapadały w Petersburgu. Cesarstwo Rosyjskie popierało poczynania służące rozwojowi porządku w imperium, także tego przejawiającego się w czystości. Urzędnicy cesarskiej kancelarii zaświadczili więc statut Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego. Stało się to 12 marca 1898 r. 1 czerwca członkowie założyciele powołali radę zarządzającą, której prezesem został dr Julian Kosiński, a członkiem dr Józef Polak.

Wydarzeniu temu towarzyszył, oczywiście, felieton Prusa w „Kurierze Codziennym”.

Zatwierdzenie ustawy Towarzystwa Higienicznego. Higiena walczy z przyczynami chorób i śmierci. Ona od kolebki do grobu opiekuje się człowiekiem. Nasz naród należy do krótko żyjących. Ile milionów tracimy na tym rocznie? Brak rześkich starców. Zadania higieny u nas. Na dobrą sprawę członkami Towarzystwa Higienicznego powinni być wszyscy mieszkańcy kraju. Tak hasłowo Prus zachęcał czytelników do poznania zadań Towarzystwa. I pointował „Kronikę tygodniową”:

Teraz już chyba rozumiemy, jak ważnym jest cel Towarzystwa Higie-

nicznego: Zmniejszyć wśród mieszkańców śmiertelność i skłonność do chorób. Przyswyczać nasz lud do tego, ażeby przynajmniej co tydzień... kąpał się. Przed Towarzystwem Higienicznym leży cała puszca spraw, które trzeba spełniać porządnie przez całe lata, ażeby kiedyś jako rezultat otrzymać zmniejszenie chorobliwości i śmiertelności kraju. Tylko ten naród może być zdrowym, który składa się ze zdrowych jednostek.

Warszawskie Towarzystwo Higieniczne ostro przystąpiło do organizowania instytucji służących uprawianiu higieny.

W 1903 r. otwarto, zbudowany z pieniędzy filantropów, Instytut Higieny Dziecięcej im. Barona de Lenvala przy ul. Litewskiej w Warszawie. Mieściły się w nim: ambulatorium, gabinety lekarskie, mieszkania siostr Miłosierdzia, biblioteka, sala gimnastyczna, łaźnie i kuchnia.

W 1904 r., poczynając od Instytutu Higieny Dziecięcej, zainicjowano akcję pod nazwą „kropla mleka”. Polegała ona na dostarczaniu dzieciom z ubogich rodzin mleka, które spełniało ówczesne normy spożywcze i higieniczne. Powodzenie tej akcji w Warszawie sprawiło, że rozwinęła się ona na cały kraj.

W wielu miejscowościach kraju, zwłaszcza w miastach, podjęto budowę łaźni publicznych. Jednocześnie kontrolowano „kąpiele publiczne” już istniejące. Ale nie rozwiązywało to higieny mieszkańców wsi. Przeprowadzona ankieta wykazała, że mieszkańiec wsi myje się raz do roku, a na co dzień tylko „wodą z gęby”.

W 1901 r. zainicjowano działalność Ogródów im. W. E. Raua. W Warszawie, w Agrykoli i w Ogrodzie Saskim zorganizowano boiska do ćwiczeń i gier, a w zimie ślizgawki.

Zainteresowano się także warunkami higienicznymi pątników pielgrzymujących do Częstochowy, organizując możliwości mycia się w punktach etapowych. Na Jasnej Górze, z pomocą ojców Paulinów, powstało Muzeum Higieny Ludu, czyli stała ekspozycja ucząca sposobów utrzymania higieny ciała.

Nie próżnował także Bolesław Prus, który poprzez swoje „Kroniki” zainicjował zaopatrywanie dzieci w przedmioty niezbędne do utrzymania czystości. W 1908 r. przyjaciele pisarza powołali Towarzystwo Higieny Praktycznej im. Bolesława Prusa.

Ukoronowaniem prężnej działalności Towarzystwa było otwarcie w 1915 r.,

zbudowanego z datków fundatorów, gmachu Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Dr Józef Polak powiedział z tej okazji:

Matki dostają mleko zdrowe, dzieci odbywają ćwiczenia fizyczne, cierpiący doznają ulgi w lecznicach, lud zaczyna się przyzwyczajać do kąpeli.

W Warszawie, przy Krakowskim Przedmieściu, na skwerze nieopodal ul. Karowej stoi dziwny pomnik. Przedstawia on starszego pana na spacerze. Sylwetka pochylona, rozpięty surdut, ręce złożone z tyłu, rozwichrzone włosy, na nosie okulary. To Bolesław Prus w miejscu, w którym chętnie zażywał spacerów i z którego obserwował życie mieszkańców Warszawy. Jest samotny. Brakuje doktora Józefa Polaka, którego zabawnie opisał w „Kronikach tygodniowych” i z którym dialogował o podniesieniu stanu higienicznego chłopów, robotników i mieszczan.

Na skarpie obok, o jeden poziom niżej w stosunku do Krakowskiego Przedmieścia stoi okazały pałac, który oparł się niszczycielskiemu czasowi i ostatniej wojnie. To siedziba Polskiego Towarzystwa Higienicznego. Ten pałac to także pomnik. Upamiętnia wielu lekarzy, którzy oddali swoje siły higienie. A higiena – jak wiadomo – służyła i służy podniesieniu zdrowia, a zdrowie wydłuża życie człowieka.

Napisał Bolesław Prus:

Oto skromny lekarz – miał ideę. Ideę nie „wielką”, ale „praktyczną”, zgodną z potrzebami czasu.

Prócz idei miał jeszcze jedną, niewartą wspomnienia zaletę: żelazny charakter. Dopóty chodził, dopóty namawiał, dopóty prosił, dopóty nudził, aż – zrobił swoje.

PS W maju br. minęła 110 rocznica powstania Polskiego Towarzystwa Higienicznego. Z tej okazji odbyła się jubileuszowa konferencja historyczna, a w siedzibie PTH otwarto wystawę przypominającą dokonania Towarzystwa sprzed stu lat. Historię PTH przypomnieli i zilustrowali pracownicy Zbiorów Specjalnych Głównej Biblioteki Lekarskiej.

⁽¹⁾ Bolesław Prus. *Kroniki tygodniowe. „Kurier Codzienny”* nr 140; dn. 22 maja 1887. *Kroniki. Wybór. PIW, 1987, s. 249-250.*

⁽²⁾ *Katalog wystawy: Polskie Towarzystwo Higieniczne (1898-2008) 110 lat.*



Ogrody freblowskie gromadziły zwłaszcza dzieci z domów mieszczańskich

Izby czyli nobilitacja

Rok 1938 rozpoczął się w środowisku lekarzy dentystów pod znakiem przygotowań do powstania samorządu zawodowego.

Aktywność przejawiali liderzy środowiska, a także mgr W. Wojnarski, radca prawny ministerstwa opieki społecznej, uchodzący za autora ustawy o izbach lekarsko-dentystycznych. Wojnarski odwiedził kilka miast planowanych na siedziby zarządów przyszłych izb, gdzie w czasie otwartych zebrań informował o założeniach ustawy. On też był pomysłodawcą podziału kraju na 4 okręgowe izby z siedzibami: w Warszawie (dla m. st. Warszawy), w Poznaniu (dla woj. poznańskiego, pomorskiego, łódzkiego i śląskiego), w Krakowie (dla woj. krakowskiego, kieleckiego, lubelskiego, lwowskiego, stanisławowskiego, tarnopolskiego i wołyńskiego) oraz w Wilnie (dla woj. wileńskiego, nowogródzkiego, białostockiego, poleskiego i warszawskiego). Ewenementem tego podziału było przypisanie woj. warszawskiego do izby wileńskiej. W rekompensacie Mazowsze miało otrzymać filię zarządu w stolicy. Podział uwzględniał m. in. kryterium ilościowe członków – minimum 600, a także proporcje narodowościowe.

W rozdrobnionym organizacyjnie, a także skłóconym z powodów ambicjonalnych, środowisku siłą scalającą i konsekwentnie dążącą do utworzenia samorządu zawodowego było Stowarzyszenie Absolwentów Akademii Stomatologicznej (wcześniej PID), które skupiało ponad połowę lekarzy dentystów w kraju. Absolwenci Akademii Stomatologicznej (PID) porozumieli się ze Związkiem Lekarzy-Dentystów w Państwie Polskim, który był drugą co do wielkości organizacją zawodową. Stworzyli „Blok Wyborczy”, do którego dołączyło 12 innych organizacji lekarsko-dentystycznych i przedstawicielstwo nie zrzeszonych. Wspólnie z W. Wojnarskim, reprezentującym administrację rządową, podjęli przygotowania do wyborów i zredagowali program merytoryczny dla izb. Jednocześnie departament

prawny ministerstwa prowadził, poprzez urzędy wojewodów, weryfikację uprawnionych do wykonywania zawodu lekarza dentysty.

W samorządzie zawodowym mieli się znaleźć tylko absolwenci Akademii Stomatologicznej (PID) w Warszawie oraz lekarze dentyści, którzy uprawnienia zawodowe zdobyli na uczelniach byłych państw zaborczych. Nowy samorząd otwierał się także na lekarzy stomatologów, absolwentów wydziałów lekarskich uniwersytetów, którzy należeli już do izb lekarskich. Sito weryfikacyjne miało wyeliminować ludzi podszywających się pod lekarzy dentystów, a szczególnie techników, samozwańców i tzw. partaczy. Jak liczna to była grupa – niech świadczy opinia Juliana Łączyńskiego, przyszłego prezesa NIL-D, który ocenił, że jest ich tyle samo, co dyplomowanych lekarzy dentystów.

W trakcie przygotowań wyłonili się nowi, wcześniej mniej znani liderzy środowiska. Jednym z nich był Julian Łączyński, lekarz dentysta z Pabianic, absolwent PID-u. Wygłosił on referat programowy na zjeździe organizacyjnym w Poznaniu, a następnie przedstawił tezy programowe Izb Lekarsko-Dentystycznych w publikacji zamieszczonej w „Dwumiesięczniku Stomatologicznym”.

Swoje wywody zaczyna Łączyński od sprawy podstawowej: miejsca polskiej inteligencji w życiu kraju i możliwości wpływania na sprawy społeczne. Inne, liczne grupy zawodowe inteligencji miały i mają możliwość wpływania na kształt polskiej rzeczywistości. Lekarze dentyści są tej możliwości pozbawieni. Nieobecność w życiu społecznym stworzyła też zagrożenie degradacji samej grupy zawodowej.

Długotrwały okres pozostawiania zawodu bez własnego samorządu zawodowego, stronięcie niemal jego połowy od własnych organizacji zawodowych – wszystko to wywarło deprymujący wpływ na wartość siły zbiorowej, jaką

ten zawód powinien ujawnić. Wówczas, gdy na szalę układu sił społecznych w państwie rzucone były głosy innych, brakło głosu zawodu lekarsko-dentystycznego. Nie ulega kwestii, że zawód lekarsko-dentystyczny wyszedł z tego okresu poważnie osłabiony, że jego struktura została w pewnym stopniu wypaczona. Wartości istotne, nie mniejsze od wartości innych zespołów inteligentnych pozostały nienaruszone, nie miały tylko warunków, aby się wyzwoić i przemienić w czyn.⁽¹⁾

Wyeksponowanie tej prawdy o inteligentnych korzeniach, a także powinnościach grupy zawodowej lekarzy dentystów wobec społeczeństwa lokuje ich na górze drabiny społeczno-zawodowej. Odniesieniem stały się więc grupy, które cieszą się powszechnym szacunkiem i uznaniem: lekarze, prawnicy, inżynierowie. Za tymi stwierdzeniami postępuje przekonanie, że jest to grupa, która może i powinna we własnym samorządzie sama decydować o swoich sprawach.

Po takim nobilitującym zawód lekarza dentysty wprowadzeniu łatwiej przychodzi zaakceptować powinności i uprawnienia jego samorządu. Łączyński wymienia je w kolejności.

Po pierwsze, współdziałać z władzami rządowymi i samorządowymi w sprawach zdrowia publicznego. Tego zadania autor nie zawiesza w ogólnikach. Wysuwa postulat *racjonalnej, szeroko pomyślanej, skutecznej walki z próchnicą*. Lekarze dentyści powinni ją podjąć na terenie szkół. W ramach współpracy z władzami wysuwa postulat środowiska o potrzebie nowelizacji ustawy o praktyce dentystycznej. Tu wraca kwestia, w innych zawodach nieobecna, nielegalnego uprawiania dentystyki i podszywania się pod uprawnienia lekarsko-dentystyczne. Środowisko oczekuje pomocy państwa w zwalczaniu tej plagi. Efektem równouprawnienia lekarzy dentystów powinno być przyznanie im prawa do wypisywania recept.

W punkcie drugim, dotyczącym sądownictwa polubownego i dyscyplinarnego, Łączyński rozkłada akcenty tak, aby element kary ustępował elementowi wychowawczemu. Rolę dyscyplinującą należy skierować zwłaszcza przeciwko nielegalnej praktyce dentystycznej i szeroko uprawianemu „partactwu”.

Postulatem trzecim, który powinien być następstwem powołania samorządu zawodowego, powinna być nowelizacja ustawy o wykonywaniu praktyki dentystycznej.

Zadaniem czwartym jest roztoczenie opieki nad stanem materialnym członków izby. Może to nastąpić poprzez wprowadzenie przymusowych instytucji ubezpieczeniowych. Mimo niedostatecznej liczby lekarzy dentystów w zawodzie tym istnieją strefy ubóstwa. Dotyczą one ludzi w podeszłym wieku, którzy zaprzestali uprawiania praktyki oraz ludzi młodych, początkujących w zawodzie. Uruchomienie własnej praktyki i pokrycie związanych z nią wydatków przekracza siły młodych adeptów zawodu.

W postulatcie piątym Łączyński stawia przed izbami zadanie popierania instytucji naukowych, wśród nich studiów stomatologicznych na wydziałach lekarskich uniwersytetów oraz zwiększenia liczby otwartych przewodów doktorskich. Sygnalizuje w ten sposób otwarcie na środowisko lekarzy stomatologów, absolwentów uniwersyteckich wydziałów lekarskich.

Lekarzom dentystom potrzebne było także drugie otwarcie: na środowisko lekarskie w ogóle. Sygnalizowana w tym artykule niechęć części lekarzy do ich kolegów lekarzy dentystów przejawiała się we Lwowie i w Izbie Warszawsko-Białostockiej. Większość lekarzy nie miała chyba potrzeby zajmowania stanowiska. To, co powodowało dystans i nie kwalifikowało się do akceptacji przez dbające o swój prestiż zawodowy środowisko medyczne – to było rozplenione pod płaszczykiem dentystyki „partactwo”. W tym zgodni z lekarzami byli liderzy lekarzy dentystów, którzy widzieli, napiętnowali i wydali walkę wszelkiego rodzaju podszywaniu się pod tytuły lekarskie.

Juliusz Konstantin, jeden z przedstawicieli tej odnowy, redaktor „Dwumiesięcznika Stomatologicznego”, trafnie i dobitnie nazwał te zjawiska i ich historyczne korzenie.

Dentystyka, jeszcze przed wybuchem wielkiej wojny traktowana po macoszemu, stanowiła odprysk ogólnej medycyny. Lekarze lekceważyli ją, przyczyniając się tym samym do tego, że dentystyka przeszła w ręce niepowołane, co po dziś dzień stanowi smutną spuściznę tych czasów, gdyż rozwiernione partactwo techników stanowi chwast nie dający się wytepić.

Oczyszczeniu środowiska z elementu niepowołanego służyła weryfikacja prowadzona przez administrację. Drugim jej etapem będzie zakładanie kartotek członków izb lekarsko-dentystycznych. Pozostało jeszcze odpowiedzieć na pytanie: Do kogo równać, na kim się wzorować?

Konstantin stawia ten problem otwarcie i szczerze.

Absolwent, otwierając samodzielny warsztat pracy, posiada dostateczne podstawy leczenia, lecz nie posiada tego stanowiska społecznego i tego niepisanej zbioru zasad, które stanowią tradycję lekarską, wytworzoną w ciągu wieków. Doktor medycyny, jako członek swojej korporacji, już poza istniejącymi izbami lekarskimi wchodzi w zwartą społeczność i ściśle określone drogi utorowane przez liczne pokolenia. Jakkolwiek życie nowoczesne utworzyło liczne wylomy w tym kodeksie, to jednakowoż świat lekarski stanowi zwartą, świadomą swoich zadań i swojego posłannictwa społeczność. My tej tradycji nie posiadamy. Jesteśmy pierwszym pokoleniem, które ma stworzyć te wartości. Tylko powszechna, na przymusie oparta organizacja, jak izby lekarsko-dentystyczne, może przekształcić nas z fachowców na członków społeczeństwa lekarsko-dentystycznego, świadomego swoich zadań, swego znaczenia i roli, jaką powinniśmy odegrać w narodzie i w państwie.⁽²⁾

W roku 1938 twórcy izb lekarsko-dentystycznych wytyczyli drogę do zrównania stanów lekarskiego i lekarsko-dentystycznego. Izby lekarsko-dentystyczne były na tej drodze pośrednim ogniwem.

Z. W.

⁽¹⁾ J. Łączyński: *Stan lekarsko-dentystyczny w obliczu własnego samorządu zawodowego*. „Dwumiesięcznik Stomatologiczny” nr 4, 1938, str. 350.

⁽²⁾ J. Konstantin: *Nic o nas bez nas*. „Dwumiesięcznik Stomatologiczny” nr 4, 1938, str. 360.

Medalowa wyprawa na Zugspitze

Położone u podnóża najwyższego szczytu niemieckich Alp Zugspitze (2965 m), pamiętne ze wspaniałych lotów Adama Małysza oraz zimowej olimpiady w 1936 r. Garmisch-Partenkirchen, już po raz drugi gościło lekarzy z ponad 40 krajów świata na XXIX Mistrzostwach Świata Medyków (*World Medical and Health Games*).



Kilkadziesiąt medali naszych reprezentantów świadczy o sile i wspaniałej formie polskich lekarzy, o której mogą pomarzyć nasi olimpijczycy. Tym razem największym przeciwnikiem sportowców była pogoda, której załamanie dzień przed rozpoczęciem mistrzostw zakończyło się tragiczną śmiercią dwóch niemieckich sportowców w czasie tradycyjnego biegu wokół Zugspitze. Na szczęście lekarze rywalizowali na mniejszych wysokościach, pod serdecznym nadzorem miejscowych wolontariuszy.

Tradycyjnie najwięcej medali zdobyli nasi pływacy i lekkoatleci. Po roku przerwy ponownie królową stadionu została Bożenna Kędzierska, stomatolog z Pułtuska z 9 medalami (w tym 6 złotych), a wśród panów Jacek Gołębowski z Łodzi z 4 (3 złote, 1 brąz). Medalową kolekcję pań uzupełniły na stadionie szczecinianki Misia Przyłuska – 5 (1 srebro, 4 brązowe) i Joanna Stępień-Gielo – 4 (1 srebrny, 3 brązowe) oraz warszawianki Agnieszka Bolesna – 2 (złoto i brąz), Katarzyna Babińska – srebro, Martyna Mickiewicz-Makuch, studentka V roku WUM – 3 srebra oraz Elżbieta Lordowska, ginekolog z Niska – srebro (oszczep). 2 złota „dorzucił” (kula i dysk) nasz strong-man z Kra-

kowa Jerzy Starzyk pokonując byłego reprezentanta Niemiec w dziesięcioboju oraz deklasując rywali w trójboju siłowym wygrywając po raz trzeci złoto z nowym rekordem świata (590 kg; 367 pkt.). Srebro w kuli zdobył adiunkt AM w Gdańsku Jerzy Foerster, a brąz w oszczepie warszawiak Konrad Bońda.

Najwięcej emocji i radości sprawił brązowy medal naszej szczecińsko-warszawskiej sztafety 4 x 100 (Przyłuska, Stępień-Gielo, Bolesna, Kędzierska). Na pływalni dominowali łódzcy „weterani” Ewa Zimna-Walendzik – 7 (6 złotych, 1 brąz), Jacek Smigielski – 5 (2 złote, 2 srebrne, 1 brąz) oraz szczecinianki Joanna Stępień-Gielo – 7 (3 srebrne, 4 brązowe) oraz Misia Przyłuska – 4 (2 srebrne, 2 brązowe). Świetnie zadebiutowała na WMHG Małgorzata Sawa, lekarz dentysta z Radomia – 4 (2 złote, 2 srebrne). 2 srebrne i 1 brązowy medal wypływał chirurg szczękowy ze Stalowej Woli Robert Lorkowski. Bardzo cieszy postawa debutanta profesora



ginekologii z Lublina Tomasza Rechbergera – 1 brąz.

Prawdziwym wyzwaniem (pływanie, kolarstwo, bieg) jest triathlon, gdzie walczy się nie tylko z przeciwnikami, lecz również ze swoimi słabościami, ale cóż to dla Misi Przyłuskiej – złoto i 10 medal igrzysk. Świetny wynik – 3 czas najlepszy wśród lekarzy i srebro w swojej grupie zdobył rzeszowski stomatolog ortodonta Jan Plaskacz, uzupełniając swój dorobek złotym medalem na strzelnicy (pistolet pneumatyczny), udowadniając, że niezwykle wytrzymałości może towarzyszyć precyzja.

Tradycyjnie z medalami powrócili nasi tenisiści stołowi, głównie za sprawą zabrzańskich małżeństwa Małgosi – 4 (1 złoty, 3 brązowe) i Andrzeja – 3 (1 złoty, 2 brązowe) Wnęków, wspomaganych dzielnie przez gliwickiego ortopedę Zbigniewa Stefańskiego – 2 (srebro i brąz). Szczególnie cieszy złoto Gosi i Andrzeja w mikście w silnie obsadzonym turnieju oraz brązowe medale narodowych debli Zbyszka Stefańskiego z Grzegorzem Winkiem, ginekologiem z Obornik Śląskich (kat. +45) oraz Andrzeja Wnęka z Krzysztofem Makuchem (kat. open). W badmintonie białostoccy radiolodzy Andrzej: Lewszuk i Ustynowicz, zdobyli medal brązowy w deblu, a Andrzejowi Lewczukowi udało się rewanż za przegrany zeszłoroczny finał i zdobył złoty medal w swojej kategorii. Złoto w swojej kategorii zdobył debutant ginekolog z Chełmży Lech Mizarewicz.

W tenisie ziemnym srebrny medal zdobył najstarszy nasz uczestnik Bog-

dan Ostapowicz, lekarz dentysta z niemieckiego Singel, z dumą poprawiający na tablicach wyników napis Niemcy na Polska. Równie ambitnie w ekstremalnych warunkach walczyli nasi golfiści i choć bez medali ich występ jest wart odnotowania.

Złoty medal zdobył nasz judoka, hematolog dziecięcy z AM w Gdańsku Maciej Niedźwiecki i jest to już jego 4 medal mistrzostw od debiutu w Evian (2000 r.). Z kapryśną aurą i silną konkurencją musieli się zmierzyć nasi kolarze, a ich wyniki: złoto Piotra Szulca w czasówce i 4 miejsce w klasyfikacji generalnej; 4 miejsce Michała Małysza, 5 Marcina Trusa, 7 Krzysztofa Matrasa w klasyfikacji końcowej, dobrze świadczą o naszych cyklistach. Wśród pań klasą dla siebie była rezydentka z interny w szpitalu warszawskim w Międzyzłesiu Agnieszka Bolesna (złoto w klasyfikacji generalnej), plus 2 złota i 2 srebra za zwycięstwa etapowe.

W kolarstwie górskim nie było mocnych na lekarza rodzinnego z Koniakowa Janusza Lewandowskiego (kolejne złoto na WMHG). Srebro było dla



Michała Małysza z Lublina i oczywiście kolejny medal, tym razem srebro, dla Agnieszki Bolesny.

Bohaterem rywalizacji piłkarskich była również pogoda, przypominająca słynny mecz kadry Kazimierza Górskiego z Niemcami w czasie pamiętnych mistrzostw świata. Nasze drużyny 11-osobowe z Zabrza i Białegostoku walczyły ze zmiennym szczęściem, a drużynie białostockiej do półfinału zabrakło trochę szczęścia. Z medalem brązowym powrócili piłkarze drużyn 6-osobowych z Krakowa pokonując w małym finale angielską drużynę



Clinova 1:0, w składzie: chirurdzy Maciej Łabęcki, Robert Balawejder, Damian Dylkowski, anestezjolog Piotr Marszałek, laryngolog Piotr Morawski, psychiatry Tomasz Rewer i Dariusz Para, pediatra Miłosz Przybyszewski, stomatolog Łukasz Ozga, internista Łukasz Drelicharz, lekarz rodzinny Piotr Sterkowicz. Srebrny medal w piłce siatkowej wywalczyli nasi medycy z Białegostoku: Jacek Brąjczewski, Aleksander Pańko, Janusz Korfel, Aleksander Korfel, Adam Hołownia, Marek Adamkiewicz, Tomasz Szłaga, Damian Załęski, wspomagani przez warszawiaków: Martynę Mickiewicz-Makuch, Jacka Małeckiego i Krzysztofa Makucha. Złoty medal z zeszłorocznych WMHG w Maroku (siatkówka plażowa) obronił najmłodszy z naszych sportowców, student I roku medycyny Aleksander Kornel, występując w drużynie z Jackiem Małeckim i Damianem Załęskim.

XXIX Mistrzostwa Świata Medyków zakończyły się dla naszych lekarzy sukcesem: sportowym – kilkadziesiąt medali plasujących nas w ścisłej światowej czołówce; organizacyjnym – w sportowych strojach w barwach narodowych z Naczelnej Izby Lekarskiej prezentowaliśmy się dostojnie; integracyjnym – wspólna rywalizacja, wzajemny doping wzmocniły naszą sportowo-lekarską rodzinę, w czym nie przeszkadzały różnice wiekowe (ponad pół wieku między najstarszym i najmłodszym sportowcem). Za rok jubileuszowe XXX WMHG, oby były równie udane.

Krzysztof Makuch

Wyniki, komentarze i galeria zdjęć na stronie sport www.hipokrates.org



Siatkarskie rewanże

Miesiące przedwakacyjne są dla lekarzy uprawiających piłkę siatkową okresem rywalizacji o tytuły mistrzowskie w hali i na plaży.

To również okres przygotowań do mistrzostw świata medyków (WMHG) i okazja do rewanżu za zeszłoroczną rywalizację o medale na MPL w Łodzi i Niechorzu oraz na igrzyskach lekarskich w Zakopanem.

W hali

Miejscem rywalizacji o medale VIII Mistrzostw Polski Lekarzy w piłce siatkowej były podwarszawskie Łomianki. Osiem drużyn podzielonych na dwie grupy według zeszłorocznych wyników, w nowoczesnej hali Integracyjnego Centrum Dydaktyczno-Sportowego, rozegrało na wysokim poziomie pojedynki do ostatniej piłki w duchu *fair-play*. Już w fazie grupowej drużyna warszawskich lekarzy zrewanżowała się łodzianom za zeszłoroczny przegrany *tie-break* (wygrywając 2:0) i pokonując drużynę Szczecina i Kielc bez straty seta wygrała swoją grupę. Również szczecinianie zrewanżowali się Łodzi wygrywając 2:1, tracąc jednak miejsce

w półfinale po porażce z Kielcami 1:2. W drugiej grupie zwyciężyli zeszłoroczni mistrzowie drużyna Poznań-Częstochowa po wygranej w *tie-breaku* 15:13 z debiutującą na mistrzostwach drużyną z Katowic składającą się z zeszłorocznych medalowych plażowiczów z Niechorza.

Specyficzną formą rewanżu za eliminację był wieczorny konkurs karaoke, który udowodnił talenty wokalne lekarskiej braci i wykreował olsztyńskiego



idola. Jeszcze więcej emocji dostarczyły niedzielne półfinały zakończone *tie-breakami*, w których Poznań-Częstochowa pokonała Łódź, a Warszawa Katowice. Równie emocjonujące pojedynki były o miejsca 5-8. Na miejscu 5 uplasowała się robiąca z roku na rok postępy drużyna Kielc, 6 miejsce przypadło Bielsku-

Białej, 7 „mistrzom pierwszego seta” ze Szczecina, a 8 Olsztynowi.

W meczu o 3 miejsce katowiccy debiutanci pokonali 2:0 zeszłorocznych wicemistrzów z Łodzi, a mecz finałowy wygrany 3:0 przez drużynę warszawską z zeszłorocznymi mistrzami Poznań-Częstochowa udowodnił, że zeszłoroczne zwycięstwo warszawiaków w czasie igrzysk w Zakopanem nie było przypadkiem.

W drużynie tegorocznych mistrzów świetnie spisali się debiutanci Jacek Małecki (stażysta warszawskiego szpitala na Solcu) i Jarosław Krzywański (Centralny Ośrodek Medycyny Sportu), lekarz kadry naszych ciężarowców, rozgrywający kapitan drużyny Michał Frybes (Szpital Bielański – klinika endokrynologii CMKP), chirurdzy ze szpitala Banacha Marek Kozłowski i Jerzy Leszczyński, Paweł Gliniak (Tomaszów Lubelski), Zbigniew Surowiec (Instytut Matki i Dziecka), ortopeda Bartłomiej Grabowski (Otwock) oraz Krzysztof Makuch (SZPZLO Warszawa Bemowo).

Medale zwycięskim drużynom wręczył przewodniczący Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej w Olsztynie, członek NRL Leszek Dudziński, a wspaniałe puchary ich fundator Jerzy Mróz, prezes Fundacji Huberta Jerzego Wagnera (upamiętniającej charyzmatycznego trenera naszych złotych siatkarzy z mistrzostw świata w Meksyku i olimpiady w Montrealu), organizator V MPL w Olsztynie oraz prestiżowych memoriałów z udziałem najlepszych drużyn świata. Z rąk skarbnika Warszawskiej OIL Wojciecha Borkowskiego, wicestarosty warszawsko-zachodniego Leszka Tokarczyka,

zastępcy burmistrza Łomianek Jolanty Niegrybowski, prezesa lekarskiego SKOK-u Tadeusza Pawlikowskiego nagrody otrzymali wyróżniający się zawodnicy: Michał Fatyga (Katowice), najlepszy rozgrywający; Krzysztof Deko (Częstochowa), najlepszy atakujący; Bogusław Rataj (libero z Łodzi), najlepszy przyjmujący; Jacek Małecki (Warszawa), MVP najwzrostochotniej-szy zawodnik mistrzostw.

Puchar *fair-play* z rąk mistrza świata w zapasach, olimpijczyka Andrzeja Maliny powędrował do Łodzi.

Organizatorzy uhonorowali animatorów lekarskiej siatkówki Klaudiusza Komora i Rafała Klubę, organizatorów I MPL w Bielsku-Białej; Macieja Mrożewskiego, inicjatora MPL w Siatkówce Plażowej (Niechorze); Leszka Dudzińskiego, najaktywniejszego spośród przewodniczących okręgowych izb lekarskich (Olsztyn) oraz przyjaciół lekarskiego sportu: Jolantę Niegrybowską (inicjatorkę mistrzostw w Łomiankach), zastępcę burmistrza Łomianek ds. społecznych; Jerzego Mroza, prezesa Fundacji Huberta Jerzego Wagnera; Sławomira Magdziaka, dyrektora ICDS.

Na plaży

Dla siatkarskich plażowiczów okazją do rewanżu i walką o medale były II Mistrzostwa Lekarzy w Siatkówce



Plażowej w Niechorzu. Ich organizator Maciej Mrożewski, szef komisji sportu izby lekarskiej w Szczecinie, po zeszłorocznym sukcesie mógł cieszyć się jeszcze lepszą frekwencją uczestników. Wpłynęło to na wysoki poziom zawodów, mimo silnego wiatru utrudniającego warunki gry.

Wśród pań tytuł mistrzowski obroniły poznanianki Monika Ciesielska, stomatolog z 25-letnim siatkarskim stażem wraz z Elżbietą Buszkiewicz, doktorantką w Zakładzie Patologii Nowotworów Wielkopolskiego Centrum Onkologii, które wygrały wszystkie pojedynki. O pozostałych miejscach decydowały pojedyncze punkty, ponieważ pozostałe drużyny miały jednakowy bilans wygranych meczów. Rzutem na taśmę srebrny medal zdobyły Małgorzata Kusak i Bi-

bianą Rosak, a medal brązowy poznanianki Nanna Winiarska, specjalistka od chorób wewnętrznych w trakcie habilitacji, pracująca w Zakładzie Farmakologii Uniwersytetu Medycznego, w parze ze stażystką Iwoną Urbaniak. Jednego małego punktu do medalu zabrakło lubliniankom Magdalenie Samisz i Annie Petrynie.

Również małe punkty decydowały o medalach w kategorii panów +45, w której zeszłoroczni mistrzowie Zbigniew Surowiec (chirurg dziecięcy) i Krzysztof Makuch (ginekolog) pokonali sensacyjną parę: seniora mistrzostw Macieja Mrożewskiego (70 lat) z najmłodszym „seniorem” Hubertem Czerniakiem z Opatowa. Medal brązowy przypadł zeszłorocznym srebrnym medalistom z Goleniowa Juliuszowi Szymańskiemu i Markowi Szymczakowi, a tuż za podium znaleźli się łodzianie Marek Druch i Andrzej Redlicki, wyprzedzając szczecinian Dariusza Adamczyka i Jarosława Szolomickiego.

W rekordowo obsadzonym turnieju mikstów (11 drużyn) medal złoty zdobyli zeszłoroczni brązowi medaliści Magdalena Mamisz (Lublin) i Cezary Sierżant (Szczecin), medal srebrny Monika Ciesielska (Poznań) z Radosławem Janek (Zielona Góra), a medal brązowy Małgorzata i Wojciech Kusakowie z Oświęcimia, po zwycięskim dramatycznym pojedynku z Elżbietą Buszkiewicz (Poznań) i Tomaszem Kucharczykiem (Szczecin). Miejsca 5 i 6 przypadły Martynie Mickiewicz-Makuch, Krzysztofowi Makuchowi (Warszawa) oraz Iwonie Urbaniak (Poznań) i Hubertowi Czerniakowi (Opatów).

W prestiżowym turnieju *open* złoto zdobyli zeszłoroczni brązowi medaliści Wojciech Kusak, Tomasz Palka, a srebro, jak w roku ubiegłym, Michał Fatyga i Przemysław Rosak. Medalem brązowym musieli się pocieszyć zeszłoroczni mistrzowie ze Szczecina Tomasz Kucharczyk i Maciej Lewandowski, po zwycięstwie z warszawiakami Zbigniewem Surowcem i Krzysztofem Makuchem. Nagroda *fair-play* przypadła lubelskiej parze Magdalenie Samisz i Annie Petrynie. Medale i puchary oraz dyplomy dla wszystkich uczestników wręczyli wiceprzewodniczący ORL w Olsztynie Jacek Siwulski, przedstawiciel gminy Rewal Zbigniew Józwicki, niestrudzony organizator i jubilat Maciej Mrożewski.

Oby takich imprez było jak najwięcej. Wyniki i zdjęcia zawodów na stronie www.hipokrates.org w dziale **sport**.

Krzysztof Makuch

REKLAMA

REKLAMA

Ogłoszenia sportowe

sport@gazetalekarska.pl

Narty w Alpach Francuskich w marcu 2009 dla lekarzy

Podróż samolotem z Warszawy. Zakwaterowanie: hotel apartamentowy wysoko w górach w bezpośrednim sąsiedztwie terenów narciarskich; **7-14.03.09.** – Valloire – Valmeinier apartamenty dwupokojowe dla 2-5 osób. **14-21 i 21-28.03.09.** – La Plagne. Tereny narciarskie: 1500-3000 m n.p.m., setki km doskonale przygotowanych tras różnej trudności, dziesiątki kolei i wyciągów. Wyjazdy organizuje Biuro Podróży „KWATO-UR” s.c., członek Warszawskiej Izby Turystyki. Informacje i zgłoszenia: OIL Warszawa, e-mail: praca68@oil.org.pl lub bezpośrednio u organizatora: e-mail: kwatour@op.pl

XIV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Halowej Piłce Nożnej

Komitet Organizacyjny informuje, że kolejna edycja mistrzostw odbędzie się w Mielcu w dn. **13-14.12.2008 r.** Na zgłoszenia drużyn oczekujemy do 14.11.br. Zgłoszenia telefoniczne do organizatorów: dyrektor Szpitala Powiatowego w Mielcu **Leszek Kołacz**, tel. **0504-196-732**; dyrektor Powiatowej Stacji Pogotowia Ratunkowego SPZ w Mielcu **Zbigniew Bober**, tel. **0508-202-626**.

W objęciach Neptuna

Brzask wstawał różaną poświatą, zwiastując mocny wiatr. Na nadbrzeżu portu rybackiego w Łebie powoli gromadzili się mocno opatuleni w ciepłe stroje mężczyźni. To uczestnicy Pierwszych Mistrzostw Polski Lekarzy w Wędkarstwie Morskim.

Obok trapu nieco przechodzonego kutra Mors-D rasowy wilk morski powoli dopalał papierosa: – Będzie wiało, nawet siódemka – stwierdził. – No to dostaniemy wszyscy w kość – stwierdził najbardziej doświadczony uczestnik, Alfred Samet, ikona polskiego spławika, a ostatnio również miłośnik wędkarstwa morskiego. Na twarzach innych mniej doświadczonych uczestników przez moment pojawiło się z wątpliwość. Ale stawka była zbyt wielka, żeby zrezygnować.

Nad organizowaną po raz pierwszy imprezą od początku stał wielki znak zapytania. Najpierw w zaplanowanym terminie nie można było znaleźć wolnego, odpowiednio dużego kutra, a potem, kiedy znalazł się taki w Łebie, prognozy pogody nie nastrojały optymizmem. Jeszcze dwa dni przed imprezą szyper nie był pewny czy uda się wypłynąć. Dla niewtajemniczonych – rejs trwa ok. 10 godz., wypływa się na ok. 2 godz. drogi od brzegu w Łebie na ok. 35-metrowe głębokości. Łowi się głównie dorsze na tzw. pilkery (duże ok. 200-gramowe kawałki metalu imitujące małe rybki). Jest to dość ciężka praca – kutrem buja, więc trzeba stać na szeroko rozstawionych nogach, jedną ręką trzymać wędkę, a drugą reling i korbkę kołowrotka. A wyjęcie ryby z takiej głębokości można porównać z wyjęciem wiadra wody z 30-metrowej studni. Przygoda jest wspaniała, na każdej fali ściana wody rozbija się o dziób i moczy

doszczętnie stojących na nim. Jest tylko jeden problem: choroba morska. Warto przed rejsem wziąć odpowiedni specyfik, ale nie wszystkim to pomaga. Tym razem, ponieważ wiatr był naprawdę silny, „pokłony Neptunowi” biło aż 5 uczestników, w tym jeden z nich przez cały rejs. Dla niewtajemniczonych – najlepiej oddawać zawartość żołądka po stronie zawietrznej, aby Neptun za pomocą wiatru nie zwrócił daniny nie-szczęśnikowi...

Na dodatek ryba nie chciała brać. Szyper wpatrzony w echosondę pływał w różne strony, próbując namierzyć ławicę dorsza. Ale do południa padło tylko kilka ryb. Dopiero łowisko ostatniej szansy okazało się szczęśliwe. Ostatecznie ryby złowił każdy. Padło sporo dorszy i dwa śledzie. Pogoda stopniowo się poprawiała i w drugiej części dnia już tylko umiarkowanie wiało. O 15.00 gwizdek szypra oznajmił koniec zawodów. Zaczęło się ważenie, a raczej mierzenie... bo w zawodach morskich liczy się suma długości, a nie waga złowionych ryb.

Wśród lekarzy równego sobie nie miał Maciej Cyl z Łodzi (353 cm), znany czytelnikom rubryki sportowej „GL” z zawodów spławikowych, gdzie przed dwoma laty również był najlepszy. Dwa kolejne miejsca zajęli Piotr Ciechomski, pediatra z Grodziska Mazowieckiego i Włodzimierz Sidorowicz, chirurg plastyczny z Wrocławia, którzy na lekarskiej imprezie wędkarskiej zagościli

po raz pierwszy, a różnica między ich wynikami wyniosła 2 cm (338 i 336 cm)! Tuż za podium znalazł się Klaudiusz Komor (319 cm), organizator imprezy, który najczęściej w historii zajmował to najgorsze miejsce, o włos od medalu. Między piątym Krzysztofem Kutą z Łęczycy i szóstym Bogdanem Oszutowskim, neurologiem ze Szczecina różnica wyniosła tylko 1 cm (313 i 312 cm).



Ponieważ od początku historii zawodów wędkarskich lekarzy zawsze odbywają się równolegle zawody w kategorii „Przyjaciecie i Rodziny” również na tych mistrzostwach znalazły one miejsce. Tutaj bezkonkurencyjny był Adam Winiarz z Rzeszowa, który osiągnął wynik 658 cm (!) łowiąc największą rybę zawodów: 70-centymetrowego dorsza. Kolejne miejsca zajęli Zbigniew Pietrzykowski z Bielska-Białej i Jerzy Górniak z Łodzi.

Po zawodach, zmęczeni, ale szczęśliwi, zawodnicy spotkali się w pensjonacie Nawigator na rozdaniu pucharów i medali. Przy potrawach z grilla rozmowom i wędkarskim opowieściom (w których zdobycze, zwłaszcza te zerwane osiągały niebotyczne rozmiary) nie było końca. Jednogłośnie stwierdzono, że Morskie Mistrzostwa muszą na stałe wejść do kalendarza imprez lekarskich. Padł również pomysł stworzenia Klubu Wędkarzy Lekarzy na wzór podobnych stowarzyszeń w innych europejskich krajach. A na razie Wodom (również morskim) Cześć!

Organizatorzy dziękują Naczelnej Izbie Lekarskiej, Beskidzkiej Izbie Lekarskiej i dr. Alfredowi Sametowi za pomoc i środki, dzięki którym udało się przeprowadzić imprezę.

Klaudiusz Komor

Uroczyste koncerty chórów lekarskich w Wilnie

„Medici Pro Musica” i „Remedium” to jedyne chóry lekarzy w Polsce.

Działające przy Okręgowych Izbach Lekarskich w Olsztynie i Szczecinie zespoły są od lat zaprzyjaźnione, podejmują wspólne przedsięwzięcia. Najnowszym świadectwem współpracy był majowy wyjazd do Wilna, gdzie wykonaliśmy „Completorium” Grzegorza Gervazego Gorczyckiego. Towarzyszyła nam Orkiestra Kameralna Akademii Muzycznej w Szczecinie oraz soliści: Ilona Krzywicka, Małgorzata Woltmann-Zebrowska, Łukasz Wilda i Rafał Korpik.

Urokliwe dzieło Gorczyckiego może stanowić muzyczną wizytówkę polskiego baroku i jest niewątpliwie warte popularyzacji. Wykonywaliśmy ten utwór podczas koncertu inauguracyjnego Międzynarodowy Festiwal „Muzyka w katedrze” w Kołobrzegu, a później w kościele garnizonowym w Olsztynie – z okazji jubileuszu chóru „Medici Pro Musica”. W Wilnie zaprezentowaliśmy „Completorium” w kościele pod wezwaniem św. Rafała (16.05.) oraz w polskim kościele św. Ducha (17.05.). Podczas pierwszego występu (wykonania) dyrygował Bogusław Paliński, drugi koncert poprowadził prof. Ryszard Handke. Muzyka Gorczyckiego pięknie brzmiała w barokowych wnętrzach kościołów, a reakcje słuchaczy świadczyły o tym, że udało nam się oddać atmosferę i urodę utworu.

Na nasze wspomnienia z Wilna składają się nie tylko wrażenia z koncertów, ale także przeżycia towarzyszące zwiedzaniu, poznawaniu miasta i okolic. Wilno nazywane Jerozolimą Północy, dla niektórych z nas obiekt nostalgicznych wspomnień rodzinnych, zachwyca przede wszystkim swoją architekturą i wielokulturowością. Podziwialiśmy unikalną Starówkę, wpisaną na listę światowego dziedzictwa UNESCO, kościół św. Piotra i Pawła, wileńską katedrę, podążaliśmy śladami Mickiewicza i Słowackiego. Nie mogliśmy nie odwiedzić cmentarza na Rossie i nie przystanąć przy grobach wybitnych Polaków. Tak jak wielu polskich pielgrzymów zatrzymaliśmy się przy obrazie Matki Boskiej Ostrobramskiej i wstąpiliśmy do Kaplicy Bożego Miłosierdzia.

Oczywiście nie mogliśmy sobie odmówić przyjemności spróbowania specjałów litewskiej kuchni, choć (co trzeba uczciwie przyznać) cepeliny i kołduny nie dla wszystkich okazały się przysmakami.

Na nasze miłe dla oka i ucha wspomnienia z pobytu w Wilnie składają się zarówno działania artystyczne, jak i atmosfera wspólnych spotkań – to, że się lubimy i rozumiemy. Mamy nadzieję, że równie udane będzie nasze kolejne przedsięwzięcie – już w listopadzie wykonanie Mszy Koronacyjnej W. A. Mozarta.

Iwona Kosek i Małgorzata Sławińska



Spotkanie w 55 rocznicę dyplomu lekarza stomatologa, przypadające w 2008 r.



17 maja br. pod kościołem pw. Królowej Korony Polskiej w Szczecinie spotkała się gromadka absolwentów PAM z Wydziału Stomatologii z roku 1953. Było nas tylko 16. Spotkanie rozpoczęliśmy mszą św. w naszej intencji, po której przeszliśmy do klubu „Remedium”. Na czele naturalnie nasz kol. starosta Kazik Bryndał i kol. Maria Spychalska, główna organizatorka spotkania. Miłą niespodziankę sprawiło nam spotkanie z kol. prof. Sylwestrem Kowalikiem, który choć chory przybył w towarzystwie rodziny, żeby zobaczyć się z koleżankami i kolegami z lat młodości. Po wspólnie zrobionym zdjęciu przeszliśmy do sali „bankietowej”. Z grona profesorów były w tym dniu z nami nasza niezawodna prof. Irena Kościukiewicz-Michiewicz, prof. Irena Karwowska i doc. Maria Myślińska. Izbę lekarską reprezentowali lek. stom. Halina Teodorczyk, dr Szadzik i dr Hamerlak. W imieniu Wydziału Stomatologii PAM uczestników spotkania pozdrowiła dziekan Radlińska, a prof. Piławska, cudowna opiekunka i przewodnicząca Klubu Seniorów przesała pozdrowienia nie mogąc być osobiście. Minutą ciszy uczciliśmy pamięć tych, którzy odeszli. Po wzniesieniu toastu lampką szampa przeszliśmy do konsumpcji (pysznym tortem własnego wypieku uraczyła nas kol. Maria Spychalska) i swobodnej koleżeńskej rozmowy. Niewyczerpanym źródłem dowcipnych monologów okazał się kol. Benio Czerniewski. Towarzyszyli nam najbliżsi, jak za dawnych lat. Do dwóch koleżanek i kolegi wyśtosowaliśmy listy z naszymi pozdrowieniami.

Zjazd z okazji 50 rocznicy uzyskania absolutorium w AM w Krakowie w 1958 r.



Zjazd nasz miał miejsce 6 września br. Po uroczystości w kościele Mariackim, gdzie śpiewał nasz kolega lekarz Jerzy Sypek, mieliśmy śniadanie w Jamie Michalikowej z „Zielonym Balonikiem”. Po południu uroczysty obiad w zabytkowym budynku Kasyna Oficerskiego przy ul. Żybkiewicza, gdzie zaakcentowaliśmy kolejne dwa jubileusze, tj. 75 rocznicę przyjęcia w tym samym budynku przez I Marszałka Polski kadry oficerskiej z udziałem wojskowych zagranicznych (6 października 1933 r.) oraz 500 lat od czasu napisania słynnego listu Macieja z Miechowa do Jana Hallera z Krakowa dotyczącego przepisów przeciw zarazie. Był ciekawy program artystyczny i muzyka cygańska, również do tańca. Było wspaniale. Proszono o kolejne spotkania. Zachęcamy wszystkich do tego rodzaju zjazdów. Są potrzebne i niezapomniane.

Jerzy Michalewski

Kalendarz kursy, szkolenia, zjazdy (2008 r.)

Mazowiecka Szkoła **Ultrasonografii**. Kursy w 2008 r.:

- **6.11. Echokardiografia płodowa** – warsztaty
 - **7-8.11. Echokardiografia i kardiologia płodu** – kurs dla zaawansowanych. 6 pkt. do certyfikatu PTU
 - **27.11. Diagnostyka dopplerowska w położnictwie z diagnostyką wad płodu** – warsztaty. 20 pkt. do certyfikatu PTG
 - **28-30.11. Diagnostyka wad wrodzonych i ultrasonografia w ginekologii z ultrasonografią sutka**. 30 pkt. do certyfikatu PTG
 - **5-7.12. Echokardiografia płodowa** – kurs do Dyplomu Skrininowego Badania Serca Płodu. 6 pkt do certyfikatu PTU
- Programy i zapisy: www.mszu.pl, mazowiecka@mszu.pl, tel. 0602-122-513

Centrum Edukacji **Ultrasonograficznej** CEDUS.

Kursy USG w Ciechocinku, Spale i Bydgoszczy w 2008 r.:

- **7-9.11. Endokrynologia ginekologiczna**
- **15-18.11. Doppler** – kurs średnio zaawansowany
- **20-23.11. USG stawów**
- **26-29.11. USG brzucha** – kurs podstawowy
- **7-12.12. Doppler** – kurs podstawowy

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

- **8.11.** Konstancin. Komitet Naukowy i Komitet Organizacyjny zaprasza lekarzy, fizjoterapeutów, studentów medycyny i fizjoterapii do uczestnictwa w Sympozjum Naukowym: **Metoda Kaltenborna i Evjenth – aspekty teoretyczne i kliniczne**. Pkt. edukac. Koszt uczestnictwa pokrywa organizator. Zgłoszenia: Iwona Kumiega, tel. 022-756-43-13, e-mail: marketing@ckir.pl

Wielkopolska Szkoła **Diagnostyki Obrazowej**. Praktyczne kursy **ultrasonograficzne** podstawowe i doskonalące w 2008 r.:

- **14-15.11. Echokardiografia: Doppler tkankowy** – doskonalący
- **15-16.11. Echokardiografia: wada mitralna, wada aortalna** – doskonalący
- **20-23.11. Ultrasonografia w pediatrii (w tym badanie przeziemiączkowe, echo)**
- **21-23.11. Narządy powierzchniowe szyi (tarczycza, ślinianki, węzły, krtani)**
- **27-30.11. Ultrasonografia dopplerowska naczyń obwodowych (tętnice i żyły kończyn dolnych, tętnice szyjne i kręgowie, aorta brzuszna)**
- **4-7.12. Ultrasonografia jamy brzusznej (wątroba, pęcherzyk żółciowy, śledziona, nerki, aorta brzuszna, trzustka)**
- **11-14.12. Ultrasonografia dopplerowska w neurologii (TCD, TCCD)**

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. 0603-76-20-41, www.obraz.pl, e-mail: obraz@obraz.pl

Medyczne Szkolenia **Podyplomowe** Pakt. Kursy i szkolenia w 2008 i 2009 r.:

- **22-23.11.** Katowice. Medycyna manualna – zintegrowane techniki i metody, kurs wielospecjalistyczny
 - **29.11.** Katowice. Techniki neuromodulacyjne (TENS, akupunktura) we współczesnej praktyce lekarskiej
 - **21-22.03.2009.** Katowice. Nowoczesna diagnostyka obrazowa, leczenie i rehabilitacja zespołów bólowych kręgosłupa
 - **23-24.05.2009.** Ustroń. Warsztaty osteoporotyczne
- Kontakt: e-mail: medycznesympozja@msp-pakt.med.pl, tel./faks 032-251-22-64, www.msp-pakt.med.pl

- **30.11.-6.12.** Busko-Zdrój. Pol. Tow. Lekarskie Medycyny Manualnej organizuje kurs I st. dla lekarzy: **Medycyna Manualna w leczeniu zespołów bólowych kręgosłupa i narządu ruchu**. 40 pkt. edukac. Informacje i zgłoszenia: tel./faks 041-344-70-69, www.natura.med.pl, e-mail: natura@natura.med.pl

- **1.12.** Kraków, Hotel Express by Holiday Inn, ul. Opolska 14. Sanacja S.C. organizuje kurs: **Najnowsze trendy w endodoncji minimalnie inwazyjnej**. Prowadzący profesor Renato Leonardo. Cena 290 zł. Informacje i zgłoszenia: Sanacja, tel.

012-429-21-95, faks 012-426-11-10, www.sanacja.com.pl, e-mail: sklep@sanacja.com.pl

- **10.01.2009 r.** Warszawa. IV Konferencja Naukowa Instytutu Aterotrombozy: **Aterotromboza: zalecenia i kontrowersje. Jak poprawić rokowanie pacjentów?** Wręczenie dorocznych Nagród Instytutu Aterotrombozy oraz prezentacja wyróżnionych prac. Dyplom uczestnictwa, pkt. edukac. Informacje: tel. +48 22-853-72-64, e-mail: instytut@aterotromboza.org.pl, Rejestracja: www.konferencja.aterotromboza.org.pl

- **16-18.01.2009.** Poznań. Targi **Medycyny Rodzinnej**. Zgłoszenia można dokonać drogą elektroniczną na stronie www.abranetis.pl. Informacje: Biuro Obsługi Konferencji Abranetis Sp. z o.o., ul. Długosza 2-6, 51-162 Wrocław, tel. 071-792-80-76, tel./faks 071-792-80-77

- **24-25.01.2009 r.** Centrum **Leczenia Bólu i Akupunktury** im. prof. Z. Garnuszewskiego SPZOZ w Warszawie organizuje szkolenie w zakresie akupunktury dla lekarzy. Informacje i zapisy: sekretariat Centrum w Warszawie, ul. Winnicka, tel. 022-824-78-65, w godz. 8.00-15.00

- **25-30.01.2009 r.** Rostoczańska Szkoła **Ultrasonografii** szczególnie poleca nową propozycję: **Diagnostyka i leczenie chorób proktologicznych**. Informacje na stronie www.usg.com.pl

Mazurska Szkoła **USG i Ginekologii**. Kursy w 2009 r.:

- **11-14.03. USG w ginekologii i położnictwie dla zaawansowanych**
- **22-27.03. USG w ginekologii i położnictwie dla początkujących. Teoria i praktyka**
- **04. Diagnostyka prenatalna z elementami echokardiografii płodowej** (dokładny termin w najbliższym czasie na www.usg.pisz.pl)
- **16-19.04. Endokrynologia estetyczna**
- **23-26.04. Patologia i choroby sutka**
- **3-8.05. USG w ginekologii i położnictwie dla początkujących. Teoria i praktyka**
- **13-16.05. USG z zastosowaniem technik dopplerowskich w ginekologii i położnictwie**
- **20-23.05. Kolposkopia dla początkujących**
- **25-27.06. Patologia ciąży**

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

- **17-18.04.2009.** Kraków, hotel „DAFNE”, ul. Jagiellońska 3. Pol. Tow. Psychologii i Medycyny Prenatalnej i Perinatalnej oraz Klinika Położnictwa i Perinatologii Collegium Medicum UJ zapraszają na V Sympozjum: **Aktualne Problemy Perinatologii**. Tematy: 1. *Medyczne, psychologiczne i społeczne aspekty porodu przedwczesnego*. 2. *Cukrzyca w ciąży i podczas porodu – nowe aspekty*. 3. *Żyłna choroba zakrzepowo-zatorowa w perinatologii*. 4. *Stany nagłe w perinatologii*. Koszt uczestnictwa: lekarze specjaliści – do 28.03.09 – 400 zł, po 28.03.09 – 500 zł, – w dniu rozpoczęcia – 600 zł; lekarze specjalizujący się – do 28.03.09 – 200 zł, po 28.03.09 – 300 zł, – w dniu rozpoczęcia – 350 zł. Kartę zgłoszenia należy przysłać wraz z dowodem wpłaty do 1.04.09 na adres sekretariatu Konferencji. Wpłata na konto: Polskie Towarzystwo Psychologii i Medycyny Prenatalnej i Perinatalnej, Deutsche Bank S.A Oddział Kraków, ul. Sarego 2, nr: 19 1910 1048 0001 0810 1121 0002 z zaznaczeniem „SYMPOZJUM”. Sekretariat Konferencji: 31-501 Kraków, ul. Kopernika 23, tel. 4248412, faks 4248412; e-mail: obgynsept1@wp.pl, www.ptpmpp.prv.pl

- **3.10.2009 r.** Warszawa, sala wykładowa Centrum Onkologii-Instytutu, ul. Roentgena 5. Klinika Nowotworów Tkanek Miękkich i Kości Centrum Onkologii-Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, pod patronatem Pol. Tow. Chirurgii Onkologicznej i Przewodniczącego Rady Naukowej Centrum Onkologii-Instytutu, organizuje IV Konferencję Naukowo-Szkoleniową z cyklu: **Pierwotne nowotwory tkanek miękkich i kości**. Temat wiodący: **Postępy w leczeniu skojarzonym mięsaków tkanek miękkich**. Konferencji towarzyszyć będzie międzynarodowe spotkanie EORTC Soft Tissue/Bone Sarcoma Group (1-2.1.09). 8 pkt. edukac. Koszt uczestnictwa 150 zł. Informacje na stronie: <http://www.coi.waw.pl> (w zakładce: Zjazdy, Sympozja, Konferencje). Komitet organizacyjny: Klinika Nowotworów Tkanek Miękkich i Kości Centrum Onkologii-Instytut, ul. Roentgena 5; 02-781 Warszawa, tel. 022-546-21-72, faks 022-643-97-91, e-mail: miesaki@coi.waw.pl, dr Piotr Rutkowski.

Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o.
50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29, tel. 071-330-61-61.
Zamówienia: tel. 042-680-44-09, faks 042-680-44-86,
elsevier@azymut.pl, www.elsevier.pl



Diagnostyka różnicowa w neurologii
Marco Mumenthaler, Claudio Bassetti, Christof Daetwyler
red. wyd. II polskiego Ryszard Podemski
tłum z j. niemieckiego zespół
Wrocław 2008, str. 344, 256 rycin, 64 tabele.
Charakterystyka najważniejszych zespołów neurologicznych oparta na neuroanatomii i neurofizjologii, co pozwala na ustalenie topografii uszkodzenia. Przedstawiono diagnostykę różnicową głównych objawów wskazując drogę od objawów do rozpoznania.



Leczenie chorób żył kończyn dolnych
red. Murad Alam, Tri H. Nguyen
red. wyd. I polskiego Andrzej Kaszuba
tłum. z j. angielskiego Rafał Bartkowiak
seria: **Dermatologia Kosmetyczna**
red. serii: Jeffrey S. Dover
Wrocław 2008, str. 178
Oryginalna dokumentacja ikonograficzna anatomii i fizjologii układu żylnego, metod diagnostycznych i technik zabiegowych. opis zabiegów, schematy ich prowadzenia, algorytmy postępowania okołozabiegowego i leczenie powikłań. Dołączono film DVD z badaniami diagnostycznymi i zabiegami skleroterapii, flebektomii ambulatoryjnej i wewnątrznaczyniowej ablacji.



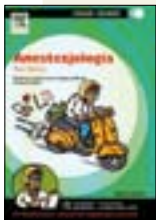
Medycyna ratunkowa
Scott H. Plantz, E. John Wipfler III
wyd. II polskie pod red. Juliusza Jakubaszki
tłum z j. angielskiego zespół
seria **Podręczników Medycznych do Egzaminów Testowych**
Wrocław 2008, str. 902
Książki z tej serii są tłumaczeniem i adaptacją znanej amerykańskiej serii NMS (National Medical Series for Independant Study), służącej do samodzielnego przygotowania się do egzaminów państwowych w USA. Polskie tłumaczenie jest przygotowane przez specjalistów z danej dziedziny z uwzględnieniem terminologii, metod leczenia i regulacji prawnych stosowanych w Polsce. Zamieszczono egzamin końcowy sprawdzający. Publikacja służy pomocą w kształceniu podyplomowym lekarzy i studentów.



Kompedium farmakologii i farmakoterapii
Podręcznik dla studentów medycyny
Andrzej Danysz, Włodzimierz Buczek
wyd. V, Wrocław 2008, str. 596
Aktualne standardy terapeutyczne, ocena skuteczności działania, opis działań niepożądanych, nazwy i dawkowanie leków zgodne z najnowszym Urzędowym Wykazem Produktów Leczniczych dopuszczonych do obrotu na terenie RP.



Diagnostyka obrazowa
Barry Kelly, Ian C. Bickle
red. wyd. I polskiego Jerzy Walecki
seria: **Crash Course**
red. serii: Daniel Horton-Szar
Wrocław 2008, str. 240



Anestezjologia
Mark Weiner
red. wyd. I polskiego Andrzej Kübler
seria: **Crash Course**
red. serii: Daniel Horton-Szar
Wrocław 2008, str. 242

Choroby zakaźne
Emma Nickerson
red. wyd. I polskiego Krzysztof Simon
seria: **Crash Course**
red. serii: Daniel Horton-Szar
Wrocław 2008, str. 352



Seria podręczników do przedmiotów klinicznych dla studentów. Układ treści i przejrzysta forma, liczne tabele, ryciny i zestawienia są tak pomyślane, aby zainteresować studenta i ułatwić mu naukę.

Wydawnictwo Lekarskie PZWL
00-251 Warszawa, ul. Miodowa 10, tel. 022-695-40-33.
Księgarnia wysyłkowa: tel. 022-695-44-80, infolinia 0801-142-080,
www.pzwl.pl, e-mail: promocja@pzwl.pl

ABC reumatologii
red. naukowa Michael L. Snaith
red. nauk. tłumaczenia
prof. dr hab. n. med. Anna Filipowicz-Sosnowska
wyd. I polskie, Warszawa 2007, str. 170
Najistotniejsze aktualne zagadnienia dotyczące chorób reumatycznych. Zamieszczono fotografie objawów klinicznych, tabele i zestawienia. Schematy terapeutyczne odpowiadają zaleceniom ACR i EULAR, zawierają zasady leczenia rehabilitacyjnego, edukacji pacjenta i wskazania do interwencji ortopedycznej. Książka prezentuje model organizacji opieki nad chorymi, skierowana jest do lekarzy praktyków i studentów medycyny.



Cukrzyca
red. naukowa prof. dr hab. n. med. Krzysztof Strojek
seria: **Praktyka Lekarza Rodzinnego**
wyd. I, Warszawa 2008, str. 194

Informacje dotyczące wczesnego rozpoznawania i profilaktyki cukrzycy, leczenia niefarmakologicznego i farmakologicznego, ostrych i przewlekłych powikłań, jakości życia chorych, cukrzycy u dzieci, osób starszych i kobiet w ciąży, edukacji i samokontroli pacjenta, otyłości, zespołu metabolicznego, badań klinicznych w diabetologii.

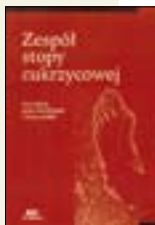


Dietetyka. Żywnienie zdrowego i chorego człowieka
Helena Ciborowska, Anna Rudnicka
wyd. II uzupełnione, Warszawa 2007, str. 670
Szczegółowe opracowanie zawierające wiedzę z zakresu żywienia w różnych grupach ludzi (sportowcy, pracujący w zwiększonym wysiłku fizycznym) i różnych schorzeniach. Nowe diety, żywienie w zatruciach pokarmowych, chorobach nowotworowych, neurologicznych i in.



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

Zespół stopy cukrzycowej
pod red. Jacka Sieradzkiego i Teresy Koblik
wyd. I, Gdańsk 2008, str. 222
Omówiono wyjątkowo groźne powikłanie cukrzycy opornie poddające się leczeniu. Przedstawiono współczesne koncepcje terapeutyczne i organizacyjne. Zamieszczono „Obrazy kliniczne zespołu stopy cukrzycowej w dokumentacji fotograficznej” zebrane w ośrodku krakowskim. Publikacja dla specjalistów i personelu medycznego stykającego się z tą problematyką.



Kieszonkowy indeks leków
Podręczny przewodnik
wyd. I polskie, Gdańsk 2008, str. 302

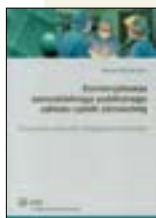
Informacje na temat 1200 leków pogrupowanych wg narządów i schorzeń. W formie tabel przedstawiono wskazania szczegółowe, dawkowanie i sposób podawania leku uwzględniając dokładne dostosowanie dawki do stopnia niewydolności nerek.



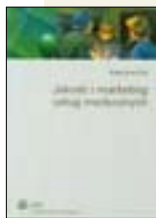
EKG. Kieszonkowy przewodnik
tłum. lek. Anna Pawdyga
red. wyd. Anna Kawalek
wyd. I polskie, Gdańsk 2007
30 kartek foliowanych obrazujących poszczególne zespoły kardiograficzne.



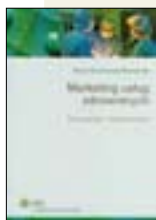
Media Forum Sp. z o.o.
02-910 Warszawa, ul. Goraszewska 6, tel./faks 022-842-16-10,
022-842-10-52, www.mediaforum.pl,
e-mail: mediaforum@mediaforum.pl
ABC a Walters Kluwer business



Komercejalizacja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.
Kluczowe warunki osiągnięcia sukcesu
Marian Kachniarz
Warszawa 2008, str. 214, cena 49,00 zł
Nowe propozycje w zakresie różnych rozwiązań przekształcania ZOZ-u w zakład komercyjny. Pozytywne przykłady. Poradnik dla organów założycielskich i osób zarządzających szpitalami, polecany przedstawicielom samorządów terytorialnych.



Jakość i marketing usług medycznych
Katarzyna Krot
Warszawa 2008, str. 336, cena 49,00 zł
Książka skłania do refleksji nad poszukiwaniem dobrych rozwiązań w zakresie funkcjonowania placówek medycznych i jakości usług medycznych prezentując jednocześnie nowatorskie podejście do transformacji w polskiej służbie zdrowia. Skierowana do lekarzy, personelu medycznego, studentów, menedżerów.



Marketing usług zdrowotnych
Koncepcja i stosowanie
Beata Nowotarska-Romaniak
Warszawa 2008, str. 86, cena 39,00 zł
Celem książki jest wszechstronne i kompleksowe omówienie marketingu usług zdrowotnych, jego istoty, planowania strategicznego, segmentacji usług, polityki cenowej, dystrybucji i promocji, roli personelu. Skierowana do menedżerów i studentów kierunków ekonomicznych, medycznych, biznesowych.



Ustawa o państwowym ratownictwie medycznym
Komentarz
pod red. Stefana Paździocha i Przemysława Guły
Warszawa 2008, str. 288, cena 149,00 zł
Pierwsze w Polsce kompleksowe omówienie przepisów nowej ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym wraz z aktami wykonawczymi, które budzą liczne wątpliwości interpretacyjne i stwarzają trudności w stosowaniu.

Ponadto nadesłano:



Archiwum Historii i Filozofii Medycyny
Polish Archives of the History and Philosophy of Medicine
rok założenia 1924, tom 70, Poznań 2007,
nakład: **Polska Akademia Nauk, Wydział VI Nauk Medycznych, Polskie Towarzystwo Historii Medycyny i Farmacji**, str. 184
70 tom wychodzi w zmienionej, prezentującej duże walory estetyczne formie. Artykuły zgrupowano w działach: Prace oryginalne; Źródła, materiały, doniesienia, teksty i przekłady źródłowe; Filozofia medycyny, problemy bioetyki lekarskiej i kultury medycznej; Z warsztatu dydaktyki; Biografie; Sprawozdania; Oceny.



Podstawy współczesnej chirurgii urazowej
red. Leszek Brongel, Jerzy Lasek, Krzysztof Słowiński
Kraków 2008, **Wydawnictwo Medyczne**, 31-539 Kraków
ul. Hetmana Żółkiewskiego 25, tel. 012-411-56-46
e-mail: redakcja@lekura.pl, www.pk.w.pl, str. 656
Pierwszy podręcznik traumatologii w Polsce. Rozdziały: Rys historyczny, Problemy nazewnictwa, Epidemiologia urazów, Uśmierzenie bólu pourazowego, Pomoc przedszpitalna u ofiar wypadków, Działanie służb medycznych, Wstrząs urazowy, Choroba urazowa, Damage control, Znieczulenie, Rany i ubytki tkankowe, Obrażenia (poszczególnych narządów), Złamania miednicy, Urazy narządu rodno u kobiet, Zespół ciasnoty przedziałów powięziowych, Mnogie obrażenia ciała, Rany postrzałowe, Obrażenia termiczne.

opr. md

Absolwenci PAM, rocznik 1957-63

Planowane spotkanie Koleżeńskie w **Szczecinie 2.05.09 r.** Zgłoszenia do 20.12.br. **Informacje: Irena Tomaszewska (Jacynycz), tel. 091-439-31-70, kom 0502-327-701, e-mail: irena-tomaszewska@o2.pl; Lucyna Mickiewicz (Szwarc), tel. 091-487-16-86, kom. 0604-891-062, e-mail: lucy.mi@op.pl.** Czekamy na Was!

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE W INTERNECIE — www.absolwentus.pl
SERWIS POMOCZ PAŃSTWU ZORGANIZOWAĆ ZJAZD ABSOLWENTÓW. PRZYJAZNY UKŁAD I ERGONOMICZNA BUDOWA UMOŻLIWIAJĄ SZYBKIE WYSZUKANIE INFORMACJI ORAZ DODANIE INFORMACJI O NOWYM ZJEZDZIE.

Imprezy różne

Uwaga fotografujący lekarze

Śląska Izba Lekarska w Katowicach ogłasza: **Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny Lekarzy „Oknem eskulapa”**. Konkurs przeprowadzony będzie w następujących kategoriach: I „Woda symbolem życia”, II „Pejzaż i architektura”, III „Temat dowolny”. Każdy lekarz może zgłosić do 3 powiększeń w formacie nie mniejszym niż 15 x 21 i nie większym niż 30 x 40 cm. Każda praca powinna być opatrzona na odwrocie godłem. Do zdjęć należy dołączyć opatrzoną godłem kopertę zawierającą dane autora zdjęć. Osoby, które chcą z powrotem dostać swoje zdjęcia muszą dołączyć zaadresowaną kopertę zwrotną ze znaczkiem. Prace należy nadsyłać **do 31 marca 2009 r. na adres: Śląska Izba Lekarska, ul. Grażyńskiego 49a, 40-126 Katowice (z dopiskiem: „Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny Lekarzy w Katowicach”)**. Uroczystość wręczenia nagród oraz wystawa prac na terenie ŚIL odbędzie się 15 maja 2009 r. **Regulamin konkursu dostępny na stronie internetowej: www.izba-lekarska.org.pl**

Wycieczka do Meksyku

Dla lekarzy 15-dniowy wyjazd turystyczno-wypoczynkowy. Bogaty program turystyczny, wysoki standard, wewnątrz Meksyku przeloty samolotami. Zwiedzanie: najwspanialszych zabytków kultury Majów, Sanktuarium M. B. Guadalupe w Mexico City. 3-dniowy wypoczynek w Acapulco nad Pacyfikiem i w Cancun nad Atlantykiem (all inclusive). Termin: **13-27 lutego 2009 r.** Cena: 8950 zł (niższa niż w ub. roku). **Informacje i zgłoszenia: Kazimierz Kwasiborski, koordynator wyjazdów turystycznych dla lekarzy w Komisji Kultury, Sportu i Turystyki OIL w Warszawie; tel./faks 022-83-84-71; e-mail: kwatour@op.pl**