



OPOLSKA  
IZBA  
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Styczeń 2011

ISSN 1426-661X

# BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 173

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

[www.izbalekarska.opole.pl](http://www.izbalekarska.opole.pl)

## Szerokiej perspektywy w Nowym **2011** Roku



*Fot. Adam Bagiński*

No i zaczęliśmy kolejny rok. Pewnie też macie Państwo uczucie, że ten czas galopuje niemiłosiernie szybko. Jeszcze niedawno grzaliśmy się w promieniach letniego słońca, a tu już po Sylwestrze. A propós – mam nadzieję, że w większości spędziliście go w gronie przyjaciół i przy dobrej zabawie – choć niekoniecznie na parkiecie. A co do upływającego czasu, to chciałoby się zacytować słowa znanej piosenki: „Gdy cię czas dogania, przodem puszczaj drania...” Może to jest jakiś sposób na niego?

Tymczasem przed Wami kolejny numer naszego izbowego Biuletynu. Mimo panującego wokół karnawału nie zawiera specjalnie wesołych materiałów, ale myślę, że i tak warto po niego sięgnąć.

W części „rodzimej” – kilka istotnych spraw poruszanych przez Prezesa, sprawozdania z posiedzeń Rady Okręgowej i naszej Komisji Stomatologicznej, uaktualniony program szkoleń na I półrocze rozpoczynającego się właśnie roku, organizowanych przez Komisję Kształcenia naszej Izby i kolejny materiał nadesłany przez niezawodnego prof. Kubickiego – tym razem dotyczący Opolszczyzny!!!.

Dalej znajdziecie Państwo bardzo ważny, moim zdaniem, tekst – wspólne Memorandum Towarzystw Internistów Polskich i Pediatrów, dotyczący nienajlepiej rysującej się przyszłości stojącej przed tymi, jeszcze niedawno, fundamentalnymi specjalnościami medycznymi. Dokument ten jest kolejnym wyrazem niepokoju środo-

wiska lekarskiego o przyszłość naszego zawodu i kondycji całej medycyny. W tym samym tonie utrzymany jest następny materiał o planowanych przez Ministerstwo Zdrowia zmianach w systemie nauczania medycyny. Niestety, jak dotychczas wydaje się, że jest to głos wołającego na puszczy – zresztą jak i poprzednie opinie naszego środowiska.

W Biuletynie znajdziecie też obszernie dywagacje na temat, czy w ogóle możliwa jest idealna opieka zdrowotna. Ciekaw jestem Waszych opinii w tej sprawie. Jest także krótki tekst o pewnych utartych, choć wcale nie najlepszych zwyczajach panujących w naszym kraju.

W części medycznej rzecz o przygotowaniach do aktywnego zimowego wypoczynku, o słonecznej witaminie i o niezwykle aktualnej sprawie tzw. dopalaczy.

W części prawnej powracam do zapomnianego już tematu dyżurów lekarskich sprzed 2008 r. Pamiętacie te procesy o nasze wynagrodzenia? Teraz przedstawiam Wam nowy aspekt tej sprawy – zachęcam do przeczytania!!! Poza tym materiał o tym, co zrobić z dokumentacją lekarską po śmierci prowadzącego ją lekarza oraz o granicach zdrowej konkurencji pomiędzy lekarzami.

I na koniec wreszcie ogłoszenia o konferencjach, oferty pracy i nowości wydawnicze. Jeszcze raz zachęcam do lektury Biuletynu i żegnam się do następnego numeru.

*Jerzy LACH*

## Koleżanki i Koledzy,

Piszę te słowa tuż przed Świętami Bożego Narodzenia. Do końca roku pozostało tylko 10 dni i wszystko wskazuje na to, że zamieszanie z receptami wskutek stanowiska NFZ będzie nieuniknione. Stanowiska – co powtarzam po raz kolejny – niezrozumiałego i na dodatek bezpodstawnego (odsylam do Biuletynu grudniowego).

Fundusz upiera się przy stwierdzeniu, że kupony w książeczkach RUM starego typu nie mogą służyć już jako recepty, ponieważ ich numery kodowe są niezgodne z wzorem z rozporządzenia Ministra Zdrowia. Fundusz zlecił drukowanie książeczek RUM nowego typu i pozwala na nich wypisywać recepty. Tylko, że numeracja, które jest teraz wprowadzana odnosi się do recept białych (wydawanych przez Fundusz), a nie do kuponów RUM.

Powiecie, iż skoro uważam, że Fundusz łamie zapisy rozporządzenia, to należy tę sprawę załatwić na szczeblu centralnym. Problem tylko polega na tym, że kupony RUM funkcjonują jedynie w dwóch małych województwach – lubuskim i opolskim. Zdecydowana większość lekarzy w Polsce od dawna korzysta jedynie z recept zgodnych ze wzorem z rozporządzenia i ręcznie wpisuje numer PESEL. Oni naszego problemu nie rozumieją.

Spotkałem się niedawno ze stwierdzeniem, że skoro inni lekarze w kraju wpisują od dawna numer PESEL, to czemu my nie możemy też tego robić. Otóż często to robimy, gdy pacjent nie ma ze sobą książeczki RUM. Ale jeżeli ją ma, to czemu nie skorzystać z możliwości szybszego i łatwiejszego wypisania recepty. Nasuwa mi się pewne porównanie – czy dlatego, że zdecydowana większość Polaków nie ma możliwości bezpośredniego udziału w Festiwalu Polskiej Piosenki i ogranicza się tylko do transmisji telewizyjnych, to również mieszkańcom Opolszczyzny należy zakazać przychodzenia do Amfiteatru?

Jurek Lach zażartował, że problem recept stał się moją obsesją. Być może ma trochę racji. Ale przecież ciągle narzekamy, że Fundusz narzuca coraz to nowe obciążenia biurokratyczne, do których musimy się dostosowywać. Teraz zaś sam Fundusz dał nam oręż do obrony – złamał zapis rozporządzenia Ministra Zdrowia, do czego nie miał prawa. A każda decyzja podjęta w oparciu o niezgodne z prawem przesłanki jest od momentu podjęcia nieważna. Jednoznacznie oświadczam i deklaruje, że będę bronił każdego lekarza, który po 1 stycznia 2011 r. wypisze receptę na kuponie RUM w książeczce starego typu.

W trakcie spotkania opłatkowego seniorów naszej Izby wyrażali oni zaniepokojenie, że to zamieszanie będą odczuwać na własnej skórze i pytali się, jak mają postępować.

Otóż rozumiem doskonale, że w sytuacji, w której będą chcieli wypisać receptę sobie lub komuś z najbliższej rodziny, będą myśleli głównie o tym, żeby receptę jak najłatwiej w aptece zrealizować, a walkę o słuszne argumenty pozostawią swoim młodszym kolegom. Bezpieczniej więc będzie, jeżeli wypiszą receptę na druku, który do pewnego czasu można było uzyskać w siedzibie Funduszu, a teraz trzeba się w niego zaopatrzyć we własnym zakresie (z Funduszu pobiera się zakres numerów kodowych i zleca wydrukowanie recept w wyspecjalizowanych drukarniach – w Opolu funkcjonuje taka na ul. Kośnego; można też skorzystać z drogi internetowej poprzez Redakcję „Medycyny Praktycznej”). Wszystkie druki tych recept, nawet pobrane znacznie wcześniej, będą po Nowym Roku nadal ważne. Oczywiście trzeba tylko sprawdzić, czy jest to aktualnie obowiązujący druk – kilka lat temu wydawane były nieco inne. Prosty sprawdzian jest upewnienie się, że w miejscu, gdzie wpisuje się dane pacjenta jest już oryginalnie wydrukowany wyraz PESEL.

*Jerzy JAKUBISZYN*

## UWAGA NA UPRAWNIENIA NIEKTÓRYCH PACJENTÓW

Poniższy tekst adresowany jest do tych z Was, którzy poprzez swoje praktyki lekarskie macie kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Proszę pamiętać, że ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, do zapisów której – z racji podpisanego kontraktu – musicie się stosować przewiduje, że pewne grupy pacjentów mają być rejestrowane poza kolejnością oraz nie potrzebują skierowań do specjalisty.

W obu grupach uprzywilejowanych pacjentów są inwalidzi wojenni i wojskowi, osoby represjonowane oraz kombataneci, natomiast tylko w pierwszej grupie (rejestrowanie poza kolejnością) są zasłużeni dawcy krwi i dawcy przeszczepów.

Wśród wymienionych wyżej grup pacjentów znajdują się niestety osoby, które w egzekwowaniu swojego prawa są czasami bardzo natarczywe. Dla uniknięcia niepotrzebnych zażaleń proszę o tych ich uprawnieniach pamiętać.

*Jerzy JAKUBISZYN*

## SPRAWOZDANIE Z POSIEDZENIA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU

W dniu 17 listopada 2010 r. odbyło się kolejne posiedzenie Rady Okręgowej. Na samym wstępie członkom Rady przedstawiono wnioski o wpis do rejestru OIL w Opolu następujących lekarzy i lekarzy dentystów:

- lek. Zając Beata (przeniesienie ze Śląskiej Izby Lekarskiej),
- lek. dent. Gołowkin Tomasz (przeniesienie z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej – jako lekarza z prawem wykonywania zawodu oraz jako lekarza dentysty z ograniczonym prawem wykonywania zawodu),
- lek. dent. Cichocka Marta (przeniesienie z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej),
- lek. dent. Cichocki Nikodem (przeniesienie z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej).

Następnie przyznano stałe prawo wykonywania zawodu lek. Żurek Marzenie (po odbyciu stażu podyplomowego). Uchwały w obu tych sprawach podjęto jednogłośnie.

Następnie Prezes przedstawił informację o następujących szkoleniach:

- Firma „Meditrans” K. Dworzaczek – zarejestrowana w Świętokrzyskiej Izbie Lekarskiej, posiadająca uchwałę PNRL – zgłasza szkolenie dla lek. dentystów, w terminie: 11 grudnia 2010 r. w Czarnewasach (przyznano za szkolenie 7 punktów edukacyjnych),
- Firma „Marku” – zarejestrowana w OIL w Częstochowie, posiadająca uchwałę PNRL – zgłasza

szkolenie dla lek. dentystów, które odbędzie się 20 listopada 2010 r. w Opolu (przyznano za szkolenie 4 punkty edukacyjne),

- Firma „MIP-Pharma” – zarejestrowana w OIL w Gdańsku, posiadająca uchwałę PNRL – zgłasza szkolenie dla lek. dentystów w Opolu, w dniu 19 listopada 2010 r. (przyznano 4 punkty edukacyjne).

Dalej Prezes przedstawił wniosek nowego podmiotu, który chce szkolić lekarzy – Indywidualna Praktyka Lekarska Krzysztof Kamiński – organizującego, w okresie od października 2010 r. do sierpnia 2011 r., kurs z zakresu endoskopii w schorzeniach trzustki i dróg żółciowych oraz (w tym samym przedziale czasowym) cykl 2-dniowych konferencji, poświęconych różnym tematom z zakresu endoskopii przewodu pokarmowego. Rada jednogłośnie zarejestrowała ten podmiot, przyznając jednocześnie 40 punktów edukacyjnych za w/w kurs oraz 9,5 punktu edukacyjnego za pierwszą z konferencji pt. „Rola endoskopii w rozpoznawaniu i leczeniu schorzeń górnego odcinka przewodu pokarmowego”. Ponadto (przy 1 głosie wstrzymującym się), na wniosek w/w podmiotu podjęto uchwałę o zwolnieniu go z opłaty rejestracyjnej (zgodnie z sugestią NRL, aby opłaty pobierać jedynie od firm szkolących, a nie pobierać ich od lekarzy, organizujących szkolenia podyplomowe).



Prezes poinformował również, że firma BB-Med zgłosiła przesunięcie planowane przez siebie szkolenia z listopada br. na marzec 2011 r.

Następnie Rada (przy 1 głosie przeciwnym i 1 wstrzymującym) zarejestrowała następujące indywidualne praktyki lekarskie na wezwanie:

- lek. Piątek Aldona,
- lek. Sikora Zofia – praktyka specjalistyczna,
- lek. Podolska-Bartodziej Urszula – praktyka specjalistyczna.

Równocześnie jednogłośnie zarejestrowano stacjonarne praktyki lekarskie:

- Kluzek Ewa – praktyka w Krapkowicach,
- Fijałkowska Iwona – praktyka w Opolu,
- Skubis Stanisław – praktyka w Strzelcach Opolskich,
- Kupczak Andrzej – praktyka w Kluczborku,
- Krzymowska Elżbieta – praktyka w Nysie
- i stacjonarne praktyki lekarsko-dentystyczne:
- Gołda-Krawczyk Katarzyna – praktyka w Opolu,
- Turek Ireneusz – praktyka w Opolu,
- Skubis Ewa – praktyka w Strzelcach Opolskich.

Na wniosek Komisji Stomatologicznej, ORL podjęła (przy 1 głosie wstrzymującym) uchwałę o rejestracji praktyki lekarsko-dentystycznej Grzesik-Kostki Beaty (członka Śląskiej Izby Lekarskiej) na okres 1 roku (czyli do końca 2011 r.).

W dalszej części obrad Rada przyznała zapomogi z Funduszu Samopomocy 2 Koleżankom. Przyjęto również jednogłośnie wnioski o zwolnienie z opłacania składki członkowskiej (z powodu przejścia na emeryturę) – lek. Janiny Kaniuk oraz o zmniejszenie wysokości składki do 10 zł – lek. Mieczysława Parulskiego.

Następnie Rada (przy 1 głosie wstrzymującym) wyznaczyła swoich przedstawicieli do udziału w konkursie na stanowisko ordynatora Oddz. Chirurgii Ogólnej BCM w Brzegu:

- Przewodniczący – lek. Aleksander Wojtyłko
- członkowie: lek. lek. Waldemar Ilczyszyn, Andrzej Mazur
- ordynator dr n. med. Krzysztof Kamiński

W kolejnym punkcie obrad Rady zostało przeprowadzone dla wszystkich członków Rady szkolenie z zakresu ochrony danych osobowych przez specjalistę w tej dziedzinie.

Po szkoleniu Prezes Jakubiszyn przedstawił Radzie problem zalegania przez Ministerstwo Zdrowia ze zwrotem poniesionych przez Izbę kosztów z tytułu zadań zleconych przez administrację państwową za ostatnie 3 lata. Zaległości te (za lata 2007–09 łącznie) sięgają obecnie kwoty 121.837 zł (bez odsetek). Zaproponował więc jednocześnie, aby – podobnie, jak dzieje się to w całym kraju – skierować do sądu sprawę przeciwko MZ. Takie postępowanie wymaga jednak wyasygnowania kwoty ok. 6.000 zł tytułem opłat sądowych. Rada jednomyślnie wyraziła zgodę na podjęcie takich działań. Wobec powyższego kol. Jakubiszyn zobowiązał się do sporządzenia tzw. pisma przedprocesowego w tej sprawie.

Jednocześnie Prezes poinformował, że także na rok 2010 Ministerstwo przygotowuje dla poszczególnych izb umowy, w których kwoty stanowią mniej niż 1/3 kosztów. Konwent Prezesów Rad Okręgowych zalecił wstrzymanie się z podpisywaniem tych umów, bowiem sprawie tej poświęcone będzie najbliższe posiedzenie Konwentu w dniu 3 grudnia. Być może solidarna akcja większości izb (DIL i OIL w Warszawie podpisały wcześniej umowy) sprawi, że Ministerstwo zwiększy kwotę refundacji. W przypadku ostatecznego podpisania umowy na 2010 r., trzeba będzie do niej dołączyć uchwałę ORL upoważniającą Prezesa i Skarbnika do podpisania tej umowy – uchwałę w tej sprawie podjęto więc jednogłośnie.

W części dotyczącej sprawozdania Prezesa z posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej, kol. Jakubiszyn stwierdził, że ze względu na brak quorum nie było formalnego posiedzenia Rady, a tylko poszerzone posiedzenie Prezydium NRL.

W kolejnej części spotkania Rady Okręgowej kol. Jakubiszyn poinformował o swojej korespondencji z Dyrektorem OOW NFZ w Opolu w sprawie zarządzenia dotyczącego wycofania się z możliwości wypisywania recept na drukach RUM. Prezes argumentował swój sprzeciw wobec takiej decyzji zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie recept, w którym nie ma zapisu umożliwiającego podjęcie przez NFZ takiej decyzji.

Następnie kol. Jakubiszyn przedstawił korespondencję Senatora Krajczego z wiceministrem zdrowia Haberem w sprawie krzywdzących szpitale opolskie decyzji NFZ, dotyczących spełnienia norm łóżkowych i wyposażeniowych w oddziałach noworodkowych i ginekologiczno-położniczych oraz na OIOM-ach. Interwencje Senatora odniosły pożądany skutek w postaci pism wyjaśniających, wystosowanych przez MZ do Centrali NFZ (*z korespondencją tą mieliście Państwo okazję*

*zapoznać w grudniowym numerze Biuletynu – przyp. Redakcji).*

Kol. Wojtyłko, w imieniu dr Barbary Szczepanik oraz własnym, zwrócił się do Rady z podaniem o dofinansowanie wspólnego posiedzenia Oddziałów Towarzystwa Pediatrów i Chirurgów Dziecięcych (27 listopada 2010 r.) kwotą 2000 zł, na co Rada wyraziła jednogłośnie zgodę.

Przewodnicząca Komisji Kształcenia, kol. Łuszczynska-Ostrowska, przedstawiła program 7 szkoleń organizowanych przez OIL w I półroczu 2011 r. Rada podjęła uchwałę, upoważniającą Prezesa do wystąpienia do Ośrodka Doskonalenia przy NIL o dotację na te szkolenia.

Kol. Misiak poinformował zebranych o terminie kolejnego Balu Lekarza, organizowanego przez Delegaturę Kluczborską Izby, a kol. Latała o Balu Stomatologa organizowanym przez Opolski Oddział PTS (*informacje o tych balach znaleźliście Państwo także w grudniowym numerze Biuletynu – przyp. Redakcji*).

Na zakończenie posiedzenia Rady Okręgowej Prezes poinformował, że najbliższy zjazd budżetowy odbędzie się 19 marca 2011 r. w sali konferencyjnej WCW w Opolu przy al. Witosa.

Na tym posiedzenie zakończono.

*Jerzy B. LACH*

## **SPRAWOZDANIE Z POSIEDZENIA KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ 15.XI.2010**

Na początku zebrania lek. dent. Jolanta Mokrzycka przedstawiła sprawozdanie z posiedzenia Komisji Stomatologicznej NIL, które odbyło się we wrześniu. Na posiedzeniu tym omawiano głównie projekt pakietu ustaw zdrowotnych, który wszedł niedawno pod obrady Sejmu i spotkał się z ostrą krytyką środowiska lekarskiego, studentów medycyny, związków zawodowych, pracowników uczelni medycznych, pielęgniarek. Wszyscy zgodnie protestujemy przeciwko likwidacji stażu pody-

plomowego, skróceniu czasu studiów lekarskich i lekarsko-dentystycznych o 1 rok, likwidacji LEP-u i LDEP-u, rejestracji praktyk lekarskich i lekarsko-dentystycznych przez wojewodów.

Następnie Przewodnicząca poinformowała, iż 18 października 2010 r. umorzono postępowanie prowadzone przez Trybunał Konstytucyjny, który miał orzec, czy obowiązkowa przynależność do samorządów zawodowych jest zgodna z Konstytucją RP.

Prezes NRL lek. Maciej Hamankiewicz przypomniał, iż zgodnie z art. 18b ustawy o zakładach opieki zdrowotnej treść i forma informacji o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej nie mogą mieć cech reklamy, a więc nie powinny zawierać powszechnie przyjętych cech reklamy, np. formy zachęty do korzystania ze świadczeń, informacji o czasie i metodach leczenia, cen czy sposobie płatności. Prezes zwrócił się do wszystkich wojewodów z prośbą o podjęcie działań w celu likwidacji naruszeń obowiązujących przepisów.

15 stycznia 2011 r. w siedzibie naszej Izby odbędzie się kurs dla wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów z zakresu obsługi kas rejestrujących. Chętnych prosimy o zapisywanie się w biurze Izby.

Zwizytowano następujące gabinety stomatologiczne: lek. dent. Katarzyny Gołda-Krawczyk z Opola, lek. dent. Ireneusza Turka z Opola, lek. dent. Ewy Skubis ze Strzelec Opolskich. Zwizytowano również gabinet lek. dent. Beaty Grzesiak-Kostki z Ciska, która jest członkiem Śląskiej Izby Lekarskiej. Po dyskusji i przedstawieniu sytuacji stomatologicznej przez Delegatów okręgu Kędzierzyn-Koźle Komisja Stomatologiczna postanowiła po głosowaniu (15 głosów za, 4 głosy wstrzymujące) wyrazić zgodę na praktykowanie przez okres jednego roku.

Przekazano do zwizytowania gabinety dentystyczne lek. dent. Barbary Grynin z Pakosławic, lek. dent. Agnieszki Dębickiej z Namysłowa oraz lek. dent. Ewy Bryckiej również z Namysłowa.

Na tym zebranie zakończono.

*Protokołowała lek. dent. Anna ADAMSKA      Przewodnicząca lek. dent. Barbara HAMRYSZAK*

## PROGRAM SZKOLEŃ NA I PÓŁROCZE 2011 R. PROWADZONYCH W RAMACH KOMISJI KSZTAŁCENIA OIL W OPOLU

Termin	Kierownik naukowy	Temat	Miejsce szkolenia
08.01.2011 r.	Dr Marek Dryja – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie ratownictwa medycznego	Ratownictwo medyczne dla lekarzy medycyny	WCM Opolu ul. Witosa – sala konferencyjna
15.01.2011 r.	Firma ZETO	Kasa fiskalna	OIL w Opolu ul. Grunwaldzka 23
05.02.2011 r.	Dr Katarzyna Suchoń – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie reumatologii	Reumatoidalne zapalenie stawów – część II	OIL w Opolu ul. Grunwaldzka 23
26.03.2011 r.	Dr Marek Dryja – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie ratownictwa medycznego	Ratownictwo medyczne dla stomatologów	WCM Opolu ul. Witosa – sala konferencyjna
09.04.2011 r.	Dr Zygmunt Konieczny – Konsultant wojewódzki w dziedzinie pulmonologii	Płyn w jamie opłucnowej	OIL w Opolu ul. Grunwaldzka 23
21.05.2011 r.	Dr n. med. Andrzej Bunio – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie geriatrici	Problemy geriatryczne w ocenie lekarza POZ	OIL w Opolu ul. Grunwaldzka 23

Prosimy o zgłaszanie chęci uczestnictwa w w/w szkoleniach telefonicznie – 77 454 59 39 do siedziby OIL w Opolu. Za uczestnictwo w szkoleniu przysługują 3 pkt. edukacyjne.

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

## NAJWIĘKSZA POLSKA BITWA NA OPOLSZCZYŹNIE – BYCZYNA 1588

Śmierć króla Stefana Batorego w roku 1586 pogłężyła Rzeczpospolitą Polską w ogromnym kryzysie politycznym. Natychmiast rozpoczęła się rywalizacja dwóch antagonistycznych obozów:

„**Zamojszczaków**”, których przywódcą był Hetman Wielki Koronny Jan Zamoyski, budowniczy Zamościa i założyciel słynnej Akademii Zamojskiej. Jan Zamoyski walczył o tron polski dla młodego królewicza Zygmunta Wazy urodzonego w więzieniu na zamku Grimpsholm w Szwecji w dniu 20 czerwca 1566 roku. Jego ojcem był Jan III Waza oraz Katarzyna Jagiellonka, córka króla Zygmunta I Starego (uwięzieni byli przez króla Eryka XIV).

„**Prohabsburzan**”, którzy starali się o tron polski dla Arcyksięcia Maksymiliana II Habsburga, brata cesarza austriackiego Rudolfa II.



Hetman Jan Zamoyski

Jan Zamoyski ubiegł przeciwników i doprowadził do koronacji młodego Zygmunta III Wazy na króla Polski w Krakowie w dniu 27 grudnia 1587 roku. Równocześnie król oraz Sejm Rzeczypospolitej Polski wydał specjalne pełnomocnictwa do prowadzenia wojny z Maksymilianem II Habsburgiem z możliwością przekroczenia granicy cesarstwa austriackiego. Decydująca bitwa o tron Polski odbyła się w dniu 23 stycznia 1588 r. pod Byczyną na Opolszczyźnie, gdzie wojska Jana Zamojskiego zagroziły drogę marszu Maksymiliana Habsburga do Polski.

Armia Arcyksięcia Maksymiliana II Habsburga liczyła około 6 tys. żołnierzy, głównie zaciężnych. Podobną liczbą dysponował Hetman Jan Zamoyski, ale górował większą ilością jazdy, która liczyła 2 tys. husarii, i która w tamtych czasach uchodziła za najnowocześniejszą formację zbrojną.

Bitwa rozpoczęła się w południe 23 stycznia 1588 roku, a ostatecznie Maksymilian II Habsburg, który uciekł z pola walki poddał się na zamku w Byczynie rankiem 25 stycznia.

Bohaterem bitwy pod Byczyną był młody oficer Stefan Żółkiewski, który o mało nie zginął, ponieważ dosię-



*Arcyksiążę Maksymilian II  
Habsburg*

gła go eksplodująca kula armatnia. Wskutek ciężkiego postrzału w nogę późniejszy Wielki Hetman Koronny, bohater bitwy pod Kłuszynem (o tej bitwie w następnej publikacji, ponieważ 4 lipca minęła rocznica tej bitwy z wojskami moskiewskimi), aż do śmierci utykał. Przyjmuje się, że wielki sztandar Arcyksięcia Maksymiliana z czarnym dwugłowym orłem na złotym tle zdobył osobiście właśnie Stanisław Żółkiewski.

Historycy nie są zgodni, co do wysokości strat poniesionych przez obie walczące strony, ale ich szacunki wahają się w granicach 3,5 tys. po stronie Arcyksięcia Maksymiliana i około tysiąca po stronie Zamojskiego.

W dniu 28 stycznia 1588 roku hetman Jan Zamojski wziął do niewoli Maksymiliana Habsburga, a wraz z nim licznych prohabsburskich polskich możnowładców, m. in. Wojewodę Poznańskiego Stanisława Górkę, biskupa kijowskiego Jakuba Woronieckiego, marszałka nadwornego Andrzeja Zborowskiego i in. Wielu z nich czekała długa niewola i sąd królewski, część odzyskała wolności po złożeniu przysięgi i okupu.

Po krótkim osadzeniu na zamku w Krasnymstawie Maksymilian Habsburg został przewieziony do Zamościa. Bramę, którą przekroczył Maksymilian Habsburg Jan Zamojski kazał zamurować (do dzisiaj można oglądać), ponieważ uważał, że już nikt tak wysoko urodzony do Zamościa nie trafi.



*Król  
Zygmunt III  
Waza*

Potężna Austria dotknięta została podwójnie: przegraną bitwą pod Byczyną oznaczającą kres dynastycznych planów w Polsce, jak również uwięzieniem cesarskiego brata. Dlatego też, z wielkim opóźnieniem podjęto negocjacje o uwolnienie Arcyksięcia Maksymiliana Habsburga. Ostatecznie został on uwolniony po 1,5 roku. Mimo, że zobowiązał się do złożenia przysięgi o zrzeczeniu się tytułu królewskiego, po przekroczeniu granicy cesarstwa austriackiego obietnicy tej nie dotrzymał. Dopiero interwencja brata – cesarza austriackiego Rudolfa II zmusiła go do potwierdzenia złożonej przysięgi.

Zwycięska bitwa pod Byczyną zapoczątkowała panowanie nowej dynastii Wazów (Zygmunt III Waza, Władysław IV, Jan Kazimierz).

*Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI*



*Obraz Jana Matejki: „Hetman  
Zamojski pod Byczyną*



## MEMORANDUM W SPRAWIE MIEJSCA SPECJALISTÓW CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH I PEDIATRÓW W SYSTEMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ W POLSCE

opracowane przez przedstawicieli środowisk internistycznego i pediatrycznego oraz samorządu lekarskiego podczas konferencji w Krakowie w dn. 5 października 2010 r.

Obecnie w Polsce pracuje kilkanaście tysięcy dobrze wykształconych i doświadczonych internistów oraz 7 tysięcy pediatrów, którzy przez przyjęte rozwiązania systemowe zostali praktycznie wykluczeni z podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i ograniczeni w uprawianiu zawodu do szpitalnych oddziałów pediatrycznych i internistycznych. Oznacza to, że szerokie kompetencje tej grupy lekarzy nie są w pełni wykorzystane. Brak perspektyw zatrudnienia zniechęca absolwentów studiów lekarskich do podejmowania specjalizacji w chorobach wewnętrznych i pediatrii.

Uważamy, że specjaliści pediatrii i chorób wewnętrznych są niezbędni do zapewnienia sprawnego funkcjonowania całego systemu opieki zdrowotnej. W zakresie podstawowej opieki zdrowotnej nad dzieckiem matki mają trudny dostęp do pediatrii. Wprawdzie istnieją zakłady podstawowej opieki zdrowotnej, w których każde dziecko jest badane przez pediatrę i objęte właściwą profilaktyką, ale w większości placówek nie ma pediatrów i opiekę nad dzieckiem sprawuje np. chirurg będący lekarzem rodzinnym po 6-miesięcznym szkoleniu. W zakresie opieki nad dorosłymi należy zwrócić uwagę na fakt, że na skutek starzenia się populacji coraz więcej osób cierpi na kilka chorób jednocześnie (już dziś stanowią one około 2/3 wszystkich chorych hospitalizowanych na oddziałach internistycznych) i wymaga kompetentnej, kompleksowej opieki lekarskiej. Do zapewniania odpowiedniej opieki nad takimi chorymi przygotowuje jedynie specjalizacja z chorób wewnętrznych. Leczenie tych chorych nie polega bowiem na zajmowaniu się każdym narządem osobno, choćby na najwyższym poziomie.

Szybki postęp medycyny sprawia też, że coraz trudniej jest utrzymać kompetencje w zakresie opieki nad dziećmi i nad dorosłymi jednocześnie, co uzasadnia jej rozdzielenie na pediatrię i internistykę.

Korzyści z dopuszczenia do podstawowej opieki nad chorymi internistów i pediatrów w ramach praktyki grupowej wydają się oczywiste, przede wszystkim z punktu widzenia pacjentów, ale także całego systemu. Pacjenci nie będą musieli wędrować do różnych specjalistów i czekać nieraz miesiącami na wizytę, gdyż większość ich problemów zdrowotnych załatwiałby jeden lekarz

(internista albo pediatra). Tylko w naprawdę trudnych przypadkach wymagałoby oni pomocy (konsultacji i/lub przejęcia leczenia) specjalisty w określonej wąskiej dziedzinie. Opieka podstawowa stałaby się więc szersza i pogłębiona, a więc zarazem częściowo specjalistyczna. Poszerzenie kompetencji internistów i pediatrów o zagadnienia specyficzne dla podstawowej opieki zdrowotnej wymagałoby jedynie niewielkiej modyfikacji dzisiejszych programów specjalizacji.

Równocześnie uzasadnione jest reaktywowanie specjalistycznych poradni internistycznych i pediatrycznych. Spowodowałyby to skrócenie kolejek do lekarzy wąskich specjalności i pozwoliłoby im skoncentrować się na diagnozowaniu i leczeniu trudnych przypadków z ich dziedziny. Należy w tym miejscu podkreślić, że nie jest dobrym rozwiązaniem przyspieszone kształcenie rzesz specjalistów w wąskich dziedzinach, ani tym bardziej dokładanie nowych specjalizacji.

Zwracamy też uwagę na jeszcze jeden ważny problem. Sytuacja, w której specjalizowanie się w pediatrii i chorobach wewnętrznych z powodu niekorzystnych uwarunkowań systemowych przestaje być dla młodych lekarzy atrakcyjne, sprawia, że w niedalekiej przyszłości może zabraknąć kadry lekarskiej do szkolenia nawet w podstawowym module internistycznym i pediatrycznym, będącym – w myśl nowego, modułowego systemu specjalizacji – podstawą do dalszego specjalizowania się w węższych dziedzinach. Problem ten dodatkowo pogłębia niepokojąca tendencja do likwidowania szpitalnych oddziałów internistycznych i pediatrycznych; może więc też zabraknąć miejsc do realizacji modułu podstawowego z chorób wewnętrznych.

Aby można było rozszerzyć udział internistów i pediatrów w opiece zdrowotnej, powinny zostać spełnione następujące warunki:

1. zniesienie ustawowej bariery uniemożliwiającej pracę w POZ internistom i pediatrom
2. takie finansowanie opieki w ramach POZ, które dałoby placówkom zapewniającym specjalistyczną opiekę internistyczną i pediatryczną (czyli zatrudniającym internistę i pediatrę) dodatkowe środki na leczenie/konsultowanie w ramach kompetencji specjalisty chorób wewnętrznych/chorób dzieci (byłoby to możliwe np. po wprowadzeniu roz-

liczania świadczeń w opiece ambulatoryjnej/POZ według JGP)

3. przywrócenie specjalistycznych poradni internistycznych i pediatrycznych
4. priorytetowe kształcenie internistów i pediatrów poprzez zwiększenie liczby rezydentur.

Jesteśmy przekonani, że wprowadzenie wyżej proponowanych zmian w obecnym systemie opieki zdrowotnej w Polsce przyniesie wymierne korzyści pacjentom. Jednocześnie nie zwiększy to ponoszonych kosztów, lecz w sytuacji ograniczonych środków pozwoli na lepsze ich wykorzystanie.

Memorandum przyjęli:

*Prezes Zarządu  
Głównego Towarzystwa  
Internistów Polskich  
prof. dr hab.  
Jacek MUSIAŁ*

*Konsultant krajowy  
w dziedzinie chorób  
wewnętrznych  
prof. dr hab.  
Jacek IMIELA*

*Prezes Zarządu Głównego  
Polskiego Towarzystwa  
Pediatrycznego  
prof. dr hab.  
Alicja CHYBICKA*

*Konsultant krajowy  
w dziedzinie pediatrii  
prof. dr hab.  
Anna DOBRZAŃSKA*

*Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej  
dr Maciej HAMANKIEWICZ*

## **FELCZERYZACJA MEDYCYNY RECEPTĄ NA OBNIŻENIE POZIOMU KSZTAŁCENIA LEKARZY W POLSCE**

Wśród 12 projektów ustaw z szumnie zapowiadanego pakietu zdrowotnego znalazł się m.in. projekt nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Najważniejszymi jego założeniami stały się m.in.: skrócenie czasu niezbędnego do uzyskania dyplomu specjalisty oraz szybsze uzyskanie samodzielności zawodowej przez lekarzy. Za najistotniejsze przewidywane zmiany zawarte w projekcie, obok likwidacji LEP-u, uznano zniesienie stażu podyplomowego, zmiany w programie studiów i rozszerzenie definicji wykonywania zawodu lekarza – o kierowanie zakładem opieki zdrowotnej.

Czytając przedstawiony przez ministerstwo zdrowia projekt ustawy, łatwo można odnieść wrażenie, że wdrożenie go w życie będzie wiązało się z obniżeniem poziomu kształcenia lekarzy w Polsce. Niektórzy przedstawiciele samorządu lekarskiego, komentując zmiany zawarte w projekcie, otwarcie używają nawet terminu „felczeryzacja medycyny”. Według propozycji zawartych w projekcie, studenci mieliby obowiązek złożenia naj-

ważniejszych egzaminów końcowych na V roku studiów dla kierunku lekarskiego i IV roku dla lekarsko-dentystycznego. Dotychczasowy staż miałby zostać zastąpiony wprowadzeniem praktyki zawodowej na VI roku dla lekarzy i V roku dla lekarzy dentystów. Według nowych założeń, opiekunem „praktykującego” nie musiałby być, tak jak dotychczas na stażu, lekarz specjalista, mógłby nim zostać również lekarz bez specjalizacji, posiadający jedynie 3-letni staż zawodowy.

Zmiany te oznaczają nie tylko spadek jakości kształcenia, ale również konieczność przeniesienia programu dotychczas realizowanego na ostatnim roku studiów na wcześniejsze lata nauki. Biorąc pod uwagę i tak do granic możliwości napięty program studiów lekarskich, jest to bez spadku jakości kształcenia po prostu niewykonalne. W praktyce, proponowane zmiany oznaczają ni mniej, ni więcej tylko skrócenie kształcenia przyszłych lekarzy o rok. Co więcej, do tej pory nie został przygotowany nowy program studiów, a zmiany, jak beztrąsko mówi osoba za nie współodpowiedzialne, zostały jedynie „lekko naszkicowane”. Kolejny przykład typowej polskiej prowizorki...

Dlaczego działania dotyczące szkolenia lekarzy podejmowane są wbrew opinii najważniejszych środowisk medycznych? Czy likwidacja stażu przyniesie jakieś korzyści?

Wprowadzenie noweli z pewnością korzystnie wpłynie na stan państwowej kasy. Według ministerialnych wyliczeń, likwidacja stażu spowoduje zmniejszenie wydatków budżetowych o ok. 162,7 mln zł rocznie. Niestety, stracą na niej pacjenci i lekarze. Ci pierwsi, bo będą zajmowali się nimi gorzej wyszkoleni medycy. Druzy dlatego, że w razie popełnienia medycznego błędu na wstępie zawodowej kariery zostaną wystawieni na prokuratorski ostrzał. Młodzi lekarze stracą również okazję dokładnego poznania specyfiki oddziałów, na których dzisiejsi stażyści uczą się medycyny, a przez to dużo trudniejsze dla nich będzie dokonanie właściwego wyboru specjalizacji.

Staż podyplomowy funkcjonuje w większości krajów świata. W Europie i USA wejście w prawdziwą medycynę i rozpoczęcie specjalizacji poprzedzone jest, trwającym od roku do dwóch lat, okresem szkolenia. W Polsce, jeszcze kilka lat temu, na lekarzach spoczywał obowiązek odbycia 18-miesięcznego stażu, kilka dekad wstecz lekarze musieli odbyć aż dwuletnie szkolenie.

Współczesna medycyna jest dużo bardziej rozbudowana niż ta sprzed dwudziestu czy trzydziestu lat. Tak więc, czy dobrą receptą na niedobór specjalistów i budżetową dziurę będzie likwidacja tego, co potrzebne, w dodatku kosztem zdrowia i życia pacjentów? Czy pieniądze zaoszczędzone dzięki temu przez budżet państwa zrekompensują straty poniesione przez chorych? Przedstawiciele izb lekarskich od dawna apelują, że staż nie powinien być likwidowany. Wymaga jedynie gruntow-

nej i przemysłanej reformy. Wszyscy zgadzają się z tym, że stażysta powinien uczyć się praktycznej medycyny, a nie wyłącznie zajmować się pracą biurową. O to właśnie trzeba walczyć! Problemem jest to, że w Polsce głos środowiska lekarskiego, szczególnie przy tworzeniu prawa, rzadko kiedy brany jest pod uwagę. Widać to w projekcie zmiany ustawy, gdzie wpływ samorządu lekarskiego na szkolenie lekarzy jest zupełnie zmarginalizowany.

Według byłego prezesa NIL Konstantego Radziwiłła: „Ten projekt to przejaw zupełnego lekceważenia dotychczasowych stanowisk samorządu lekarskiego (w szczególności Uchwały Nr 5/09/V NRL z dnia 13.02.2009 r. w sprawie przyjęcia projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry w części dotyczącej doskonalenia zawodowego, Stanowiska Nr 6/08/V NRL z 4.08.2008 r. w sprawie zapowiedzi zniesienia staży podyplomowych lekarza i lekarza dentystry, Stanowiska Nr 10/07/V NRL z dnia 22.06.2007 r. w sprawie ustawicznego rozwoju zawodowego lekarzy i lekarzy dentystrów)”.

Kolejną kontrowersyjną zmianą w ustawie jest rozszerzenie definicji wykonywania zawodu lekarza „o kierowanie zakładem opieki zdrowotnej lub zatrudnienie w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych lub urzędach te podmioty obsługujących”. Czy rzeczywiście wykonywane w związku z tym czynności mają cokolwiek wspólnego z wykonywaniem zawodu lekarza, czyli leczeniem ludzi?

Bądźmy uczciwi. Na pierwszy rzut oka wyraźnie widać, że nowela pisana była pod określone osoby, a ci, którzy ją tworzyli, zupełnie zapomnieli o interesie pacjentów. Aż strach pomyśleć, że w przyszłości może pojawić się propozycja, by menedżerom szpitali, nie będącym lekarzami, przyznawać automatycznie tytuł zawodowy lekarza, bo im się to z racji wykonywanego zajęcia należy. Czy lekarz, który przez 10 lat lub dłużej kierował wyłącznie zakładem opieki zdrowotnej, może bezboleśnie (dla swoich pacjentów, ale również i dla siebie) i bez odpowiedniego wielomiesięcznego szkolenia powrócić do leczenia ludzi? Czy nie będzie on stanowił zagrożenia dla zdrowia i życia chorych?

Niewykonywanie zawodu przez lata nawet z najwybitniejszego lekarza uczyni medycznego dyletanta. Medycyna według definicji to nie jazda na rowerze, której się podobno nie zapomina, ale nauka oparta na doświadczeniu, obejmująca całość wiedzy o zdrowiu i chorobach człowieka, a także o sposobach im zapobiegania oraz leczenia! Naczelna Rada Lekarska już dawno wyrażała sprzeciw wobec tego zapisu, który według jej przedstawicieli został stworzony „pod” lekarzy-polityków i ich kolegów, którzy rozminęli się z prawdziwym medycznym powołaniem. Tworzenie prawa szkodliwego społecznie jedynie w interesie wąskiej grupy zainteresowanych jest w normalnych krajach niedopuszczalne!

Już teraz wielu praktykujących w Polsce lekarzy zadaje sobie pytanie: Kto w Polsce dopuścił, by za tak ważnymi decyzjami stały osoby, delikatnie rzecz ujmując, nie do końca kompetentne. Przecież projekt ustawy w takiej formie, w jakiej został przedstawiony, w żadnym normalnie funkcjonującym kraju nie miałby szansy na wejście w życie. Niektórzy z nas mieli niedawno (nie)szczęście zapoznać się z opinią jednego z członków sejmowej Komisji Zdrowia na temat zmian zawartych w projekcie komentowanej ustawy. Na pytanie, czy nie sądzi, że skrócenie czasu edukacji lekarzy stanowi krok w złym kierunku, odpowiedział: „Proces kształcenia lekarzy jest u nas zbyt długi. W Wielkiej Brytanii lekarz jest przygotowany do pracy po sześciu latach nauki, w Polsce zawodu trzeba uczyć się nawet dziesięć lat.”

Cóż, wygląda na to, że Brytyjczycy chyba sami nie wiedzą, co robią, ściągając do siebie młodych lekarzy z Polski dopiero po stażu. Pewne wypowiedzi polityków przestają jednak dziwić, gdy uświadomimy sobie, że ponad połowa członków sejmowej Komisji Zdrowia to ludzie mający z medycyną niewiele wspólnego. Bo czy przedsiębiorca, socjolog, politolog, inżynier elektroenergetyk czy rolnik powinni zabierać głos w tym temacie, nie mówiąc już o decydowaniu, jak szkolić lekarzy w Polsce?!

Jaka przyszłość nas czeka? Choć czarne chmury nad ochroną zdrowia w Polsce są coraz gęstsze, to pozostaje nam wierzyć, że rozsądek zwycięży, a lekarze w Polsce nigdy przez europejskich kolegów nie będą pogardliwie nazywani felczerami. Niestety, są wśród polityków ludzie, którzy są zdania, że wykształcenie nie piwo, nie musi być pełne. Miejmy nadzieję, że to nie oni podejmą ostateczną decyzję co do kształtu ochrony zdrowia w Polsce.

*Dr n. med. Marek DERKACZ*

(przedruk z dwutygodnika „Służba Zdrowia” z 27 września 2010 r. za „Eskulapem Świętokrzyskim” nr 12/10)

## CICHO, SZA!

Tytuł nie jest nawiązaniem do popularnej krakowskiej piosenki o tym, że „na chodnikach cichosza, nie ma Mickiewicza i nie ma Miłosza”. Mickiewicza może i nie ma, ale o Miłoszu głośno było i znowu będzie, w 2011. Piszę o czymś, w czym nie ma nic, ale to nic poetyckiego. O pewnej metodzie mianowicie.

Nie uczą o niej na wydziałach, gdzie kształci się przyszły „menedżment”, MBA z tego nie dają, w pracach magisterskich o „cicho, sza” nie ma słowa. A jednak metoda ta kwitnie od czasów Peerelu i niestety, ma się wciąż doskonale. W wielu filmach z lat 70-tych i późniejszych, oglądaliśmy zdesperowanych obywateli, którzy usiłują

dostać się przed oblicze Urzędnika. Bo nie podjął decyzji, albo zrobił tak, że wyszło z tego „nie”.

Dlaczego nie, na jakiej podstawie – nie wiadomo. Urzędnika nie ma, nie było, odjechał, wyszedł, wyszedł oknem, tylnym wyjściem i tak dalej.

Dziś mamy olbrzymie spółki, konsorcja, koncerny, rozbudowane ministerstwa i inne urzędy do spraw właściwych, tłumy urzędników różnego szczebla, przepisów dostatek, a nawet nadmiar, bo wzajemnie się wykluczają – i dalej, po staremu, rozmytą odpowiedzialność.

Z decyzją konkretnego człowieka można polemizować, odnieść się do niej, odwołać, ale jeśli to „nie” jest nie podpisane, unikiem jest, przewlekaniem, odwlekaniem, tajemnicą jest, mgłą i domysłem? Nieprzypadkowo horror nakręcono pt. „Mgła”, bo jak z nią walczyć?

Ktoś nagle staje się „persona non grata” w swoim miejscu pracy, zleceń nie dostaje, lepszych warunków pracy doprosić się nie może, dyrekcja unika rozmowy, koledzy plecami się odwracają... co właściwie się stało? Cicho, sza! Nie mówimy.

Projekt nie zostaje wdrożony. Podobał się do wczoraj, a dziś już nie. Dlaczego, co z nim nie tak, komu się nie podoba, bo nikt się nie przyznaje? I niech tak zostanie. Autor zmęczy się w końcu i nie będzie dociekał.

Doktor Małgorzata F. miała podjąć dodatkową pracę, w powstającym prywatnym NZOZ-ie. Sami się do niej zwrócili. „Pójdziemy razem jak burza” – obiecali. Nigdzie nie poszli. Kiedy już ustawiła wszystko w dotychczasowej pracy, nawysyłała się dokumentów, narozmawiała z przyszłym kierownictwem, jak ten prywatny najlepiej zbudować, pomysłów napodawała, zapadła cisza. Jedyne, co dostawała, to maile: Proszę czekać. Bo jeszcze to, jeszcze tamto nie gotowe. Pojechała tam kiedyś. Gotowe było aż miło, tyle, że bez niej. Podobno znalazł się jakiś „hamulcowy” jej zatrudnienia. Kto nim był i dlaczego, może tylko zgadywać, bo wszyscy byli dla

niej mili i szeroko uśmiechnięci. Cicho, sza – nie mówmy już o tym, pani doktor.

Coraz częściej pracownik jest zwalniany poprzez kadry. Papierek cicho odbiera i tyle go widzieli po wielu latach pracy. Nikt z nim nie rozmawia, bo to przykre jest dla kierownika. To się kiedyś nazywało „odwaga cywilna”. Takie zapomniane dziś słowa. Ta odwaga nakazywała prosto i jasno wyłuszczyć swoje stanowisko i wziąć potem za nie odpowiedzialność. Podjąć decyzję i potrafić ją uzasadnić.

Dlaczego dziś to taka rzadkość? Większość interwencji dziennikarskich tego właśnie dotyczy. Media muszą pomagać obywatelom i pośredniczyć w uzyskiwaniu wyjaśnienia decyzji. Dopiero, gdy wjedzie się z kamerą do urzędu, zaczyna się po przepisy, akty prawne sięganie, argumentacji szukanie, do kamery tłumaczenie. Obywatel sobie program obejrzy i w końcu się dowie, kto i dlaczego był na „nie” w jego sprawie.

Kiedyś kręcono film muzyczny w Beskidach. Anegdota przypisuje bohatera – miał nim być reżyser Włodzimierz P. Dwa dni przeprowadzał casting na wykonawców wśród miejscowych artystów folkloru górskiego. – „Pan tak, pani nie, panu – dziękujemy”. Kiedy w końcu po nagraniach ekipa odpoczywała w karczmie, nagle otworzyły się drzwi. Razem z futryną stanął w nich rostry, blisko dwumetrowy góral. Ciupaga w olbrzymiej łapie kiwała się w te i we w te. Odrzucony w castingu, cały dzień pił w rozpacz, aż w końcu postanowił sprawę wyjaśnić po swojemu.

Podszedł do reżysera, spojrzał groźnie i ryknął: – „Cosik słyszolek. Co, jo nie byda śpiwoł?” Wiercie lub nie, ale dokręcono solówkę z jego udziałem.

Czasami rzeczywiście lepiej odmawiać w stylu „cicho, sza”, ale przecież nie wszyscy mamy ciupagi.

Grażyna OGRODOWSKA

(przedruk z „Pro Medico” nr 11/10)

## MEDYCYNĄ PO DYPLomie

### O TRENINGU I ZAKWASACH ALE MIĘŚNIOWYCH

Za tydzień, dwa, otwarcie sezonu narciarskiego, planujemy lub już zaplanowaliśmy wyjazd na pierwsze narty. Znaczna część z nas myśli jak się zmobilizować i rozpocząć trening, aby poprawić swoją kondycję. Brak motywacji, chęci, a także brak wiedzy jak ćwiczyć, to najczęstsza przyczyna nierozpoczęcia lub zaniechania treningu.

Zanim zaczniemy ćwiczyć należy się jednak zastanowić, jaka forma aktywności i jakie ćwiczenia będą najlepsze i bezpieczne. Szczególnie dotyczy to osób, które mają już więcej niż 35 lat i kilkanaście lat przerwy w uprawianiu jakiejkolwiek formy rekreacji.

Jeżeli planujemy nową dla nas formę aktywności fizycznej np. snowbord, windsurfing, należy zastanowić się, czy nasza wyjściowa forma pozwala na nowe wyzwania, czy nie warto przed pierwszą próbą stanięcia na deskach lub desce jednak popracować nad ogólną wydolnością, przygotować ciało do większych wyzwań. Brak



przygotowania fizycznego do intensywnego wysiłku to najczęstszy powód kontuzji.

Poznaj swój organizm i mierz siły na zamiary. Ból mięśni, kontuzje mogą zniechęcić do treningu największego twardziela. Formę fizyczną buduje się stopniowo. „Trening”, jak wskazuje sama nazwa, oznacza proces, często długotrwały. Jeśli ćwiczymy adekwatnie do naszych możliwości, to efekty treningu są lepsze i szybsze. Przetrenowany organizm nie reaguje na trening.

W pierwszym etapie należy poprawić ogólną formę fizyczną. Nasza sprawność to kilka cech motorycznych: wytrzymałość tlenowa, siła, szybkość, koordynacja ruchowa, gibkość. Aby rozwijać naszą sprawność, powinniśmy rozwijać te cechy równomiernie. Pamiętajmy jednak, że każdy z nas ma inne predyspozycje. Jedni stworzeni są do sprintów, inni to długodystansowcy, inni jeszcze charakteryzują się dużą gibkością. Nie musimy osiągnąć mistrzostwa we wszystkich dziedzinach, ale starajmy się zadbać o wszechstronny rozwój ciała na poziomie podstawowym.

Jeżeli zbyt gwałtownie przyłożymy się do treningu lub bez odpowiedniego przygotowania, kilka godzin intensywnie pojeździmy na nartach lub zażyjemy innej formy aktywności fizycznej dopadnie nas ból mięśniowy i ogólny dyskomfort zwany potocznie zakwasami. Początkowo za winowajcę brany był kwas mlekowy, który rzekomo kumulował się w tkance mięśniowej. Jednak naukowcy dowiedli, że kwas mlekowy jest wchłaniany przez organizm po upływie 60 minut od wysiłku. Ból zaś pojawia się dopiero po 24 godzinach od zakończenia ćwiczeń. Medycyna sportowa określa zakwasy jako uszkodzenia tkanki mięśniowej spowodowane nadmiernym obciążeniem. Naukowcy dowiedli, że powstawanie zakwasów jest uzależnione od wykonywanych ćwiczeń, tzn. kiedy podczas danego ćwiczenia napięty, pod obciążeniem mięsień rozciąga się zamiast kurczyć, to wtedy powstaje więcej takich uszkodzeń. Jednak jak każdy z nas wie, ból przechodzi po kilku dniach. Aby uniknąć zakwasów, należy trening lub wysiłek fizyczny dostosować do możliwości naszego organizmu. Następna sprawa to dokładna rozgrzewka. Mięśnie należy rozciągać i przygotować do ćwiczeń lub wysiłku. Po treningu też należy rozciągać mięśnie. Systematyczność w treningu, stopniowe obciążanie organizmu podczas wysiłku, to główne sposoby zapobiegania zakwasom.

Jeżeli następnego dnia rano po jeździe na nartach lub innej formie turystyki kwalifikowanej lub treningu wszystko nas boli i nie możemy się ruszyć z łóżka, to pozostawanie w nim, mimo naszych chęci, nie jest najlepszym sposobem na walkę z zakwasami.

Bezczynność może przedłużyć istniejący stan, czyli bóle mięśniowe. Jeżeli bardzo boli w pierwszym etapie możemy zastosować okłady z lodu. Woreczki z lodem na 15–20 minut i tak co dwie godziny. Dobrze jest też zastosować na zmianę ciepłą i zimną kąpiel. Może to uśmie-

rzyć ból. Ciepło rozluźnia mięśnie. Pomocny w tego typu dolegliwościach jest też masaż rozluźniający. Rozluźnia on bowiem napięcie mięśnia, którego zakwasy stają się mniejsze. Masaż głęboki jest przeciwwskazany.

Remedium na zakwasy mięśniowe to delikatne rozciąganie tychże mięśni, tak by pozbyć się napięcia oraz aby polepszyć krążenie krwi w bolesnej części ciała. Zobaczysz, że po kilku rozciągających ćwiczeniach ból się zmniejszy.

Pij dużo wody, by utrzymać odpowiedni poziom nawodnienia organizmu. Przyniesie to też ulgę zmęczonym mięśniom. Należy wiedzieć, że godzina treningu lub wysiłku w czasie uprawiania sportu to strata od 1,5 do 2 litrów wody

Olejki eteryczne oraz niektóre zioła, np. lawenda czy mięta mają właściwości przeciwzapalne i kojące. Mięta dodatkowo schładza bolesne miejsce. Przykładaj do ciała wacik nasączony olejkami kilka razy na godzinę. Kąpiel z olejkami jest świetnym relaksem dla organizmu i dobrze wpływa na zmęczone mięśnie. Możemy też skorzystać z leków przeciwbólowych w różnych formach, należy jednak pamiętać, że powierzchnia do smarowania jest duża, a leki się kumulują.

Według badań przeprowadzonych w Grecji – kawa, a dokładniej zawarta w niej kofeina, łagodzi skutki przeciążenia organizmu. Teorię tę sprawdzono podając kilku sportowcom na godzinę przed ćwiczeniami tabletkę z kofeiną. Osoby te uskarżały się na mniejszy ból niż te, które nie otrzymały kofeiny.

Piwo wypite po ćwiczeniach łagodzi zakwasy. Oczywiście nie znaczy to, że powinno się spożywać je po każdym ćwiczeniu i w dużych ilościach. Czasem małe piwko może pomóc. Ten fakt nie powinien być jednak argumentem dla żony przy powrocie z treningu.

Jeśli ból mięśnia ogranicza jego ruch, może to oznaczać, że mięsień jest naderwany lub wystąpiło poważniejsze jego uszkodzenie. Wtedy zrezygnuj z rozciągania i pozwól mięśniowi odpocząć. Jeśli ból jest większy niż zazwyczaj w przypadku zakwasów lub nie przechodzi po paru dniach, skonsultuj się z kolegą ortopedą.

*Mieczysław GAŁĘZIA*

(przedruk z „Eskulapa Świętokrzyskiego” nr 12/10)

## SŁONECZNA WITAMINA

Obecnie, jak wynika z badań, sporo osób cierpi na niedobór witaminy D, a najnowsze publikacje naukowe wykazują, że może to być przyczyną zapadalności na wiele groźnych chorób.

Od dawna w medycynie znany był fakt leczniczego działania kąpeli słonecznych. Gdy nieznane były jeszcze antybiotyki, był to jedyny sposób leczenia gruźlicy,

a wcześniej miał już zastosowanie w leczeniu krzywicy. Warto przypomnieć, że na początku XIX wieku Jędrzej Śniadecki opublikował wyniki badań, świadczące o przeciwkrzywicznym działaniu promieni słonecznych. Dopiero po upływie stu lat udało się powiązać efekty obu typów kuracji. Wówczas to udało się zidentyfikować przeciwkrzywiczny składnik diety nazwany później witaminą D a także odkryto, że witamina D może być syntetyzowana w skórze pod wpływem promieniowania ultrafioletowego.

W ostatnim czasie rozszerzono badania nad rolą witaminy D udowadniając, że jej rola nie ogranicza się tylko do „czuwania” nad budową kośćca. Witaminie D przypisuje się obecnie działanie przeciwnowotworowe oraz regulujące odpowiedź immunologiczną. Ponadto ciekawe wydają się spostrzeżenia, z których wynika, że witamina D jest skuteczniejsza w działaniu, gdy jej poziom we krwi jest wyższy niż stwierdzany u większości ludzi.

Aktywną postacią witaminy D jest forma 1,25 D. Forma taka powstaje w nerce, która odpowiada za dostarczanie organizmowi większości niezbędnej witaminy D. Ponadto 1,25 D aktywnie syntetyzowana jest w skórze pod wpływem UVB oraz lokalnie w innych tkankach, w tym w komórkach układu odpornościowego. Taka zdolność lokalnej produkcji witaminy D wzbudziła zainteresowanie badaczy, gdy poznano inne, nieklasyczne działania tej witaminy.

W tym aspekcie ciekawe jest, że 1,25 D wykazuje aktywność jako przełącznik, który reguluje działanie genów, praktycznie niemal we wszystkich typach tkanek. To działanie przypomina mechanizmy, poprzez które na komórki oddziałują hormony steroidowe. Mianowicie 1,25 D przyłącza się do receptora witaminy D (VDR), a kompleks taki oddziałuje jako tzw. czynnik transkrypcyjny z receptorem kwasu 9-cis-retinowego (RXR) wpływając w takim kompleksie na specyficzne odcinki DNA, regulując ekspresję docelowych genów. Zatem 1,25 D wyzwała w komórce syntezę określonych białek, modyfikując jej metabolizm.

Przypuszcza się obecnie, że witamina D reguluje w ten sposób aktywność co najmniej 1000 różnych genów, w tym kluczowych dla mechanizmów obrony komórkowej.

Dane z badań prowadzonych od ponad 20 lat wskazują na przeciwnowotworowe działanie witaminy D. Na przykład badania epidemiologiczne wykazują wyraźną odwrotną korelację między ekspozycją na słońce, a występowaniem pewnych typów raka. Dodatkowo badania na hodowlach komórkowych i modelach zwierzęcych potwierdzają tę zależność. Przykładem może być działanie związku EB1089, syntetycznego analogu 1,25 D, który aż o 80% zmniejszał wzrost nowotworów gło-

wy i szyi w mysim modelu tej choroby. Podobne wyniki uzyskano w zwierzęcych modelach raka piersi i gruczołu krokowego.

Jak wiadomo komórki nowotworowe charakteryzuje niekontrolowane dzielenie się. We wspomnianych badaniach zauważono, że gen stymulowany przez EB1089, a jest nim GADD45a, powoduje w prawidłowych komórkach zahamowanie wzrostu, jeśli wykryte zostaną w komórce poważne uszkodzenia DNA. To hamuje możliwość transformacji nowotworowej komórki.

Zatem – dzięki pracom firm farmaceutycznych – uzyskano w postaci EB1089 związek, który wykazując większość aktywności 1,25 D (oprócz wpływu na gospodarkę wapniem) może być wykorzystany jako czynnik przeciwnowotworowy, a to za sprawą wiedzy o potencjalnym przeciwnowotworowym działaniu witaminy D.

Wielkim pozytywnym zaskoczeniem było także odkrycie sprzed 5 lat wykazujące, że witamina D aktywuje czynniki transkrypcyjne wiążące się w pobliżu dwóch genów kodujących ludzkie białka przeciwbakteryjne: katelicydynę i defensynę 2. Badając komórki w hodowli odkryto, że 1,25 D powoduje umiarkowany wzrost syntezy defensyny 2, natomiast w komórkach układu odpornościowego i keratynocytach silnie aktywuje produkcję katelicydyny. Co ciekawe, komórki odpornościowe traktowane 1,25 D po kontakcie z chorobotwórczymi bakteriami, uwalniają zabójczą dla nich katelicydynę. Znalezione zatem podstawy dla zrozumienia skuteczności słonecznej kuracji przeciwgruźliczej. Stymulowana przez UVB produkcja witaminy D w skórze może się przekładać na wytwarzanie antybiotycznie działających czynników białkowych zwalczających prątki.

Przytoczone powyżej, ale też dane uzyskiwane w innych badaniach, dotyczące biologicznej roli witaminy D (poza regulacją homeostazy wapniowej) wskazują na konieczność zweryfikowania naszej oceny koniecznego poziomu witaminy D w organizmie. Obecnie zakłada się, że utrzymanie stężenia witaminy D na poziomie 80 nmol/L lub wyższym działa prewencyjnie w stosunku do takich schorzeń jak osteoporoza, choroby układu sercowo-naczyniowego, choroby autoimmunizacyjne oraz nowotworowe. Umiarkowane korzystanie z kąpieli słonecznych i odpowiednia dieta powinny być podstawą takich działań, a suplementacja dodatkowa powinna być wskazaniem przy znacznych niedoborach witaminy D. Ważnym działaniem wydaje się być upowszechnianie wśród pacjentów wiedzy o wielokierunkowym działaniu witaminy D w ustroju i sposobach utrzymania odpowiedniego jej poziomu w organizmie człowieka

*Marek JURGOWIAK*

(przedruk z biuletynu „Primus Non Nocere” 6-7/10)

## DOPALACZE

Dotychczas nie ma naukowej definicji dopalaczy. Jest to określenie potoczne, zapożyczone z techniki lotniczej i samochodowej, przez młodzież spożywającą w poprzednich latach napoje energetyzujące, np. z grupy Red Bull itp.

W tych napojach, powszechnie dostępnych w handlu, głównymi składnikami są: kofeina, guarana, tauryna, karnityna, węglowodany, zespół witamin z grupy B, miłorząb japoński, alanina, inozytol, żeń-szeń oraz substancje mineralne.

Natomiast w 2008 r. w sklepach internetowych i szybko powstających sklepach stacjonarnych sprzedawano inne dopalacze o nieznanym składzie chemicznym.

Anonimowi producenci określili je jako produkty kolekcjonerskie, zapachowe, czy nawet jako nawóz do roślin, jednocześnie dając nabywcom sygnał, że mogą być spożywane w celu osiągnięcia efektu pobudzenia czy zmiany świadomości.

W związku z licznymi zatruciami, a nawet zgonami, na skutek nacisku opinii publicznej, władze podjęły pierwszą ustawową próbę ograniczenia legalnego handlu.

Nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 23 kwietnia 2009 r., wprowadziła zakaz stosowania jednej substancji chemicznej (BZP) oraz kilkunastu egzotycznych roślin z różnych kontynentów, zawierających substancje psychoaktywne. Oto one.

**Benzylpiperazyna (BZP)** – chemiczna substancja o działaniu psychoaktywnym, zbliżonym do ekstazy (MDMA – metyleno-dioksy-metamfetamina). Powoduje pobudzenie, euforię, zwiększenie koncentracji, poczucie siły fizycznej i zadowolenie. W większych dawkach występują objawy uboczne nudność, wymioty, drgawki, bezsenność, zawroty i bóle głowy.

Opisywane są zgony po BZP szczególnie, gdy jednocześnie spożywany jest alkohol. W niektórych krajach Europy (m.in. Belgia, Dania, Niemcy, Łotwa, Szwecja oraz w USA, w stanie Oklahoma) od dawna obrót BZP jest zabroniony.

***Argyreia narvosa* (Powój hawajski)**, roślina pochodzi z Południowej Azji, introdukowana na Hawajach, w Afryce i Ameryce Środkowej. Głównymi substancjami czynnymi są alkaloidy pochodne kwasu lizergowego (LSD) o działaniu psychoaktywnym, np. ergina. Nasiona rośliny były na terenach, gdzie ona występuje, powszechnie stosowane jako afrodyzjaki, a także w rytuałach magiczno-religijnych przez Indian meksykańskich. Spożywane są doustnie w postaci żucia lub jako macerat. Zwiększają poziom serotoniny, dopaminy i adrenaliny.

***Salvia divinorum* (Szałwia mieszana)** – roślina z gatunku bylin. Występuje w Meksyku na wysokościach 300–1800 m n. p. m., osiąga wysokość ok. 1 metra. Uprawiana przez szamanów w celach obrzędowych. Jej główny składnik – alkaloid salvinorin działa psychoaktywnie, powodując halucynacje wzrokowe.

W środowiskach eksperymentujących z narkotykami pojawiła się w ok. 1990 r. Suszone liście do żucia oraz ekstrakty sprzedawane były legalnie przez internet.

***Banisteriopsis caapi*** – roślina uprawiana w Ameryce Południowej, zawierająca w nasionach alkaloid harmolinę (działa jako inhibitor MAO – monoaminooksydazy). Stosowana jest przez szamanów w celach leczniczych i osiągnięcia transu jasnowidzenia. W czasie seansu napój spożywają szaman i pacjent – oboje doświadczają halucynacji. Kora rośliny może być również żuta.

***Calea zacatechichi*** – gatunek rośliny w rodziny astrowatych, występuje w Meksyku i Ameryce Środkowej. Jest krzewem osiagającym wysokość ok. 1,5 m. Stosowana jest tradycyjnie w medycynie tamtego regionu. Główny alkaloid celeicyna działa uspokajająco i nasennie. Znana jest pod nazwą „Zioła Snu”.

Suszone liście moczone są w gorącej wodzie i spożywane w postaci naparów.

***Catha edulis* (Czuwaliczka jadalna)** – jest to alkaloid z krzewu rosnącego we Wschodniej Afryce (Kenia, Etiopia, Somalia) oraz na Półwyspie Arabskim (Jemen). Roślina pochodzi z rodziny dławiszowatych. Z jej liści wytwarzany jest napar do picia. Liście mogą być także żute. Zawiera alkaloid katynę, która działa pobudzająco, podobnie do amfetaminy. Spożyta w większych ilościach powoduje halucynacje. Wywołuje przyspieszenie czynności serca i wzrost ciśnienia tętniczego krwi. U osób starszych mogą wystąpić bóle migrenowe, a niekiedy krwotoki mózgowie i zawały serca.

Do psychicznych objawów nadużywania katyny należy euforia, niepokój, bezsenność i zmniejszenie apetytu. Nazwa czuwaliczka związana jest z możliwością czuwania po jej spożyciu i zażywana jest często przez kierowców odbywających długie podróże w nocy.

***Echinopsis pachanoi* (San Pedro)** – jest to gatunek kaktusa rosnącego w Peru i Ekwadorze. Zawiera psychoaktywne alkaloidy fenyloetyloaminowe, m. in. meskalinę i tyraminę. Stosowane w obrzędach religijnych i uzdrawianiu. Meskalina powoduje pobudzenie, wesołkowatość, rozszerzenie źrenic, a w większych dawkach objawy zatrucia w postaci ostrych halucynacji wzrokowych, połączonych z utratą poczucia czasu i przestrzeni. Stan psychozy może trwać do 24 godzin. Niekiedy następuje zgon z powodu porażenia ośrodkowego.

**Jwh-018** – jest to syntetyczny kannabinol, pełny agonista receptorów kannabinoidowych. Odkryty w mieszance ziołowej „Spice”, która była sprzedawana jako kadzidło zapachowe w wielu krajach od 2002 r.

Osoby eksperymentujące lub już uzależnione używają przetworów z konopi w celu intensyfikowania przyjemnych doznań. Wywołuje ona uczucie euforii z wielomównością i szybko przełamuje bariery towarzyskie. W okresie „rauszu” występuje zaostrenie doznań sensorycznych. Dźwięki słyszane są jako pełniejsze, o czystszej barwie, a kolory widziane są jaskrawe, bardziej błyszczące.

**Kava kava (pieprz metystynowy)** – roślina z rodziny pieprzowatych, uprawiana na wyspach Mikronezji i Pacyfiku. Krzew o wspinających się pędach podobny jest do czarnego pieprzu. Od dawna ma znaczenie religijne, kulturowe i polityczne na obszarze Pacyfiku. Ma niewielkie działanie psychoaktywne, a spożywany jest w postaci herbaty. Czynne substancje to kawalaktyny. Powoduje także działanie spazmolityczne oraz zwiększa wrażliwość na barwy i dźwięki muzyki. W większych dawkach zaburza chód.

**Leonotis leonurus (ogon lwa, ucho lwa, dzika marihuana)** – roślina z rodziny wargowatych, pochodzi z Afryki, gdzie jest szeroko rozpowszechniana. Substancją działającą jest alkaloid leonityna. Powoduje przyjemny stan uspokojenia, pobudza zmysły wzrokowe i słuchowe oraz efekty empatogenne. Różne mieszanki z alkaloidem można spożywać lub zagęszczone palić w fajkach.

**Mimosa tenuiflora** – gatunek krzewu występującego w Ameryce Południowej. Zawiera psychoaktywne alkaloidy, np. DMT (dimetylotryptamina), pochodne tryptaminy, występuje w małych ilościach w ludzkim organizmie jako produkt metabolizmu tryptaminy. Stosowana dotychczas w kosmetologii w postaci kremów do twarzy, celem lepszego ukrwienia skóry.

**Mitragyna speciosa** – zawsze zielone drzewo tropikalne, rosnące do wysokości 15 metrów, uprawiane na Hawajach. Głównym alkaloidem jest mitrajarina. Stwierdzono jej strukturalne podobieństwo do alkaloidów johimbiny, psychocybiny (grzybki) i LSD. Powoduje odmienne stany świadomości i halucynacje. Spożywana poprzez żucie surowych liści i popijanie gorącym napojem.

**Nymphaea caerulea (Nymfeidy)** – grupa roślin wodnych o pływających liściach, np. **zabiściek pływający, rdestnica pływająca**. Stosowana w kosmetologii jako substancje zapachowe. Alkaloid nuciferin działa rozluźniająco.

**Peganutn harmala (Pogonek rutowaty)** – roślina występująca na wielu kontynentach. Osiąga wielkość do 50 cm. Alkaloid harmalina działa jak inhibitor MAO (monoaminooksydazy). Wywołuje objawy zbliżone do działania marihuany, powodując głównie euforię, ogólne pobudzenie, barwne halucynacje, osłabienie pamięci krótkotrwałej. Wysokie dawki mogą działać neurotoksycznie. Stosowany doustnie jako wywar z nasion.

**Rivea corymbosa** – gatunek pnącza występujący w Ameryce Południowej i Meksyku. Nasiona zawierają alkaloid ergolinowy, pochodny LSD, działający psychoaktywnie. Opisany w 1960 r. przez Alberta Hofmanna.

**Trichocereus peruvianus** – kolumnowy kaktus zawierający meskalinę. Rośnie w Andach, ale można go uprawiać również w szklarniach.

Niestety, wspomniana nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii okazała się nieskuteczna. Producenci dopalaczy szybko zastąpili wycofane substancje innymi, także związkami toksycznymi, a nawet trującymi. Koszt produkcji – kilka groszy, sprzedaż 30 zł.

W związku z tym na początku października 2010 r. podjęta została decyzja odpowiednich władz o zamknięciu sklepów z tymi „używkami”. Jednocześnie podjęto dalsze działania legislacyjne w tej sprawie.

Wprowadzona już w życie nowa ustawa stwarza następujące możliwości przeciwdziałania narkomanii:

- daje upoważnienie Ministrowi Zdrowia do wstrzymania sprzedaży podejrzanego dopalacza na okres 1,5 roku;
- wprowadza procedury oceny ryzyka substancji;
- daje prawo do zbadania warunków produkcji i zakaz wprowadzenia do obrotu;
- tworzy krajowy monitoring udzielania świadczeń zdrowotnych w następstwie użycia tzw. środków zastępczych;
- wprowadza zakaz popularyzowania dostępnych w obrocie środków zastępczych poprzez sugerowanie, że są one „legalnymi narkotykami”.

Warto podkreślić, iż Stany Zjednoczone, Kanada, Australia i większość krajów Unii Europejskiej ma problemy prawne i zdrowotne z dopalaczami od około 30 lat (w krajach anglosaskich to *designer drugs*, a w krajach niemieckojęzycznych *designer-droge*).

Być może Polska dała dobry przykład zwalczania tego problemu.

Włodzimierz JANISZEWSKI  
lekarz epidemiolog

(przedruk z „Doktora” nr 4/10)



## Pytania do ekspertów

### DYŻURY MEDYCZNE

#### **Czy lekarzowi za pełnione w okresie do 1 stycznia 2008 r. dyżury przysługują roszczenia finansowe, a jeśli tak, to jakie?**

Odpowiedź na to pytanie brzmi twierdząco. Sąd Najwyższy w niedawnym orzeczeniu z 18 sierpnia 2010 r. sygn. II PK 228/09, zasądził zadośćuczynienie w wys. 8 tys. złotych na rzecz lekarki, której prawo do odpoczynku było łamane w okresie od maja 2004 r. do sierpnia 2007 r.

Sąd uznał, iż naruszenie prawa do odpoczynku powoduje zagrożenie zdrowia. Nie jest jednak konieczne spowodowanie uszczerbku na zdrowiu – wystarczy samo zagrożenie. Powyższe orzeczenie jednoznacznie przesądza kwestię możliwości uzyskania rekompensaty pieniężnej za czas dyżuru medycznego, który przekracza normy przyjęte dla innych pracowników. Otwiera również drogę do zmodyfikowania pozwów złożonych już do sądów, tj. zamiany żądania dotyczącego wypłaty za płatny czas wolny i dopłat do wynagrodzenia za dyżury – na roszczenie o zapłatę zadośćuczynienia za naruszenie dóbr osobistych.

Sytuacja prawna lekarzy, którzy pełnili dyżury w okresie do 31.12.2007 r. oraz lekarzy, których dyżury przypadły po 1.01.2008 r. przedstawia się następująco: 1 stycznia 2008 r. weszła w życie ustawa z 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. nr 176, poz. 1240), która wdrożyła przepisy dyrektywy 2003/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej z 4 listopada 2003 r. dotyczącej niektórych aspektów organizacji czasu pracy (Dz. Urz. WE L 299 z 18.11.2003 r., str. 9; Dz. Urz. UE, polskie wydanie specjalne, rozdz. 5, t. 4, str. 381). Ustawa wprowadziła do polskiego systemu szereg zmian w zakresie czasu dyżuru medycznego. Między innymi wysokość wynagrodzenia za taki dyżur zrównana została z wysokością wynagrodzenia za godziny nadliczbowe określone w Kodeksie pracy. Przepisy te jednak nie objęły lekarzy oraz innych mających wyższe wykształcenie pracowników wykonujących zawód medyczny, zatrudnionych w zakładzie opieki zdrowotnej, którzy pracowali na dyżurach do 1.01.2008 r. Do tych pracowników zastosowanie znajdują przepisy sprzed nowelizacji.

Za czas dyżuru przepracowanego w tamtym okresie nie przysługuje prawo do dodatkowego wynagrodzenia za godziny nadliczbowe ani prawo do płatnego czasu wolnego od pracy.

Dla wyjaśnienia powyższego stanowiska tłumaczono, iż czas dyżuru całościowo reguluje wskazana ustawa o ZOZ-ach, a zawarta w niej definicja „dyżuru medycznego” różni się w zasadniczy sposób od ustawowej definicji pracy w godzinach nadliczbowych, którą zawiera art. 151 § 1 Kodeksu pracy.

Do lekarzy pełniących dyżury medyczne nie mają zatem zastosowania przepisy o dodatku do wynagrodzenia za pracę w godzinach nadliczbowych. Dodatkowo podnoszono, iż skoro przepisy ustawy o ZOZ-ach nie zawierają unormowań o minimalnych okresach odpoczynku dobowego i tygodniowego, zastosowanie znajdują normy art. 132–133 Kodeksu pracy. Przepisy kodeksowe w wymienionym zakresie, mając charakter ogólny, znajdują zatem zastosowanie wprost do czasu pracy lekarzy. W myśl art. 132 § 1 i art. 133 § 1 Kp pracownikowi przysługuje w każdym tygodniu prawo do co najmniej 35 godzin nieprzerwanego odpoczynku, obejmującego co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku dobowego. Przestrzeganie tego prawa jest obowiązkiem pracodawcy.

Podobne rozwiązania przewiduje art. 3 i 5 dyrektywy nr 2003/88/WE, z tą różnicą, iż prawo wspólnotowe przewiduje nieprzerwany 24 godzinny czas odpoczynku w każdym tygodniu. Jedyną sankcją przewidzianą w Kodeksie pracy za naruszenie przepisów o nieprzerwanym odpoczynku jest kara grzywny, której zgodnie z art. 281 pkt 5 Kp podlega pracodawca dopuszczający się takiego naruszenia.

Nie zawiera on natomiast żadnej normy, z której wynikałyby określone rekompensacyjne uprawnienia pracownicze. Ograniczenie gwarantowanego art. 132 i 133 Kp czasu nieprzerwanego odpoczynku rekompensowane powinno być równoważnymi, wyrównawczymi okresami przerw w pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym. Okresy te nie mogą jednak być kumulowane. W razie niewykorzystania czasu wolnego w okresie rozliczeniowym – ponieważ nie ma podstawy prawnej – nie wypłaca się jakiegokolwiek wynagrodzenia za ten niewykorzystany okres. Trudno jednak pogodzić się z faktem, iż lekarzom za czas przepracowanego dyżuru nie przysługiwałoby żadne dodatkowe roszczenie pieniężne. Możliwości dają przepisy ogólne Kodeksu cywilnego. Wyjaśnić należy bowiem, iż prawo do odpoczynku zagwarantowane jest lekarzom zarówno w Kodeksie pracy, jak i w przepisach prawa wspólnotowego\*.

Prawo do odpoczynku jest odrębnym dobrem osobistym wymienionym w art. 23 Kodeksu cywilnego. Przepisy Kodeksu pracy wprowadzające minimalne normy odpoczynku mają na celu ochronę zdrowia pracowników. Skoro zdrowie stanowi dobro chronione powszechnie, wyrządzenie szkody na zdrowiu stanowi czyn niedozwolony. Przewidziane art. 132–133 Kp prawo do nieprzerwanego odpoczynku dobowego i tygodniowego stanowi element prawa do ochrony zdrowia pracownika.

*Joanna BIEN*

Autorka jest adwokatem oraz przedstawicielem stowarzyszenia Iuris Medicus, którego celem jest m.in. popularyzowanie wiedzy z zakresu prawa, w tym prawa medycznego.

\* Dyrektywa 2003/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej z 4 listopada 2003 r. dotycząca niektórych aspektów organizacji czasu pracy (Dz. Urz. L 299, 18/11/2003 P. 0009-0019).

(przedruk z „Pulsu” nr 11/2010)

## **JAKIE DOKUMENTY I PIECZĄTKI NALEŻY ZNISZCZYĆ PO ŚMIERCI LEKARZA?**

Przepisy prawne nie nakładają obowiązku zniszczenia jakichkolwiek dokumentów i pieczętek po śmierci lekarza, wręcz przeciwnie, dokumentacja medyczna powinna być po śmierci lekarza zabezpieczona przed zniszczeniem lub zaginięciem. Mimo braku regulacji prawnych w tym zakresie, zniszczenie pieczętek należących do lekarza może być wskazane w celu zapobieżenia ich użyciu przez osoby nieuprawnione.

### **Uzasadnienie**

Pytanie dotyczy dwóch kwestii. Pierwszą jest ewentualne zniszczenie dokumentów po śmierci lekarza, drugą – zniszczenie pieczętek. Wprawdzie przepisy prawa nie regulują kwestii zniszczenia pieczętek po śmierci lekarza, to jednak ich zniszczenie może być uzasadnione w celu uniknięcia zagrożenia wykorzystania ich przez osoby nieuprawnione.

W odniesieniu do dokumentacji medycznej po śmierci lekarza stan prawny jest bardziej skomplikowany. Zgodnie z art. 29 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. nr 52, poz. 417 z późn. zm.) podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych przechowuje dokumentację medyczną przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu. Okres przechowywania dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia wynosi 30 lat, licząc od końca roku

kalendarzowego, w którym nastąpił zgon. Zdjęcia rentgenowskie znajdujące się poza dokumentacją medyczną pacjenta powinny być przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie, skierowania na badania lub zlecenia lekarza powinny być przechowywane przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia. Z kolei dokumentacja medyczna dotycząca dzieci do ukończenia 2. roku życia jest przechowywana przez 22 lata.

Dopiero po upływie wskazanych powyżej okresów podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych niszczy dokumentację medyczną w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła. Oznacza to, że dokumentacja medyczna nie może być zniszczona przed upływem powyższych okresów.

Skoro nie można zniszczyć dokumentacji medycznej, należy odpowiedzieć na pytanie kto jest obowiązany ją przechowywać po śmierci lekarza. W przypadku, gdy zmarły lekarz wykonywał zawód w zakładzie opieki zdrowotnej, dokumentacja medyczna pozostaje w tym zakładzie.

Jeśli jednak zmarły lekarz wykonywał zawód w formie indywidualnej praktyki lekarskiej, stan prawny jest bardziej skomplikowany. Do czasu wydania przez Ministra Zdrowia stosownych przepisów wykonawczych, jednak nie dłużej niż do 1 stycznia 2011 r., obowiązuje w tym zakresie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2001 r. w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania (Dz. U. nr 83, poz. 903). Rozporządzenie to wprowadza reguluje postępowanie z dokumentacją medyczną w przypadku zaprzestania wykonywania zawodu lekarza poza zakładem opieki zdrowotnej, jednak dotyczy to sytuacji, gdy zaprzestanie wykonywania zawodu nastąpiło z przyczyn innych niż śmierć lekarza.

W projekcie rozporządzenia, które ma zastąpić rozporządzenie z 2001 r., znajdują się zapisy, że w przypadku zaprzestania wykonywania praktyki z powodu śmierci lekarza dokumentację medyczną przechowuje okręgowa izba lekarska, której lekarz był członkiem. Mimo że są to tylko zapisy projektu, które nie stanowią obowiązującego prawa, to w przypadku opisanym w pytaniu najwłaściwszym rozwiązaniem wydaje się wystąpienie do właściwej okręgowej izby lekarskiej o przejęcie dokumentacji medycznej po zmarłym lekarzu. Jest to postępowanie uzasadnione w związku z podjętym przez Naczelną Radę Lekarską Stanowiskiem nr 75/04/IV z dnia 17 grudnia 2004 roku w sprawie sposobu postępowania z dokumentacją medyczną, prowadzoną przez lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych poza zakładami opieki zdrowotnej w przypadku jego śmierci, zgodnie z którym

Naczelna Rada Lekarska, mając na względzie słuszny interes pacjentów, uznaje, że dokumentacja medyczna, prowadzona przez lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych poza zakładami opieki zdrowotnej, w przypadku jego śmierci powinna być przechowywana w okręgowej izbie lekarskiej, której lekarz był członkiem. (*Odpowiedzi udzielono: 6 maja 2010 r., stan prawny dotychczas się nie zmienił.*)

Katarzyna GODLEWSKA, Artur PASZKOWSKI  
eksperti Serwisu Prawo i Zdrowie  
www.abc.com.pl, www.prawoizdrowie.pl  
(przedruk z „Pomorskiego Magazynu Lekarskiego” nr 10/10)

## JAK DALEKO MOŻNA POSUNĄĆ SIĘ, WALCZĄC O POZYSKANIE PACJENTA?

### (Uwagi na kanwie pewnej sprawy)

Proponujemy po raz kolejny zajrzeć do dość bogatego „lekarskiego pitawala” i przyjrzeć się sprawie, w której zarzut stawiany przez jednego z rzeczników odpowiedzialności zawodowej wyglądał dość poważnie. Otóż, we wniosku o ukaranie skierowanym do jednego z sądów lekarskich zarzucono pewnemu lekarzowi dentyście, iż wywierał w sposób nieuprawniony naciski na pacjenta, aby ten poddał się leczeniu i to w dodatku u niego. Mówiąc inaczej, zarzut można sprowadzić do tego, że lekarz nastraszył pacjenta, aby ten skorzystał z jego usług.

Przypomnijmy jednak na wstępie, iż zgodnie z art. 57 ust. 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej „*Wybierając formę diagnostyki lub terapii, lekarz ma obowiązek kierować się przede wszystkim kryterium skuteczności i bezpieczeństwa chorego oraz nie narażać go na nieuzasadnione koszty*”. Z kolei ust. 3 tego przepisu stanowi, iż „*Wyboru i rekomendacji ośrodka leczniczego oraz metody diagnostyki terapii lekarz nie powinien dokonywać ze względu na własne korzyści*”.

Stan faktyczny przedstawiał się zaś następująco. Pacjent zgłosił się do gabinetu A. celem usunięcia pierwszego górnego trzonowca po stronie lewej. Zabieg wykonała lek. dent. P.K. Z uwagi na dolegliwości ze strony zatoki szczękowej lewej, które pacjent odczuwał zaraz po zabiegu, zgłosił się ponownie do gabinetu stomatologicznego. Pani doktor stwierdziła wówczas otwarcie zatoki szczękowej i zaleciła stosowne leczenie. Pacjent stawiał się w gabinecie A. co dwa dni, w sumie był w gabinecie sześć razy. Wkrótce pacjent zaczął ponownie odczuwać dolegliwości objawiające się poczuciem nabrzmienia. Wówczas podczas kolejnej wizyty u lek. dent. P.K. pacjent został poinformowany o konieczności konsultacji z lek. B.A.,

specjalistą chirurgii stomatologicznej. Konsultacja taka odbyła się niebawem w tym samym gabinecie, w trakcie której lek. dent. B.A. stwierdził istnienie przetoki oraz konieczność chirurgicznego zamknięcia zatoki. Poinformował też pacjenta, że zabieg może wykonać w swojej prywatnej przychodni stomatologicznej. Pacjent jednak na razie nie skorzystał z tej propozycji. Następnego dnia pacjent zadzwonił do swojej dentystki i poinformował o wnioskach wynikających z konsultacji, na co lekarka zaleciła jak najszybszą wizytę w klinice Chirurgii Szczękowo-Twarzowej, wystawiając stosowne skierowanie. W klinice pacjent został zbadany na początku lipca i potwierdzono rozpoznanie obwinionego lekarza i wyznaczono zabieg operacyjny na 20 sierpnia. Pacjent przyjął to do wiadomości i zmierzał cierpliwie czekać. Ale w tym momencie dr B.A. skontaktował się telefonicznie z pacjentem i usłyszawszy relację pacjenta z wizyty w klinice, polecił mu wykonać jak najszybciej zdjęcie Rtg zatok oraz zdjęcie pantomograficzne i zaprosił po raz kolejny do swojego gabinetu. Po ocenie zdjęć stwierdził, że stan jest znacznie gorszy niż wynika to z oceny dokonanej w klinice i jego zdaniem nie można czekać aż do sierpnia. Tu dochodzimy do momentu kulminacyjnego tej historii. Otóż dr B.A. wyraził swoją opinię, że zaniechanie, a nawet opóźnienie do sierpnia przeprowadzenia zabiegu operacyjnego może zakończyć się groźnymi w skutkach powikłaniami, a w szczególności powiedział o drogach szerzenia się zakażenia z zatoki szczękowej poprzez zatokę jamistą do opon mózgowych oraz możliwości utraty wzroku. Poinformował jednocześnie pacjenta o możliwych powikłaniach w przypadku niewykonania powyższego zabiegu. Zdaniem rzecznika odpowiedzialności zawodowej, w ówczesnym stanie pacjenta obwiniony lekarz nie miał podstaw, aby tak go „straszyć”. Jego zdaniem, takie zachowanie było niedopuszczalne, bo chory usłyszawszy czarny scenariusz, zdecydował się na szybszy zabieg, i to właśnie u niego.

Dr B.A. przeprowadził zabieg operacyjny zgodnie z zasadami sztuki medycznej. Wszystko zatem skończyło się dobrze. No prawie. Bo pojawił się ów zarzut. Jaki był wynik tej sprawy? Otóż sąd lekarski uniewinnił obwinionego lekarza dentyście, uznając, że powikłania, o których informował obwiniony pacjenta możliwe są w przypadkach zaniechania przeprowadzenia zabiegu operacyjnego. Oczywiście, przedmiotowy stan pacjenta uważać można było za przewlekły, a w tego rodzaju przypadkach nigdy nie ma pewności, kiedy nastąpi jego zaostrzenie, powodujące negatywne konsekwencje dla pacjenta. Długi okres oczekiwania w klinice na wykonanie zabiegu operacyjnego spowodowany był okresem urlopowym i długą kolejką oczekujących, a nie wskazaniemi lekarskimi. Podkreślono jednocześnie, iż informowanie pacjenta za pomocą fa-

chowej medycznej terminologii, w sytuacji stresu, mogło być niewłaściwie przez niego zrozumiane.

Przypomnieć w tym miejscu trzeba także, że obowiązkiem lekarza wynikającym z art. 31 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty jest udzielenie pacjentowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych oraz dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Podobny obowiązek sformułowany został w art. 13 Kodeksu Etyki Lekarskiej, w myśl którego pacjent ma prawo zapoznać się ze stopniem ewentualnego ryzyka zabiegów diagnostycznych i leczniczych i spodziewanymi korzyściami związanymi z wykonywaniem tych zabiegów. A także z możliwościami zastosowania innego postępowania medycznego.

W ocenie OSL właśnie niedopełnienie tego obowiązku uchodzić musiałoby za przewinienie zawodowe. W ocenie OSL w rozstrzyganym przypadku, choć były pewne wątpliwości (np. ów telefon wykonany z własnej inicjatywy), nie można było mówić o wywieraniu niedopuszczalnego nacisku na pacjen-

ta. Poinformowanie pacjenta nawet o najgorszych negatywnych konsekwencjach, które oczywiście mogły się zdarzyć, choć ich prawdopodobieństwo jest znikome, nie przesądzało, że pacjent będzie kontynuował leczenia właśnie u tego lekarza.

Konkludując, sąd lekarski uniewinnił obwinionego lekarza dentystę, ale bardziej na tej podstawie, że wszelkie wątpliwości pojawiające się w opisanej sprawie należało tłumaczyć na korzyść podsądnego. Sąd dostrzegł też pewną nadgorliwość lekarza. Ale uznano, że to raczej wyraz troski, niż złej woli i chęci zysku.

Rada na kanwie tej sprawy będzie prosta: zachować umiar i ostrożność. Gdyby bowiem wersja przedstawiona przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej okazała się możliwa do udowodnienia, do skazania z pewnością doszłoby. Nie ma bowiem wątpliwości, że cytowane na wstępie normy Kodeksu Etyki Lekarskiej zostały naruszone.

*Jędrzej SKRZYPCZYK*

*Grzegorz WRONA*

(przedruk z biuletynu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 2/10)

## **BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ**

WYDAWCA: Opolska Izba Lekarska, 45-054 Opole, ul. Grunwaldzka 23, tel. 0 77 454 59 39, [www.izbalekarska.opole.pl](http://www.izbalekarska.opole.pl)

REDAKCJA: Jerzy Lach. ZDJĘCIE na okładce: Adam Bagiński, OPRACOWANIE: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża

ŁAMANIE I DRUK: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża w Opolu, ul. Katedralna 6; NAKŁAD: 2.500 egz. ISSN 1426-661X



\* \* \*

**IX Sympozjum Lekarzy Dentystów „Możliwości jakie daje współczesna stomatologia, w drodze do doskonałości”**, pod honorowym patronatem:

- prof. dr hab. n. med. Jana Trykowskiego,
- prof. dr hab. n. med. Grzegorza Krzymańskiego,
- Wojskowej Izby Lekarskiej
- oraz firmy DEN-MEDica

Sympozjum odbędzie się dniami 9–11 września 2011 r. w Centrum Hotelowo-Konferencyjnym ALMA 2, 80-680 Gdańsk-Sobieszewo, ul. Falowa 4 (tel./fax 58 308 07 94, 323 94 20, e-mail: [alma@alma.info.pl](mailto:alma@alma.info.pl)).

Szczegółowych informacji można zasięgnąć u organizatora sympozjum: DEN-MEDica Jolanta Średnicka-Piotrowska, 80-336 Gdańsk ul. Pawła Gdańca 10a/28, tel. 601 66 89 41, e-mail: [den-medica@den-medica.com.pl](mailto:den-medica@den-medica.com.pl).

Decyzją Wojskowej Rady Lekarskiej WIL uczestnikom spotkania przyznane zostaną punkty edukacyjne. Zapraszamy również do udziału lekarzy dentystów spoza Wojskowej Izby Lekarskiej.

\* \* \*

**NZOZ ANIMED Czesław Biały w Nowej Rudzie** (powiat kłodzki) zatrudni, na umowie zleceniu, lekarza okulistę (minimum z I stopniem specjalizacji). Zakres wykonywanej pracy to: dobór okularów, badanie dna oka w ramach NFZ oraz prywatnie. Data rozpoczęcia zatrudnienia do uzgodnienia. Więcej informacji: NZOZ ANIMED, 57-400 Nowa Ruda, ul. Piastów 6, tel. 507 164 065.

\* \* \*

**Samodzielny Wojewódzki Szpital Dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. ks. Biskupa Józefa Nathana w Branicach** zatrudni małżeń-

stwo psychiatrów lub małżeństwo psychiatra-neurolog, psychiatra-internista, lekarzy w trakcie specjalizacji lub chętnych do specjalizacji w zakresie psychiatrii. Oferujemy bardzo dobre warunki placowe oraz nowe mieszkanie służbowe (ok. 100 m<sup>2</sup>). Kontakt pod numerem telefonu: 77 40 34 307 lub e-mail: [sws.kadry@op.pl](mailto:sws.kadry@op.pl).

\* \* \*

Specjalista neurolog podejmie dodatkową pracę (najchętniej w poradni specjalistycznej na terenie Opola i okolic), kontakt: [neurolog.opole@gmail.com](mailto:neurolog.opole@gmail.com)

\* \* \*

Śląska Izba Lekarska ogłasza **II Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny Lekarzy**. Konkurs przeprowadzony będzie w następujących kategoriach:

- „Oczy widzą serce czuje”
- „Człowiek w obiektywie”
- „Istota szczegółu”

Każdy lekarz może zgłosić do 3 powiększeń w formacie nie mniejszym niż 15x21 i nie większym niż 30x40 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 od 1 stycznia do 30 kwietnia 2011 r. na adres: Śląska Izba Lekarska, ul. Grażyńskiego 49a, 40-126 Katowice (z dopiskiem: „II Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny Lekarzy w Katowicach”). Uroczystość wręczenia nagród oraz wystawa prac na terenie ŚIL odbędzie się 3 czerwca 2011 r. (piątek). Regulamin konkursu dostępny na stronie internetowej: [www.izba-lekarska.org.pl](http://www.izba-lekarska.org.pl).

\* \* \*

Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie, Miasto Szczecin oraz Senat Obywateli Szczecina, organizuje w dniach 13–15 maja 2011 r. w Szczecinie **I edycję Międzynarodowego Konkursu Piosenki Amatorskiej Lekarzy Śpiewających „Musica mores confirmat”**.

**Patronat:** Minister Zdrowia, Marszałek Województwa Zachodniopomorskiego, Prezydent Miasta Szczecina oraz Naczelna Izba Lekarska.

**Patronat medialny:** Biuletyn OIL w Szczecinie „Vox Medici”, OPM – Ogólnopolski Przegląd Medyczny, kwartalnik „Nowa Pediatria”, miesięcznik „Med-Info”, Kurier Szczeciński, TVP3 Szczecin, TVP 24 i Polskie Radio Szczecin

Cele konkursu:

- promocja sztuki wokalne jako środka wyrazu artystycznego
- promowanie uczestnictwa lekarzy jako szansy na rozwijanie swoich pozazawodowych talentów
- popularyzowanie muzyki dla dobra pacjentów
- integracja środowiska zawodowego
- promocja Szczecina

**Miejsce:** Szczecin – siedziba OIL w Szczecinie, szczecińskie szpitale, Teatr PLECIUGA – plac Teatralny 1 w Szczecinie.

### Zasady uczestnictwa:

W konkursie mogą uczestniczyć soliści reprezentujący okręgowe izby lekarskie.

Każda Okręgowa Izba Lekarska może zgłosić do przeglądu jednego wykonawcę.

Każdy wykonawca prezentuje **jedną piosenkę**.

Okręgowa Izba Lekarska zgłasza udział swojego reprezentanta na kartach zgłoszeń wg wzoru znajdującego się na stronie internetowej: **www.oil.szczecin.pl**, w terminie do **12.04.2011 r.**

Zgłoszenie kandydata jest równoznaczne z akceptacją regulaminu konkursu przez uczestnika.

Uczestnicy konkursu dostarczają organizatorom:

- profesjonalny podkład muzyczny na CD,
- akompaniament własny nagrany na CD,
- kopię tekstu utworu,
- krótką notkę biograficzną wykonawcy (max 10 zdań).

Każda płyta CD powinna być opisana (wykonawca, tytuł piosenki, autor muzyki i tekstu).

Organizator informuje, że nie będą przyjmowane podkłady muzyczne zapisane na kasetach magnetofonowych.

Po wysłuchaniu wszystkich wykonawców jury wyłoni zdobywcę nagrody głównej, którą jest wykonana ze srebra i bursztynu **Gałązka magnolii**.

Uczestnicy konkursu przyjeżdżają na koszt własny. Organizatorzy zapewniają dla uczestników konkursu: nocleg w hotelu i wyżywienie, udział w okolicznościowym sympozjum naukowym, wycieczkę statkiem po porcie, profesjonalne nagłośnienie i oświetlenie. Istnieje możliwość zarezerwowania noclegów dla osób towarzyszących na koszt własny.

**Organizatorzy proszą o przygotowanie mini recitali adresowanych dla chorych w szczecińskich szpitalach (również w oddziałach dziecięcych).**

Wszelkie informacje na temat KONKURSU można uzyskać u organizatora: Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie, 71-332 Szczecin, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 11, tel. 91 487 75 61 (w godz. 8<sup>00</sup>–15<sup>00</sup>), e-mail: **biuro@oil.szczecin.pl**, www: **http://www.oil.szczecin.pl**



**NOWOŚCI W CHOROBAH  
WEWNĘTRZNYCH**  
POZNAŃ  
22 stycznia 2011 r.

Inspiracją do zorganizowania konferencji jest fakt olbrzymiego przyrostu wiedzy i dokonań w bardzo szerokiej dziedzinie, jaką są choroby wewnętrzne. W programie konferencji m. in.: czy jesteśmy w stanie wyleczyć zapalenie stawów indukowane kryształami, zespoły bólowe kręgosłupa, niealkoholowa, tłuszczeniowa choroba wątroby, przewlekła niewydolność nerek, niedoczynność, nowe wytyczne w chorobie von Willebranda oraz przewlekła obturacyjna choroba płuc.

- **Konferencja pod patronatem Oddziału Poznańskiego Towarzystwa Internistów Polskich**
- **Termin:** 22 stycznia 2011 r.
- **Miejsce:** Poznań, World Trade Center Poznań, ul. Bukowska 12, sala 108, I piętro
- **Konferencja bezpłatna**
- **Biuro organizacyjne:** Termedia sp. z o.o. ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, [szkolenia@termedia.pl](mailto:szkolenia@termedia.pl), [WWW.termedia.pl](http://WWW.termedia.pl)

\* \* \*

Najlepsi wykładowcy pełniący funkcje konsultantów krajowych i wojewódzkich różnych dyscyplin i specjalności medycznych oraz przewodniczący medycznych towa-

rzystw naukowych zaprezentują przegląd nowości w swoich dziedzinach, dzięki czemu przedstawiana będzie bardzo szeroka tematyka naukowa. V Jubileuszowy Kongres jest okazją do wspomnień i krótkiego podsumowania dotychczasowych osiągnięć. Podczas obrad zostaną zaprezentowane prawie wszystkie dyscypliny medyczne.

Kongres ten jest również wpisany w cykl głównych uroczystości związanych z 60-leciem Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.

Bogaty program imprez towarzyszących na pewno wzbogaci koloryt i usatysfakcjonuje wszystkich uczestników.

- **Konferencja pod patronatem Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej**
- **Przewodniczący Komitetu Naukowego:** prof. dr hab. Andrzej Steciwko
- **Termin:** 11–13 marca 2011 r.
- **Miejsce:** Poznań, Centrum Kongresowe Międzynarodowych Targów Poznańskich, pawilon 15
- **Biuro organizacyjne:** Termedia sp. z o.o., ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, [szkolenia@termedia.pl](mailto:szkolenia@termedia.pl), [WWW.termedia.pl](http://WWW.termedia.pl)



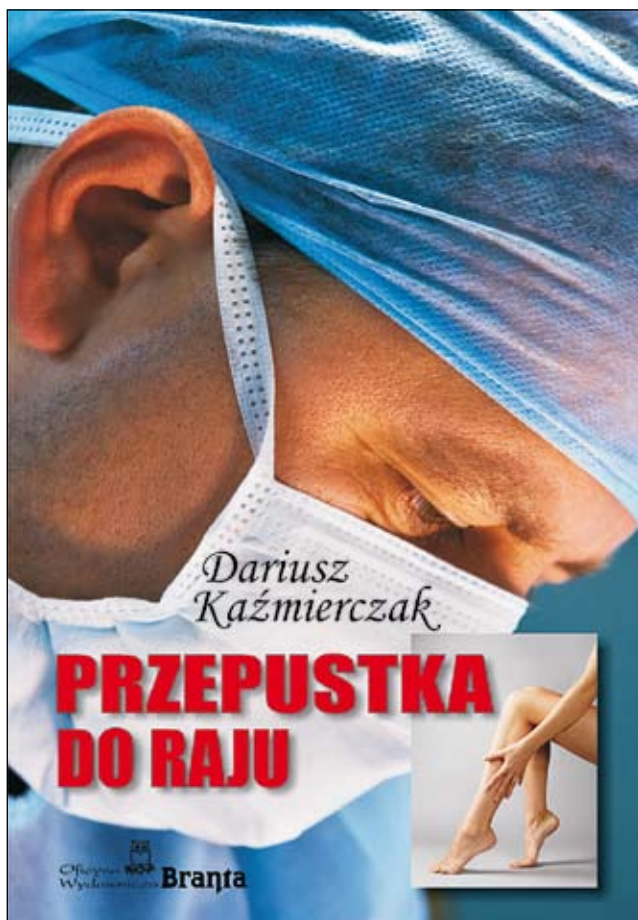
Oferujemy usługi w zakresie szkolenia (wstępne i okresowe dla wszystkich grup zawodowych) doradztwa BHP. Opracowujemy procedury higieniczne dla placówek medycznych (zgodne z najnowszymi zmianami w rozporządzeniach MZ), oceny ryzyka zawodowego, instrukcje BHP. Pomagamy w przeprowadzeniu postępowania powypadkowego. Dojeżdżamy do klienta.



**IKP Usługi Inżynieryjne Izabela Kuchna-Pyka, Pl. Dworcowy 2/1, 47-320 Gogolin**

Izabela Kuchna-Pyka tel.: 606 474 550; Bożena Wodara tel.: 695 610 182  
e-mail: [biuro@ikp.opole.pl](mailto:biuro@ikp.opole.pl) [www.ikp.opole.pl](http://www.ikp.opole.pl)





Czy znają Państwo lekarza z województwa świętokrzyskiego, którego wydawane od ponad dwóch lat książki cieszą się dużą popularnością? Jeśli nie, to pragnę go Państwu zaprezentować. Oto kilka najbardziej istotnych informacji na temat autora książek.

**Dariusz KAŹMIERCZAK** – bo o nim mowa – urodził się w 1960 r. w Ozorkowie. Do ukończenia liceum mieszkał w Łęczycy, a w trakcie studiów na Akademii Medycznej i po ich ukończeniu – w Łodzi. W 1987 r., wyprzedzając słynny ekspres, zatrzymał się na stałe we Włoszczowie. Przez wiele lat pracował w szpitalu, przychodni i pogotowiu ratunkowym. Jest pediatrą. Ma żonę i trójkę dzieci.

Debiutował w Oficynie Branta powieścią „Cesarskie cięcie”. Obecna książka, którą chcę Państwu zaprezentować jest jego drugą i nosi tytuł „Przepustka do raju”. Słowo wprowadzające z okładki:

*„Czy uzależnienie od seksu może być tak samo silne jak uzależnienie od narkotyków? Jeśli tak, to czy można z tego wyjść, nie robiąc wokół siebie zbyt dużych spustoszeń?”*

*Trudne pytanie, ale jeszcze trudniejsze odpowiedzi. Dorota Rogulska, studentka medycyny, znalazła się w poważnych tarapatkach. Zdaje sobie sprawę, że w rozwiązaniu problemów może jej pomóc własny spryt i zniewalająca uroda. Ten ostatni atut staje się haczykiem, na który łapie cenionego chirurga Huberta Dębskiego i nawiązuje z nim romans, nie mając najmniejszego pojęcia, jak mroczne tajemnice skrywa jego osoba.”*

A teraz nie pozostaje mi nic innego, jak życzyć Państwu przyjemnej lektury i zachęcić do sięgnięcia po inne książki tego autora. Najnowsza ukazała się kilka dni temu nakładem wydawnictwa RADWAN i nosi tytuł „W potrzasku”. Gdy chodzi o tę ostatnią książkę, można ją nabyć przez internet bezpośrednio u wydawcy RADWAN lub zamawiając w najbliższej księgarni. Zapraszam na stronę internetową autora tych powieści: <http://dariuszkaźmierczak.pl>

