



ISSN 1233-4440

WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA

**PROTEST LEKARZY
NIE PORA JESZCZE
NA FAJERWERKI...**

Diagnoza wstępna

Spis treści

SYSTEM



Tak to powinno wyglądać: decyzje dotyczące organizacji ochrony zdrowia przygotowywane są w Ministerstwie Zdrowia. Najlepiej po konsultacjach z samorządami. Następnie przyjmuje je rząd i przekazuje parlamentowi do uchwalenia. Ustawy, zgodnie z obowiązującymi w kraju przepisami, muszą obejmować także rozporządzenia wykonawcze, wskazujące między innymi narzędzia, jakimi będzie się posługiwać adresat ustawy przy jej realizacji. W ten sposób nie powinno być wątpliwości, co ustawodawca miał na myśli i w jaki sposób zamierza swoje decyzje wprowadzać w życie.

Jak było z ustawą o refundacji leków, pamiętamy. Wszystko zrobiono odwrotnie. Najpierw ministerstwo wymyśliło, rząd przyjął, parlament uchwalił. Zapomniano o narzędziach. Wskazano, że lekarze są odpowiedzialni za wdrożenie ustawy (zwłaszcza za weryfikację, czy pacjent jest ubezpieczony, oraz za określenie ceny leków) i jeżeli popełnią błąd, NFZ już się nimi zajmie, nakładając wysokie kary. W jaki sposób należy sprawdzać, czy chory jest ubezpieczony, ustawodawca nie powiedział, czyli nie spełnił warunku pokazania sposobu realizacji własnej uchwały. No i wybuchła awantura. Ostatnie wydarzenia w tej sprawie opisują w artykułach Krzysztof Kordel i Andrzej Grzybowski.

Narzędzie do sprawdzania, czy pacjent jest ubezpieczony, pojawi się dopiero od września tego roku. Czyli nie jednocześnie z ustawą, ale aż rok później. Kolejny raz parlament zakpił z prawa, które sam uchwalił. 20 stycznia minister administracji i cyfryzacji Michał Boni oświadczył, że do tego czasu utworzy rejestr ubezpieczonych. Pacjent poda PESEL i natychmiast będzie sprawdzony w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych. Nie jest to prosta sprawa, ponieważ przewiduje się, że dziennie do rejestru może być nawet milion wejść. O to właśnie nam chodziło. Żeby mieć rejestr dokładny, weryfikowany, a ponadto dostępny przez całą dobę. Rząd jednak przez kilka miesięcy upierał się, że lekarze mają sobie dać radę bez tego narzędzia.

Podejrzewam, że chodziło o koszty. Rejestr ma kosztować 10 mln zł. A jak znam życie, w końcu okaże się, że dwa razy tyle. Nasuwa się refleksja. W Polsce nieubezpieczonych jest nikły procent obywateli. Czy warto było prowadzić wielkie dyskusje, kłótnie i wydawać pieniądze dla tych kilkudziesięciu tysięcy, o których i tak wiadomo, że z ubezpieczeniem zdrowotnym nie mają nic wspólnego? Co innego, gdyby system pokazywał nie tylko, czy ktoś ma opłaconą składkę, lecz jednocześnie informował, na co pacjent się leczy, gdzie, jakie otrzymuje leki itd. Byłaby to wiedza bardzo przydatna lekarzom, która jest dostępna kolegom w innych krajach. No, ale tam takie systemy działają z powodzeniem od lat...

*Andrzej Baszkowski
22 stycznia 2012 r.*

Moim zdaniem	4
Solidarność lekarska – wezwanie moralne czy niepotrzebny przeżytek	6
Szkolenia i administracja	7
Spotkanie Komisji Stomatologicznej	8
Omówienie posiedzenia ORL 15 stycznia 2012 r.	9
W obronie doktora Dyderki	10
Należyta staranność⁽²⁾	12
Trudne rozmowy	14
Na zdrowie i na uciechę...	16
SHORT CUTS	18
Dawka informacji	19
Operacja styczeń	20
Lekarze – patroni wielkopolskich ulic	21
Spotkanie z arcybiskupem	22
Towarzystwo Schweitzerowskie	23
Tlen hiperbaryczny panaceum... ale nie na wszystko	24
Rekordowe loty w Namibii	26
Kulturalna Izba	27
Pożegnaliśmy azetesiaka	28
Wybrane aspekty etiopatogenezy i immunoterapii zakażeń	29
Wiersze	30

Moim zdaniem...



Krzysztof Kordel
prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

...rok 2012 może być okresem, o jakim Chińczycy mówili: „obyś żył w ciekawych czasach”. Dla mnie osobiście zaczął się bardzo intensywnie i co najmniej „ciekawie” z uwagi na udział w rozmowach (negocjacjach?) w Ministerstwie Zdrowia w sprawie zamieszania receptowego.

Pierwszym zadaniem Zespołu Naczelnej Rady Lekarskiej do współpracy z ministrem w sprawie poprawienia pakietu tzw. ustaw zdrowotnych było jego ukonstytuowanie i opracowanie taktyki rozmów. Stwierdziliśmy, że musimy mówić jednym głosem i że w naszym imieniu powinien się wypowiadać jeden człowiek. Przewodniczącym izbowego zespołu został prezes śląskiej izby Jacek Kozakiewicz. Gdy rozpoczynaliśmy obrady, trwało już spotkanie premiera z organizacjami lekarskimi i od jego rezultatów zależało, czy rozmowy w resorcie zdrowia będą miały jakikolwiek sens. Należy tutaj przypomnieć wcześniejszy „boiskowy” wywiad Donalda Tuska. Okazało się, że władza jednak chce rozmawiać, i ustalono, że o szczegółach rozmawiać będziemy z ministrem zdrowia.

W chwili powstawania zespołu byłem przekonany, że planowano dyskusję w wąskim gronie o szczegółach dotyczących zmian w ustawie refundacyjnej, ale okazało się, że minister Arłukowicz zaprosił również rzecznika praw pacjenta, prezesa NFZ, przedstawicieli Naczelnej Rady Aptekarskiej oraz organizacji pacjentów. Dla równowagi prezes Hamankiewicz zaprosił z naszej strony wszystkie organizacje lekarskie obecne na spotkaniu u premiera, których członkowie czynnie włączyli się do „protestu pieczętowego”. Na początku określiliśmy cel tego spotkania. Zapowiedzieliśmy, że jeśli mamy omawiać „monitorowanie wprowadzenia ustawy”, jak chciał i zapowiadał w mediach minister, to wychodzimy. Jacek Kozakiewicz oświadczył, że zespół ma konkretne pełnomocnictwa i przyszliśmy po to, by omówić zakres zmian w ustawie, a zwłaszcza to, kiedy mogą one wejść w życie. Tego samego chcieli aptekarze oraz zaproszeni przez nas goście.

Okazało się, że możemy o tym rozmawiać i minister ma takie upoważnienie od premiera. I wtedy się zaczęło. Obie strony sformułowały warunki brzegowe. Dla nas najważniejsze było niekaranie lekarzy, co wiązało się z usunięciem z ustawy zapisów ust. 8 i 9 art. 48. Podob-

nych zmian chcieli aptekarze. Ważna była ponadto sprawa abolicji (od 1 stycznia do czasu wejścia w życie noweli ustawy). Zależało nam na szybkim wprowadzeniu w życie ustawy i zaproponowaliśmy, by Sejm zajął się tym na najbliższym posiedzeniu – 11 stycznia. Strona rządu twierdziła, że jest to niemożliwe. Przyjęliśmy konwencję, że po to są z nami przedstawiciele związków i organizacji lekarskich, by mówić jako środowisko w miarę jednym głosem. Każdy kolejny (a w czasie tych godzin urodziło się ich kilka) projekt stanowiska był z nimi uzgadniany i głosowany. Trwały długie dyskusje, czy efektem rozmów ma być wspólne z ministrem stanowisko, czy będzie to protokół rozbieżności – każdy wyda osobne stanowisko. W końcu zgodziliśmy się na podpisanie wspólnego komunikatu.

Moim zdaniem, w trakcie rozmów minister chciał dojść z nami do kompromisu, ale z powodu postawy prezesa NFZ dr. n. med. Jacka Paszkiewicza był z tym problem. Dla nas przejawem dobrej woli miał być wydany przez niego niezwłocznie komunikat o niewdrażaniu działań kontrolno-karnych przez NFZ. Co z tego (jestem przekonany, że dopiero po interwencji premiera), że w końcu prezes podpisał się pod komunikatem, skoro następnego dnia ustami rzecznika prasowego uzależnił wydanie tego komunikatu od zawieszenia przez lekarzy działań protestacyjnych. Tu rodzi się pytanie, kto tak naprawdę rządzi.

Jak pokazały dalsze wydarzenia, było możliwe wprowadzenie propozycji zmian już na najbliższym posiedzeniu Sejmu. Projekt ustawy o zmianie ustawy refundacyjnej, który wyszedł z Ministerstwa Zdrowia, zawierał zmiany, które negocjowaliśmy w imieniu lekarzy i aptekarzy. Zupełnie inny przesłano z posiedzenia Rady Ministrów do Sejmu. Niestety, nie uwzględniono naszych i aptekarskich propozycji ani w Sejmie, ani w Senacie, bo przecież władza wie lepiej. W chwili, kiedy piszę ten tekst, trwa protest aptekarzy.

Oglądając programy informacyjne, dowiedziałem się, że przez sześć miesięcy można zrobić coś, czego nie zrobiono przez siedem lat. Powstanie centralny rejestr ubezpieczonych. Pożyjemy, zobaczymy.

Moim zdaniem, największym problemem zarówno dla lekarzy, jak i dla pacjentów jest przyjęta w obwieszczeniu lekowym zasada refundowania leków ordynowanych zgodnie z wnioskami rejestrowymi. Jeśli to się nie zmieni, będziemy leczyć dzieci i kobiety w ciąży tylko lekami pełnopłatnymi, a można nawet mówić o eksperymencie leczniczym. Z jednej strony – wiedza medyczna i praktyka, z drugiej strony – wskazania rejestracyjne producenta.

By temu zapobiec, pojawiła się propozycja stosowania w proskrypcji nazw międzynarodowych.

Moim zdaniem, musimy o tym informować pacjentów, by po raz kolejny nie okazało się, że przez nas za lek zapłacą więcej (a władza mówiła, że teraz będzie taniej). Niestety, z tego powodu, a także ze względu na wymóg sprawdzania danych rejestrowych leku, wizyta potrwa znacznie dłużej niż dotychczas.

Moim zdaniem, czekają niepokornych lekarzy wszelkiej maści działania kontrolne. Zrodził się pomysł utworzenia w ramach Komisji Zdrowia Publicznego zespołu, którego zadaniem będzie pomoc merytoryczna kontrolowanym. Na czele tego zespołu stanął Krzysztof Ożegowski. Rada okręgowa wyraziła zgodę na wyasygnowanie dodatkowych pieniędzy na zwiększenie obsługi prawnej w tym zakresie. Jak będzie ta pomoc prawna i merytoryczna funkcjonowała w szczegółach, niewątpliwie kolega Ożegowski szybko wszystkich poinformuje.

Moim zdaniem, historia kołem się toczy. Dowodem jest projekt stanowiska przyjęty przez naszych poprzedników, który pozwolę sobie poniżej przytoczyć w całości. Jest to protokół z posiedzenia Rady Izby Lekarskiej Poznańsko-Pomorskiej z 23 lutego 1936 r. Projekt rezolucji zgłoszony przez dr. Wieckiego (ciekawostką jest to, że za tą rezolucją głosował dziadek dzisiejszego członka rady okręgowej – doktor Buxakowski).

„W ostatnich miesiącach przerzucono duży ogrom pracy wyraźnie administracyjnej w ubezpieczalniach społecznych na lekarzy, chcąc w ten sposób osiągnąć m.in. oszczędności w dziedzinie administracji ubezpieczalni. Cel ten nie został widocznie osiągnięty, bo obserwuje się w dalszym ciągu silny przerost wydatków na administrację, a nie widać zmniejszenia liczby urzędników administracyjnych. Lekarzy natomiast obarczono pracą zupełnie niewłaściwą, jak np. kontrola uprawnień ubezpieczeniowych, której ściśle prowadzić nie można i która powoduje i spowodować musi liczne scysje między lekarzami a pacjentami, zrzucając z bark administracji na lekarzy odium wypływające z braków administracyjnych i ustawowych ubezpieczeń społecznych. Taki stan nie pozwala na wytworzenie tej atmosfery spokojnej, która winna istnieć w gabinetach i poczekalniach lekarzy – i bez której owocne wykonywanie zawodu lekarskiego jest niemożliwe. Utrzymywanie takiego stanu musi poderwać do reszty zaufanie do lecznictwa ubezpieczeniowego”.




Apartamenty Tajemniczy Ogród – Poznań, ul. Sobolowa 8

Ekskluzywne apartamenty w Zielincu z ogrodem i dwustanowiskowym garażem

Apartamenty o powierzchni 174 m², ogrody 147 m²
Cena 565 tys. – 3249, 19 za m²

ATUTY INWESTYCJI:

1. Wysoki standard wykończenia; 2. Energooszczędna technologia budowy;
3. Zastosowane elementy „inteligentnego domu”; 4. Brak czynszu;
5. Położone w zielonej i bezpiecznej okolicy; 6. Apartamenty wykonane solidnie i estetycznie, z zachowaniem najwyższych norm

UGODOGODNIENIA I KORZYŚCI PRZY ZAKUPIE:

- kompleksowa obsługa w zakresie sprzedażowym
 - usługa notarialna z 30% rabatem ● obsługa finansowania zakupu nieruchomości
- Więcej informacji na www.apartament.net.pl

Kupujący zwolniony jest z prowizji od sprzedaży

Kontakt: Magda Kuciewicz, magda@apartament.net.pl, 501-558-288

Dom Zdrowia w Kolonii oferuje od 01.07.2012 lub później:

Zespół lekarzy zatrudni lekarzy medycyny ogólnej lub lekarzy internistów.

Wymagana jest znajomość języka niemieckiego i akceptacja dokumentów przez niemiecką izbę lekarską. Oferujemy pomoc w sprawach urzędowych i przy poszukiwaniu mieszkania.



Haus der Gesundheit – Medicalpoint
Martina Jungjohann
Brölstrasse 35
51545 Waldbröl
Phone: 02202-108448
Mail: sl-info@t-online.de

Pani dr Renacie Grabowskiej

wyrazi szczerego współczucia
z powodu śmierci

Ojca dr. Edwarda Bondera

składają

Zarząd i członkowie
Wielkopolskiego Związku
Pracodawców Ochrony Zdrowia
oraz
Polskiej Federacji Pracodawców Ochrony Zdrowia

Solidarność lekarska

– wezwanie moralne czy niepotrzebny przeżytek?

Ostatnie tygodnie po raz kolejny postawiły środowisko medyczne wobec bardzo trudnych dylematów. Najpierw w ostatnich miesiącach 2011 r. mamiono nas perspektywą zmiany błędnych i szkodliwych zapisów ustawy refundacyjnej, a następnie w grudniu – obietnicami (bez żadnego pokrycia w działaniach i rozwiązaniach prawnych) ministra Arłukowicza w zamian za zawieszenie protestu.

Jesteśmy z natury grupą wierzącą w dobrą wolę innych (władzy etc.), przez co bywamy często oszukiwani. Zachowania spotykane w publicznej ochronie zdrowia w ostatnich 10 latach, głównie w relacjach z Ministerstwem Zdrowia i NFZ, byłyby nie do przyjęcia w innych sferach życia, np. w gospodarce. Zarówno liczba popełnianych błędów przez ww. instytucje, jak i liczba zadań opartych wyłącznie na zapewnieniach urzędników, że jakoś to będzie oraz że błędy będą poprawiane, była ogromna. Fakt, że od lat funkcjonujemy w takich warunkach, świadczy o ogromnym zaufaniu, którym ciągle obdarzamy rządzących, mając nadzieję, że zależy im na poprawie dotychczasowych błędów i uporządkowaniu chaosu. Jesteśmy dużo bardziej ufni niż przedsiębiorcy, którzy przy takim ryzyku i braku stabilizacji jak w naszej branży nie podjęliby w niej działalności. Świadczy o tym m.in. niska atrakcyjność naszego sektora dla dużego kapitału. Wyjaśnienie jakiegokolwiek przedsiębiorcy praw rządzących kontraktami, ich ogromnej niestabilności (np. wymogów pojawiających się dwa tygodnie przed złożeniem oferty) oraz nieprzejrzystości całego procesu jest niemożliwe. Podsumowując – nasze zaufanie do władzy można określić często jako graniczące z naiwnością.

Równocześnie środowisko medyczne jest dość niechętnie dodatkowej aktywności społecznej i środowiskowej oraz wszelkiego rodzaju protestom. Wynika to z ogromnego zaangażowania czasowego każdego z nas w pracę zawodową oraz konieczności ciągłego dokształcania. Na dodatek zmuszeni jesteśmy do śledzenia zmieniających się przepisów prawa i wymogów NFZ. Zestawienie tych zobowiązań pozostawia nam niewiele czasu na zaangażowanie w dodatkowe działania, np. śledzenie prac komisji sejmowych nad przygotowanymi dokumentami. Od tego mamy samorząd lekarski oraz inne dobrowolne organizacje, jak związki pracodawców (np. Polska Federacja Pracodawców Ochrony Zdrowia, którą mam zaszczyt kierować) oraz związki zawodowe (np. OZZL). Niechętnie uczestniczymy w jakimkolwiek proteście nie tylko z braku czasu. Protest jest zawsze kłopotliwy i wymaga bardzo dobrego przygotowania, np. w zakresie konsekwencji prawnych działań, informacji dla

pacjentów. Wymaga również porozumienia, a także współpracy różnych organizacji medycznych, co zwykle jest bardzo skomplikowane, bowiem wymusza spojrzenie na problem nie przez pryzmat własnych ambicji, lecz konieczności osiągnięcia efektu. Niestety, ciągle pojedynczy liderzy prowadzą własną politykę, by podnieść swoją rangę i pozycję w środowisku, nie próbują zaś tworzyć koalicji (im szersze, tym lepsze) w celu lepszego załatwienia sprawy.

Lekarze są grupą względnie konserwatywną, niechętną zamieszaniu i protestom. Łakną spokoju. Każdy protest może godzić w wizerunek lekarzy, na którym nam niezwykle zależy. Zawsze władza, przeciwko której zwykle protesty są skierowane, próbuje przeciwstawić interes lekarzy i pacjentów, by ich skłócić. Dodatkowo nasze argumenty często mają charakter dość szczegółowy i fachowy. W związku z tym trudno przedzierają się do dziennikarzy oraz opinii publicznej, czyli naszych pacjentów. Na przykład przekonanie dziennikarzy (nawet specjalizujących się w tematyce zdrowotnej), że istnieje w Polsce od lat nierozwiązany problem weryfikacji ubezpieczenia pacjenta, okazało się zadaniem bardzo trudnym. Niektórzy nadal w to nie wierzą i uważają, że nie ma z tym problemu. Czegóż oczekiwać wobec tego od zupełnie nieznającego tej problematyki pacjenta? Dlatego – o czym dobrze wiedzą MZ i NFZ – opinią pacjenta można względnie łatwo manipulować. Na dodatek zawsze można włączyć aspekty finansowe w rodzaju: „Pokaż lekarzu, co masz w garażu”, i liczyć, że zwykła zawiść ludzka uzupełni te działania.

Z tych względów duże protesty w środowisku medycznym prowadzone są sporadycznie i jedynie w wypadkach najwyższej konieczności. Nie wszyscy angażujemy się w nie równomiernie. Wiadomo, że beneficjentami korzystnych zmian prawa, do których dochodzi na skutek protestów, jesteśmy wszyscy – zarówno protestujący, jak i nieprotestujący. Jest to trochę niesprawiedliwe, ale tak już jest. Niesprawiedliwe również w sensie finansowym. Na przykład ostatni protest wzięły na swoje barki trzy organizacje: OZZL, PZ i PFPOZ – wszystkie finansujące swoją działalność z dobrowolnych składek członków. I to za pieniądze tych organizacji przygotowano oraz opłacono liczne działania, w tym dziesiątki pobytów w Warszawie, spotkania, wyjazdy do mediów, pieczętki, opinie prawne, rozmowy telefoniczne itp. Trzeba wspomnieć, że protest w niektórych miejscach (np. w Wielkopolsce) został wsparty przez samorząd lekarski również w zakresie bezpłatnej dystrybucji pieczętek, co bardzo wzmocniło protestujących i scaliło środowisko.

Ponadto protestujący nie tylko ponoszą koszty takiego sprzeciwu (finansowe i czasowe), ale i ewentualną odpowiedzialność wobec stałych gróźb władzy (i to jak widać – każdej). Część z nas woli nie angażować się w tego typu przedsięwzięcia właśnie z obawy przed odpowiedzialno-

ścią. Dlatego potrzebne są silne organizacje reprezentujące nasze interesy. Uważam, że każdy lekarz, a szczególnie podmiot medyczny, powinien należeć do dobrowolnej organizacji (mamy ich w Polsce co najmniej kilka), by w nich działać – jeżeli to możliwe – lub przynajmniej zwiększając ich reprezentatywność, dać im szansę dbania o interesy środowiska medycznego. Poza kosztami finansowymi protestujący stawiają często na szali swój dobytek i wizerunek. Dlatego powinna im się należeć szczególna ochrona i wsparcie przynajmniej w ramach naszego środowiska.

Niestety, przy każdym proteście mamy do czynienia z zachowaniami wątpliwymi etycznie, godzącymi istotnie w naszą solidarność zawodową. Tak było np. w 2003 r. przy słynnym proteście lekarzy rodzinnych (początki Porozumienia Zielonogórskiego), kiedy pojawili się lekarze próbujący wykorzystać protest i „przejąć kontrakty” poprzez złożenie ofert do NFZ na tereny, gdzie lekarze celowo się wstrzymali z ich złożeniem. Zachowanie takie zostało wtedy skrytykowane zarówno przez organizacje prowadzące protest (m.in. nasz związek), jak i WIL. Sprawa, jak część z nas pamięta, dotyczyła głównie Wielkopolski.

Obecnie sytuacja się powtarza. Pojawiają się w mediach wypowiedzi lekarzy, nawet liderów organizacji medycznych, kwestionujących zasadność akcji i zwracających uwagę na trudności wynikające z niej dla pacjenta. I oczywiście, nie musi to wynikać z chęci przypodobania się władzy i wykorzystania swoich pięciu minut. Można sobie wyobrazić, że racje protestujących nie do wszystkich przemawiają i nie zawsze musimy się z nimi zgadzać – nawet wtedy, gdy są zupełnie oczywiste. Nawiasem mówiąc, uważam, że sprawiedliwie byłoby pozostawić tej grupie lekarzy „korzyści” pracy w ramach ustawy refundacyjnej, podczas gdy ci, którzy się z nią nie zgadzają, zostaliby z niej wyłączeni. Niestety, koledzy dyskredytujący publicznie protestujących świetnie wiedzą, że obejmą ich wszelkie zmiany wywalczone w wyniku protestu. To, niestety, nadaje ich wystąpieniom dodatkowo dwuznacznego i cynicznego charakteru. Uogólniając – jeśli protest dotyczy tylko pewnej części środowiska lekarskiego, inna grupa nie musi dołączać się do niego, ale nie powinna w mediach dyskredytować protestujących. Należy traktować to jako wysoce nieetyczne.

Podsumowując – lekarze są grupą silnie zindywidualizowaną, przyzwyczajoną do spokoju i ładu i niechętną protestom. Jesteśmy świadomi również obciążeń i konsekwencji z nich wynikających. Dlatego decydujemy się na protesty zbiorowe o charakterze ogólnopolskim rzadko, a biorąc pod uwagę liczbę błędów i nieudolności w systemie ochrony zdrowia, z którymi stykamy się na co dzień – niezwykle rzadko. Dlatego z ogromną przykrością, ale i dezaprobatą należy przyjmować wypowiedzi, które podważając zasadność podejmowanego protestu, uderzają w wizerunek całego środowiska.

Na razie otwarte pozostaje pytanie, co z tego typu wystąpieniami począć i jak na nie reagować.

ANDRZEJ GRZYBOWSKI
POLSKA FEDERACJA PRACODAWCÓW OCHRONY ZDROWIA
WWW.NZOZ.WLKPP.L

Co słyszeć w izbie...

Szkolenia i administracja

Nowy rok przyniósł wiele wydarzeń w środowisku lekarskim, które ukierunkowały działanie izby na rzecz rozwiązania problemów dotyczących ustawy refundacyjnej. Nie spowodowało to jednak skupienia się wyłącznie na tej sprawie – zrealizowano wiele inicjatyw stanowiących istotną niwę działalności izbowej. Mam na myśli szkolenia i działalność administracyjną. W zakresie szkoleń tradycyjnie postawiono na kursy „Stany nagłe w stomatologii” – tym razem odbyły się spotkania trzech grup (21 stycznia, 27 stycznia i 28 stycznia). 21 i 28 stycznia przeprowadzono także kurs komputerowy z podstawowej obsługi komputerów i internetu. 26 stycznia w Koninie zorganizowano szkolenie poświęcone gruźlicy. W styczniu rozpoczęliśmy też szkolenia stażystów w zakresie bioetyki (zajęcia w każdy poniedziałek).

28 stycznia Chór Kameralny Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej zaprosił na koncert z okazji pierwszej rocznicy swej działalności.

15 stycznia odbyło się noworoczne posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej WIL. Składało się ono z dwóch części. Pierwszą zdominowała tematyka protestu, omówiono też założenia nowej wersji regulaminu działania Okręgowej Rady Lekarskiej WIL. Druga część miała charakter uroczy- ▶



Co słychać w izbie...

► sty, uczestniczyli w niej goście: m.in. ks. bp Marek Jędraszewski, wicewojewoda wielkopolski Przemysław Pacia oraz wicemarszałek województwa wielkopolskiego Leszek Wojtasiak. Honorowe miejsca zajęli również poprzedni prezesi WIL. Wcześniej odbyło się posiedzenie prezydium. Ponadto swoje spotkania miały komisje izbowe: Komisja Etyki Lekarskiej (4 stycznia), Komisja Bioetyczna (11 stycznia), Komisja do spraw Emerytów i Rencistów i Komisja ds. Zdrowia Publicznego (19 stycznia), Komisja Stomatologiczna (21 stycznia), a także Komisja do spraw Kształcenia (30 stycznia). 14 stycznia posiedzenie miała Okręgowa Komisja Rewizyjna WIL.

Tradycyjnie odbywają szkolenia językowe, próby orkiestry i chóru.

Przeprowadzana jest modernizacja sali konferencyjnej w budynku WIL w Poznaniu. Parkiety (niezmiernie trudne do ochrony przed zniszczeniem) zostały pokryte płytką dywanową, a na ścianie zamontowano ekran plazmowy. Z pełnym wyposażeniem multimedialnym oraz klimatyzacją, a także dostępem do katering w dobrej cenie i o jeszcze lepszym smaku daje to możliwość organizacji spotkań szkoleniowych i plenarnych na naprawdę wysokim poziomie i w atrakcyjnej cenie (szczegóły u autora artykułu).

MAREK SAJ

Spotkanie Komisji Stomatologicznej

Spotkaliśmy się, aby załatwić ważne sprawy bieżące i przekazać informacje. Rozstaliśmy się z wrażeniem, że potrafimy się ciągle porozumiewać i być może jest w lekarzach nieustannie chęć naprawiania świata wokół siebie, co pozwala zachować szacunek dla kolegów, dla nauczycieli, dla siebie nawzajem. „Nie ma końca, nie ma początku, jest niezaspokojona pasja życia” – to Fellini. To było bardzo krzepiące zebranie i wszystkim jego uczestnikom serdecznie dziękuję.

Ważne jest przesłanie w najbliższym czasie do Działu Praktyk WIL kopii obowiązkowych polis OC przez lekarzy posiadających zarejestrowane indywidualne praktyki lekarskie. Obowiązek ten nakłada na nas, a także na izbę, wejście w życie rozporządzenia ministra finansów. Można to zrobić listownie i jest to tzw. pilny obowiązek.

W WIL, z inicjatywy Komisji Zdrowia Publicznego, utworzono zespół mający służyć radą i pomocą lekarzom, których praktyki są kontrolowane przez różne instytucje. Nasz przywilej to umiejętność leczenia i wybór najlepszych środków, a przeróżne inspekcje mają własną misję w postaci... kontroli. WIL powiększa zespół radców prawnych o kolejnego mecenasa. Ma on służyć pomocą temu właśnie zespołowi.

Przypominamy wszystkim, że ze strony internetowej WIL jest dostęp do bardzo wyspecjalizowanych plików prawnych. Dość kosztowny ich abonament opłacamy sobie sami i dlatego należy z tego dostępu korzystać. Coraz lepiej redagowana strona internetowa WIL (dobre łącze do wykazu leków refundowanych) ma bardzo mizerną część dotyczącą stomatologii i w naj-

bliższym czasie będziemy starali się to zmieniać. Zapraszamy chętnych do współpracy.

Komisja w głosowaniu zaaprobowała pomysł dokonania zakupu z pieniędzy Komisji Stomatologicznej WIL trzech kolejnych fantomów umożliwiających uczestnikom kursów z zakresu pomocy w stanach zagrożenia życia doskonalenie umiejętności praktycznych. Szkolenie jest obowiązkowe dla lekarzy z praktyk ambulatoryjnych i musi być aktualizowane co kilka lat. W niektórych krajach europejskich co dwa lata. Nawet jeśli skorzystamy z tych umiejętności tylko raz w życiu zawodowym, umiemy zrobić to poprawnie. Kurs jest doskonałą okazją, aby powtórzyć zasady postępowania przeciwwakrycznego i lepiej dobrać środki do znieczuleń miejscowych. Sami się Państwo zdziwicie, jak wiele się zmieniło. Izba prowadzi ponadto kursy komputerowe. Są jeszcze wolne terminy, poczynając od lutego, a możliwe jest utworzenie kolejnych grup w miarę zgłaszania się chętnych. Możliwe jest ponadto zgłoszenie się na oba szkolenia wraz z higienistką. Zajęcia są dofinansowywane przez izbę, a emerytowani lekarze płacą 50 zł.

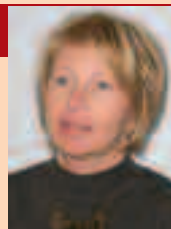
Komisja wysłuchała opinii lekarzy opiekujących się stażystami. To droga

przez mękę. Dokumentacja dotycząca lekarzy stażystów jest bardzo rozbudowana. NZOS musi spełniać wszystkie warunki narzucone przez prawo pracy. Należy sporządzać szczegółowe umowy z placówkami, w których prowadzone są staże cząstkowe. Trzeba ponadto sprawdzać wiedzę podopiecznych i udokumentować ten fakt, a nawet określić miejsce i czas przeprowadzenia kolokwium. Kolegom, którzy wiedząc to wszystko, opiekują się stażystami, dziękujemy po raz kolejny i składamy wyrazy głębokiego szacunku – nie muszą, a uczą we własnych praktykach.

W roku akademickim 2012/2013 ma się rozpocząć nauczanie medycyny oraz stomatologii według zmienionych programów, z zachowaniem dotychczasowej liczby godzin, czyli odpowiednio 6000 godzin dla medycyny i 5000 godzin dla stomatologii, jak przewidują umowy międzynarodowe. Stażu nie będzie, choć po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia ministra zdrowia w tej sprawie z 24 listopada 2011 r. trudno oprzeć się wrażeniu, że oczekiwania co do pozytywnej oceny skutków tej regulacji pozostają w strefie pobożnych życzeń urzędników MZ.

19 stycznia 2012 r. odbyła się w MZ konferencja uzgodnieniowa dotycząca projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów. Wykaz specjalności lekarsko-dentystycznych się nie zmienił. Jednomodułowe specjalizacje z chirurgii stomatologicznej, ortodontcji, periodontologii, protetyki stomatologicznej, stomatologii

Omówienie posiedzenia ORL 15 stycznia 2012 r.



Posiedzenie, któremu przewodniczył prezes ORL Krzysztof Kordel, w części roboczej prawie w całości poświęcone zostało obecnej sytuacji w ochronie zdrowia. Mimo wielu godzin omawiania aktualnych problemów i uchwalenia stanowiska Naczelnej Rady Lekarskiej na nadzwyczajnym posiedzeniu 13 stycznia, sytuacja nadal jest bardzo trudna tak dla lekarzy, jak i dla pacjentów. Wątpliwości

mają wszyscy lekarze wypisujący recepty, mimo poprawek do ustawy refundacyjnej uchwalonych przez Sejm. Nadal nie można zgodnie z prawem wypisać recepty np. na antybiotyki dla małego dziecka lub kobiety ciężarnej. Dlaczego? Nie ma takiej rejestracji! Obawiam się, że gorąca dyskusja na temat, jak sobie radzić w obecnej sytuacji, trwać będzie jeszcze długo. I jeszcze długo nie poznamy sensownej odpowiedzi na to pytanie. Drugą część naszego posiedzenia stanowiło spotkanie noworoczne z ks bpem

Markiem Jędraszewskim. Na zaproszenie Rady przybyli także: wicewojewoda Przemysław Pacia, wice-marszałek Leszek Wojtasik oraz przedstawicielka prezydenta miasta. Wszyscy goście życzyli wytrwałości w pracy na rzecz pacjentów, otwartości na potrzeby chorych i zdrowia, aby to wszystko zrealizować. Nic dodać, tylko prosić Najwyższe Moce, aby się spełniło.

SEKRETARZ ORL IWONA JAKÓB

dziecięcej, a także stomatologii zachowawczej z endodoncją mają trwać trzy lata, a w wypadku chirurgii szczękowo-twarzowej sześć lat. Stomatolodzy mogą, jak dotychczas, uzyskiwać specjalizację ze zdrowia publicznego (cztery lata) i epidemiologii (trzy lata). Do specjalizacji będzie można przystąpić na podstawie punktacji uzyskanej z LDEP lub KEL (końcowego egzaminu lekarsko-dentystycznego według nowelizowanego programu). W wypadku ubiegania się o uzyskanie dodatkowych punktów w trybie pozarezydenckim w postępowaniu kwalifikującym można będzie dołączyć dyplom uzyskania stopnia doktora nauk medycznych, wykaz publikacji z oceną parametryczną, zaświadczenie o zatrudnieniu w jednostce, w której ma się odbywać szkolenie, co najmniej przez trzy lata, zgodnie z kierunkiem specjalizacji, w pełnym wymiarze czasu pracy, przy czym można być dopuszczonym do postępowania kwalifikacyjnego tylko w jednej dziedzinie medycyny i tylko w jednym województwie. Wynik postępowania konkursowego stanowić ma sumę liczb punktów uzyskanych z LDEP (KEL) oraz punktów dodatkowych.

W zakresie specjalizacji lekarzy medycyny moduł podstawowy ma trwać dwa lata i jest on dla wielu specjalizacji podobny – obejmuje chirurgię, internę, pediatrię, po których następują dwa lub trzy lata programu modułu specjalistycznego. Istnieją dziedziny, w których realizowane będą moduły jednolite 5- lub 6-letnie (anestezjologia, audiologia, dermatologia, genetyka kliniczna, medycyna nuklearna, medycyna ratunkowa, medycyna rodzinna – ta tylko cztery lata, medycyna sądowa, otorynolaryngologia – sześć lat).

Lekarze medycyny będą mogli podejmować specjalizację z chirurgii szczękowo-twarzowej (sześć lat).

Trudno oprzeć się wrażeniu, że nie jest to fair. Lekarz dentysta może się kształcić krócej, najlepiej w trybie pozarezydenckim, czyli za własne pieniądze, bo nie jest szpitalnikiem, a następnie powinien otworzyć w prywatnej praktyce miejsce specjalizacyjne dla młodszego kolegi, poddać się procedurze akredytacyjnej i dać się wszystkim skontrolować. NO WAY, jak mówią nasi anglojęzyczni studenci (*Non possumus*). Za chwilę na naszych oczach nastąpi intelektualna pauperyzacja naszego zawodu, a medycy będą sobie strzelali implanty z podnoszeniem dna zatoki szczękowej (ale to może i lepiej, bo zawsze byli mądrzejsi).

Proszę sobie wyobrazić, że powierzacie Państwo leczenie własnego dziecka z rozszczepem twarzy ortodontce po trzyletniej specjalizacji rozpoczętej bezpośrednio po studiach, bez stażu, albo po prywatnej szkole ortodontycznej, otwieranej właśnie w Polsce za pieniądze młodych lekarzy, którzy do tej pory wiedzą, że będzie to kosztowało „dużo” i nie daje możliwości przystąpienia do państwowego egzaminu specjalistycznego. Przy czym ortodonta nie będzie miał wiedzy z zakresu stomatologii ogólnej ani rocznego stażu ze wszystkich specjalności. Doszliśmy do ściany i granicy absurdu. Wszystkie protesty Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej w tej sprawie były gadaniem dziada do obrazu... Dziecko trafi raczej do laryngologa po sześcioletniej specjalizacji, do chirurga szczękowego po medycynie, a ortodonta założy tzw. aparat i posprząta u lepiej wykształconych

kolegów. I da się to z łatwością naukowo uzasadnić...

Wydawałoby się, że skoro nie ma stażu, powinna pozostać stomatologia ogólna jako moduł podstawowy dla wszystkich stomatologów, w takim samym trybie jak pozarezydencki, choć nie w szpitalach. Nigdzie na świecie nie dostaje się prawa wykonywania zawodu bezpośrednio po studiach z prawem praktyki prywatnej, nawet jeśli nasze MZ uważało inaczej. Jest albo staż, albo praca pod nadzorem patrona przez rok, dwa lub trzy lata. A na miejsce u patrona trzeba czasem poczekać rok lub dwa. I to patron płaci za pracę.

Dyskusja nad receptami odwróciła uwagę od kontraktów specjalistycznych, choć sposób ich „załatwiania” przez NFZ budzi obawy co do zdrowego rozsądku, a korporacja lekarska nie miała czasu na dyskusję o specjalizacjach lekarskich i o tym, czy lekarz dentysta to znowu będzie „stomato!”. I kto będzie go traktował poważnie? Takiego nieuka!

ANNA KURHAŃSKA-FLISYKOWSKA
PRZEWODNICZĄCA KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ WIL

Zespół
Przychodni Lekarza
Rodzinnego
GOS-MED w Gostyniu
zatrudni lekarza
(lekarza medycyny
rodzinnej lub pediatrę)
do pracy w POZ.
**Oferujemy
dobre warunki
finansowe.**
Kontakt 501 624 888,
501 627 900

Na marginesie wielkopolskiej katastrofy poradnianej

W obronie doktora Dyderki

Ostatnie dni przyniosły zaskakujące wiadomości dotyczące niepodpisania przez Narodowy Fundusz Zdrowia kontraktów na najbliższych pięć lat z dwudziestoma siedmioma poradniami poznańskich szpitali uniwersyteckich. Jest to jednak tylko część spośród wielu wyeliminowanych rzetelnych wielkopolskich poradni o ugruntowanej renomie i roli społecznej.

W obliczu takiego kataklizmu – gdyż właśnie z takim ekstremalnym merytorycznie i emocjonalnie zjawiskiem mamy do czynienia – zobligowani jesteśmy do zadania pytania o jego przyczyny. Powróćmy jednak do faktów.

Co się wydarzyło?

Na przykład w Szpitalu Klinicznym Przemienienia Pańskiego nie zakontraktowano siedmiu poradni. Wśród nich transplantacji szpiku. Zapomniano, że jesteśmy jedynym w tej części kraju podmiotem kwalifikującym rocznie średnio do 100 przeszczepów szpiku, a także obejmującym opieką pacjentów po tej skomplikowanej i drogiej procedurze. Nie podpisując kontraktu z naszą poradnią kardiologiczną, pozwolono na operowanie pacjentów bez możliwości prowadzenia kwalifikacji do zabiegu, a także pozbawiono ich opieki po pobycie w szpitalu. Pozostawiono bez opieki także chorych z przewlekłymi ranami, którymi w ramach Hospicjum Palium miała się zajmować poradnia chirurgiczna. To społecznie niezwykle wrażliwy punkt, ważny ze względu na objęcie troską pacjentów z trudnym schorzeniem, nad którymi wiele innych podmiotów nie jest w stanie prowadzić kompleksowej i przewlekłej – bardzo trudnej – opieki. Często nie prowadzą jej też – choć powinny – poradnie dermatologiczne czy chirurgii naczyniowej.

Pacjenci z zezem oraz z chorobami metabolicznymi decyzją komisji konkursowej zostali wysłani poza Poznań (osoby z chorobami metabolicznymi mają do wyboru Leszno bądź Kalisz). Może nieco mniej uszczerbku ponieśliby pacjenci nowo powołanej poradni transplantacyjnej, gdyż udałoby się ich „ukryć” w poradni kardiologicznej. Szkoda jednak, że nie porządkujemy struktur poradnianych w regionie, gdyż wydzielona poradnia transplantologii serca służyłaby dobrze pacjentom kwalifikowanym do przeszczepu tego narządu oraz po tej operacji. Pacjenci transplantologiczni – wymagający szczególnego potraktowania – nie znikaliby wówczas w tłumie innych chorych szturmujących drzwiami i oknami poradnie przy ul. Długiej.

Kompleksowość nie ma znaczenia?

Poważny problem powstał z poradnią pulmonologiczną przy ul. Szamarzewskiego (na narożniku ul. Szpitalnej), z którą NFZ nie podpisał kontraktu. Działa ona od ponad 40 lat i obejmuje opieką 16 tys. pacjentów pulmonologicznych z regionu. Ma

wszystkie udogodnienia dla chorych zapewniające im kompleksową opiekę. Oprócz bliskości oddziału pulmonologicznego oraz oddziału intensywnej terapii na miejscu istnieje możliwość diagnostyki obrazowej (zdjęcia konwencjonalne, tomografia komputerowa), jest laboratorium, bardzo dobrze wyposażona pracownia badań czynnościowych, bezpieczne zaplecze endoskopowe, inhalatorium, sala gimnastyczna, pracownia zaburzeń oddychania podczas snu, pracownia testów alergicznych oraz zaplecze administracyjne zapewniające opiekę nad pacjentami z gruźlicą. Wydawałoby się, że nie ma lepszego miejsca na prowadzenie optymalnej opieki. Zakontraktowano jednak w okolicy 23 inne poradnie pulmonologiczne, których zdecydowana większość oferuje obecność pulmonologa w gabinecie wyposażonym w spirometr oraz negatoskop, z dostępem do procedur diagnostycznych jedynie w sposób pośredni, często dzięki strukturze naszego szpitala.

Rozmydlenie procedur kosztochłonnej

Pikanterii sprawie dodaje fakt, że od początku roku część procedur – odrębnie uprzednio finansowanych – została włączona finansowo do działalności poradnianej. Tak też – przy sprzeciwie znaczącej części, widzących sprawy głębiej, pulmonologów – potraktowane zostały zabiegi bronchoskopii. Brak dostępu do poradni paraliżuje w szpitalu możliwość skierowania i wykonania tego zabiegu endoskopowego w trybie ambulatoryjnym (w roku 2011 przeprowadzono w tym trybie ponad 700 zabiegów, w tym około połowy z własnej poradni). Jeśli u znaczącej części pacjentów zabieg ten był wykonywany w wypadku podejrzenia raka płuca, to można stwierdzić, że niewinne z pozoru decyzje prowadzą do destrukcji sprawnego mechanizmu szybkiej diagnostyki raka płuca, praktykowanej z dobrym skutkiem w ostatnich latach.

Trzeba zaznaczyć, że przypatrując się sposobowi zakontraktowania, trudno było dostrzec konsekwencję wynikającą z włączenia do kontraktu poradnianego części badań uprzednio odrębnie zakontraktowanych. Może się to wiązać w regionie z następstwami dla pacjentów i systemu dotyczącymi dostępności ultrasonografii dopplerowskiej, echokardiografii czy znaczącej części okulistycznych badań dodatkowych, w tym angiografii i elektrofizjologii.

Fałszywa partytura

Wydaje się, że źródłem problemów jest przyjęty sposób zakontraktowania, ujmujący jako podstawowe kryterium cenę za punkt proponowaną przez oferenta. Inne kryteria wydają się tajemnicze, ale na pewno nie zakładają – postulowanej przez wielu sugerujących zmiany w systemie zdrowotnym – kompleksowości wykonywania świadczeń czy tym bardziej referencyjności.

Zapewne myli się więc ten, kto obarczałby odpowiedzialnością za zaistniałą sytuację szefa wielkopolskiej komisji konkursowej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej dr. Zbigniewa Dyderkę, przywołanego – dotychczas tajemniczo – w tytule

niniejszej refleksji. Podobnie niewinna jest pewnie odpowiedzialna za pion medyczny dr Barbara Murawska – zazwyczaj niezwykle życzliwa, kompetentna i podchodząca z wrażliwością do wszelkich spraw medycznych w regionie, a także świeżo powołany na stanowisko dyrektora dr Karol Chojnacki.

Na szczeblu centralnym napisano fałszywą partyturę konkursu na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, która wydaje się zawierać absurdalnie skomponowaną melodię, pełną zgrzytów i kakofonii. Anonimowe – z perspektywy oddziału – centralne struktury NFZ, z powodu braku kompetencji, wyobraźni i przewidywania skutków decyzji administracyjnych, wyprowadziły na manowce regionalnych urzędników, każąc im balansować na niebezpiecznej linii.

Choć wprowadzone w drugim półroczu ubiegłego roku procedury JGP w systemie poradnianym wydają się pożądanym kierunkiem zmian, to ten sukces przeszkodził w sprawnym przygotowaniu kompetentnego kształtu konkursu.

Nie ośmielię się pominąć ostrych słów podsumowujących sprawę, że konkurs spowodował już teraz pewną społeczną katastrofę, mimo że wysyłane są zapewnienia o rozpisaniu konkursu uzupełniającego. Pozostaje tylko tajemnicą, skąd uda się wysupłać pieniądze na rozwiązanie problemu.

Jaka opieka specjalistyczna?

Sytuacja jest dowodem na wskazywany nieustannie od lat fakt braku koordynacji funkcjonowania opieki zdrowotnej w regionie. Dotyczy to niemalże wszystkich jej wymiarów (usytuowania oddziałów, pracowni, np. hemodynamiki, stacji dializ itp.), a tym razem w sposób burzliwy brak ten ujawnił się przy kontraktowaniu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Przy ograniczonych funduszach nie jest możliwe, by akceptować wszystkie nowe podmioty. Nie może też jedynym kryterium wyboru pozostawać cena, choć pieniądze oczywiście muszą być wydawane w sposób oszczędny. Wydaje się, że powinny zostać zachowane stosowne preferencje dla podmiotów już istniejących na rynku – by zachować ważną w odpowiedzialnym postępowaniu medycznym ciągłość opieki.

Ponadto duże znaczenie ma kompleksowość opieki, co powinno się wiązać z dodatkowym premiowaniem gwarantujących ją ośrodków. Mimo znaczącego oporu części specjalistów nie unikniemy – podczas odpowiedzialnego kształtowania opieki ambulatoryjnej w przyszłości – powrotu do myśli o referencyjności poradni. Duża część przyklinicznych poradni stanowi faktycznie poradnie rekonsultacyjne dla specjalistów niemających możliwości kompleksowego dostępu do wysokospecjalistycznego sprzętu. W warunkach Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego kuriozalne są zadania chociażby poradni okulistycznej, do której większość pacjentów trafia ze skierowaniem od innych okulistów.

Harmonia specjalistów rejonowych i przyszpitalnych

Pozostaje także wielki żal i niesmak po otrzymaniu wiadomości o braku kontraktu dla wielu specjalistów samotnie działających w różnych częściach regionu. Przez lata pracowali dla dobra wspólnego, obejmując w kompetentny sposób opieką spore rzesze pacjentów. Zostali często zepchnięci przez anonimowe spółki – powstające jak grzyby po deszczu, by wyrwać publiczną

kasę, szukające na chybcika specjalistów do pracy. Ten brak szacunku dla ludzi, którzy przez lata pracowali na swoje dobre imię, dowodzi, w jakiej mierze doszło do kontraktowania na ślepo. W tworzeniu kompetentnego systemu opieki współpraca wszystkich specjalistów i zachowanie ducha wspólnego niesienia pomocy naszym pacjentom są niezbędne.

Nie ukrywam, że poradnie przykliniczne nie są łatwym elementem funkcjonowania organizmu szpitalnego. Biorąc pod uwagę tylko względy ekonomiczne, trzeba by większość z nich zamknąć. Na przykład wskażę, że z prowadzonych przez nas w szpitalu wyliczeń kosztów wynika, że uzyskanie od płatnika 9,2 zł za punkt niesie koszt w poradni hematologicznej około 23 zł, a dla poradni mukowiscydozy – kuriozalnie ponad 70 zł. Poradnie te stanowią jednak pewne zabezpieczenie działalności oddziałów szpitalnych, odciążając je od zbędnych procedur, których wykonanie w warunkach ambulatoryjnych sugeruje logika. Ponadto poradnie ułatwiają dostęp do tych oddziałów, zwłaszcza w obliczu olbrzymiego często naporu. Choć takie drastyczne obliczenia nie dotyczą wszystkich poradni, to zachowanie ich kompleksowego udziału w systemie leczenia klinicznego jest niezbędne do zapewnienia ich społecznej misji mimo sugestii ekonomicznych restrykcji, które narzucałyby – obecnie dominujące w pragmatyce działania – mechanizmy konstruowania systemu opieki zdrowotnej.

A może powrót do opieki podstawowej?

Na marginesie wspomnę o ryzyku zapychania się – przy obecnie istniejącym systemie – poradni specjalistycznych z powodu braku skutecznych mechanizmów zachęcających do powrotu części pacjentów do podstawowej opieki zdrowotnej. Oczywiście zależy to od specyfiki specjalności i schorzenia, wydaje się jednak, że możliwości te nie są skutecznie wykorzystywane. Niezupełnie rozsądne wydaje się tworzenie „grup wsobnych” pacjentów w poradniach specjalistycznych, choć jest to na pewno wygodne.

Wydaje się więc, że dla systemu zdrowsza byłaby sytuacja obowiązywania czasowego jedynie skierowania do poradni specjalistycznej oraz ocena każdej poradni pod kątem otwartości na nowych pacjentów – zdecydowanie mniej powinny być preferowane poradnie, w których powstaje ryzyko mnożenia procedur w zamkniętych grupach pacjentów, z których część powinni przejmować lekarze rodzinni.

Wydaje się, że kształt funkcjonowania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w naszym kraju wymaga pogłębionej refleksji i przedstawienia dalszych zmian.

Opisany przypadek wielkopolskiej wpadki poradnianej świadczy o tym, że działanie NFZ, który jako płatnik ma niemalże wyłączność na kreowanie opieki zdrowotnej, może mieć charakter destrukcyjny i społecznie szkodliwy. Sprawa dotyczy jednak generalistów i decyzji podejmowanych na najwyższych szczeblach, dlatego do prostowania nieodpowiedzialnych zawiłości nie wystarczy dobra wola dr. Dyderki i władz wielkopolskiego NFZ, którym też (podobnie jak przede wszystkim naszym zagubionym pacjentom) współczujemy.

PERYSKOP

onet.pl

Janusz Skowronek

(Doniesienia opracowane na podstawie internetu z serwisu – www.onet.pl)

Chlorofil może chronić przed rakiem

Zawarty w diecie chlorofil i jego pochodna – chlorofilina – zmniejszają ryzyko pojawienia się nowotworów – informuje pismo „Food and Chemical Toxicology”. Przy okazji autorzy proponują zmianę sposobu prowadzenia tego rodzaju badań. Badania nad ochronnym działaniem chlorofilu przeprowadzili naukowcy z Oregon State University. Tak jak przypuszczano, ten zawarty w zielonych warzywach związek zapewnia ochronę przed niewielkimi dawkami substancji rakotwórczych występującymi zwykle w środowisku. Liczba guzów wątroby spadła pod jego wpływem o 29–64 proc., a nowotworów żołądka o 24–45 proc. Mechanizm działania był prosty – chlorofil wiązał się ze szkodliwymi substancjami, co ułatwiało ich wydalanie. Jednak przy bardzo wysokich poziomach czynników rakotwórczych podawanie chlorofilu zwiększało liczbę guzów nowotworowych. Dlatego znaczenie amerykańskich badań okazało się większe, niż pierwotnie zakładano – tradycyjne testy wykonywane na stosunkowo nielicznych myszach przeprowadza się zwykle, stosując wysokie dawki środków rakotwórczych, znacznie wyższe od spotykanych w rzeczywistości. Tymczasem mogą one nie dawać właściwych odpowiedzi, gdy chodzi o zagrożenie dla zdrowia, dietę czy dawki leków. Specjaliści z Oregonu zamiast myszy wykorzystali ok. 20-krotnie tańsze „w eksploatacji” ryby – 12 360 pstrągów tęczowych. Większa liczba tych zwierząt laboratoryjnych pozwoliła dokładnie badać wpływ małych dawek, spotykanych w rzeczywistych warunkach.

Naukowiec obala mit o istnieniu genu długowieczności

Profesor Filipe Cabreiro wykazał, że istnienie genu długowieczności

Z medycznej wokandy

Należyta staranność (art. 8 Kodeksu etyki lekarskiej) w orzecznictwie Naczelnego Sądu Lekarskiego

Należyta staranność⁽²⁾



DR HAB. JĘDRZEJ SKRZYPCZAK

Kontynuując rozważania nad właściwą wykładnią art. 8 Kodeksu etyki lekarskiej i zamieszczonym w tym przepisie pojęciem „należyta staranność”, chciałbym zaprezentować kolejną sprawę, która pojawiła się na wokandzie Naczelnego Sądu Lekarskiego w Warszawie, a wcześniej w jednym z okręgowych sądów lekarskich. Należy podkreślić (tak jak w każdym tekście, który prezentuję na łamach „Biuletynu WIL”), że wszystkie dane osób występujących w tego rodzaju postępowaniu zostały zmienione, bowiem celem niniejszego opracowania nie było potęgowanie wymierzonych sankcji i napiętowanie publiczne sprawców przewinień zawodowych, a jedynie ukazanie właściwej wykładni poszczególnych norm Kodeksu etyki lekarskiej. Starano się także pominąć dane okręgowego sądu lekarskiego, który rozpatrywał tę sprawę w I instancji. Mogę tylko zapewnić, iż ten wydarzył się poza Wielkopolską.

W sprawie o sygn. akt NSL Rep. 12/OWU/10, OSK w X orzeczeniem z dnia 17.11.2009 r. (sygn. akt S.O. 16/09) uznał lek. X winnym tego, że poprzez niedołożenie należytej staranności w postępowaniu lekarskim wobec A, podczas leczenia złamania prawego przedramienia w SP ZOZ w X w taki sposób, że konsultując dwukrotnie jako specjalista ortopeda w dniach 2.11.2007 r. oraz 8.01.2008 r. przypadek A, nie roz-

poznał błąd w dotychczas prowadzonym leczeniu złamania prawego przedramienia u tej pacjentki, polegającego na nierozpoznanie złamania typu Monteggia, co w efekcie skutkowało opóźnieniem we wdrożeniu właściwego procesu leczenia pacjentki – to jest przewinięcia zawodowego z art. 8 KEL w zw. z art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty i orzekł wobec niego karę nagany oraz obciążył go kosztami postępowania. Od powyższego orzeczenia obwiniony złożył odwołanie, zaskarżając je w całości, wnosząc o uchylenie zaskarżonego orzeczenia w całości, uniewinnienie od postawionych mu zarzutów. Naczelny Sąd Lekarski, rozpatrując odwołanie, uznał je za zasadne i podzielił podniesiony przez obwinionego zarzut niepełnej oceny jego udziału w procesie diagnozowania i leczenia A oraz związany z tym zarzut niedołożenia należytej staranności, a także zarzut naruszenia art. 54 KEL (Opinia konsultanta ma charakter doradczy, gdyż za całość postępowania odpowiada lekarz prowadzący leczenie) poprzez uznanie jego, jako konsultującego lekarza, winnym niepowodzenia w diagnozowaniu i leczeniu pacjentki, podczas gdy żaden z członków całego zespołu lekarzy diagnozujących i prowadzących leczenie nie został pociągnięty do odpowiedzialności. Sąd ustalił w tej sprawie następujący stan faktyczny. W dniu 12.09.2007 r. A (ur. 20.09.1999 r.) doznała urazu prawego przedramienia i w tym samym dniu została przyjęta na Oddział Chirurgii Dziecięcej SP ZOZ w X, gdzie po przeprowadzeniu badania klinicznego i badań RTG rozpoznano złamanie trzonu kości łokciowej prawej i w znieczuleniu ogólnym wykonano repozycję złamania. W dniu następnym, 13.09.2007 r., po wykonaniu kontrolnego zdjęcia RTG i dogipsowaniu szyny dziewczynkę wypisano ze szpitala do dalszego leczenia ambulatoryjnego w Poradni Chirurgii Dziecięcej. W dniu 19.09.2007 r. wykonano kontrolne

zdjęcie RTG, stwierdzając zadowolając ustawienie odłamów i zalecając następną wizytę za 2 tygodnie. W dniu 3.10.2007 r. bez oceny radiologicznej zdjęto unieruchomienie gipsowe.

W dniach: 10.10.2007 r., 24.10.2007 r., 2.11.2007 r., 7.12.2007 r., 8.01.2008 r. odbywały się kolejne ambulatoryjne badania kontrolne, wykazujące kątowe ustawienie odłamów i słaby postęp gojenia. Po 7 tygodniach od rozpoczęcia leczenia lek. Y, chirurg dziecięcy, wykonała kontrolne zdjęcie RTG i zaniepokojona nieprawidłowym ustawieniem odłamów oraz słabym postępem gojenia zwróciła się z prośbą o ocenę przebiegu gojenia kości do dr. X, który obejrzał zdjęcie, zbadał miejsce urazu, potwierdził słaby zrost i zalecił oczekiwanie oraz kontrolę za 4 tygodnie. W dniu 8.01.2008 r. lek. Y znów zwróciła się do dr. Z, demonstrując mu kolejne kontrolne zdjęcie RTG. Doktor orzekł, że zrost nadal postępuje słabo i zalecił dalsze oczekiwanie. W trakcie opisywanego leczenia ambulatoryjnego zaniepokojona przebiegiem leczenia matka A przedstawiła sprawę lekarzowi ze szpitala w Z, który negatywnie wyraził się o przebiegu leczenia, ale nie zaproponował żadnej korekty. Dopiero w Poradni Chirurgii Dziecięcej Szpitala w X, do którego też z własnej inicjatywy udała się matka, ustalono właściwe rozpoznanie – złamanie typu Monteggia – i skierowano dziewczynkę na dalsze leczenie do XXXX (szpital kliniczny). Sąd nie podzielił twierdzenia obwinionego, że nie dokonał on konsultacji, lecz przeprowadził tylko towarzyską, koleżeńską rozmowę. Okoliczności i forma wskazują wprawdzie na taki charakter spotkania (spotkanie w obiekcie administracyjnym, ogólnikowe zasygnalizowanie sprawy bez przedstawienia dokumentacji medycznej, brak wpisu do dokumentacji, a zamiast tego krótka wzmianka w dokumentacji poradni, dokonana *ex post* przez dr. X), jednak temat rozmowy wykazuje cechy konsultacji, choć w zakresie znacznie ograniczonym, gdyż nie o ocenę całości obrazu klinicznego zwrócono się do dr. X, lecz o ocenę postępu gojenia rozpoznanego wcześniej złamania kości łokciowej. Nieznany i praktycznie niemożliwy do odtworzenia jest tekst prośby lekarki zwracającej się do dr. X. Znając jednak rutynowo

prowadzone przez lekarzy rozmowy, zdaniem NSL, należało przyjąć, że lekarka najpierw poinformowała ogólnie, że chodzi o pacjentkę ze złamaniem kości łokciowej, a następnie, że jest problem z leczeniem polegający na opóźniającym się, niedostatecznym zroście z nie dość poprawnym ustawieniem odłamów. Nie można zakładać, że lek. Y wyraziła przy tym jakiegokolwiek wątpliwości co do samego pierwotnego rozpoznania, bo gdyby je podjęła, a nie skupiła całej swojej uwagi na złamaniu kości łokciowej, sama bez trudu odkryłaby nieprawidłowość rozpoznania. W tej sytuacji trudno było oczekiwać podjęcia przez dr. X próby weryfikacji pierwotnego rozpoznania, ustalonego przez lekarzy specjalistów chirurgii dziecięcej i później nieweryfikowanego. Doktor przyjął rozpoznanie złamania kości łokciowej jako założenie do postępowania diagnostycznego mającego na celu ocenę procesu gojenia kości na tym etapie leczenia, co też uczynił, wyrażając słuszną zresztą opinię w sprawie, z którą zgłosiła się lek. Y. Reasumując, NSL nie podzielił więc w pełni opinii dr. X, że opisana sprawa przedstawiona mu przez lek. Y była przedmiotem koleżeńskie rozmowy, ale nie podzielił również opinii sądu I instancji, że była to typowa konsultacja. Wskazano, że normalna, typowa konsultacja powinna się zacząć od całościowego przedstawienia problemu, a nie tylko jego części, przedstawienia pełnej dokumentacji, obrazującej przebieg dotychczasowego procesu diagnostycznego i terapeutycznego, co postawiłoby przed dr. X zadanie całościowej oceny i ją umożliwiło. Jak zaznaczono, trudno oczekiwać, by w takim trybie miała się dokonywać weryfikacja rozpoznania i leczenia pacjentki prowadzonego od kilku miesięcy przez zespół lekarzy specjalistów oddziału chirurgii dziecięcej i aby odpowiedzialnym za to był zamiast tych lekarzy lekarz ortopeda spoza oddziału. Nie sposób pominąć faktu, że diagnozowaniem i leczeniem pacjentki prowadzonym w warunkach ambulatoryjnych, a wcześniej w warunkach szpitalnych, dających maksymalne możliwości diagnostyczne, zajmowało się, oprócz dr. X, jeszcze 6 innych lekarzy specjalistów chirurgów dziecięcych: lekarz dyżurny przyjmujący pacjentkę do szpitala; ordynator oddzia-

PERYSKOP

jest mitem. Z przeprowadzonego przez portugalskiego badacza studium wynika, że pewien wpływ na dłuższe życie może mieć gen odpowiedzialny za rozwój komórek nerwowych, lecz nie białka sirtuin. W trakcie trwających trzy lata badań w laboratoriach brytyjskiego University College of London prof. Cabreiro przeprowadził szereg doświadczeń na białkach sirtuin, ogłoszonych pod koniec XX w. tzw. genem dłuższego życia.

– *W rezultacie naszych prac okazało się, że za wydłużenie procesów życiowych nie są odpowiedzialne sirtuiny, występujące m.in. w drożdżach. Jeden jedyny gen długowieczności nie istnieje. Na wydłużenie życia może wpływać wiele czynników, w tym np. gen pozwalający na rozwój komórek nerwowych* – powiedział prof. Filipe Cabreiro. Według uczonego, wytłumaczenie przypadków dłuższego życia aktywnością genów sirtuin jest niewłaściwe, gdyż starzenie się należy do zjawisk kompleksowych. – *Teoria istnienia białka długowieczności była tak atrakcyjna, że z fikcji przekształciła się w ideę naukową* – stwierdził Portugalczyk. Do obalenia tezy o istnieniu genu długowieczności posłużyła zespołowi prof. Cabreiro analiza wieku dwóch muszek owocowych. Pierwsza z nich, żywiąca się owocami transgenicznymi, żyła znacznie dłużej niż po skrzyżowaniu z dzikim owadem.

– *W efekcie modyfikacji genetycznej podniósł się poziom białek sirtuin, lecz nie wydłużyło to życia owada. Sirtuiny nie są bowiem genem długowieczności* – stwierdził naukowiec. Sirtuiny to białka z rodziny Sir2, należące do enzymów. Ze względu na aktywność katalityczną przypisuje się im ingerencję w procesy metaboliczne oraz wzrost komórek.

Polskie igły fotonowe pomogą kobietom z rakiem piersi

W Narodowym Centrum Badań Jądrowych (NCBJ) w Świerku powstaje druga generacja igieł fotonowych. Dzięki tym urządzeniom pacjentki po usunięciu nowotworu

PERYSKOP onet.pl

piersi będą mogły uniknąć trwających kilka tygodni naświetleń pooperacyjnych.

– *Dla wielu pacjentek chirurgiczne usunięcie nowotworu piersi nie oznacza końca problemów. Po operacji zazwyczaj należy przeprowadzić kilkutygodniowy cykl naświetleń, zmniejszających ryzyko nawrotu choroby. Dzięki zbudowanej w NCBJ igle fotonowej, przeznaczonej do użycia jeszcze na etapie zabiegu chirurgicznego usuwania guza, w pewnych przypadkach naświetleń pooperacyjnych będzie można nawet całkowicie uniknąć* – poinformował rzecznik NCBJ dr Marek Pawłowski w komunikacie przesłanym PAP. Igły fotonowe, czyli miniaturowe akceleratory medyczne, generują promieniowanie rentgenowskie o precyzyjnie ustalonych cechach. Mogą m.in. likwidować ewentualne ogniska nowotworu pozostałe po chirurgicznym usunięciu guza piersi. Jak opisano w komunikacie NCBJ, igła fotonowa NALR (niskoenergetyczny akcelerator z lampą rentgenowską) jest przeznaczona do brachyterapii elektronowej, czyli naświetlania chorego narządu od wewnątrz. Po operacyjnym usunięciu nowotworu końcówka igły zostanie wprowadzona przez chirurga w miejsce po guzie. Igła NALR jest niewielka i w całości mocowana na manipulatorze – lekarz będzie mógł go swobodnie przemieszczać i zablokować w wybranym położeniu. Na czas naświetlania, wynoszący ok. 20 min, personel opuści salę operacyjną – czytamy w komunikacie. Dzięki komunikacji z komputerem i ciągłemu pomiarowi promieniowania generowanego przez igłę prowadzący zabieg będą mieli stałą kontrolę nad jego przebiegiem i nad bieżącymi parametrami pracy urządzenia. Po naświetleniu rana pooperacyjna będzie zaszywana, a pacjentka już następnego dnia będzie mogła się udać do domu. – *Żywność naszej igły oceniamy na przynajmniej kilkanaście tysięcy godzin naświetleń. Wśród urządzeń dostępnych na rynku to wynik bardzo dobry* – deklaruje technolog inż. Piotr Mazerewicz z NCBJ. Igła NALR to akcelerator elektronów, w którym

łu, który w celu uzyskania zgody przedstawiał matce pacjentki stan chorobowy i proponowane leczenie; lekarz, który wykonywał zabieg; z-ca ordynatora, która badała pacjentkę po zabiegu; lekarka, która też wykonywała kilkakrotnie badania kontrolne po zabiegu; lekarz, także specjalista chirurg dziecięcy z innego szpitala, do którego zgłosiła się matka zaniepokojona przebiegiem leczenia. Stąd też NSL podkreślił, iż trudno w tej sytuacji wskazywać na dr. X, jako tego spośród wszystkich lekarzy biorących udział w diagnozowaniu i leczeniu, który byłby najbardziej zobowiązany do korekty popełnionego błędu diagnostycznego, zwłaszcza że jego udział, którego zakres zakreślony został konkretnym pytaniem zadaniem przez lek. Y, był tylko fragmentaryczny. Jak zaznaczył NSL, postawionego dr. X

zarzutu niedołożenia należytej staranności nie można uznać za uzasadniony. W zakresie przeprowadzonego badania, którego celem miała być ocena postępu i prawidłowości gojenia kości łokciowej, o co prosiła lek. Y, dr X dołożył należytej staranności i wydał słuszną opinię. Oceniając sprawę od strony formalnej, NSL stwierdził, że przedmiotem postępowania sądu I instancji mogło być tylko rozpatrzenie zarzutów postawionych dr. X, a nie ocena działań diagnostycznych i leczniczych wszystkich lekarzy w odniesieniu do pacjentki A, gdyż po wyłączeniu sprawy dr. X nie wpłynął do sądu I instancji wniosek o ukaranie tych lekarzy. Z powyższych względów NSL zmienił zaskarżone orzeczenie i uniewinnił dr. X od zarzucanego przewinienia zawodowego.

Spotkanie protestujących organizacji lekarskich z premierem Donaldem Tuskiem i negocjacje w Ministerstwie Zdrowia

Trudne rozmowy

Bezpośrednim pretekstem do spotkania był list, który wystosowały do premiera Tuska 31 grudnia 2011 r. cztery grupy lekarskie: OZZL, Porozumienie Zielonogórskie, Konsylium24 oraz Polska Federacja Pracodawców Ochrony Zdrowia (z siedzibą w Poznaniu). Wieczorem 3 stycznia otrzymaliśmy zaproszenia z Kancelarii Prezesa Rady Ministrów na spotkanie w dniu następnym o godz. 11.00. W spotkaniu uczestniczyło czworo przedstawicieli wymienionych organizacji: Jacek Krajewski (PZ), Zdzisław Szramik (OZZL), Agnieszka Rubinowska (Konsylium24), Andrzej Grzybowski (PFPOZ), oraz premier Donald Tusk, minister Bartosz Arłukowicz i minister Paweł Graś.

Spotkanie trwało nieco ponad trzy godziny. W tym czasie toczono bardzo szczegółową i merytoryczną dyskusję na temat zapisów ustawy refundacyjnej. Niewątpliwie premier zaskoczył nas swoim zorientowaniem w szczegółach „taksacyjnych” ustawy, gorzej już było z uprawnieniami ubezpieczonych i ich egzekwowaniem, a najslabiej rozumiał problem, a właściwie konflikt między wskazaniami rejestracyjnymi a reko-

mendacjami medycznymi (np. wynikającymi z wiedzy opartej na faktach, rekomendacji towarzystw naukowych itd.).

Premier jasno określił, że nie zgodzi się na inne zmiany w ustawie refundacyjnej, które naruszają jej założenia, głównie dotyczące relacji z firmami farmaceutycznymi i polityki lekowej. Nasza strona wyraziła w tym zakresie pełną zgodę. Następnie prostowaliśmy opinie wyrażane publicznie przez ministra Arłukowicza i innych przedstawicieli rządu:

- minimalizujące znaczenie problemu i liczbę osób nieubezpieczonych („jest ich tak mało, że nie warto o tym wspominać”; „w poprzednich latach nie było problemów z nieubezpieczonymi”) – udowodniliśmy, że problemy z nieubezpieczonymi istnieją od dawna, ale poprzednio sprowadzały się do ich darmowego leczenia (NFZ nie płacił za ich leczenie), teraz natomiast lekarz (świadczeniodawca) ma być karany dodatkowo finansowo za ich leczenie przy braku narzędzi skutecznej weryfikacji ubezpieczenia;
- przedstawiające łatwość spełnienia wymogów wynikających z ustawy (np. poprzez wyszukiwanie leków i ich poziomu refundacji na stronie Ministerstwa Zdrowia; minister wypisuje receptę refundowaną w ciągu 5 s) – udowodniliśmy, że ustawa wprowadza nie tylko bardzo skomplikowany system wypisywania recept (np. dla lekarzy nieposiadających komputerów, podczas wizyt domowych), ale na dodatek jest on niepotrzebnie skomplikowany – cele ustawy można osiągnąć np. poprzez wpisywanie na receptce kodu ICD-10 i identyfikację wysokości refundacji przez aptekarzy;
- minimalizujące odpowiedzialność lekarzy za nieprawidłowo wypisane recepty („nikt złośliwie was nie będzie kontrolował”) – udowodniliśmy, że dotychczas stosowany system kontroli i kar w NFZ był wielokrotnie niesprawiedliwy i uniemożliwiał odwołanie się do innej instytucji; ponadto zapisane w ustawie refundacyjnej kary są niezasadne i nadmierne.

Ostatecznie w powyższych trzech obszarach udało się uzyskać wstępne porozumienie. Niemniej premier wyraził zdecydowane oczekiwanie, że najpierw dojdzie do zaprzestania protestu, a następnie rząd zajmie się przygotowaniem stosownych zmian w zakresie rozporządzeń ministra zdrowia i samej ustawy. Premier podkreślał, że traktuje protest jako całkowicie nielegalny i szkodliwy dla pacjentów, dlatego gotowy jest uruchomić cały system sankcji prawnych wobec protestujących, z odbieraniem kontraktów z NFZ włącznie. Spotkanie zakończyło się uzgodnieniem, że będzie ono kontynuowane tego samego dnia (na 4 stycznia zaplanowane było spotkanie

zespołu monitorującego NRL z ministrem zdrowia) w Ministerstwie Zdrowia. Około 16.00 rozpoczęło się spotkanie ministra zdrowia z reprezentacją Naczelnej Rady Lekarskiej (z udziałem naszego prezesa Krzysztofa Kordela), Naczelnej Rady Aptekarskiej oraz organizacji pacjentów. Organizacje prowadzące protest zostały zaproszone przez NRL w charakterze gości i doradców. Długie i bardzo trudne negocjacje (kilka razy dochodziło do tak znacznej rozbieżności stanowisk, że czasowo rozmowy były zrywane) zakończyły się ok. 24.00 podpisaniem wspólnego oświadczenia. Mieliśmy świadomość, że nieuzyskanie od MZ i NFZ pisemnego stanowiska będzie naszą porażką; z drugiej strony nie można się było zgodzić, by za cenę samych deklaracji rekomendować zaprzestanie protestu. Następnie podróż do Poznania samochodem z prezesem Kordelem (na szczęście przyjechał on samochodem – wydostanie się z Warszawy po 23.00 jest praktycznie niemożliwe) i powrót do domu ok. 4.00 nad ranem.

Co ciekawe, we wszystkich rozmowach podkreślano brak możliwości szybkiej nowelizacji ustawy refundacyjnej. Premier wspominał o 6 miesiącach, minister Arłukowicz o 3 miesiącach. Okazało się to możliwe znacznie szybciej, niż się spodziewaliśmy – jednak jedynie w wyniku konsekwentnego protestu lekarzy. Jest to kolejny dowód, że władza liczy się tylko z dobrze przygotowanym i zorganizowanym naciskiem.

ANDRZEJ GRZYBOWSKI
POLSKA FEDERACJA PRACODAWCÓW
OCHRONY ZDROWIA
WWW.NZOZ.WLKPPL

PERYSKOP **onet.pl**

wiązka elektronów jest przyspieszana w polu elektrycznym o napięciu ok. 50 000 V i kierowana do wnętrza kilkunastocentymetrowej rurki o średnicy

6 mm. Na końcu rurki znajduje się berylowy kubek z naniesioną na dnie warstwą srebra odgrywającą rolę tarczy. Uderzające w tarczę elektrony generują promieniowanie rentgenowskie, które rozchodząc się we wszystkich kierunkach, niszczy komórki nowotworowe. – *Jednorodny, sferyczny rozkład promieniowania wokół końcówki igły pozwoli lekarzowi precyzyjnie zaplanować przebieg naświetlania* – wyjaśnia Mazerewicz.

– *Wiązka elektronów ma średnicę mniejszą od 1 mm. Aby nie zsunęła się z tarczy, zabezpieczyliśmy ją nawet przed tak subtelnymi efektami, jak zmiana orientacji urządzenia w ziemskim polu magnetycznym* – opisuje prof. Mieczysław Słapa z NCBJ. Wprowadzone zabezpieczenia gwarantują, że w przypadku przekroczenia dozwolonych parametrów pracy igła wyłączy się samoczynnie. Dodatkową zaletą są jej niewielkie rozmiary. Nie tylko nie zajmuje ona miejsca w sali operacyjnej, ale dzięki swej mobilności może być, stosownie do potrzeb, wypożyczana innym placówkom. Jak poinformował dr Pawłowski, prace nad wersją demonstracyjną igły fotonowej do naświetleń nowotworów piersi zostały ukończone w 2011 r. Do badań klinicznych pierwsze urządzenie trafi najprawdopodobniej już za kilka miesięcy. Igła została skonstruowana przez naukowców i inżynierów z NCBJ w Świerku w ramach projektu „Akceleratorzy i detektory”. Projekt współfinansowany jest przez Unię Europejską w ramach Programu Operacyjnego „Innowacyjna Gospodarka”. Obejmuje budowę urządzeń demonstracyjnych do trzech rodzajów akceleratorowych terapii nowotworów.

Niski poziom witaminy D zwiększa ryzyko depresji

Niski poziom witaminy D w organizmie wiąże się z większym ryzykiem depresji – wynika z szeroko

PERYSKOP **onet.pl**

zakrojonych badań na ten temat, które publikuje „Mayo Clinic Proceedings”.

– Wyniki naszych badań sugerują, że ocena poziomu witaminy D w organizmie pacjentów z depresją i prawdopodobnie badanie pod kątem depresji osób z niskim poziomem tej witaminy może być zasadne – ocenia współautor badań dr E. Sherwood Brown z Univeristy of Texas Southwestern Medical Center w Dallas. Psychiatra zaznacza zarazem, że naukowcy nie mają na razie wystarczająco dużo informacji, by rekomendować stosowanie suplementów z witaminą D w ramach profilaktyki depresji. Zbyt niski poziom witaminy D w organizmie powiązано wcześniej z wieloma problemami zdrowotnymi – od chorób układu sercowo-naczyniowego, przez choroby autoimmunologiczne, choroby zakaźne, osteoporozę, otyłość i cukrzycę, niektóre nowotwory, po schorzenia neurologiczne, jak choroba Alzheimera czy Parkinsona. Dotychczasowe badania nie dały natomiast jednoznacznej odpowiedzi na pytanie o związek niedoborów witaminy D z ryzykiem depresji. Naukowcy z Univeristy of Texas Southwestern Medical Center w Dallas przeanalizowali dane blisko 12,6 tys. osób, które zostały zebrane przez naukowców z Cooper Institute (Dallas). Okazało się, że osoby mające wyższy poziom witaminy D w organizmie znacznie rzadziej miały objawy depresji. Niższe ryzyko było szczególnie widoczne wśród tych badanych, którzy cierpieli na depresję w przeszłości. Z kolei niski poziom witaminy D miał związek z aktualnym występowaniem objawów depresji, zwłaszcza u osób z historią tej choroby. Dlatego autorzy pracy oceniają, że u pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej, którzy w przeszłości cierpieli na depresję, należy rozważyć oznaczenie poziomu witaminy D. Naukowcy podkreślają zarazem, że w swoich badaniach nie sprawdzali, czy zwiększenie poziomu witaminy D w organizmie powoduje redukcję objawów depresji. Najnowsza praca nie odpowiada również na pytanie,

Na zdrowie i na uciechę...

Na tegorocznym spotkaniu optatkowym wszystkich to w jakiś sposób zaskoczyło. Otóż niepostrzeżenie, krok po kroku, śremskie koło PTL stało się wydawcą. Poza jedną pozycją wszystkie pozostałe to bajki dla dzieci wydawane non profit. Łączny nakład 20 tys. egzemplarzy! To jest naprawdę coś zastanawiającego.

A zaczęło się w roku 2009. Wówczas prezes dr Barbara Siwińska wspólnie z pisarką, poetką Aleksandrą Anną z Robakowskich Petrusiewicz i anesteziologiem śremskiego szpitala dr. Ryszardem Zawadzkiem zrealizowali pierwsze takie zamierzenie. Książeczka nosiła tytuł „Jak bańka mydlana pomaga dzieciom”. Jej wydanie umożliwiło pozyskanie przez dr Siwińską sponsora – Defor SA. I tak to się już potoczyło. Co roku dwa wydania bajek i legend tych samych autorów, ale przez najróżniejszych sponsorów. Ostatnie – „Jak Nik Górka uczył kurka” – dotyczy Kórnik i pochodzenia nazwy tej słynnej miejscowości od kura i Nika. Kur spiżowy siedzi sobie teraz na ratuszu. Bo przecież to „ó” w nazwie wskoczyło na tablice miejscowości za sprawą Tytusa Działyńskiego, który chciał w ten sposób zagrać Prusakom na nosie, bo oni przecież takiej litery nie mają.

Wszystkim tym przedsięwzięciom towarzyszy myśl edukacyjna – przywracanie tożsamości mieszkańcom okolicznych miejscowości, dumy ze swoich korzeni. Swoją książeczkę otrzymał Dolsk, Książ, Kórnik. Na celowniku dr Siwińskiej jest teraz Śrem, dla którego to jednak nie pierwsza, bo już raz miasto przyczyniło się do wydania bajki „Jak wielbłąd ślimaka spotkał”, tłumaczonej też na języki czeski i niemiecki. Poprzez to przedsięwzięcie PTL zaprzyjaźnia się z włodarzami tych miejscowości. Na tegorocznym spotkaniu wigilijnym byli więc burmistrz Śremu Adam Lewandowski, burmistrz Kórnik Jerzy Lechnerowski, burmistrz Książa Teofil Marcinak i burmistrz Dolska Henryk Litka. To są też główni sponsorzy – współwydawcy.

Autorzy wykonują pracę społecznie, a książeczki rozdawane są dzieciom bezpłatnie. Muszę koniecznie wspomnieć, że jedna z nich odegrała rolę nie

tylko edukacyjną, ale też – można powiedzieć – terapeutyczną. Otóż mieszkańcy Dolska po ukazaniu się jednego z najpiękniejszych wydawnictw – „Wędrowała koza biała” – uwolnili się wreszcie od kompleksu „koziarów”, jak ich nazywano, a nawet wystawili na rynku przepiękny, niemal magiczny pomnik kozy! Wspominam o tym także dlatego, że takie chwile pozwalają pani doktor nie ustawać w staraniach – mobilizować, namawiać, zachęcać. Dzięki temu autorka tekstów Aleksandra Petrusiewicz, dziś mieszkanka Szczecina, ale przecież jarocinianka, stale oddaje dług pamięci ziemi wielkopolskiej, ziemi swoich przodków, co zresztą zaznacza w skromnej dedykacji. A dr Ryszard Zawadzki, którego talent plastyczny dostrzegła i postanowiła spożytkować pani prezes, stał się niemal profesjonalnym ilustratorem. Choć on sam pewnie by tak o sobie nigdy nie powiedział. Kto nie widział tych bajkowych wydawnictw, może przypomni sobie jego prace ilustrujące kwietniowy koncert w Teatrze Roma w Warszawie oraz kalendarz lekarski.

Wszystko to pokazuje stopień zaangażowania śremskiego koła Polskiego Towarzystwa Lekarskiego i poszczególnych jego członków w życie społeczne. Nic więc dziwnego, że zarząd główny PTL uhonorował dr. Ryszarda Zawadzkiego odznaką *Bene meritis*. Otrzymała ją również na tym wigilijnym spotkaniu dr Ewa Kapała, czynna i ofiarna jako członek zarządu koła, przyczyniająca się do tego, że stanowi on tak skutecznym tandem. Odznakę *Bene meritis* wręczono też sekretarzowi zarządu mgr. Zbigniewowi Brendzie. Biorąc pod uwagę, że dr Anna Tiszer to samo wyróżnienie otrzymała już wiosną 2011 r., można powiedzieć, że całe to grono naprawdę dobrze przysłużyło się środowisku lekarskiemu. A minęło właśnie 25 lat od czasu, gdy 26 lutego 1986 r. prezesem zarządu została dr Barbara Siwińska.



Po honorowaniu stoją od lewej mgr Jacek Zawierucha, dr Ryszard Zawadzki, dr Barbara Siwińska, dr Ewa Kapała oraz mgr Zbigniew Brenda

Pamiątkowy dyplom i kwiaty, które jej tego wieczoru wręczono, były jednak dla pani doktor zaskoczeniem.

Ona już myśli o tym, co dalej. A przecież w 2014 r. przypada 50-lecie powstania śremskiego koła PTL. I jak zapewniła zebranych – ma zamiar tego doczekać na swoim stanowisku. Stanowisku wielkiego społecznika, który umie gromadzić wokół siebie ludzi ofiarnych i gotowych na społeczne zaangażowanie. Który pamięta, by ich uhonorować w chwilach uroczystych. Powiększa się więc stale grono przyjaciół PTL, do którego tego wieczora zarząd główny zaliczył mgr. Jacka Zawieruchę.

I na koniec trzeba wspomnieć, że na każdym uroczystym spotkaniu dr Siwińska promuje młodych, już wybijających się artystów, ale także i wybitnych mistrzów. W tym roku Wieniawskiego na bis grała Celina Kotz, uczennica Poznańskiej Ogólnokształcącej Szkoły Muzycznej II stopnia im. Mieczysława Karłowicza. Ta młoda skrzypaczka od 2004 r. zdobyła już 31 tytułów laureata w 31 konkursach. Ostatnio zablęśla na Konkursie Skrzypcowym im. Henryka Wieniawskiego w Poznaniu. Dla ludzi na co dzień mających do czynienia



Celina Kotz – skrzypaczka

z „obolałą” stroną ludzkości zastrzyk piękna i duchowego wsparcia ma wielkie znaczenie. Daje poczucie sensu, przekonanie, że to, co się robi, to naprawdę wielka i dobra rzecz. Jeszcze tylko opłatek trzeba podzielić z kimś potrzebującym. A to już sprawa świątecznych, pięknie wykonanych aniołków, które co roku, przechodząc w ręce zwycięzców licytacji, zbierają pieniądze dla dzieci w potrzebie, czyli na Świąteczny Talerz Śremski i dla Zespołu Szkół Specjalnych im. Marii Grzegorzewskiej. Nie inaczej było w 2011 r. A bajeczki też dla nich, na zdrowie i na uciechę!

BARBARA NOWICKA



Doktor Ewa Kapała prowadzi aukcję aniołków

K O M U N I K A T

Zgodnie z rozporządzeniem ministra finansów z 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą uprzejmie prosimy o dostarczanie osobiście obowiązkowych polis OC (kserokopii) przez lekarzy posiadających zarejestrowane indywidualne praktyki lekarskie w Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej do działu praktyk, pokój nr 2/3 lub przesłanie pocztą na adres: ul. Nowowiejskiego 51, 61-734 Poznań.

PERYSKOP

czy niski poziom witaminy D przyczynia się do wystąpienia depresji, czy też samo schorzenie w jakiś sposób prowadzi do spadku jej stężenia w organizmie. Według dr. Browna, witamina D może wpływać m.in. na funkcjonowanie neuroprzebieżników i w ten sposób przyczyniać się do zmniejszenia ryzyka depresji. Głównym źródłem witaminy D w organizmie człowieka jest skóra, która produkuje ją pod wpływem promieni słonecznych. Do pokarmów najbogatszych w ten związek zalicza się tłuszcze ryb morskich, zwłaszcza tran, czyli tłuszcz z wątroby dorsza atlantyckiego, a także wątróbkę, żółtko jaj, mleko i jego przetwory. Choć ostatnio pojawia się coraz więcej doniesień na temat powszechnego występowania niedoborów witaminy D, zwłaszcza wśród mieszkańców średnich i podbiegunowych szerokości geograficznych (na obu półkulach), to suplementy, które ją zawierają, najlepiej zażywać po konsultacji z lekarzem.

Naukowcy już wiedzą, dlaczego alkohol uzależnia

Amerykańscy naukowcy po raz pierwszy zaobserwowali, co dokładnie dzieje się w mózgu człowieka po spożyciu alkoholu i dlaczego niektórzy się od niego uzależniają – informuje serwis eScienceNews. Rezultaty badania opublikowano w „Science Translational Medicine”.

Alkohol powoduje uwalnianie się endorfin w obszarach mózgu odpowiedzialnych za powstawanie uczuć przyjemności i bycia nagradzonym. Białka o działaniu podobnym do opiatów są wydzielane w jądrze półkuli i korze oczodołowo-czołowej w reakcji na spożycie alkoholu. Pierwszy raz zostało to bezpośrednio zaobserwowane u ludzi.

– Już od 30 lat przypuszczaliśmy, opierając się na badaniach na zwierzętach, że spożycie alkoholu powoduje powstanie właśnie takiej reakcji, ale aż do teraz nie zaobserwowaliśmy tego u ludzi. To pierwszy bezpośredni dowód na to, że alkohol wpływa ludzi w dobry nastrój – mówi główna badaczka, Jennifer Mitchell

PERYSKOP **onet.pl**

z Ernest Gallo Clinic and Research Center w University of California, San Francisco (UCSF).

Naukowcy zastosowali technikę pozytonowej tomografii emisyjnej (PET) w celu zidentyfikowania konkretnych miejsc w mózgu, które reagują zaraz po spożyciu alkoholu. Przebadano 13 stałych konsumentów napojów zawierających procenty i 12 osób, które nie piją zbyt często. U wszystkich badanych spożycie alkoholu powodowało uwolnienie się endorfin, przy czym im więcej było wydzielonych endorfin w jądrze półleżącym, tym intensywniejsze uczucie deklarowanej przyjemności. Co więcej, im większy był poziom endorfin w korze oczodołowo-czołowej, tym większe poczucie upojenia alkoholowego u stałych konsumentów, ale nie u osób z grupy kontrolnej. – *Wyniki wskazują, że mózgi stałych konsumentów lub osób uzależnionych od alkoholu są zmienione w sposób, który sprawia, że picie jest dla nich przyjemniejsze. Może być to wskazówka, która rzuca światło na to, jak powstaje problem alkoholowy. Silne uczucie bycia nagradzonym może się przyczyniać do spożywania zbyt dużych ilości alkoholu* – tłumaczy Jennifer Mitchell.

Odkrycie konkretnych miejsc w mózgu, w których wydzielane są endorfiny, może się przyczynić do skuteczniejszego leczenia uzależnienia od alkoholu.

Sprawność umysłowa pogarsza się już po 45. roku życia

Zdolność do zapamiętywania, logicznego myślenia i ogólnie zdolności poznawcze zaczynają się pogarszać już od 45. roku życia – wynika z badań, które zamieszcza internetowe wydanie pisma „British Medical Journal”. Zdaniem autorów pracy oznacza to, że metody, które mogą spowolnić ten proces, jak np. zdrowszy styl życia, warto wdrażać wcześniej, zanim zauważymy u siebie objawy demencji. Dotychczasowe badania sugerowały, że sprawność umysłowa spada przeważnie po 60. roku życia, jednak część naukowców nie zgadzała się z tym



PREZENTUJĄ SUBIEKTYWNY ODBIÓR RZECZYWISTOŚCI PRZEZ AUTORA I NIE POWINNY BYĆ UTOŻSAMIANE Z OFICJALNYM STANOWISKIEM WIL KRZYSZTOF OŻEGOWSKI

Dzisiaj, choć nasze środowisko trapią nieco inne (ale czy na pewno!?) problemy, zwrócę Państwa uwagę na coś, co od paru dni dzieje się w cyberprzestrzeni. Zapewne większość słyszała o atakach hakerów występujących pod szyldem „Anonymous” na strony rządowe w różnych krajach, w tym w Polsce (choć rzecznik rządu temu zaprzecza – ale czy to po raz pierwszy rząd udaje, że nic się nie dzieje?). Ataki hakerów i osób z nimi sympatyzujących niestosujących typowego „hakowania”, czyli włamania na atakowaną stronę i np. jej blokowania lub zmianę treści, lecz „spamming”, czyli zarzucanie strony e-mailami w celu jej zablokowania, są częścią naszej rzeczywistości i w zasadzie nie budzą większych emocji (no, może poza właścicielami atakowanej strony).

Tym razem atakami interesują się media na całym świecie, jak i wiele rządów. To zainteresowanie wywołane jest nie tylko skalą ataku i jego adresatami, ale przede wszystkim powodem, czyli wejściem w życie porozumienia oznaczonego akronimem ACTA, czyli *Anti-counterfeiting trade agreement*. ACTA to układ zawarty między Stanami Zjednoczonymi, Australią, Kanadą, Japonią, Koreą Południową, Nową Zelandią, Singapurem i Szwajcarią, do którego mają dołączyć kraje Unii Europejskiej – Polska ma go podpisać 26 stycznia. Jego nazwę można przetłumaczyć jako „porozumienie przeciw obrotowi podróbkami”. Jednak to tłumaczenie może być mylące, gdyż tak naprawdę układ dotyczy specyficznie rozumianej ochrony własności intelektualnej w ogóle, szczególnie w internecie. Ktoś powie: i jaki problem? Przecież własność intelektualną należy chronić. Tak, ale...

Niestety, tych ale jest tyle, że trudno przejść nad nimi do porządku dziennego

bez szerokiej dyskusji. Tymczasem nasz rząd postanowił podpisać traktat bez niej, w tzw. trybie eksperckim – to efekt grundniowej decyzji UE, czyli poprzez zwykłą decyzję rady ministrów. Jak tłumacza przeciwnicy ACTA, jego podpisanie to zgoda na totalną inwigilację w internecie. W efekcie praktycznie każdy może być oskarżony o piractwo, nawet nieświadomie, gdyż np. zamieszczając w sieci filmik z domowej imprezy, w którym „w tle” będzie odtwarzany jakiś utwór, może zostać oskarżony o nielegalne jego wykorzystanie i nieopłacenie tantiem. Przykład może wydawać się komuś absurdalny, ale jak mówią znający temat, tak może być. W jeszcze gorszej sytuacji zostaną postawieni właściciele, administratorzy stron, którzy będą musieli kontrolować wszystko, co się dzieje na ich stronie internetowej, łącznie z zamieszczonymi linkami i komentarzami (i to zanim pojawią się na stronie, a nie jak obecnie po ich zamieszczeniu). Polskie Ministerstwo Kultury i Dziedzictwa Narodowego (fajna nazwa – tak na marginesie.) „oczywiście” nie widzi problemu, czemu dało wyraz w stosownym komunikacie: „Kuriozalnie brzmi zarzut jakoby ACTA przewidywało obowiązek monitorowania użytkowników internetu. Określone w tej umowie środki prawne nie mogą tworzyć barier dla zgodnej z prawem działalności, ani nie mogą naruszać prawa do wolności słowa, sprawiedliwego procesu i prywatności, a także konkurencyjności.”

Nie wiem jak państwu, ale mnie to przypomina niedawne komunikaty ministerstwa „ze zdrowiem w nazwie”, że ustawa refundacyjna jest super i nie widzi ono żadnych zagrożeń. A minister tam „sprawujący władzę” meldował: „Pacjenci są niezagrożeni!”. Jak było (i jest!), potem wszyscy widzieliśmy. Nawet premier zauważył to (sic!) i przerwał swoje ulubione zajęcia, czyli kopanie... piłki. Tym razem, prawdopodobnie także pod wpływem skali i nagłośnienia problemu, minister odpowiadający za informatyzację, a nazywający się jak sieć marketów, poprosił premiera o ponowne przedyskutowanie tematu (co ma nastąpić 23 stycznia). I znowu *déjà vu*. Mam tylko nadzieję, że z lepszym niż w naszym wypadku efektem.

Poznań, 22 stycznia 2012 r.

Dawka informacji **Andrzej Piechocki**

Dziesiątki, setki informacji. Docierają do nas różnymi drogami. Coraz szybciej, przez całą dobę. Informacje zwyczajne, ważne, z ostatniej chwili. Fascynujące, nieprawdopodobne, sensacyjne. Głównym składnikiem dawki są informacje rzeczowe z portali urzędów, instytucji, placówek służby zdrowia.

16-osobowa komisja

Zgodnie ze znowelizowaną ustawą, z początkiem roku 2012 w każdym województwie rozpoczynają działalność komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych. Komisja składa się z 16 członków. Połowę stanowią specjaliści z obszaru medycyny, drugą połowę stanowią eksperci w dziedzinie nauk prawnych. 14 członków powołuje wojewoda, 1 członka powołuje minister zdrowia i 1 członka – rzecznik praw pacjenta. Zadaniem Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych jest ustalenie, czy zdarzenie, którego następstwem była szkoda majątkowa lub niemajątkowa, stanowiło zdarzenie medyczne. Więcej informacji na stronie: www.poznan.uw.gov.pl

WWW.WCO.PL

Najważniejsza inwestycja

19 stycznia br. odbyła się uroczystość zakończenia inwestycji zrealizowanych w Wielkopolskim Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Poznaniu w 2011 r. Gospodarzami spotkania byli Marek Woźniak, marszałek województwa wielkopolskiego, oraz Aleksander Barinow-Wojewódzki, dyrektor WCPiT. W uroczystości udział wzięli wicemarszałek Leszek Wojtasiak.

Najważniejszą inwestycją zrealizowaną w ramach modernizacji Wielkopolskiego Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w 2011 r. była „Rozbudowa budynku głównego poprzez dobudowę Bloku Operacyjnego, pracowni histopatologii oraz oddziału szpitalnego”. Inwestycja pozwoli na szybkie przygotowanie WCPiT – jako jedynej placówki w Wielkopolsce – do wdrożenia programu przeszczepu płuc. Podniesie także w sposób znaczący jakość i dostępność wysokospecjalistycznych usług medycznych w zakresie pul-

monologii i torakochirurgii dla mieszkańców województwa wielkopolskiego. W 2011 r. samorząd województwa wielkopolskiego dofinansował inwestycje prowadzone w WCPiT kwotą 5,4 mln zł.

W latach 2012 i 2013 szpital planuje rozszerzenie działalności diagnostycznej w przygotowywanych pomieszczeniach bloku diagnostyki inwazyjnej oraz kolejne inwestycje ze środków unijnych w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego 2007–2013, m.in. powiększenie poradni przyszpitalnej i rozbudowę budynku administracji oraz modernizację pawilonu nr 1 w szpitalu w Ludwikowie.

WWW.UMWWW.PL

Nowy rzecznik ministra

Minister zdrowia zawiadamia, że z dniem 16 stycznia 2012 r. upoważnił Agnieszkę Gołąbek do pełnienia funkcji rzecznika prasowego ministra zdrowia. Zmiany organizacyjne wynikają z chęci usprawnienia polityki informacyjnej resortu, szczególnie w trakcie wprowadzania tak ważnych dla pacjentów i środowisk medycznych zmian systemowych. Minister zdrowia jest przekonany, że Agnieszka Gołąbek będzie prowadzić sprawną i wychodzącą naprzeciw dziennikarzom politykę informacyjną resortu. Uruchomiony został również oficjalny profil Ministerstwa Zdrowia na portalu Twitter http://twitter.com/MZ_Rzecznik.

WWW.MZ.GOV.PL

Noworocznie z wicewojewodą

Wicewojewoda wielkopolski Przemysław Pacia złożył życzenia wszelkiej pomyślności uczestnikom spotkania noworocznego w Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej. Sporo uwagi podczas uroczystości poświęcono rozmowom o ustawie refundacyjnej i kontraktowaniu usług medycznych.

Zgodnie z wcześniejszymi zapowiedziami, lekarze odstąpili od dotychczasowego protestu. Lekarze nie będą już na receptach przystawiać pieczętek z napisem: „Refundacja leku do decyzji NFZ”, informacja o refundacji znajdzie się w dokumentacji medycznej pacjenta.

WWW.POZNAN.UW.GOV.PL

PERYSKOP

onet.pl

poglądem. Badacze z Francji, Wielkiej Brytanii i Stanów Zjednoczonych przeanalizowali dane zbierane przez 10 lat w grupie ponad 7000 osób: 5198 mężczyzn oraz 2192 kobiet. Wszyscy byli urzędnikami państwowymi w wieku 45–70 lat i uczestnikami szeroko zakrojonego studium Whitehall II. W okresie badań trzykrotnie oceniano ich sprawność umysłową – tj. zdolność logicznego myślenia, pamięć krótkotrwałą, zasób słownictwa oraz tzw. płynność werbalną, czyli biegłość w posługiwaniu się słownictwem. Pamięć krótkotrwałą sprawdzano w ten sposób, że najpierw zaprezentowano badanym listę 20 słów jedno- lub dwusylabowych, a następnie w ciągu 2 min mieli oni spisać wszystkie te, które udało im się zapamiętać. Test na logiczne myślenie składał się z serii 65 zadań matematycznych oraz werbalnych o rosnącym stopniu trudności i analizował zdolność badanych osób do identyfikacji schematów, zasad i reguł. Aby ocenić płynność werbalną urzędników, poproszono ich, by w ciągu minuty spisali jak najwięcej słów zaczynających się na literę „S” i – również w ciągu minuty – jak najwięcej nazw zwierząt. W analizie uwzględniono poziom wykształcenia badanych osób.

Okazało się, że wszystkie sprawdzane zdolności umysłowe – poza zasobem słownictwa – słabły już po 45. roku życia, przy czym szybsze ich pogarszanie się obserwowano w starszych grupach wiekowych. Na przykład, zdolność logicznego myślenia obniżyła się w okresie badań o 3,6 proc. u mężczyzn i kobiet w wieku 45–49 lat. W grupie wiekowej 65–70 lat spadek ten wyniósł 9,6 proc. u mężczyzn i 7,4 proc. u kobiet. Zdaniem autorów pracy, dowodzi to, że zdolności umysłowe zaczynają słabnąć przed 60. rokiem życia, co jest widoczne już u osób w wieku 45–49 lat. Zdaniem prowadzącej badania dr Archany Singh-Manoux z Centrum Badań Epidemiologicznych i Zdrowia Populacyjnego we Francji oraz z Collegium Uniwersyteckiego w Londynie, określenie wieku, w którym rozpo-

czyną się proces pogorszenia sprawności umysłowej, jest ważne, bo stwarza możliwość wcześniejszego zastosowania metod, które mogą go spowolnić. Im wcześniej to zrobimy, tym efekty będą lepsze. Jak przypominają naukowcy, istnieje wystarczająco dużo danych dowodzących, jak istotny wpływ na występowanie demencji ma styl życia i obecność czynników ryzyka chorób układu krążenia w wieku dorosłym.

Badania wskazują, że nasilenie takich czynników, jak nadciśnienie, otyłość i zbyt wysoki poziom cholesterolu w średnim wieku może mieć większe znaczenie niż w wieku podeszłym.

Dlatego kontrola wymienionych czynników poprzez zmianę stylu życia na zdrowszy oraz stosowanie leków powinna być wdrażana jak najwcześniej. To co jest dobre dla naszego serca, jest też korzystne dla naszej głowy – podkreślają autorzy pracy.

Według nich, zrozumienie starzenia się mózgu będzie jednym z wyzwań obecnego stulecia, zwłaszcza że ciągle wzrasta oczekiwana długość życia ludzi.

Ryzyko zawału serca znacznie wyższe po utracie bliskiej osoby

W pierwszej dobie po utracie ukochanej osoby ryzyko zawału serca wzrasta ok. 21 razy ponad normę – wynika z amerykańskich badań, o których informuje „Circulation”.

W ciągu pierwszego tygodnia jest ono wyższe kilkukrotnie i choć stopniowo spada, utrzymuje się na wyższym poziomie co najmniej przez miesiąc. Jest to związane z tym, że intensywny żal jest dodatkowym obciążeniem dla serca – oceniają badacze. Naukowcy z Beth Israel Deaconess Medical Center w Bostonie doszli do takich wniosków po przeanalizowaniu danych zebranych w grupie ok. 2 tys. pacjentów, którzy w ciągu ostatnich pięciu lat przeszli zawał serca.

W najnowszych badaniach ok. 14 proc. (270) osób, które przebyły zawał, straciło kogoś ważnego w życiu w ciągu poprzednich 6 miesięcy, z tego 19 osób w ciągu poprzedniej doby.



Operacja styczzeń

Orkiestra Lekarzy przy Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej „Operacja Muzyka” rozpoczęła nowy rok dynamicznie i z nowym repertuarem. Dwa koncerty już za nami – jeden w poznańskim kościele jak zawsze gościnnej parafii św. Karola Boromeusza, a drugi 15 stycznia w Auli Centrum Dydaktycznego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie.

Tym razem przygotowaliśmy utwór Bacha, dzięki któremu publiczność mogła dostrzec talenty lekarzy dotychczas schowanych za pulpitemi jako część zespołu. Znany Koncert podwójny d-moll J.S. Bacha, jeden z najpiękniejszych dialogów w literaturze skrzypcowej, zagrali Dagmara Karolewska i Robert Siwek. Ich niezwykła wrażliwość muzyczna, a także radość grania i profesjonalne podejście do wyzwania, jakim był ów koncert, sprawiły, że praca nad tym utworem, a potem występy, były dla wszystkich piękną muzyczną przygodą. Jak zawsze w styczniu, graliśmy też kolędy w ciekawych opracowaniach, a ponadto

„Komeda Reflections”, które stają się powoli naszą wizytówką (podkreślając skojarzenie: Komeda = muzyka + lekarz + Wielkopolska).

Zarówno w Poznaniu, jak i w Warszawie publiczność przyjęła nas bardzo serdecznie. Szkoda, że do wielkiej Auli UM dotarła tylko część lekarzy melomanów, ale w tym samym czasie odbywał się koncert Chóru Farmaceutów, co umożliwiło wszystkim zainteresowanym udział w obu wydarzeniach. Nie liczba jednak jest istotna, a jakość – i zawsze gra się dla tego jednego potencjalnego słuchacza, który doceni każdą frazę.

Cieszy nas również, że nowy rok rozpoczęliśmy owocną współpracą z innymi muzycznymi zespołami lekarzy – w Poznaniu wystąpił z nami Chór WIL, a do Warszawy pojechaliśmy na zaproszenie Orkiestry Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, która zaprezentowała się podczas drugiej części koncertu. A ten intensywny styczeń to tylko zapowiedź, że sporo się jeszcze w tym roku będzie działo w Operacji Muzyka – zapraszamy na kolejne koncerty!

ZDJĘCIA JACEK JURASZEK



Lekarze – patroni wielkopolskich ulic

Ksawery Zakrzewski

Doktor Ksawery Zakrzewski (1876–1915) – społecznik, działacz niepodległościowy oraz współtwórca wielkopolskiego harcerstwa

Jak pisze dr W. Witczak w „Kronice Miasta Poznania”: Pamięć po zmarłym poznańskim lekarzu i działaczu narodowym okazała się krótkotrwała i nie wykroczyła poza granice lokalne, choć w 1921 r. Naczelna Rada Harcerska nadała Zakrzewskiemu tytuł Honorowy Harcerz Rzeczypospolitej. Szczęśliwie jego imieniem nazwano ulicę w Poznaniu (na Wino-gradach), co daje nam pretekst do przypomnienia tej niezwykle zasłużonej dla Wielkopolski postaci.

Zakrzewski urodził się w Wełnie koło Gniezna jako syn Tomasz, właściciela ziemskiego, i Zofii z Lossowów. Ukończył gimnazjum w Gnieźnie, gdzie przesował Towarzystwu Tomasza Zana. Medycynę studiował w Lipsku i Wurzburgu. Tam w 1903 r. uzyskał doktorat na podstawie pracy „Zur Statistic und Casuistic der Rückenmarkstumoren”. Następnie szkolił się z zakresu dermatologii i urologii w klinikach Paryża i Berlina, po czym w 1905 r. zamieszkał na stałe w Poznaniu. Początkowo prowadził gabinet przy ul. Ratajczaka 30 (posiadał wtedy pierwszy aparat rentgenowski w Poznaniu), potem kolejno przy ul. 27 Grudnia 4,

pl. Wolności 9 oraz w szpitalu wojskowym przy ul. Berwińskiego.

Jeszcze podczas studiów w Berlinie wstąpił do Towarzystwa Gimnastycznego Sokół, a po pewnym czasie został prezesem gniazda Berlin – I Śródmieście. Od przyjazdu do Poznania do śmierci był prezesem poznańskiego Sokola. Wprowadził do programu zajęć wychowanie obywatelskie i oświatę ludową, m.in. poprzez lekcje języka polskiego, historii i literatury ojczyzny oraz geografii ziem polskich. Jak pisał: „Sokół polski nie jest organizacją jednostek dla gimnastyki, lecz organizacją fizycznych i moralnych sił jednostek dla celów wyższych, ogólniejszych”. Był również współredaktorem dwutygodnika „Sokół”, współzałożycielem „Kuriera Poznańskiego” oraz od 1903 r. członkiem konspiracyjnej Ligi Nar-



dowej. Swą wizję rozwoju młodzieży wspierał również jako prezes Towarzystwa Czytelni Ludowych w Poznaniu, współzałożyciel Klubu Wioślarskiego oraz inicjator harcerstwa wielkopolskiego. Tak działalność ojca wspominał syn, prof. Zbigniew Zakrzewski: „Działał w Lidze Narodowej, dążąc do oswobodzenia Polski z pięć niewoli; właśnie w towarzystwie Sokół i harcerstwie widział siły zdolne do działania w przygotowaniu powstania zbrojnego”.

Do bliskich przyjaciół Zakrzewskiego należeli prof. Adam Karwowski, dr Tadeusz Szulc, dr Bolesław Krysiwicz, ks. Arkadiusz Lisiecki (późniejszy biskup śląski) oraz prof. Heliodor Świącicki. Zakrzewski wspierał też działalność społeczno-charytatywną, m.in. poprzez aktywność w Towarzystwie Pomocy Naukowej oraz w Towarzystwie Opieki nad Dziećmi Katolikami w Poznaniu.

Zmarł młodo, w wieku 39 lat. Pozostawił żonę – Janinę z domu Dygat, nauczycielkę języka francuskiego, oraz trójkę małych dzieci: Janusza (późniejszy architekt), Halinę (późniejsza docent chemii w Gdańsku) i Zbigniewa (późniejszy profesor ekonomii oraz znawca i miłośnik Poznania). Jego pogrzeb stał się manifestacją kilku tysięcy poznaniaków, w tym 600 sokołów i skautów. Jego grób znajduje się na Cmentarzu Zasłużonych Wielkopolan na Wzgórzu św. Wojciecha.

Atmosfera w okresie PRL nie sprzyjała kultywowaniu pamięci działacza o poglądach endeckich i katolika, jednak w 1980 r. został patronem Szkoły Podstawowej nr 63 przy ul. Starołęckiej 142 w Poznaniu.

Niech podsumowaniem tego krótkiego biogramu będą słowa samych harcerzy po śmierci Zakrzewskiego: „Za tak szczerze i serdeczne zaopiekowanie się ruchem harcerskim my – młodzież polska byłego zaboru pruskiego – nie zapominamy, iż żył wśród nas skaut dojrzały, obywatel, rycerz Polak, którego posiew myśli bujnie wydał żniwo”.

DR HAB. ANDRZEJ GRZYBOWSKI,
PROF. UWM
AE.GRZYBOWSKI@GMAIL.COM

Spotkanie z arcybiskupem

13 stycznia w budynku dawnej Akademii Lubrańskiego na Ostrowie Tumskim odbyło się doroczne spotkanie opłatkowo-noworoczne księdza arcybiskupa Stanisława Gądeckiego z przedstawicielami poznańskiego środowiska medycznego. Uczestnicy wysłuchali wystąpienia arcybiskupa poznańskiego podsumowującego uprzedni rok. W imieniu środowiska życzenia gospodarzowi złożył prof. Zbigniew Kwias. Wieczór był okazją do wielu sympatycznych rozmów.



Poznań, 9-10 marca 2012 r. Centrum Kongresowo-Dydaktyczne UM, ul. Przybyszewskiego 37

9 Ogólnopolskie Repetytorium Pulmonologiczne

Organizator:

Stowarzyszenie Wspierania Pulmonologii Poznańskiej

Patronat Honorowy:

Katedra i Klinika Pulmonologii,
Alergologii i Onkologii Pulmonologicznej
Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Opiekunowie naukowci:

Prof. dr hab. med. Halina Batura-Gabryel
Prof. dr hab. med. Witold Młynarczyk

Tematy wiodące:

Sesje satelitarne
Zakażenia układu
oddechowego dziś

Problemy diagnostyczne
pulmonologii – przegląd
przypadków

Choroby płuc o wzrastającej
częstości występowania

Terapia chorób układu
oddechowego – state of art

Prawne i społeczne aspekty
działalności lekarza

Pulmonologiczne choroby
sieroco

Varia

Warsztaty dla pielęgniarek
pulmonologicznych

Warsztaty pulmonologiczne
dla dziennikarzy

Albert Schweitzer – lekarz uczący szacunku dla życia
– i towarzystwo jego imienia w Poznaniu

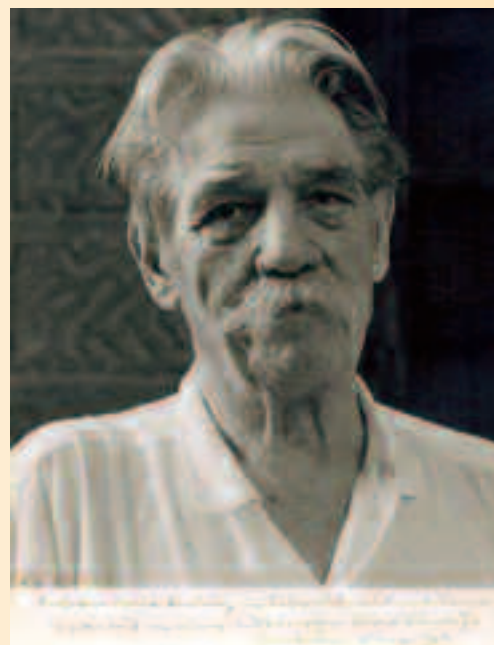
Towarzystwo Schweitzerowskie

Polskie Towarzystwo im. Alberta Schweitzera w Poznaniu powstało na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu w listopadzie 2010 r. To dobra wiadomość dla wszystkich zainteresowanych osobą wielkiego lekarza i działalnością inspirowaną jego nadzwyczajnym życiem i dziełem. Pracownicy Zakładu Psychologii Klinicznej UMP, Katedry Nauk Społecznych i Kliniki Psychiatrii pragną szerzej rozpropagować w Polsce dokonania urodzonego w Alzacji laureata Pokojowej Nagrody Nobla. Członkowie towarzystwa utrzymują współpracę z darzonym ogromną estymą i szacunkiem prof. Henrykiem Gaertnerem z Krakowa, który w minionych czasach, przełamując granice polityczne i geograficzne, dążył do propagowania myśli schweitzerowskiej za żelazną kurtyną i zapisał wiele kart historii jej obecności w Polsce. Za przełomowe wydarzenie dla polskich miłośników Alberta Schweitzera uznaje się założenie Ogólnopolskiej Sekcji Schweitzerowskiej związanej z krakowskim oddziałem Polskiego Towarzystwa Szpitalnictwa w 1975 r. Sekcję przekształcono w 1985 r. w samodzielne Polskie Towarzystwo Schweitzerowskie. W 1998 r. problematykę schweitzerowską podjęła też Światowa Akademia Medycyny im. Alberta Schweitzera w Warszawie, powołana przez prof. Kazimierza Imielińskiego na bazie Polskiej Akademii Medycyny. Dziś PTAS w Poznaniu pełni odpowiedzialną funkcję kontynuatora towarzystwa założonego przez prof. Henryka Gaertnera 27 lat temu w Krakowie.

Towarzystwo nieustannie rozwijało się i dążyło do podnoszenia wartości humanistycznych wszędzie tam, gdzie dokonuje się niesienie pomocy potrzebującym. Równocześnie zakotwiczenie jego struktur wśród pracowników naukowych Uni-

wersytetu Medycznego w Poznaniu pozwala oczekiwać działalności o charakterze naukowym i dydaktycznym.

Nawiązano już kontakt z drezdeńskim Albert-Schweitzers-Freundeskreis w Niemczech. Zorganizowano dwie konferencje naukowe (lata 2007 i 2009) na Uniwersytecie Medycznym i jedną międzynarodową we współpracy z Uniwersytem im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Instytutem Kultury Europejskiej w Gnieźnie. Towarzystwo współorganizowało kilka innych wydarzeń o zasięgu krajowym i międzynarodowym. Przykładem działalności jego członków jest konferencja „Uzdrowiająca moc sztuki”, która odbyła się w Wielkopolskim Centrum Onkologii 12 grudnia 2011 r. W serii Konteksty Społeczno-Kulturowe Zdrowia i Medycyny wydano monografię „Życie i dzieło Alberta Schweitzera inspiracją dla współczesnej bioetyki” (2008 r.). Wśród autorów prezentujących swe idee w tej publikacji obok pracowników UMP znaleźli się przedstawiciele Akademii Muzycznej i UAM. Jesienią 2009 r. w Centrum Kongresowo-Dydaktycznym na małej wystawie pokazano część „schweitzerianów” ze zbiorów zgromadzonych przez poznańskich miłośników Alberta Schweitzera, którzy zebrali niebagatelną kolekcję pamiątek związanych z życiem i działalnością patrona swego towarzystwa. Dziś mogą się poszczycić bogatą kolekcją książek, artykułów, znaczków, a nawet okolicznościowych medali z wizerunkiem Alberta Schweitzera. Obecnie Towarzystwo dysponuje zbiorem ok. 500 niemiecko-, angielsko- i polskojęzycznych publikacji, które czekają na skatalogowanie. Towarzystwo chciałoby, by ciągle powiększany księgozbiór był otwarty dla wszystkich zainteresowanych – nie tylko lekarzy, psychologów i przedstawicieli i innych zawodów medycznych, ale też teologów, filozofów czy muzyków.



Pod koniec listopada 2010 r. towarzystwo zostało zarejestrowane w sądzie i oficjalnie rozpoczęło działalność, którą można śledzić na stronie internetowej www.albert-schweitzer.ump.edu.pl.

Celem członków stowarzyszenia jest szerzenie wartości humanistycznych na gruncie medycznym, m.in. poprzez organizację konferencji, przedsięwzięć kulturalnych i publikowanie prac o charakterze naukowym. Swoją ofertę, korzystając z bogactwa dziedzictwa duchowego Schweitzera, kierują jednak nie tylko do kręgów medycznych. Osoby stowarzyszone w PTAS chcą, by fundamentalne zasady szacunku dla życia i kultury duchowej w każdym ich przejawie znajdowały wyraz w codziennym życiu.

DR BOGUSŁAW STELCER



**Prywatna Lecznica
CERTUS poszukuje
lekarzy specjalistów:**

**Anestezjologa
Radiologa**

Prosimy o kontakt pod nr
tel. 507 003 855, lub
przesłanie oferty na adres:
kierownik.dp@certu

Tlen hiperbaryczny panaceum... ale nie na wszystko

Dlaczego leczę swoje rany przez kilkanaście lat i wcześniej nikt mi nie powiedział o takiej terapii? To pytanie zadawane przez wielu pacjentów, którym udaje się do nas trafić i rozpocząć terapię tlenem hiperbarycznym (HBO). Rekordzistką jest pacjentka z raną leczoną bez skutku przez 27 lat. Dopiero ekspozycja na tlen hiperbaryczny doprowadziła do zapoczątkowania procesu gojenia i zamknięcia rany.

Wielkopolskie Centrum Terapii Hiperbarycznej i Leczenia Ran działa od stycznia 2011 r. i jest jednym z kilku tego typu ośrodków w Polsce, przy ponad 500 komorach w Europie. Jest to młoda placówka, która w ramach podpisanej umowy z NFZ leczy pacjentów z całego kraju. Chorzy, lekarze czy jednostki kierujące nie ponoszą żadnych kosztów leczenia wynikających z kierowania tutaj swoich pacjentów.

Medycyna hiperbaryczna jest dziedziną nauk medycznych, w której wykorzystuje się działanie stuprocentowego tlenu podawanego pacjentom pod ciśnieniem wyższym od atmosferycznego (1 atm). Ciśnienie wywierane na pacjenta poddawanego terapii hiperbarycznej wyrażane jest sumą ciśnienia atmosferycznego i ciśnienia panującego w komorze, najczęściej jest to ciśnienie rzędu 2,5 ATA (atmosfery absolutnej). W takim ciśnieniu tlen nie tylko łączy się w maksymalnej ilości z hemoglobina, ale także fizycznie rozpuszcza się w osoczu. Oddychanie stuprocentowym tlenem w warunkach hiperbarii prowadzi do wzrostu ilości tlenu w surowicy do ok. 50 ml/l. Pokazały to m.in. doświadczenia holenderskiego chirurga Ite Boeremy, który przez większość autorów uważany jest za ojca nowoczesnej medycyny hiperbarycznej. W 1959 r. Boerema i wsp. przeprowadzili eksperyment, w którym

przez 45 min utrzymali przy życiu pozbawione krwinek czerwonych zwierzęta, poddane ekspozycji na stuprocentowy tlen w komorze hiperbarycznej przy ciśnieniu 3 ATA, w sytuacji gdy poziom hemoglobiny wynosił jedynie 0,04 g/dl. To doświadczenie pokazało, że do życia w warunkach hiperbarii tlenowej wystarcza tlen rozpuszczony w surowicy. Wyniki eksperymentu Boeremy ciągle są podstawą leczenia tlenem hiperbarycznym.

Korzystne działanie tlenu hiperbarycznego w gojeniu się ran wynika głównie z następujących mechanizmów:

- dostarczenia zwiększonej ilości tlenu do niedokrwionych i niedotlenionych tkanek i narządów,
- zmniejszenia obrzęku tkanek,
- poprawy krążenia krwi,
- wspomagania mechanizmów odpornościowych,
- działania bakteriobójczego i bakteriostatycznego,
- neoangiogenezy.

Kwalifikacja do leczenia w komorze hiperbarycznej odbywa się ze wskazań ostrych i przewlekłych, zgodnie z zasadami tzw. medycyny opartej na faktach (*evidence based medicine*).

Głównymi wskazaniami ostrymi są:

- choroba dekompresyjna,
- zatory gazowe,
- zatrucia tlenkiem węgla, methemoglobinemia,
- martwicze zakażenia tkanek miękkich, beztlenowe i mieszane,
- ostre niedokrwienie tkanek miękkich,
- obrażenia mięśniowo-szkieletowe,
- obrażenia wielonarządowe, przede wszystkim zespoły kompartmentalne i następstwa urazów zmiążdżeniowych,
- oparzenia termiczne,
- nagła głuchota idiopatyczna,
- głuchota po urazie akustycznym.

Wskazania przewlekłe to przede wszystkim:

- popromienne uszkodzenie tkanek i narządów,
- trudno gojące się rany:
 - zespół stopy cukrzycowej w cukrzycy typu 1 i 2,
 - zakażenia, martwica kikuta po amputacji,
 - zapalenie skóry i tkanki podskórnej,
 - rozlane złośliwe zapalenie ucha zewnętrznego,
 - owrzodzenia odleżynowe,
 - owrzodzenia troficzne kończyn dolnych,
- zapalenie i martwica kości,
- przeszczepy skóry zagrożone martwicą,
- zakażenia rany pourazowej,
- zapalenie mostka,
- zapalenie pooperacyjne śródpiersia,
- niestabilność mostka,
- ropnie:
 - ropnie wewnątrzczaszkowe,
 - ropień płuca,
 - ropień opłucnej,
 - ropień wątroby,
- promienica.

Światowa lista wskazań do leczenia tlenem hiperbarycznym ciągle się powiększa w miarę publikowania kolejnych prac naukowych z tej dziedziny.

W skuteczność HBO w wymienionych chorobach obecnie nikt już nie wątpi, potwierdzają to także liczne badania. Stosowanie leczenia tlenem hiperbarycznym w połączeniu z innymi metodami skraca czas i obniża koszty terapii. Opracowaniem medycznym podsumowującym korzystne efekty leczenia tlenem hiperbarycznym jest obszerny artykuł *Hyperbaric oxygen therapy for difficult wound healing: systematic review of clinical effectiveness and cost-*



effectiveness opublikowany w „Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health” w 2010 r. Skróc tego opracowania pt. *Skuteczność kliniczna i współczynnik kosztów i skuteczności tlenoterapii hiperbarycznej w leczeniu trudno gojących się ran – przegląd systematyczny* zamieszczono w czasopiśmie „Medycyna Praktyczna” 2011/04.

Jesteśmy też zasypywani pytaniami o korzystny wpływ tlenu hiperbarycznego na cellulitis, zmarszczki, kurze łapki, pajęczki, worki pod oczami, urodę, witalność i długowieczność. Niestety powyższy artykuł nie zawiera jeszcze tych wskazań, ale może w przyszłości?

Terapia hiperbaryczna jest bezpieczna przy zachowaniu technicznych i medycznych środków ostrożności. Bezwzględny przeciwwskazaniem do leczenia w komorze hiperbarycznej jest nieodbarczona odma opłucnowa, dlatego w każdym przypadku na etapie kwalifikacji chorego do leczenia tlenem hiperbarycznym niezbędne jest zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej. Innymi badaniami koniecznymi przed rozpoczęciem terapii HBO są EKG, a w przypadku chorych z nagłym niedosłuchem – audiogram.

Do leczenia tlenem hiperbarycznym kierować może lekarz każdej specjalności posiadający umowę z NFZ na druku jak do poradni specjalistycznej. Rozpoczęcie leczenia w naszym ośrodku każdorazowo poprzedzone jest specjalistyczną konsultacją, która po uzgodnieniu telefonicznym może się odbyć codziennie i wykonywana jest przez lekarza dyżurnego komory. Jesteśmy przygotowani do leczenia pacjentów w każdym wieku, jak również w różnym stanie klinicznym – także nieprzytomnych i wentylowanych mechanicznie. Ci ostatni to głównie chorzy z ciężkimi zatruciami tlenkiem węgla. W takich przypadkach kwalifikację do leczenia tlenem normobarycznym lub hiperbarycznym ustala lekarz dyżurny toksykolog na Oddziale Toksykologii Szpitala im. F. Raszei (tel. 61 847 69 46).

Główną grupę odbiorców świadczeń medycznych w naszym ośrodku stanowią pacjenci przyjmowani w trybie planowym, najczęściej z powodu niegojących lub trudno gojących się ran o różnej etiologii. Wielkopolskie Centrum Terapii Hiperbarycznej i Leczenia Ran mieści się w Poznaniu na terenie Centrum Medycznego HCP. Ośrodek prowadzony jest przez zespół lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii, medycyny ratunkowej, konsultantów specjalistów chirurgii i dermatologii oraz wykwalifikowany zespół pielęgniarzy z dużym doświadczeniem w pracy na oddzia-

łach intensywnej terapii. Wspomagamy naszą technologią medyczną pracę chirurgów, ortopedów, onkologów, dermatologów, laryngologów, internistów i oczywiście lekarzy rodzinnych, którzy w swojej codziennej praktyce najczęściej mierzą się z problemem niegojących się ran.

Koleżanki i kolegów zainteresowanych współpracą i wspólnym leczeniem pacjentów zapraszamy do odwiedzenia naszej strony internetowej www.hiperbariapoznan.pl lub prosimy o bezpośredni kontakt telefoniczny: 61 831 10 75. Bardzo miło będzie nam również gościć Was w naszym ośrodku i pokazać naszą pracę w komorze hiperbarycznej, zwanej piesszczotliwe HIPEC.

MACIEJ NASKRĘT, ALEKSANDRA FRYŚ

OD 1 STYCZNIA W TERMEDICE!

os. Bolesława Chrobrego 101, Poznań

**NOWE PORADNIE (NFZ):
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA,
PORADNIA OKULISTYCZNA,
PORADNIA LECZENIA
UZALEŻNIEŃ**

**ZAPRASZAMY TAKŻE
NA BADANIA
ENDOSKOPOWE W RAMACH
KONTRAKTU Z NFZ:**

**GASTROSKOPIA
I KOLONOSKOPIA**

TERMEDICA MSZL
NFZ

Zespół Gabinetów Specjalistycznych
Poradnia Lekarza Rodzinnego

NFZ

os. Bolesława Chrobrego 101, Poznań
rejestracja telefoniczna

**61 822 56 03 / BUDYNEK 1
61 820 80 60 / BUDYNEK 2**

Czynne codziennie **8.00–20.00**

Rekordowe loty w Namibii

Mała farma Kiripotib, centrum Namibii, środek afrykańskiego lata... Cóż to może oznaczać dla pilota szybowcowego? Tylko jedno – doskonałe latanie: wysoko i na kilkusetkilometrowych trasach, często ponad 1000 km.

Do wyprawy szykowałem się pół roku. Najważniejsze było wynajęcie odpowiedniego szybowca. Tutaj najczęściej lata się na szybowcach o dużej rozpiętości skrzydeł i z własnym napędem umożliwiającym samodzielny start, a następnie schowanie silnika, by kontynuować lot w stylu szybowcowym. Ciekawą ofertą okazał się niemiecki Antares 20E z silnikiem napędzanym energią elektryczną i o 20-metrowej rozpiętości skrzydeł. Zdecydowałem się na termin grudniowo-styczeniowy. W Namibii to środek lata, kiedy pustynia Kalahari nagrzewa się do temperatury 40 stopni.

Do Windhoek, stolicy Namibii, dotarłem 26 grudnia. Stąd kierowca przewiózł mnie do Kiripotib – uroczą farmy położonej na północnym skraju pustyni Kalahari. To jeden z trzech

ośrodków szybowcowych w tym kraju, kierowany przez niemieckiego pilota Berndą Dolbę.

Pierwszego dnia poznawałem teren, oblatując trasę długości 600 km. To na warunki europejskie duży dystans. Na wschód wlatuje się głęboko w przestrzeń Botswany, na zachód dolatuje się do 300-kilometrowego pasma gór o wysokości 1500–2000 m, nazwanego przez pilotów Kante. Wzdłuż tych gór często powstają doskonałe warunki termiczne, pozwalające na wykonywanie długich lotów po prostej bez konieczności krążenia w kominach termicznych. Wszystko to jest piękne, dopóki nie spojrzysz na teren, nad którym przychodzi latać. Czasami można liczyć na pojedyncze lotniska połowe. Sytuacja jest jeszcze trudniejsza nad Botswaną. Tutaj stopień zaludnienia jest zdecydowanie mniejszy. Oczywiście dla bezpieczeństwa szybowce są wyposażone w silniki ukryte w kadłubie. Jednak mój ekologiczny silnik zaopatrywany jest przez baterie o ograniczonej mocy.

W trakcie kolejnych dni wykonuję przeloty długości 600–700 km. Stopniowo poznaję teren, oswajam się z widokiem bezludnych przestrzeni

Botswany i skalistych pasm górskich na zachodzie. Pierwszy atak na dystans 1000 km przypuszczam 31 grudnia. Do tej pory tylko 7 Polaków pokonało taką trasę. Pierwszym z nich był legendarny Henryk Muszczyński. Ja kilkakrotnie podejmowałem próby pokonania takiego dystansu – zarówno w Polsce, jak i w Afryce. Niestety, jak dotąd nadaremnie. Czasami brakowało kilkudziesięciu kilometrów. Lot na tak długiej trasie wymaga nie tylko sporych umiejętności, ale także wytrwałości i odpowiedniej kondycji. Wszak w powietrzu trzeba spędzić 9–10 godzin. Na dodatek kodeks sportowy nakazuje wyznaczenie i zadeklarowanie trasy przed startem ziemnym. Nie zawsze można precyzyjnie przewidzieć, jak ułożą się warunki atmosferyczne i czy starczy dnia na ukończenie zadania. W Polsce pozostaje czasem lądowanie w terenie przygodnym lub lot do najbliższego lotniska. W Namibii na takie rozwiązanie nie należy liczyć. Trzeba po prostu w porę ocenić, czy starczy termiki lub zwyczajnie czy noc nie zaskoczy nas w powietrzu. Wycofuję się po pokonaniu 940 km.

Kolejna szansa pojawiła się już kolejnego dnia. I znów zabrakło odrobiny szczęścia. Przeleciałem 960 km i na dodatek lądowałem na odległym o 136 km od Kiripotib lotnisku w Gobabis tuż przed zachodem słońca.

3 stycznia ponowna próba. Mimo późnego odejścia na trasę pojawiają się realne szanse pokonania 1000 km. Początkowo lot przebiega w bardzo dobrych warunkach. Zagłębiam się daleko w obszar bezludnej Botswany. I znów zdrowy rozsądek i precyzyjna kalkulacja nakazują zawrócić przed drugim punktem zwrotnym. Lądując tuż przed zachodem słońca, o 19.35, mam za sobą 956 km i silne przekonanie, że lada dzień „króliczek zostanie złapany”. Może już jutro? Jest 4 stycznia i znów deklaruje trasę trójkąta 1007 km. Pierwszy punkt zwrotny oddalony jest o 250 km na północny wschód od Kiripotib. Osiągam go z dobrą prędkością. Następnie kieruję się na południe, w głąb Botswany. Piękne cumuły pozwalają na szybki lot i osiągnię-



W grudniu 2011 r. redakcja miesięcznika „Menedżer Zdrowia” przyznała prestiżową nagrodę Menedżera Roku w Ochronie Zdrowia w kategorii NZOZ dr. n. med. Jerzemu Kolasińskiemu. Nagrodę wręczył laureatowi minister zdrowia Bartosz Arłukowicz podczas gali w Galerii Porczyńskich w Warszawie 14 grudnia 2011 r. Wyróżnienie zostało przyznane w uznaniu pionierskiej pracy dr. Jerzego Kolasińskiego w dziedzinie niepublicznej ochrony zdrowia. Warto odnotować, że laureat był przewodniczącym Komisji Indywidualnych Praktyk Lekarskich WIL w jej trzeciej kadencji.



cie drugiego punktu zwrotnego. Teraz trzeba przelecieć 300 km na zachód. Niestety po 150 km kończą się chmury i rozpoczyna słaba termika bezchmurna. Pojawiają się wątpliwości, czy starczy czasu. Ostatecznie przebijam się do chmur na zachodzie. Widzę już ostatni punkt zwrotny. Niestety obliczenia nakazują nawrócić na 20 km przed wymarzoną trasą. Szczęście było tak blisko. Lądowanie na lotnisku następuje przy ostatnich promieniach zachodzącego słońca. Tym razem w ciągu 9 godzin przeleciałem 974 km. Zabrakło zaledwie 26 km. Spełnienie marzeń następuje już następnego dnia – 5 stycznia 2012 r. Tym razem zmieniam kształt trasy. Najpierw 150 km na wschód, potem zamiast Botswany lot na zachód, aż do gór i następnie aż 300 km na południe wzdłuż Kante. Stamtąd powrót do Kiripoti. Decyzja okazuje się słuszną. Piękny szlak chmur nad pasmem górskim daje doskonale noszenia. Także pod nim wracam do lotniska. Wysokość 5500 m uzyskana w odległości 150 km pozwala na spokojny dołot do mety. Po 40 latach uprawiania szybownictwa spełniam swoje marzenia – pokonuję magiczną barierę 1000 km i jako ósmy Polak zdobywam tę prestiżową odznakę szybowcową. W międzynarodowym gronie pilotów oblewam ten triumf szampanem.

Po kolejnym dniu relaksu, w czasie którego przelatuję „zaledwie” 873 km, podejmuję próbę pobicia rekordu Polski na trasie trójkąta 400 km. Z każdym dniem przybywa bowiem wilgoci, wszak zbliża się już pora deszczowa, a z nią wieczorne burze. Nie mogąc liczyć na 9-godzinne latanie, stawiam na szybkie oblatywanie krótszych tras z rekordową prędkością. Próba kończy się powodzeniem. Prędkość 154 km/godz. jest dziś najlepszym wynikiem w Polsce. Kolejnego dnia atakuję trasę trójkąta 500 km. Na dwóch bokach trójkąta jest dobrze. Niestety bok trzeci wypada słabiej i ostatecznie nie udaje się odebrać rekordu Januszowi Centce. Ostatniego dnia, na pożegnanie, przelatuję odległość 730 km i ląduję w porowach nadchodzącej burzy.

Opuszczam gościnną Namibię z bilansem przeleciań ponad 10 000 km, spędzonych w powietrzu 91 godzin, wykonanym przelotem 1000 km oraz pobitym rekordem Polski na trasie trójkąta 400 km. Oprócz radości z osiągniętych celów zabieram ze sobą garść doświadczeń oraz kapitał dobrze wykorzystanego treningu, który może zaowocować podczas tegorocznych mistrzostw Polski.

JERZY KOLASIŃSKI

PEŁNA RELACJA Z POBYTU W NAMIBII
ZNAJDUJE SIĘ NA STRONIE
WWW.GLIDING-TEAM.PL

Kulturalna Izba

Planowane wydarzenia kulturalne
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w roku 2012

Kameralny Zespół Muzyczny „Operacja Muzyka”

- 4 marca – koncert „Lekarze w hołdzie Marii Skłodowskiej-Curie” z okazji Międzynarodowego Dnia Chorego w Wielkopolskim Centrum Onkologii, ogród letni, godz. 18.30,
- 6 maja – II Koncert Polskiej Orkiestry Lekarzy w Warszawie,
- 27 maja – parafia św. Karola Boromeusza – koncert podczas całodniowego festynu,
- czerwiec – koncert w plenerze,
- 21 września – koncert w liceum im. K. Komedy-Trzcńskiego w Ostrowie Wielkopolskim,
- 22 września – koncert finałowy festiwalu chórow medyków w Ostrowie Wielkopolskim,
- 21 października – koncert charytatywny w Auli Nova, Poznań,
- listopad/grudzień – adwentowo-kolędowe wieczory muzyczne w Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej.

Kameralny Chór WIL

- luty – koncert „Lekarze w hołdzie Marii Skłodowskiej-Curie” z okazji Międzynarodowego Dnia Chorego w Wielkopolskim Centrum Onkologii, ogród letni godz. 18.30,
- 27 maja – parafia św. Karola Boromeusza – koncert podczas całodniowego festynu,
- czerwiec – koncert w plenerze,
- sierpień – wymiana i wizytacja chóru z Petersburga,
- 21–22 września – I Ogólnopolski Festiwal Chórów Lekarskich w Ostrowie Wielkopolskim,
- 21 października – koncert charytatywny w Auli Nova, Poznań
- listopad/grudzień – adwentowo-kolędowe wieczory muzyczne w Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej.

Wystawy plastyczne

- 22 marca – 8 kwietnia – portrety lekarzy poznańskich autorstwa Tytusa Byczkowskiego, Muzeum Archidiecezjalne na Ostrowie Tumskim,
- wystawa prac malarskich Koła Zajęć Plastycznych,
- wrzesień – poplenerowa wystawa prac poznańskiego środowiska lekarskiego.

PEŁNOMOCNIK PREZESA ORL WIL DS. KULTURY
LEK. DENT. KATARZYNA BARTZ-DYLEWICZ



Z żałobnych kart historii akademickiego sportu

Pożegnaliśmy azetesiaka

26 października 2011 r. na Cmentarzu Junikowskim pożegnaliśmy azetesiaka, wielokrotnego mistrza Polski w skoku wzwyż i biegach przez płotki. Sport uprawiał tylko podczas 5-letnich studiów medycznych w latach 1947–1952. Poprzez swoje osiągnięcia dotożył cegiełkę do budowy sportowego etosu AZS Poznań i poznańskiej uczelni medycznej.

Pułkownik dr med. Jan Skałbania urodził się w 1927 r. w Poznaniu. Podczas okupacji rodzinę wysiedlono do wsi Niegardów koło Krakowa. W latach 1942–1945 mieszkał w Krakowie, ukończył tam szkołę handlową, zaliczył tajne kursy z łaciny i matematyki. Po powrocie w 1945 r. do Poznania uczęszczał wprawdzie do Gimnazjum i Liceum im. Marii Magdaleny, później do Liceum im. J. Paderewskiego, gdzie w 1947 r. uzyskał świadectwo dojrzałości. W tym samym roku rozpoczął studia medyczne na wydziale lekarskim Uniwersytetu Poznańskiego. Studia ukończył w 1952 r. już w Akademii Medycznej.

Powołany do służby wojskowej, po krótkim przeszkoleniu awansowany do stopnia porucznika, rozpoczął pracę lekarską jako młodszy asystent oddziału laryngologicznego Szpitala Wojskowego w Poznaniu.

W 1955 r. zyskał I stopień, a trzy lata później II stopień specjalizacji w zakresie laryngologii. Wiązało się to z awansami zawodowymi na starszego asystenta i kolejnymi awansami oficerskimi. W 1981 r. został pułkownikiem WP. Pracę doktorską obronił w 1965 r. i objął stanowisko ordynatora oddziału laryngologii Szpitala Wojskowego w Poznaniu. Na tym stanowisku pozostał aż do przejścia na emeryturę w 1992 r.

Autor 35 doniesień naukowych, a także filmu o chirurgicznym leczeniu nadmiernie odstających małżowin usznych prezentowanego podczas Międzynarodowego Zjazdu Otolaryngologów Dziecięcych w Poznaniu w 1987 r., członek zarządu Poznańskiego Oddziału Laryngologów Polskich. Za zaangażowanie i regularną pomoc chorym i cierpiącym dzieciom został uhonorowany tytułem Ambasador Fundacji Dr Clown w 2010 r. Jan Skałbania – sportowiec – zawodnik AZS Poznań, akademicki mistrz Polski, mistrz Polski

i reprezentant kraju w lekkiej atletyce. Przez całe studia wyczynowo uprawiał lekką atletykę jako zawodnik AZS Poznań. Przez pięć lat corocznie zdobywał tytułu mistrza Polski zarówno w rywalizacjach akademickich, jak i ogólnych.

Podczas I Akademickich Mistrzostw Polski zdobył tytuł mistrzowski w biegu na 110 m przez płotki, a w 1949 r. został mistrzem Polski w skoku wzwyż. Poprzeczkę pokonywał stylem nożycowym. Gdyby skakał powszechnie już obowiązującą techniką przerzutową, jego osiągnięcia mogłyby być lepsze nawet o 20 cm! W 1950 r. AZS Poznań został drużynowym mistrzem Polski.

Doktor Jan Skałbania był także utalentowanym szachistą. W latach 1945–1946 brał udział w turniejach szachowych. W 1946 r. w turnieju kwalifikacyjnym KH Czarni Poznań zajął I miejsce, pokonując 22 zawodników.

Po latach dr Jan Skałbania, wspominając z nostalgią te piękne chwile związane ze sportem, z dumą dodawał, że wszyscy jego koledzy, zawodnicy AZS, ukończyli studia bądź byli jeszcze studentami. Jego kolegami z bieżni i skoczni byli znakomici sportowcy, azetesiacy – Zdobysław Stawczyk, akademicki mistrz świata, późniejszy rektor AWF, prof. Jan Fibak, sprinter, dr Cyryl Adamski, skoczek wzwyż, dr Janusz Skupny, dyskobol, dr Czesław Śnieżyński i inni. Ówczesny sport wymagał od zawodników wielu wyrzeczeń. Biegało się po bieżniach żużlowych, a ich stan zazwyczaj był fatalny, zeskok do skoku wzwyż był zwyczajną piaskownicą. Lądowanie na takim zeskoku nie należało do przyjemnych, szczególnie w deszczu, i o kontuzję nie było trudno.

Nagroda za tytuły mistrzowskie były wtedy zaledwie dyplomy, nie zawsze zwycięzcy otrzymywali pamiątkowe medale! Liczne tytuły mistrzowskie cenił sobie bardzo wysoko. Wtedy był to sport typowo amatorski, bez stypendiów i profitów. Dla niego sport był radością, wezwaniem do walki ze słabościami, uczył szacunku dla rywala i pokory. W miesięczniku „Fakty AM” (nr 4, kwiecień 2002 r.) w artykule „Etos AZS o zabarwieniu medycznym” dr Jan Skałbania został wymieniony wśród tych, którzy przyczynili się do etosu AZS Poznań i AZS Akademii Medycznej – dziś Uniwersytetu Medycznego. Pułkownik dr med. Jan Skałbania zmarł 19 października 2011 r.

ANDRZEJ DECKERT

Wybrane aspekty etiopatogenezy i immunoterapii zakażeń

W Poznaniu odbyła się Ogólnopolska Konferencja Naukowa „Wybrane aspekty etiopatogenezy i immunoterapii zakażeń”, pod honorowym patronatem: prof. dr. hab. Jacka Wysockiego JM rektora Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Ponad 100 osób wzięło udział w Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej „Wybrane aspekty etiopatogenezy i immunoterapii zakażeń”, która odbyła się w Poznańskim Towarzystwie Przyjaciół Nauk 19 grudnia 2011 r. Jej organizatorami byli Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Komisja Medycyny Laboratoryjno-Klinicznej PTPN oraz Oddział Poznański Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych. Wielkopolską Izbę Lekarską reprezentował dr med. Andrzej Baszkowski. Uroczystego otwarcia dokonał JM rektor Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu prof. dr. hab. Jacek Wysocki, podkreślając znaczenie prezentowanej tematyki, zwłaszcza w kontekście praktyczno-klinicznym. Część merytoryczną konferencji poprzedził minikoncert w wykonaniu niezwykle utalentowanych studentów Akademii Muzycznej w Poznaniu. Słuchacze zachwycili się zwłaszcza wykonaniem suity jazzującej nr 2 Claude’a Bollinga, sonatiny na flet i fortepian Eldina Burtona, a także kolęd „Do szopy”, „Cicha noc”, „Białe Boże Narodzenie”. Szczególnie nobilitująca była obecność prof. dr h.c. Tadeusza Malinskiego z Ohio University (Stany Zjednoczone), który wygłosił wykład inauguracyjny *Bacterial infection of vascular endothelium*. Profesor Malinski przedstawił nowe dane badawcze dotyczące znaczenia NO w przeciwdziałaniu adhezji bakteryjnej, szczególnie wobec komórek śródbłonna naczyniowego, co daje nowe możliwości zapobiegania rozwojowi zakażeń.



Profesorowie Tadeusz Malinski, Czesław Janicki, Jacek Wysocki i Andrzej Szkaradkiewicz

Kolejne wykłady wygłosili:

- prof. Wanda Kocięcka (Poznań) – *Wybrane zagadnienia z zakresu kliniki i diagnostyki inwazji pasożytniczych układu nerwowego*
- prof. Andrzej Denys (Łódź) – *Leki immunostymulacyjne pochodzenia bakteryjnego*
- prof. Andrzej Szkaradkiewicz (Poznań) – *Zasadność leczenia autoszczepionką *S. aureus**
- prof. Czesław Janicki (Poznań) – *Dimer lizozymu (Lydium-KLP) w immunoterapii u zwierząt*
- prof. Zygmunt Muszyński (Poznań) – *„Dymy” chirurgiczne: zagrożenie infekcyjne i toksyczne?*

Omawiane w trakcie Konferencji nowe strategie przeciwdrobnoustrojowe wpisały się w działania Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) związane z apelem „zwalczania lekooporności”.

PROF. DR HAB. ANDRZEJ SZKARADKIEWICZ

W Y C I E C Z K I

W ubiegłym roku Wielkopolska Izba Lekarska zorganizowała wycieczkę do Portugalii. W tym roku planujemy co najmniej dwie wycieczki.

Pierwsza z nich na przełomie maja i czerwca

do krajów nadbałtyckich z Sankt Petersburgiem i Helsinkami.

Będzie to najprawdopodobniej wycieczka samolotowo-autokarowa, trwająca około 10 dni.

Drugi pomysł to wyjazd autokarowy na Ukrainę.

Jest to wycieczka na około 7–8 dni, którą planujemy zorganizować na przełomie sierpnia i września.

- Więcej informacji wkrótce na stronie internetowej www.wil.org.pl w zakładce „Wydarzenia kulturalne i sportowe” i w kolejnym wydaniu Biuletynu.
- Jeżeli mają Państwo jakieś pomysły lub uwagi dotyczące organizacji wycieczek lub pielgrzymek proszę o kontakt telefoniczny bądź mailowy: Jan Skrobisz, tel. 783 993 900; e-mail: biuro@wil.org.pl

NZOZ NA JEŻYCACH
ZATRUDNI:

NEUROLOGA

WTOREK–CZWARTEK
MEDYCyna PRACY

■ WYNAJMIE GABINET
STOMATOLOGICZNY Z RTG

Tel. 506 081 771

Specjalista chorób wewnętrznych, specjalista medycyny pracy

podjęmie współpracę w Poznaniu lub okolicy

Tel. 506 081 771

Wiersze

LEK. MED. RYSZARD
KRAWIEC

KRAŻĄC WOKÓŁ TEMATU...

Miła!
 Chciałbym zostać Twym szaliczkiem
 Lub na piersi – medaliczkiem.
 Broszką bądź kameą być (to sztuka),
 Słyszeć jak Tve serce stuka!
 Albo zwiewną być apaszka
 By łaskotać Cię pod paszką...
 Może chcesz bym był stanikiem
 I pieścił Cię swym dotykiem?
 Nie daj Boże rękawiczką!
 Moja Damo z tą... z... łąsiczką,
 Byś mnie sobie zdejmowała
 Chociaż me uczucie pała!
 Chcę kocykiem Twoim być, pierzynką,
 Albo (może lepiej?) – szminką!
 To dopiero jest rozpusta
 Wciąż się wpijać w Twoje usta!
 Tak, najlepiej być pomadką,
 W końcu jakąkolwiek szmatką
 Twoją! Chusteczką do nosa!
 Byleś była dla mnie bosa!
 Zresztą...

Wszystko to jest żartem, błagą:
 Miła!... Chcę Cię tulić nagą!

Międzyrzecz, 30.09.2002

NZOZ podejmie
współpracę

z lekarzem stomatologiem

w ramach kontraktu
z NFZ
i praktyki prywatnej
(okolice Poznania)
tel. 603 960 656



WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA

BIULETYN INFORMACYJNY WYDAWANY PRZEZ RADĘ OKRĘGOWĄ WIL W POZNANIU

ISSN 1233-2216 Nakład 13 000 egz.

siedziba WIL: 61-734 POZNAŃ, ul. Nowowiejskiego 51

centrala tel. 61 852 58 60; prezes tel. 61 851 87 66;
 praktyki indywidualne tel. 61 851 87 62, rejestr lekarzy tel. 61 851 87 58;
 księgowość tel. 61 851 87 59, faks/tel. 61 851 87 66

e-mail: izba@wil.org.pl www.wil.org.pl

**Konto WIL: PKO BP SA
4. Oddział w Poznaniu
45 1020 4027 0000 1102 0404 3501**

ADRESY DELEGATUR WIELKOPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ:

DELEGATURA W KALISZU

62-800 Kalisz, ul. Poznańska 64
 przewodniczący – lek. dent. Jacek Zabielski
 tel./faks 62 766 41 43, tel. kom. 783 993 908
 sekretarki – Maria Linkowska, Ilona Błaszczyk
wikalisz@neostrada.pl

DELEGATURA W KONINIE

62-502 Konin, ul. Makowa 2
 przewodniczący – lek. dent. Katarzyna Piotrowska
 tel./faks 63 245 66 10, tel. kom. 783 993 909
 sekretarka – Izabela Tomaszewska
konin@wil.org.pl, www.wil.konin.pl

DELEGATURA W LESZNIE

64-100 Leszno, ul. Sygietyńskiego 47
 przewodniczący – Przemysław Kozanecki
 tel. 65 526 67 44, tel./faks 65 526 65 59, tel. kom. 783 993 911
 sekretarka – Hanna Krukowiecka
leszno@wil.org.pl, www.wil.leszno.pl

DELEGATURA W PILE

64-920 Piła, ul. Kryniczna 2
 przewodnicząca – Teresa Kwiecińska-Kozmińska
 sekretarki – Bogumiła Janitz, Małgorzata Szyliniec
 tel./faks 67 212 04 87, tel. kom. 783 993 910
pila@wil.org.pl, www.delegaturapilska.poznet.pl

DELEGATURA OSTROWSKO-KROTOSZYŃSKA

63-400 Ostrów Wlkp., ul. Kolejowa 24A
 przewodniczący – Wiesław Wawrzyniak
 tel. 62 735 44 80, tel. kom. 783 993 907

kolegium redakcyjne Biuletynu Informacyjnego WIL

redaktor naczelny: Andrzej Baszkowski
 członkowie redakcji: Alfred Adamczewski, Andrzej Grzybowski,
 Krzysztof Ożegowski, Andrzej Piechocki,
 zdjęcie na okładce: Krzysztof Ożegowski

Na zlecenie WIL wydany przez

TERMEDIA Wydawnictwo Medyczne, ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań
 tel./faks +48 61 822 77 81, e-mail: termedia@termedia.pl, <http://www.termedia.pl>

BIURO RACHUNKOWE**mgr Zofia Szczerkowska**60-651 Poznań, ul. gen. St. Maczka 14
tel./faks 61 840 13 71, tel. kom. 501 381 255
e-mail: biuro@filobiuro.pl, www.filobiuro.pl**Lekarz
do pracy
w POZ**potrzebny
od zarazNZOZ
w powiecie
wągrowieckim
tel. 604 473 051

Przychodnia lekarska

MEDICUSw Szamotułach
zatrudni**lekarza
medycyny
rodzinnej
lub internistę**

do pracy w POZ

kontakt tel. 602 137 296,
604 421 363Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Oskara Bielawskiego
w Kościanie
zatrudni**lekarza psychiatrę****lub lekarza w trakcie specjalizacji z psychiatrii
oraz lekarza w trakcie specjalizacji z neurologii.**List motywacyjny oraz CV proszę przesłać na adres:
Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego
Plac Paderewskiego 1A
64-000 KościanTel. 65 512 13 24 (Dyrektor), 65 511 51 08 (Kadry), faks 65 512 22 96
e-mail: wsnk@wsn.koscian.plSzpital dysponuje mieszkaniem zakładowym
o powierzchni około 120 m²Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych
„Dziekanka” im. Al. Piotrowskiego w Gnieźnie**Zatrudni lekarza:****– chcącego się specjalizować w psychiatrii**(szpital oferuje miejsce specjalizacyjne)
lub**– specjalistę psychiatrę**

Kontakt:

Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka”
ul. Poznańska 15, 62-200 Gniezno,
tel. 61 423-85-01 Sekretariat Szpitala,
tel. 61 423-85-07 Kierownik Kadr,
e-mail: dziekanka@wp.pl, dziekanka.kadry@wp.pl**BIURO RACHUNKOWE****SALDO**

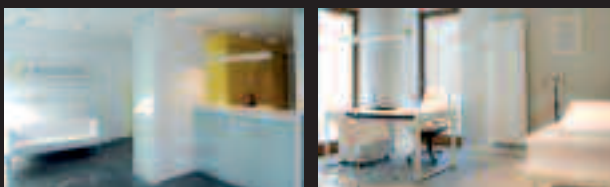
ul. Prądnicza 4, Poznań, tel./faks 61 843 26 16

Wasz ZUS i podatki w naszych rękach od 20 latPoszukujemy
lekarza rodzinnego

oraz

lekarzy specjalistówdo przychodni lekarskiej
w okolicy Poznania.

Tel. 508 362 415 lub 958

MEDISAN
GABINETY LEKARSKIE**NOWOCZESNE GABINETY LEKARSKIE
W DOSKONAŁEJ LOKALIZACJI**Wynajmę nowoczesny gabinet lekarski
w kompleksie **MEDISAN**
znajdującym się w centrum Poznania
przy ul. Maratońskiej,
na terenie osiedla Maraton Gardens (obok Multikina 51).Czszególnie zapraszamy do współpracy
endokrynologów i laryngologów.
Wynajem gabinetu na wyłączność lub w zależności od czasu pracy.
Kontakt: 600 071 000**GABINETY LEKARSKIE****w Poznaniu,
ul. Strzelecka 41**(na tyłach Centrum Onkologii)
oddam w najem
tel. 501 033 451

Poszukuję do współpracy

**lekarzy
specjalistów**do prywatnych gabinetów
w Słupcy
tel. 608 071 631**PRACA W POZ
OD LUTY/MARZEC 2012 r.**Wielkopolska – miasteczko
w powiecie kolskim.
Ze specjalizacją lub bez.
Mieszkanie + atrakcyjne zarobki.
Tel. 509-779-124**DO WYNAJĘCIA**na gabinety lekarskie atrakcyjny
parter 80 m² z niezależnym wejściem
z ulicy w domu jednopiętrowym
w Lesznie (Zatorzu)
Oddzielny licznik elektryczny
tel. 693 933 932Informujemy, iż w soboty (3 i 10 marca 2012 r.)
w godz. 9–14 odbędzie się kolejna**edycja kursu komputerowego.**Jego cena to 200 zł, ale tradycyjnie już dla osób w wieku emerytalnym
150 zł pokrywa WIL. Szczegóły dotyczące kursu oraz zapisy:**Marek Saj tel. 783 993 939 lub admin@wil.org.pl**



Redemptoris Missio
Fundacja Pomocy Humanitarnej
www.medicus-ump.edu.pl
medicus@ump.edu.pl

Podaruj 1% uratuj tysiące



Nasi lekarze niesą pomoc najuboższym mieszkańcom Świata. Wysyłamy leki, środki opatrunkowe do misyjnych szpitali i ośrodków zdrowia. Pomagamy cierpiącym i chorym. Wspomóż nasze dzieło.

Podaruj nam swój 1%

nasz numer KRS: 0000039129

Drogi Koleżanki, Drodzy Koledzy!

W imieniu Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio”, w związku z pełnioną w tejże Fundacji funkcją zwracam się do wszystkich, którzy chcą pomóc dzieciom w Afganistanie i misjom w krajach Afryki i Azji, prowadzonym przez misjonarzy z Polski. Pomoc medyczna świadczona przez Fundację ma różnorodny charakter. Wysyłamy paczki z opatrunkami, lekarstwami i potrzebnym drobnym sprzętem medycznym, które w danej misji są potrzebne.

Misje zwracają się również do nas o organizowanie wyjazdów lekarzy i pielęgniarek, którzy w misjach świadczą pomoc medyczną, bardzo potrzebną w biednych krajach Azji i Afryki. Na prośbę naszego wojska i we współpracy z nimi wysyłamy dla dzieci w Afganistanie odzież i artykuły szkolne. Nasi żołnierze przebywający w wioskach afgańskich rozdają te dary, zaskarbiając sobie przychylność miejscowej ludności, a ciepłe ubranka są bardzo tym biednym dzieciom potrzebne. W ubiegłym roku zebraliśmy około 6 ton odzieży dla dzieci. Teraz powtarzamy tę akcję i prosimy o wsparcie. Kolejna sprawa. Zgromadzenie Sióstr od Aniołów, pracując w Kongo, prowadzi tam ośrodek zdrowia, dożywia i opiekuje się sierotami. Każda pomoc jest tam potrzebna. Siostry proszą szczególnie o kule, ortozy i inny sprzęt rehabilitacyjny, nawet wózki inwalidzkie.

Jeśli ktokolwiek posiada taki niepotrzebny już sprzęt, bardzo prosimy o kontakt z Fundacją. Kolejna sprawa to wyjazd lekarzy do pracy w ośrodkach misyjnych. Potrzebni są lekarze w Republice Centralnej Afryki, w Kamerunie i na Jamajce.

Szczegółowe informacje można uzyskać w Biurze Fundacji w Poznaniu przy ul. Grunwaldzkiej 86, tel. 61 862 13 21.

Z góry dziękuję za wszelką pomoc.

Anna Tarajkowska



Zamek Królewski w Poznaniu



Szanowni Państwo, Zacni Obywatele,

po 10 latach starań społecznego Komitetu Odbudowy Zamku Królewskiego w Poznaniu, w grudniu 2010 roku rozpoczęto restytucję Zamku Królewskiego w naszym mieście. W przeciągu roku na Wzgórzu Przemysła wyrosły mury zamkowej budowli, większość z nich przekryto już dachem. Za parę miesięcy nad Starym Miastem górować będzie wieża Zamku.

Na pieczęci królewskiej Przemysła II widnieje napis: „Sam Wszechmogący przywrócił Polakom zwycięski znak” - Orła Białego. Transformując to znaczące zdanie można napisać: Sami mieszkańcy Wielkopolski i ich przyjaciele z innych regionów Polski, przywrócili Poznaniowi najstarszą w Polsce, królewską budowlę. Stało się to dzięki ofiarności wielu życzliwych ludzi, którzy wspierają restytucję Zamku. Za niecały rok prezentować się będzie w pełnej okazałości, a za dwa lub trzy lata otworzy swoje podwoje dla Społeczeństwa.

Obecnie Komitet Odbudowy zbiera środki na wykonanie dokumentacji licznych detali architektonicznych, które nie tylko przyozdabiają budowlę, ale podkreślają jej znaczącą rolę w przeszłości.

Bardzo prosimy zatem o wpłacenie darowizny w postaci 1% podatku dochodowego od osób fizycznych na rzecz odtworzenia Zamku Królewskiego w Poznaniu.

Jak to uczynić?

Na formularzu PIT-37 w pozycji 124 należy wpisać nazwę **Komitet Odbudowy Zamku Królewskiego w Poznaniu**, w pozycji 125 - KRS 0000144819, a w pozycji 126 - **kwotę**, którą przeznaczasz się na daną Organizację Pożytku Publicznego (1% podatku lub mniejszą). Urząd Skarbowy sam przekaże zadeklarowaną kwotę na konto Komitetu Odbudowy Zamku Królewskiego w Poznaniu. Podobnie należy postąpić w przypadku PIT-28 i PIT-36.

Z góry dziękujemy za pomoc w odbudowie pierwszej królewskiej rezydencji w Polsce.

Komitet Odbudowy Zamku Królewskiego w Poznaniu
e-mail: komitet.biuro@wp.pl

www.zamek-krolewski.poznan.pl

Organizacja Pożytku Publicznego

konto: 71 1020 4027 0000 1802 0032 8948

ul. Kramarska 32, PL 61-765 Poznań

tel. 61-663 23 42

Biuro czynne w czwartki od 16.00 do 18.00

Wielkopolska Izba Lekarska zachęca do wspierania odbudowy Zamku Królewskiego w Poznaniu