

BIULETYN INFORMACYJNY nr 3 (206) • POZNAŃ, MARZEC 2012



WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA

**LEKARZE I PACJENCI
WYWIEDZENI W POLE**



ZAPRASZAMY NA
WWW.TOPMEDICALTRENDS.PL

Przewodniczący Komitetu Naukowego
i Prezes Zarządu Głównego
Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej
prof. dr hab. Andrzej STECIWKO

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej AM we Wrocławiu
ul. Syrokomli 1, 51-141 Wrocław
tel. +48 71 325 51 26, faks +48 71 325 43 41
e-mail: zmr@zmr.am.wroc.pl

ORGANIZATORZY
Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej,
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej
Akademii Medycznej we Wrocławiu,
wydawnictwo *Termedia*



Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego
i Prezes Zarządu Wydawnictwa *Termedia*
Janusz MICHALAK

ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań
tel./faks +48 61 822 77 81
e-mail: szkolenia@termedia.pl
www.termedia.pl

MIEJSCE
POZNAŃ, Centrum Kongresowe
Międzynarodowych Targów Poznańskich
pawilon 15

terMedia

WWW.TERMEDIA.PL



OPIEKA PALIATYWNA W POLSCE 2012

TERMIN: 15–16 marca 2012 r.

MIEJSCE: WARSZAWA, Pałac Prymasowski, ul. Senatorska 13/15

ORGANIZATORZY: wydawnictwo *Termedia*, Redakcja czasopisma *Medycyna Paliatywna*,
Pracownia Medycyny Paliatywnej Katedry Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

KIEROWNIK NAUKOWY: dr n. med. Aleksandra CIAŁKOWSKA-RYSZ



WWW.TERMEDIA.PL



TRENDY W REUMATOLOGII NA PRZEŁOMIE 2011/2012

TERMIN: 30–31 marca 2012 r.

MIEJSCE: Regionalne Centrum Turystyki Biznesowej Hala Stulecia, ul. Wystawowa 1, Wrocław

ORGANIZATORZY: Katedra i Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Oddział Dolnośląski Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego,
wydawnictwo *Termedia*

KIEROWNIK NAUKOWY: dr hab., prof. nadzw. Piotr WILAND

WWW.TERMEDIA.PL



PEDIATRIA UPDATE 2012

TERMIN: 13–14 kwietnia 2012 r.

MIEJSCE: Poznań Centrum Kongresowo-Dydaktyczne Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego
ul. Przybyszewskiego 37 A

ORGANIZATORZY: Polskie Towarzystwo Pediatryczne, wydawnictwo *Termedia*

KIEROWNIK NAUKOWY: prof. dr hab. Wojciech SŁUŻEWSKI

WWW.TERMEDIA.PL



IV NAUKOWY ZJAZD POLSKIEGO TOWARZYSTWA KARDIODIABETOLOGICZNEGO KARDIODIABETOLOGIA XXI WIEKU

TERMIN: 19–21 kwietnia 2012 r.

MIEJSCE: POZNAŃ, Międzynarodowe Targi Poznańskie, pawilon 8 A, ul. Głogowska 14

ORGANIZATORZY: Polskie Towarzystwo Kardiodiabetologiczne, wydawnictwo *Termedia*

PRZEWODNICZĄCA KOMITETU NAUKOWEGO: prof. zw. dr hab. Danuta PUPEK-MUSIALIK

Diagnoza wstępna

Spis treści

Barykada



Bitwa przegrana, ale wojna trwa to jeden z tytułów gazetowych oddających rzekomo stan stosunków panujących między administracją i lekarzami. Tak jakby urzędnicy i lekarze byli okopani na swoich pozycjach, toczyli od czasu do czasu jakieś potyczki, które wprawdzie kończą się porażką doktorów (bo nieudane negocjacje, bo reprezentacja resortu złożona z młodych, mało kompetentnych urzędników, bez ministra, bo brak konkretów), ale wojna toczy się dalej, naciski na urzędników nie ustają i nadal są nadzieje na końcowy sukces, czyli zaakceptowanie naszych postulatów.

Skąd ta barykada między urzędnikami i lekarzami? Kiedy rozpoczynałem pracę zawodową, wydawało mi się, że urzędnicy zajmujący się ochroną zdrowia i lekarze to partnerzy. Chociaż już wtedy wydawało mi się dziwne, że najważniejsi w ZOZ-ie nie byli ani doktor, ani dyrektor, tylko kadrowiec i lista obecności. Teraz nie mam wątpliwości: urzędnicy są przeciwnikami lekarzy. I nie dlatego, że ich nie lubią. Nic podobnego. Powodem są pieniądze. Nastąpiła kolizja interesów. Lekarze chcą leczyć zgodnie z najnowszą wiedzą medyczną i ze swoim sumieniem. Wiedzą, co jest najlepsze dla ich pacjentów. Ale to kosztuje. Urzędnicy uważają, że to fanaberie, bo najlepiej i najtaniej leczyć aspiryną i witaminą C. Tak jak najtaniej buduje się nie poprzez wykorzystywanie dźwigów i samochodów betoniarok, ale taszcząc cegły na plecach i używając kielni...

Inny powód niechęci obu stron do siebie to kształcenie. Jak na złość – z punktu widzenia administracji – ono kosztuje. Urzędnicy szukają oszczędności, likwidują staże i skracają studia. Lekarze ze swej strony barykady wykrzykują, że to bzdura, że dyplomy dostaną lekarze niedouczeni, zwłaszcza praktycznie, co w sumie odbija się na jakości leczenia, czyli na pacjentach. Ale na razie ekonomia wygrywa z jakością.

Na studiach myślałem, że być lekarzem to jest coś. To wspaniała świadomość, że uprawiasz zawód jak żaden inny związany z pomaganiem ludziom. Chorzy oczekują twojej wiedzy, cierpliwości, kompetencji. Sukces w pracy to przywrócenie zdrowia, a czasem wygrana ze śmiercią. To ogromna satysfakcja. No więc chcesz leczyć i wypisujesz leki ze wskazań medycznych, no bo niby jak inaczej. Ale urzędnicy mówią, że żadne tam wskazania medyczne – tylko refundacyjne, bo to wyjdzie taniej.

Kodeks Etyki Lekarskiej mówi, że „Największym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego (...) Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają z przestrzegania tej zasady”. Więc jak to ma być?

Andrzej Baszkowski

Moim zdaniem	4
Nie robię tego dla siebie	5
Porada na odległość	6
Szkolenia z ratownictwa medycznego	7
Przygotowania do Zjazdu	7
Omówienie posiedzenia ORL 11 lutego 2012 r.	8
Wiltrud Wessel – wielka przyjaciółka Polski i polskich lekarzy uhonorowana w Niemczech	8
5 Europejska Konferencja Nowotworów Głowy i Szyi	10
Nowotwory głowy i szyi w ujęciu interdyscyplinarnym	11
Konsolidacja szpitali?	14
Wrocławskim okiem	16
Powszechny lęk przed prywatyzacją podsycany jest przez polityków	17
Kilka uwag o poznańskich szpitalach nieakademickich	20
Kim są anonimowi alkoholicy?	22
Fala wspomnień	23
Dawka informacji	24
Wielkopolan w mediach nie widać	25
SHORT CUTS	26
Dwa nazwiska – dwa symbole	27
Wiersze	30

Moim zdaniem...



Krzysztof Kordel
prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

...chyba nieco przesadziłem podczas pisania poprzedniego artykułu i dlatego postanowiłem, że tym razem ograniczę się jedynie do życzeń świątecznych z okazji zbliżających się świąt Wielkiej Nocy. Życzę wszystkim przede wszystkim zdrowia i spokoju.

Moim zdaniem, nie można liczyć na współpracę – mimo składanych deklaracji (i to publicznie) – z rządzącymi. Przekonałem się boleśnie o własnej naiwności podczas spotkania zespołu negocjacyjnego w Ministerstwie Zdrowia w sprawie rozporządzenia „receptowego”. Głosowałem w grudniu za zawieszeniem protestu „pieczętkowego”, wierząc w wolę zmian deklarowaną przez ministra zdrowia. Zespół miał współpracować z resortem przy tworzeniu prawa. Taka była nasza inicjatywa i szef zespołu prezes Jacek Kozakiewicz słał pisma, pytając, kiedy dojdzie do roboczych spotkań. A tym czasem okazało się, że będzie jak zwykle. Nagle w poczcie e-mailowej mamy gotowy projekt rozporządzenia skierowany do konsultacji społecznych. Napisany oczywiście przez ludzi z ministerstwa bez udziału izb lekarskiej i aptekarskiej. Co z tego, że podpisano porozumienie 4 stycznia. Przyjęte tam rozwiązania spotkały się z powszechną krytyką.

Spotkanie z zespołem negocjacyjnym to, moim zdaniem, klasyczny przykład arogancji władzy. Nasza obecność miała być po prostu alibi dla ministra podczas studniówki u premiera: rozmawialiśmy ze środowiskiem. Z uwagi na formę zaproszenia i skład zespołu z naszej strony – co ciekawe, w portierni ministerstwa zatrzymano przedstawicieli Konsylium24, ale zwłaszcza z powodu

desygnowanych do rozmów z nami przedstawiciele resortu (wiceminister ds. finansowych, dyrektor departamentu dialogu społecznego, szef gabinetu politycznego ministra oraz prawniczki z departamentu leków), byliśmy zmuszeni odejść od stołu. Jak bowiem rozmawiać o receptach, skoro w składzie ministerialnym nie ma ani lekarza, ani farmaceuty. Wyszli wszyscy – zarówno my, lekarze, jak i farmaceuci, a co ważniejsze, przedstawiciele federacji pacjentów. Co będzie dalej ze współpracą przy poprawianiu prawa? Moim zdaniem to, co już było. Resort będzie je tworzył w takiej samej jak dzisiaj znakomitej jakości, a w mediach będzie dalej – jak teraz – pełna dezinformacja. Strach się bać.

Moim zdaniem, jako lekarze mamy tylko dwie drogi walki. Jedną z nich jest poświęcenie czasu na informowanie pacjentów, o co chodzi w oparciu refundacji na wnioskach rejestrowych firm farmaceutycznych, a nie jak to było zawsze i jest w cywilizowanych krajach – na aktualnej wiedzy medycznej. To lekarz musi wytłumaczyć choremu, dlaczego rozporządzenie zmusza go do wpisania 100 procent odpłatności za lek dla dziecka i dla kobiety w ciąży. Polecam ze względów socjotechnicznych znakomitą przeglądarkę www.bartoszsmowi. Niech radosną informację o opłacie za lek przekaże minister. Do wykorzystania jest komunikat dla pacjentów autorstwa Andrzeja Baszkowskiego (publikowany w tym numerze „Biuletynu WIL” i na stronie internetowej izby).

Drugą drogą jest walka o nasze postulaty w Trybunale Konstytucyjnym. Zjazd Krajowy zdecydował o konieczności zaskarżenia ustawy refundacyjnej oraz genialnego pomysłu stworzenia komisji rozpatrującej zdarzenia medyczne u wojewodów. Pojawia się pytanie, czy i kiedy Trybunał Konstytucyjny wypowie się w tych sprawach.

A miało być tym razem krótko.

Profesor Marek Jemielity laureatem Nagrody Pracy Organicznej Nie robię tego dla siebie

W polskiej literaturze temat pracy pojawia się w różnych epokach, zwłaszcza w XIX w. Hasła pracy organicznej i pracy u podstaw inspirowały wówczas wiele osób. Działania na rzecz pożytku publicznego były szczególnie poważane i szanowane. Odwołuje się do nich „Głos Wielkopolski”, który od 1988 r. przyznaje, w kolejne rocznice swego pierwszego wydania, Nagrodę Pracy Organicznej za wybitne dokonania w nauce, kulturze, gospodarce, biznesie i polityce. W tym roku został nią uhonorowany prof. Marek Jemielity, kierownik Kliniki Kardiochirurgii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Szpitalu Klinicznym Przemienienia Pańskiego w Poznaniu. Jest on znany i ceniony w świecie medycyny. Rozsławia Poznań daleko poza granicami Polski. Gościł na naszych łamach, gdy z amerykańskimi chirurgami z Houston przeprowadził w szpitalu przy ul. Długiej skomplikowaną operację, pierwszą tego rodzaju w Europie. Klinika, której szefuje, wykonuje następujące operacje:

- wieńcowe – rewaskularyzacji naczyń wieńcowych,
- na zastawkach serca,
- złożone – łączące zabiegi rewaskularyzacji serca z zabiegami na zastawkach,
- tętniaków aorty,
- wad wrodzonych i guzów serca,
- inne – usuwanie skrzepelin z jam serca i usuwanie ciał obcych.

Laureat tegorocznej Nagrody Pracy Organicznej powiedział dziennikarzowi „Głosu Wielkopolskiego”: *Po prostu jestem człowiekiem, który ciężko pracuje, aby coś osiągnąć. I muszę to powiedzieć: nie robię tego dla siebie. Robię to dla innego człowieka. Najważniejsze dla mnie jest to, aby pacjent szczęśliwie wyszedł do domu. Pracując w szpitalu, czuję się odpowiedzialny za życie i zdrowie ludzi, przynajmniej mieszkających w tym regionie. Od kilku już lat myśleliśmy o tym, aby rozpocząć przeszczepy serca. Baliśmy się tego i zapewne ten strach, jak każdego lekarza, powstrzymywał nas trochę. Ale w końcu odważyliśmy się i mamy świetne wyniki.*

ANDRZEJ PIECHOCKI



Profesor Marek Jemielity z zespołem pracowników Kliniki Kardiochirurgii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Fot. www.cardiosurg.am.poznan.pl

Wielkopolska Izba Lekarska zaprasza na wycieczkę do krajów nadbałtyckich z Sankt Petersburgiem i Helsinkami, która odbędzie się na przełomie maja i czerwca. To już kolejna wspólna wyprawa po Portugalii, w której Państwo uczestniczyli. Jest to wycieczka lotniczo-autokarowa z przeprawą promem do Helsinek.

KRAJE NADBAŁTYCKIE LITWA, ŁOTWA, ESTONIA, ROSJA, FINLANDIA

Program ramowy:

- **DZIEŃ 1.** Zbiórka na lotnisku w Warszawie. Przelot do Sankt Petersburga. Transfer do hotelu.
 - **DZIEŃ 2.** Sankt Petersburg. Zwiedzanie miasta: Twierdza Pietropawłowska, Nadbrzeże Uniwersyteckie, Newski Prospekt, Pałac Zimowy, Admiralicja, sobór św. Izaaka.
 - **DZIEŃ 3.** Sankt Petersburg – Carskie Sioło – Pawłowsk. Zwiedzanie: muzeum Ermitaż, następnie Carskie Sioło z pałacem Katarzyny Wielkiej z Bursztynową Komnatą, wierną kopią zaginionego oryginału, Pawłowsk z jednym z największych parków na świecie.
 - **DZIEŃ 4.** Peterhof – Tallin. Zwiedzanie Peterhofu – ogrodów z fontannami. Przejazd do Estonii – do Tallina.
 - **DZIEŃ 5.** Tallin: Zwiedzanie. Stare i Nowe Miasto (m.in. mury obronne z basztami, wieżami, zamek, sobór Aleksandra Newskiego, katedra, Wielka Gildia, rynek i ratusz).
 - **DZIEŃ 6.** Helsinki. Przeprawa promowa do Helsinek, stolicy Finlandii. Zwiedzanie: plac Targowy, pałac prezydencki, senat, katedra, uniwersytet, pomnik Aleksandra II, Kościół w Skale. Powrót do Tallina.
 - **DZIEŃ 7.** Ryga. Przejazd do Rygi. Zwiedzanie: starówka, katedra luteraska, katedra katolicka, ratusz.
 - **DZIEŃ 8.** Wilno. Zwiedzanie miasta: Kaplica Matki Boskiej Ostrobramskiej, uniwersytet ufundowany przez króla Stefana Batorego, kościół św. Ducha, klasztor Bazyliańców, Góra Trzech Krzyży, Cmentarz na Rossie. Wieczorem dla chętnych udział w „Wieczorze wileńskim”.
 - **DZIEŃ 9.** Wilno. Zwiedzanie Starego Miasta: katedra, kościół św. Piotra i Pawła, cmentarz na Antokolu, katedra z Kaplicą św. Józefa i grobami królewskimi, pomnik Adama Mickiewicza.
 - **DZIEŃ 10.** Kowno. Zwiedzanie starego miasta: ruiny zamku, kościół św. Jerzego, seminarium duchowne, rynek, katedra św. Piotra i Pawła, Muzeum Diabłów. Wyjazd w drogę powrotną. Zakończenie wycieczki.
- UWAGA! Kolejność zwiedzania może ulec zmianie.

Świadczenia zawarte w cenie:

- 9 noclegów w hotelach klasy turystycznej *** (Sankt Petersburg x3, Tallin x3, Wilno x2, Kowno x1). Pokoje 2-osobowe z łazienkami;
- śniadania (9) i obiadokolacje (9), w cenę obiadokolacji nie są wliczone napoje;
- przejazd komfortowym autokarem wyposażonym w klimatyzację, WC, barek, DVD i pasy bezpieczeństwa; w autokarze kawa, herbata i napoje za złotych;
- przelot na trasie Warszawa – Sankt Petersburg wraz z opłatami lotniskowymi;
- ubezpieczenie KL do 15 000 euro, NW do 15 000 zł i bagaż do 1000 zł;
- opieka pilota;
- wiza rosyjska.

Wydatki programowe:

wstępy + opłaty graniczne + przewodnicy miejscowi + prom do Helsinek ok. 200 euro.
UWAGA: Wydatki programowe i propozycje fakultatywne są opłacane indywidualnie przez uczestników wycieczki.

Propozycje fakultatywne

- „Wieczór wileński”: 15 euro

Proponowane terminy: 29.05–7.06.2012 r. lub 22.05–31.05.2012 r.
(mogą ulec niewielkiej korekcie – kwestia biletów lotniczych).

Cena: 3795 zł – może się nieznacznie zmienić.

Dojazd na lotnisko Poznań – Warszawa: dodatkowo 70 zł.

Kontakt: Jan Skrobisz, tel. 783 993 900, e-mail: biuro@wil.org.pl

Z medycznej wokandy

Obowiązek podjęcia leczenia tylko po osobistym zbadaniu pacjenta w orzecznictwie Naczelnego Sądu Lekarskiego

Porada na odległość



DR HAB. JĘDRZEJ
SKRZYPCZAK

Na wstępie przypomnijmy, iż zgodnie z art. 9 Kodeksu Etyki Lekarskiej „Lekarz może podejmować leczenie jedynie po uprzednim zbadaniu pacjenta. Wyjątki stanowią sytuacje, gdy porada lekarska może być udzielona wyłącznie na odległość”. Takie brzmienie przepisu, zwłaszcza drugie zdanie, może budzić wątpliwości w praktyce. Dlatego warto zaprezentować sytuację, w której to okręgowy sąd lekarski umorzył postępowanie (a nie uniewinnił) w sprawie o ukaranie lek. X, obwinionego o wydanie telefonicznego zlecenia podłączenia kroplówki naskurczowej bez uprzedniego zbadania pacjentki A. przebywającej 14 listopada 2008 r. w izbie porodowej w G. – tj. o naruszenie ww. art. 9 KEL. W uzasadnieniu postanowienia OSL wskazał, że niewielki jest związek przyczynowo-skutkowy między podłączeniem kroplówki z oksytocyną po zleceniu telefonicznym przez obwinionego a zatrzymaniem łożyska prawidłowo usadowionego po porodzie i jego następstwami. Co ciekawe, zważywszy na decyzję o umorzeniu postępowania, wziął pod uwagę przyznanie się obwinionego do nieprawidłowego postępowania w postaci telefonicznego zlecenia podłączenia kroplówki naskurczowej oraz okoliczność jego przyjazdu do izby porodowej i nadzorowanie porodu. W zażaleniu na to postanowienie wskazano, że wbrew

twierdzeniu zawartym w uzasadnieniu, telefoniczne zlecenie dożylnego podania silnie działającego leku, jakim jest oksytocyna, stanowi narażenie na uszczerbek zdrowia ciężarnej i jej dziecka. Skarżący podniósł również, że w każdym podręczniku położnictwa znajduje się ostrzeżenie, że jednym z częstych działań niepożądanych przy stosowaniu oksytocyny może być zatrzymanie łożyska. Tym samym stwierdzenie OSL o niewielkim związku przyczynowym jest nieuprawnione i dowolne. Skarżący wskazał ponadto, że przyjazd obwinionego do izby położniczej w późniejszym czasie trudno uznać za okoliczność łagodzącą, skoro podawanie oksytocyny dożylnie zawsze wymaga nadzoru lekarskiego. Nie może być również, w ocenie skarżącego, okolicznością łagodzącą fakt niewniesienia skargi przez pacjentkę.

Zdaniem NSL, zażalenie okazało się w pełni zasadne. Sąd podkreślił, że zgodnie z brzmieniem wniosku o ukaranie obwinionemu zarzucono jedynie telefoniczne zlecenie podłączenia kroplówki naskurczowej bez uprzedniego badania pacjentki. Wobec potwierdzenia tej okoliczności przez obwinionego w składanych wyjaśnieniach fakt popełnienia zarzucanego mu czynu nie budzi wątpliwości. Dla rozpoznania wniosku o ukaranie obojętny jest związek przyczynowy między decyzją o podaniu pacjentce oksytocyny a pogorszeniem się jej stanu zdrowia. Uwzględnienie tych okoliczności byłoby uzasadnione wówczas, gdyby OSL rozważył zmianę opisu czynu zarzucanego obwinionemu. Gdyby jednak zastanowił się nad potrzebą rozszerzenia kwalifikacji czynu, należy stwierdzić, że przeprowadzona przez sąd I instancji ocena związku przyczynowego pomiędzy niewątpliwie niewłaściwym telefonicznym zleceniem oksytocyny a wystąpieniem zatrzymania łożyska dokonana przez OSL jest

dowolna i niepoparta materiałem dowodowym. W celu ustalenia, czy pomiędzy tymi zdarzeniami istniał związek przyczynowy, OSL winien powołać biegłego, który w sposób obiektywny oceniłby tę kwestię. Sąd I instancji winien rozważyć możliwość zmiany kwalifikacji czynu po zasięgnięciu opinii biegłego. Gdyby biegły potwierdził istnienie związku przyczynowego między zleceniem oksytocyny a pogorszeniem stanu zdrowia pacjentki, OSL byłby zobowiązany dokonać zmiany opisu czynu i wnikliwie rozpoznać wszelkie okoliczności sprawy.

Jak widać, NSL dostrzegł oczywiste błędy sądu I instancji (nie tylko proceduralne) i był zmuszony uchylić zaskarżone postanowienie oraz przekazać sprawę do ponownego rozpoznania OSL.

Zalecenia zawarte w uzasadnieniu orzeczenia NSL sugerowały jednak, że sprawa dotyczy nie tylko zlecenia podania oksytocyny przez telefon bez badania pacjentki, lecz także powiązania opisanego działania lekarza z negatywnymi skutkami dla pacjentki. W każdym przypadku przesądzone, że nie zachodził w tej sprawie wyjątek, o którym była mowa na wstępie. Warto podkreślić, że powyżej opisanej sytuacji nie należy utożsamiać z tzw. telemedycyną, a więc badaniem lub przekazywaniem wyników badań poprzez sieci teleinformatyczne. Choć i ta ostatnia instytucja wzbudza pewne wątpliwości co do jej zgodności z prawem. W tej kwestii polecam gorąco znakomity tekst dr Joanny Haberko zamieszczony w numerze 2 „Medycznej Wokandy” (czasopismo naukowe wydawane przez NIL, którego redakcja mieści się w OSL WIL). A na marginesie, chciałbym polecić Państwu nowy numer (3/2011), poświęcony niemal w całości transplantologii, który niedawno ukazał się drukiem i jest dostępny na stronach internetowych WIL.

Szkolenia z ratownictwa medycznego

Informujemy, że Wielkopolska Izba Lekarska oraz Zakład Medycyny Ratunkowej organizują nowe kursy w zakresie medycyny ratunkowej dla lekarzy POZ „Nagle stany zagrożenia zdrowotnego dla lekarza POZ”. Program kursu:

CZĘŚĆ I – 18.00–21.30
1. Organizacja Systemu Ratownictwa Medycznego w Polsce – CPR, ZRM, LPR, SOR
2. Ocena pacjenta w nagłych stanach zagrożenia zdrowotnego SAMPLE i ABCDE. Koncepcja przyczyn odwracalnych 4H–4T
3. Algorytmy postępowania w tachykardiach z tętnem i bradykardii – kardiowersja i stymulacja przezskórna
4. Wybrane stany zagrożenia zdrowotnego, postępowanie w warunkach przedszpitalnych – ostry zespół wieńcowy, udar mózgu
CZĘŚĆ II – 18.00–21.30
5. Metody bezprzyrządowe i przyrządowe udrażniania dróg oddechowych. Zasady tlenoterapii
6. Wstrząs anafilaktyczny – rozpoznanie oraz postępowanie w hipoksji i hipowolemii w warunkach przedszpitalnych
7. Uniwersalny algorytm postępowania w zatrzymaniu krążenia. Zasady bezpiecznej elektroterapii w warunkach przedszpitalnych – defibrylator manualny i AED
8. Sytuacje kliniczne symulowane – ćwiczenia z symulatorem pacjenta

Kurs jest podzielony na 2 dni szkoleniowe (wtorki i czwartki), odbywa się w godz. 18.00–21.30. Dla uczestników, poza wiedzą teoretyczną, przygotowano zajęcia warsztatowe z wykorzystaniem nowoczesnych, profesjonalnych symulatorów pacjenta. Grupy będą liczyć do 16 osób. Cena to 200 zł. Przewidziany jest bufet kawowy i drobny poczęstunek. Za uczestnictwo w kursie przysługuje certyfikat oraz 7 punktów edukacyjnych. Miejsce szkolenia: siedziba WIL, al. Niepodległości 37, Poznań.

Terminy: 20 i 22 marca 2012 r.; 27 i 29 marca 2012 r. **Zapisy: Marek Saj; tel. 783 993 939; e-mail: admin@wil.org.pl**

Jednocześnie informujemy, iż kontynuujemy działalność szkoleniową dla lekarzy dentyków w ramach kursów „Stany nagłe w praktyce lekarza denty” na dotychczasowych zasadach. Nowe terminy: 20 i 27 kwietnia 2012 r. w godz. 12.00–20.00.

Zapisy jak wyżej.

Co słyszeć w izbie...

Przygotowania do Zjazdu

Luty 2012 r. był miesiącem krótszym niż pozostałe, ale został w pamięci jako bardzo mroźny i śnieżny. Izba skupiła się na czynnościach organizacyjnych oraz technicznych, związanych głównie z przygotowaniem do XXXIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy, który odbędzie się 31 marca 2012 r. w Poznaniu. Będzie to zjazd sprawozdawczo-budżetowy, więc wcześniej niezbędne jest sporządzenie przez przewodniczących organów, komisji problemowych oraz przewodniczących delegatur sprawozdań rocznych ze swojej działalności, które zostaną przekazane delegatom do zatwierdzenia podczas obrad. Jest to także wyteżony czas pracy dla skarbnika oraz księgowości izby, przygotowujących dokumenty podsumowujące rok 2011, jak sprawozdanie z wykonania budżetu, sprawozdanie finansowe oraz projekt budżetu na kolejny rok. Na rok 2012 zaplanowane są działania inwestycyjno-remontowe na dużą skalę. Przed delegatami stanie zadanie wskazania priorytetów w tym zakresie. Izba nie ogranicza się jednak do zjazdu, ponieważ na bieżąco realizowane są działania ustawowe. Komisje problemowe odbywały swoje posiedzenia: Komisja ds. Etyki Lekarskiej (1 lutego), Komisja Finansowa (1 lutego), Komisja ds. Emerytów i Rencistów (9 lutego), Komisja ds. Konkursów (7 lutego), Komisja Bioetyczna (22 lutego), a także Okręgowa Komisja Rewizyjna (4 lutego). 11 lutego posiedzenie miała również Okręgowa Rada Lekarska i Prezydium. Rada przyjęła m.in. rekomendację do zjazdu w zakresie przyjęcia nowego regulaminu organizacji i trybu działania, którego celem jest uszczegółowienie zadań członków Prezydium oraz doprecyzowanie procedur. Nie da się ukryć, że regulamin ten należy dostosować do obecnych czasów i możliwości (tekst pierwotny został uchwalony w 1996 r., ale trzeba mu oddać, że okazał się bardzo uniwersalny i przez wszystkie lata wystarczały kosmetyczne zmiany). W lutym nie było wielu możliwości organizowania posiedzeń Prezydium, ponieważ jego członkowie uczestniczyli m.in. w posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej (10 lutego), posiedzeniu Komisji Organizacyjnej przy Naczelnej Radzie Lekarskiej (18–20 lutego), połączonym ze szkoleniem w zakresie prowadzenia rejestracji praktyk lekarskich i dentyckich w nowym, ogólnopolskim systemie komputerowym w obradach XI Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy (24–25 lutego).

Izba kontynuowała działalność szkoleniową, organizując kursy dla lekarzy dentyków: „Stany nagłe w praktyce lekarza denty” – 4 i 24 lutego. W delegaturze pilskiej 2 lutego zorganizowano kolejne szkolenie dla lekarzy rodzinnych w zakresie gruźlicy. Od 3 do 5 lutego trwał kurs przygotowujący do LEP, 11 lutego na terenie izby szkolenie „Rentgenodiagnostyka stomatologiczna – interpretacja obrazu” organizowała również firma Pozytron.

Cykliczne zajęcia mieli ponadto stażyści – w poniedziałki z bioetyki, a od 7 do 10 lutego z prawa medycznego. Cały czas trwają również zajęcia z języka angielskiego i niemieckiego.

Kończymy doposażanie ostatniej z salek konferencyjnych w siedzibie izby – 16-osobowej, która doskonale nadaje się na zajęcia warsztatowe, gdyż ma pełne wyposażenie multimedialne, wygodne warunki kształcenia oraz klimatyzację. Zainteresowanych ewentualnym korzystaniem z sal konferencyjnych w izbie zapraszam do rozmowy.

MAREK SAJ

Omówienie posiedzenia ORL 11 lutego 2012 r.

Kolejne posiedzenie, któremu przewodniczył prezes ORL Krzysztof Kordel, prawie w całości poświęcone było aktualnej sytuacji w ochronie zdrowia. Po omówieniu spraw administracyjnych (konkursy, kandydaci na konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie radiologii, program XXXIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy) rozgorzała – podobnie jak na kilku poprzednich zebraniach – dyskusja o tym, co nas najbardziej bulwersuje. Prezes zdał sprawozdanie z debaty na ten sam temat na ostatnim posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej, która zakończyła się podjęciem uchwały o rekomendowaniu od 1 lipca niepodpisywania (lub wypowiadanie już istniejących) umów na wypisywanie recept z NFZ, jeśli nie zostaną zmienione przepisy dotyczące refundacji leków. Mówiąc po prostu – jeśli leki nadal będzie można przepisywać tylko ze wskazań zgodnych z rejestracją, to należy przestać się zgadzać na

taką sytuację. Dlaczego od 1 lipca? Bo może tyle czasu wystarczy na opamiętanie się ministra zdrowia i zmianę przepisów niepozwalających normalnie pracować!!! Jakiego lekarza niezajmującego się administracją, tylko wykonującego swój zawód (teoretycznie mamy leczyć), interesuje, która postać np. Augmentinu jest zarejestrowana do leczenia zapalenia zatok, a która zapalenia oskrzeli, albo jakich postaci w zawieszynie nie można przepisać dorosłym nielękającym tabletek np. z racji sędziwego wieku, a których postaci w tabletkach nie można przepisać dziecku nielękającemu zawieszynie. Nieświadomych popełniania błędów informuję, że nieznanomość prawa... niestety, nie zwalnia z konsekwencji.

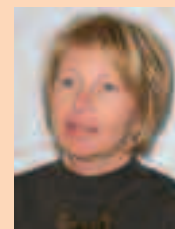
Stanowisko organizacji związkowych na temat bieżącej sytuacji przedstawiła Halina Bobrowska. Opinia związkowców jest równie negatywna jak NRL, natomiast oficjalne stanowisko OZZL wyda w najbliższym czasie. Andrzej Baszkowski zapro-

ponował włączenie do protestu pacjentów. Przygotował komunikat do pacjentów zamieszczony na naszej stronie WWW, do pobrania i rozkolportowania w poradniach. Pomoc ze strony pacjentów może się okazać decydująca w naszym proteście.

Zdaję sobie sprawę, że sytuacja jest bardzo dynamiczna i część problemów w momencie dotarcia do Państwa tego tekstu może być już nieaktualna. Oby rozwiązania poszły w dobrą stronę.

Stanowisko w sprawie refundacji zajął XI Nadzwyczajny Zjazd Krajowy Lekarzy, który zebrał się 24–25 lutego. Szczegółowe postanowienia prześlę w następnym „Biuletynie WIL” oraz podczas wielkopolskiego Okręgowego Zjazdu Lekarzy, który odbędzie się 31 marca. Zapraszam delegatów, początek obrad o godz. 9.00.

SEKRETARZ ORL WIL, IWONA JAKÓB



Wiltrud Wessel – wielka przyjaciółka Polski i polskich lekarzy uhonorowana w Niemczech

Pod koniec ubiegłego roku miałem zaszczyt uczestniczyć w podniosłej uroczystości odznaczenia Wiltrud Wessel, prezes fundacji Hilfe fuer Polen, Krzyżem Zasługi I Klasy.

Okazją do wręczenia odznaczenia był obchodzony dorocznie przez naszych sąsiadów Dzień Pracy Społecznej, w którym honoruje się wybranych obywateli, którzy odznaczyli się bezinteresowną aktywnością w rozmaitych formach służenia drugiemu człowiekowi lub zasłynęli w walce o zachowanie różnorodnego piękna naszego globu. Tym razem było to 27 osób – nauczycieli, lekarzy, policjantów, strażaków, działaczy ochrony przyrody, dziennikarzy, aktorów itd. W tym nieprzeciętnym gronie najwyższe odznaczenie – Krzyż I Klasy – otrzymała Wiltrud Wessel. Uroczystość wręczenia odznaczeń odbyła się w siedzibie pre-



zydenta Niemiec w Pałacu Bellevue w Berlinie.

Miałem zaszczyt być jednym z dwóch Polaków oficjalnie zaproszonych na tę podniosłą i perfekcyjnie zorganizowaną ceremonię. Najważniejszym przedsta-

wicielem naszego kraju był naturalnie JE Ambasador RP dr Marek Prawda. Po zakończeniu uroczystości przekazałem na ręce laureatki list gratulacyjny wystosowany przez prezesa naszej izby Krzysztofa Kordela.

Komunikat

Szanowni Pacjenci!

Uprzejmie informujemy, że protest lekarzy odnosi się nie tylko do spraw lekarskich. Dotyczy także złej sytuacji Państwa jako pacjentów, w której znaleźliście się po wprowadzeniu ustawy refundacyjnej.

Z listy refundacyjnej na pełnopłatną przeniesiono 850 leków. Dopłaty do nich z NFZ zostały zniesione, dlatego musicie Państwo teraz płacić za nie 100 proc.

Dotyczy to między innymi leków stosowanych w terapii astmy, schizofrenii, nowotworów, a także pasków do badania poziomu cukru we krwi. Oznacza to także, że wiele leków, które kupowaliście Państwo po niższych cenach, dziś Wasz lekarz może przepisać tylko jako pełnopłatne, w tym większość leków dla dzieci i kobiet w ciąży. Ekspertki szacują, że również leki z listy refundacyjnej, a więc z dopłatami NFZ, podrożeją od 3 do 4 proc.

W oczywisty sposób nowe regulacje podnoszą koszty leczenia, jakie musicie sami Państwo ponieść.

I to jest powód, dla którego protestujemy również w Państwa imieniu.

Wasi lekarze

Należy w tym miejscu przypomnieć, że Wiltrud Wessel posiada, jako jedyny obcokrajowiec, Honorowy Medal im. Heliadora Święcickiego *Zasłużony dla Wielkopolskiej Izby Lekarskiej*.

Pozwalam sobie przytoczyć tłumaczenie uzasadnienia przyznania wyróżnienia zamieszczone w oficjalnym dokumencie berlińskiej uroczystości, w którym wymieniono także projekt stypendialny, z polskiej strony koordynowany przez Wielkopolską Izbę Lekarską:

„Już od 30 lat zajmuje się ona w niezmiernym sposób działalnością społeczną, wnosząc wielki wkład w dzieło pojednania i zrozumienia między Niemcami i Polską. Jej wielostronna aktywność rozpoczęła się od akcji wysyłania paczek adresowanych do potrzebujących w Polsce na przełomie lat 70. i 80. Wkrótce stworzyła organizację Most Bawaria – Polska oraz Prywatną Inicjatywę Hilfe fuer Polen – Pomoc Polsce. Zorganizowała ponad 200 transportów do Polski, a osobiście ponad 100 razy towarzyszyła konwojom z darami. W roku 1994 zorganizowała pośrednictwo adresowane do młodych Polek w zakresie możliwości pracy i nauki w systemie *au-pair*. W latach 1998–2007 stworzyła i osobiście koordynowała program hospitacyjny i stypendialny dla polskich lekarzy w monachijskich klinikach. W ostatnich latach doprowadziła do całkowitego wyposażenia Kliniki Rehabilitacyjnej w Cieclocinku w bazę łózkowo-sprzętową. W roku 2010 zorganizowała akcję pomocy ofiarom powodzi w Sandomierzu i osobiście pomagała przy rozdziale pomocy na miejscu”.

Droga Pani Wessel – jeszcze raz serdecznie gratulujemy i dziękujemy.

PIOTR DYLEWICZ

Podziękowania

Korzystając z łamów naszego pisma, chcę złożyć podziękowania lekarzom, którzy zastąpili mnie, gdy nagle zachorowałem. 3 czerwca 2011 r. doznałem udaru mózgu i przez wiele miesięcy nie byłem zdolny do pracy. Trójka lekarzy – dr Iwona Jakób, dr Marek Kamiński i dr Jan Baranowski sami zgłosili chęć zastępstwa i przez wiele miesięcy przyjeżdżali do Moch i przyjmowali moich pacjentów. Bez ich bezinteresownej pomocy nie przetrwałaby moja praktyka i zapewne straciłbym miejsce pracy. Prawdziwych przyjaciół poznaje się w biedzie. Oni są tego najlepszym przykładem.

ANDRZEJ ZIELIŃSKI

NZOZ OŚRODEK ZDROWIA

W MOCHACH

Kulturalna Izba

„Portrety lekarzy poznańskich”

prace malarskie Tytusa Byczkowskiego

22 marca – 8 kwietnia

Muzeum Archidiecezjalne na Ostrowie Tumskim
wernisaż wystawy – 22 marca godz. 18.00

„Legandy kina”

„Nóż w wodzie” Romana Polańskiego z muzyką
Krzysztofa Komedy

w 50. rocznicę zdobycia nagrody FIPRESCI

w Wenecji i nominacji do Oscara.

Projekcja filmu poprzedzona prelekcją.

29 marca godz. 17.30, Klub Lekarza w siedzibie WIL,
inauguracja cyklu spotkań dyskusyjnych
i wspomnieniowych.

**pełnomocnik prezesa WIL ds. kultury
lek. stom. Katarzyna Bartz-Dylewicz**

Karty Multisport

Od 1 kwietnia rusza program Kart Multisport dla członków Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

Dzięki tej karcie otrzymują państwo możliwość korzystania z obiektów sportowych w całej Polsce – wykaz dostępny na stronie: www.benefitsystems.pl

Oplatę w wysokości 150 zł miesięcznie należy przelać do 10. dnia każdego miesiąca na konto 45 1020 4027 0000 1102 0404 3501, z dopiskiem: Multisport i nazwą miesiąca, za który następuje zapłata (np. Multisport kwiecień). Zgłoszenia (imię, nazwisko i telefon) należy przesyłać na adres: biuro@wil.org.pl: lub kontaktować się telefonicznie (783 993 900) z Janem Skrobiszem.

5 Europejska Konferencja Nowotworów Głowy i Szyi

Poznań, 18–21 kwietnia 2012 r.

UDZIAŁ PONAD 45 ZAGRANICZNYCH WYKŁADOWCÓW Z CAŁEGO ŚWIATA, ORAZ POLSKICH EKSPERTÓW:

Guy ANDRY (Belgia)
 Kian K. ANG (USA)
 Michael BAUMANN (Niemcy)
 Jan BETKA (Czechy)
 Jean BOURHIS (Francja)
 Patrick J. BRADLEY (UK)
 Ruud H. BRAKENHOFF (Holandia)
 James BROWN (UK)
 Wilfried BUDACH (Niemcy)
 Dominik CHEVALIER (Francja)
 Andreas DIETZ (Niemcy)
 Dan FLISS (Izrael)
 Ralph GILBERT (Kanada)
 Reidar GRENNAN (Finlandia)
 Robert HERMANS (Belgium)
 Reinald KNECHT (Niemcy)
 Johannes A. LAGENDIJK (Holandia)
 Rene LEEMANS (Holandia)
 Jean Louis LEFEBVRE (Francja)
 Lisa LICITRA (Włochy)
 Hisham MEHANNA (UK)
 Piero NICOLAI (Włochy)
 Miquel QUER (Hiszpania)
 Marc REMACLE (Belgia)
 Igor V. RESHETOV (Rosja)
 Anatoly ROMANCHISHEN (Rosja)
 Ricard SIMO (UK)
 Giuseppe SPRIANO (Włochy)
 Jan VERMORKEN (Belgia)

Serdecznie zapraszam,

Prof. dr hab. med. Wojciech Golusiński
 Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego

TEMATYKA

- Innowacje w onkologii głowy i szyi
- Wartość aktualnej diagnostyki obrazowej w rejonie głowy i szyi
- Standaryzacja w multidyscyplinarnym leczeniu nowotworów głowy i szyi
- Rekonstrukcje w nowotworach głowy i szyi
- Biologia molekularna w nowotworach głowy i szyi

RÓŻNE FORMY PREZENTACJI

- wykłady na zaproszenie ■ dyskusje panelowe
- okrągłe stoły ■ prezentacje prac oryginalnych
- sesja plakatowa ■ forum młodych naukowców
- kursy przedkonferencyjne ■ kursy instruktażowe

Specjalna opłata
 dla uczestników z Polski
 TYLKO 500 zł

TŁUMACZENIE SYMULTANICZNE
 sesji panelowych
 i wykładów na zaproszenie

www.ehns2012.pl

Szanowni Państwo!

5th European Conference on Head and Neck Oncology jest pierwszą w Polsce konferencją dotyczącą leczenia nowotworów głowy i szyi o wymiarze europejskim.

Celem tego spotkania jest wymiana doświadczeń i wiedzy w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia nowotworów głowy i szyi. Jako szczególny priorytet przyjęto popularyzację wiedzy w zakresie: standardów postępowania klinicznego, najnowszych osiągnięć naukowych oraz opieki nad pacjentem leczonym interdyscyplinarnie. Naszym celem jest ponadto promocja osiągnięć młodych specjalistów i naukowców z Europy Środkowej i Wschodniej. Edukacyjny charakter konferencji podkreślą zorganizowane kursy szkoleniowe, sesje instruktażowe, sympozja satelitarne z udziałem wybitnych specjalistów z kraju i zagranicy.

Komitet Naukowy stanowią wybitni specjaliści z zakresu: laryngologii, chirurgii szczękowo-twarzowej, onkologii klinicznej, chirurgii onkologicznej, chirurgii rekonstrukcyjnej, radioterapii, fizyki medycznej, patologii, radiologii, biologii molekularnej, medycyny rodzinnej.

Serdecznie zapraszam do Poznania i do zobaczenia w kwietniu 2012 r.

Prof. Wojciech Golusiński
 Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

KONFERENCJE TOWARZYSZĄCE

- **KONFERENCJA SZKOLENIOWA DLA LEKARZY RODZINNYCH**
 Miejsce lekarza rodzinnego w diagnostyce i leczeniu nowotworów głowy i szyi
sobota, 21 kwietnia 2012 r.
Prof. Wanda Horst-Sikorska, Prof. Stanisław Bień Rola lekarza rodzinnego w rozpoznawaniu i leczeniu nowotworów głowy i szyi
Prof. Maciej Misiótek Rak krtani i krtaniowej części gardła
Prof. Wojciech Golusiński Rak jamy ustnej i gardła
Prof. Czesław Stankiewicz Guzy nosa, zatok przynosowych i nosogardła
Prof. Witold Łukas, Prof. Stanisław Bień Guzy szyi u dzieci i dorosłych
Prof. Stanisław Bień Nowotwory skóry głowy i szyi, rak wargi
Dr Ewelina Gowin Leczenie bólu w nowotworach głowy i szyi w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej
Prof. Ewa Osuch-Wójcikiewicz Opieka po leczeniu przyczynowym guzów głowy i szyi
- **EUROPEJSKA PLATFORMA PIELĘGNIAREK**
 Pielęgniarka – partner w zespole interdyscyplinarnym leczącym chorych z nowotworami głowy i szyi
środa, 18 kwietnia 2012 r.



Polska Grupa Badań Nowotworów Głowy i Szyi



wielkopolskie centrum onkologiczne

BIURO KONFERENCYJNE
 ul. Garbary 15, 61-866 Poznań
 tel./faks 61 8850-801
 e-mail: ehns@ehns2012.pl

Nowotwory głowy i szyi w ujęciu interdyscyplinarnym

Rozmowa z prof. Wojciechem Golusińskim z Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Dlaczego należało wyodrębnić tę grupę nowotworów?

„Rak głowy i szyi” oraz „nowotwór głowy i szyi” to wspólne określenie grupy nowotworów związane z lokalizacją anatomiczną, obejmującą wspólny odcinek górnych dróg oddechowo-pokarmowych. Około 40 proc. z nich zlokalizowanych jest w obrębie jamy ustnej, 15 proc. w obrębie gardła, 25 proc. w obrębie krtani. Pozostałe 20 proc. to nowotwory w innych lokalizacjach, głównie w obrębie ślinianek i tarczycy. W międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD10 nowotwory głowy i szyi oznaczone są symbolami C00 – C14, C32, C07, C09, C11. Światowe piśmiennictwo podaje, że rak płaskonabłonkowy głowy i szyi z 850 tys. nowych zachorowań jest na piątym miejscu najczęstszych nowotworów na świecie. W Polsce rocznie rejestrowanych jest ok. 9500 nowych zachorowań na ten typ nowotworu, 95 proc. z nich to raki płaskonabłonkowe.

Czy znamy czynniki usposabiające do powstawania tych nowotworów?

Wiemy o nich coraz więcej. Należą do nich palenie papierosów, spożywanie alkoholu, nieprawidłowa dieta, czynniki związane z niedostateczną higieną jamy ustnej. Ostatnio także coraz większą rolę przypisuje się zakażeniu wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV), tym samym, który powoduje rozwój raka szyjki macicy. Szczególnie należy zwrócić uwagę na stany przednowotworowe, które charakteryzują się zmętnieniem błony śluzowej oraz zmianą barwy błony śluzowej górnego odcinka drogi oddechowo-pokarmowej.

Czy można sporządzić obraz przeciętnego chorego?

Typowy chory na raka głowy i szyi to starszy mężczyzna lub kobieta. Wieloletni palacz papierosów, nadużywający alkoholu. Rośnie jednak liczba chorych z nowotworami głowy i szyi stosunkowo młodych, którzy nigdy nie palili. U wielu z nich potwierdzono zakażenie wirusem HPV. U osób, u których rozwój nowotworu związany jest z zakażeniem HPV, guz najczęściej obejmuje nasadę języka i migdałek podniebienny. Co ciekawe, istnieją doniesienia, iż rokowanie u chorych HPV-dodatnich było znacznie lepsze niż w grupie chorych HPV-ujemnych. Do zakażenia HPV dochodzi głównie na drodze kontaktów seksualnych. Bardzo wczesna inicjacja seksualna, częsta zmiana partnerów oraz seks oralny to główne czynniki ryzyka.



Przypuszczam, że podstawowe leczenie polega na zabiegu chirurgicznym. Musi być ono szczególnie trudne z uwagi na umiejscowienie nowotworu...

Rzeczywiście, chirurgia w obrębie głowy i szyi jest szczególna ze względu na warunki anatomiczne. W obrębie głowy i szyi na stosunkowo małej przestrzeni zlokalizowanych jest 5 narządów zmysłów: słuchu, wzroku, równowagi, węchu i smaku. Tkanki tej okolicy są bogato unaczynione i unerwione. Ze względu na trudne warunki anatomiczne i ograniczone pole operacyjne konieczne jest stosowanie dodat-

kowego sprzętu umożliwiającego właściwą wizualizację pola operacyjnego – endoskopów, mikroskopu. Wspólna część górnej drogi oddechowo-pokarmowej warunkuje określone postępowanie operacyjne i pooperacyjne, wpływając w znaczący sposób na wyniki leczenia. U wielu pacjentów, zwłaszcza w przypadku nowotworów wcześniej wykrytych, możliwe jest wykonanie mało inwazyjnych zabiegów endoskopowych, przykłady to chirurgia laserowa krtani czy endoskopowe zabiegi w obrębie zatok, jam nosa i podstawy czaszki. Często jednak jedyną możliwością jest wykonanie niezwykle rozległych resekcji, wymagających skomplikowanych zabiegów rekonstrukcyjnych z zastosowaniem wolnych płatów skórno-mięśniowych. Pamiętajmy, że od jakości rekonstrukcji w dużej mierze zależy jakość życia chorych, ich zdolność do normalnego oddychania, mowy czy odżywiania się. Analizując wyniki leczenia nowotworów głowy i szyi według statystyk Sloan-Kettering Cancer Center w Nowym Jorku z 2005 r., stwierdzono znamienne statystycznie różnice w 5-letnich przeżyciach między chorymi leczonymi w centrach onkologicznych – 60 proc. i poza ośrodkami onkologicznymi – 40 proc. Różnica 20 proc. wskazuje na podstawowe znaczenie ośrodka, w jakim chory rozpoczyna leczenie. Główną przyczyną takiego stanu rzeczy jest interdyscyplinarne podejście do terapii. Ze względu na szczególne warunki anatomiczne nowotwory w obrębie głowy i szyi bardzo szybko przekraczają granice poszczególnych specjalności. Przykładem może być zaawansowany nowotwór w obrębie jamy nosa i zatok przynosowych naciekający ścianę oczodołu oraz kostną granicę przedniego dołu czaszki. Zabieg leży w zakresie kompetencji laryngologa, chirurga szczękowego, okulisty i neurochirurga. Specjaliści ci powinni stanowić zespół, uzupełniając się w trakcie operacji. Stąd konieczność tworzenia oddziałów interdyscyplinarnych łączących laryngologię, chirurgię

PERYSKOP

onet.pl

Janusz Skowronek

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

Naukowcy konstruowali i przetestowali „roboty DNA”

Amerykańscy naukowcy skonstruowali i przetestowali tak zwane roboty DNA. Mogą one okazać się przełomowe w leczeniu groźnych chorób, na przykład raka – piszą badacze na łamach prestiżowego tygodnika „Science”.

„Roboty DNA” to splecione ze sobą i posklejane fragmenty nici DNA. W powiększeniu wyglądają jak kawałki swetra zrobionego na drutach. Dzięki metodzie tzw. DNA origami można z nich budować trójwymiarowe konstrukcje. Jeden z prekursorów tych badań zrobił nawet z DNA żółtą uśmiechniętą buźkę, taką jak dobrze znana emotikona. Wewnątrz takiej struktury można zamknąć drobinę leku, który zostanie uwolniony przy spotkaniu z określoną komórką ciała. Autor badań dr Shawn Douglas z Uniwersytetu Harvarda mówi, że w przyszłości chce budować bardziej skomplikowane urządzenia, które będą skuteczniej walczyły z chorobami lub je wykrywały. Inni naukowcy potwierdzają, że takie bioroboty mogą być skuteczne w leczeniu np. raka, będą bowiem dostarczały leki tylko do komórek nowotworowych, a nie do całego organizmu, jak obecnie.

Rak piersi – sam wiek nie może decydować o wyborze terapii

Wiek kobiety z rakiem piersi nie może decydować o wyborze optymalnej dla niej terapii. Jeśli starsza pacjentka nie cierpi na minimum trzy schorzenia przewlekłe i ma sprawny umysł, może być leczona tak jak chore przed 65. rokiem życia – przypominają lekarze. Mówili o tym na spotkaniu prasowym zorganizowanym w czwartek w ramach II edycji kampanii „Rozmowy o czasie”.

– *Zgodnie z rekomendacjami międzynarodowymi, jeśli nie ma przeciwwskazań medycznych, to panie*

szczękowo-twarzową, neurochirurgię – w tym chirurgię podstawy czaszki, okulistykę i chirurgię plastyczną.

Chyba w niewielu rodzajach nowotworów potrzeba aż tak szerokiej współpracy wielu specjalistów.

Tak, w skład zespołu terapeutycznego wchodzi: chirurg głowy i szyi, radioterapeuta, onkolog kliniczny, anestezjolog, radiolog, patolog, chemioterapeuta, psycholog. Dopiero taka grupa ma szansę na podstawie zebranych danych zaproponować optymalne leczenie, dobrane indywidualnie dla każdego chorego (personalizacja leczenia). Przez lata zmieniło się znaczenie poszczególnych rodzajów terapii, co wpłynęło m.in. na rozwój chirurgii głowy i szyi, powodując zmianę charakteru naszej specjalności.

W medycynie obserwuje się lawinowy rozwój wielu nowoczesnych technik diagnostycznych i terapeutycznych. Lekarz zyskuje coraz większe możliwości pomagania chorym, a pacjenci większe szanse na wyleczenie. Czy w państwa specjalności także?

Dzięki postępowi możliwy stał się rozwój terapii wielokierunkowej w leczeniu nowotworów głowy i szyi. Od początku XX w. stopniowo rozwijała się chirurgia, w tym onkologiczna – nowe techniki operacyjne, narzędzia

itd. Od lat 60. ubiegłego wieku w terapii nowotworów coraz większą rolę zaczęła odgrywać radioterapia. W latach 80. możliwości leczenia operacyjnego i radioterapii uzupełniła chemioterapia. Od połowy lat 90. coraz częściej mówi się o terapii celowanej, dobieranej indywidualnie. Kolejnym krokiem w leczeniu nowotworów będzie terapia genowa. Rola chirurga uległa pewnej modyfikacji. Często odpowiada on tylko za pewien etap wieloetapowego leczenia. Coraz częściej wykonuje się zabiegi po zastosowaniu radiochemioterapii indukcyjnej, co stanowi dla chirurga duże wyzwanie. Ponadto chirurgia minimalnie inwazyjna daje możliwość oszczędzającego leczenia raka krtani, gardła (endoskopy, laser), gruczołów przytarczowych, tarczycy, ślinianek, węzłów chłonnych czy guzów w obrębie podstawy czaszki. Obrazowanie i zaawansowane techniki informatyczne stanowią przewodnik w leczeniu nowotworów głowy i szyi, pozwalający zmodyfikować techniki chirurgiczne dzięki zastosowaniu nawigacji, robotów operacyjnych, ultrasonografii nowej generacji, obrazowania 4D, izotopów. Szybki postęp technologiczny umożliwia szersze wykorzystanie nowych technologii w leczeniu, zwiększając jednocześnie zapotrzebowanie na szkolenie umiejętności w zakresie wykorzystania nowych technologii. Przykładem może

PODZIĘKOWANIE

Szanowni Państwo!

2 stycznia 2012 r. minął rok od dnia, kiedy Grzegorz Komarowski – „Komar”, wracając z dyżuru lekarskiego, uległ wypadkowi komunikacyjnemu. Grzegorz doznał ciężkiego urazu rdzenia kręgowego. Dodatkowym powikłaniem była posocznica. Pomimo niepomyślnych rokowań, Grzegorz przeżył. Obecnie oddycha bez pomocy respiratora, porusza kończynami górnymi i jeździ samodzielnie aktywnym wózkiem inwalidzkim. Leczenie i rehabilitacja okupione są ogromnym wysiłkiem i bólem, ale przyniosły i nadal przynoszą efekty. Grzegorz ma nadzieję na powrót do normalnego życia i kontynuowanie pracy w zawodzie lekarza, niestety, już nie chirurga. Bez pomocy rodziny, przyjaciół, lekarzy, pielęgniarek, rehabilitantów i wielu osób, które odpowiedziały na nasz ubiegłoroczny apel, byłoby to niemożliwe.

DZIĘKUJEMY WSZYSTKIM Z CAŁEGO SERCA!

Walka Grzegorza o odzyskanie możliwie największej sprawności trwa. Rehabilitacja prowadzona w specjalistycznych ośrodkach jest, niestety, bardzo kosztowna, ale wierzymy, że pozwoli Grzegorzowi stanąć na nogi (dosłownie i w przenośni). Dlatego, dziękując jeszcze raz za okazane wsparcie, pozwalamy sobie ponowić w tym roku apel o pomoc finansową dla Grzegorza.

Grzegorz i Hanna Komarowscy z córkami

być śródoperacyjne MRI oraz nawigacja obrazem, obrazowanie *in vivo* raka jamy ustnej z wykorzystaniem ręcznego mikroskopu konfokalnego (confocal microscope). Nową technologią, coraz szerzej wykorzystywaną, jest chirurgia z zastosowaniem robota, np. system da Vinci. Poszerzają się wskazania do jej stosowania. W porównaniu z tradycyjną chirurgią zapewnia ona doskonale efekty – radykalne usunięcie zmiany przy zachowanych funkcjach życiowych.

Brzmi to imponująco. Czy w Polsce te techniki także są stosowane?

Tak. Coraz więcej ośrodków dysponuje nowoczesnym wyposażeniem sali operacyjnej, odpowiadającym najlepszym standardom europejskim. W Wielkopolskim Centrum Onkologii przed 5 laty powstał interdyscyplinarny ośrodek leczenia nowotworów głowy i szyi, który wykorzystuje najnowocześniejsze technologie medyczne. Należy podkreślić, że najważniejszy jest dobrze wykształcony lekarz, potrafiący zaimplementować i wprowadzić techniki medyczne.

Jaka przyszłość rysuje się przed tą trudną i skomplikowaną dziedziną, jaką jest leczenie nowotworów głowy i szyi? Rozumiem, że będzie to tematem kwietniowej konferencji w Poznaniu?

Oczywiście. Rozwój i postęp w chirurgii głowy i szyi dokonał się m.in. dzięki postępowi w naukach podstawowych: biologii komórki, badaniach nad procesami nowotworzenia. Nie bez znaczenia są osiągnięcia w onkologii ogólnej, chemioterapii, radioterapii nowotworów, a także postęp technik chirurgicznych i rozwój diagnostyki. W przyszłości chirurg głowy i szyi będzie musiał być specjalistą w zakresie szybko rozwijających się technologii i badań podstawowych w genetyce, terapii genowej oraz w dziedzinie czynników biologicznych ukierunkowanych na leczenie i zapobieganie nowotworom.

Niestety, dotychczas nie znaleziono jakiegokolwiek rozwiązania pozwalającego na ustalenie jasnej strategii leczenia nowotworów głowy i szyi. Można jedynie potwierdzić istotny postęp w zrozumieniu procesów nowotworzenia. Im więcej wiemy, tym większe wyzwania stoją przed nami. Pomimo całego postępu technologicznego oraz coraz lepszych wyników wielospecjalistycznego leczenia ukierunkowanego na zachowanie narządu, chirurgia pozostaje głównym sposobem leczenia chorych z nowotworami głowy i szyi.

**Dziękuję za rozmowę.
Rozmawiał
Andrzej Baszkowski**

PERYSKOP

w podeszłym wieku powinny być leczone tak samo jak młodsze pacjentki. Wiek metrykalny nie jest tu najważniejszym kryterium – powiedziała dr Iwona Głogowska z Kliniki Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej Centrum Onkologii w Warszawie. Podkreśliła, że terapię powinno się za każdym razem dobierać do indywidualnych potrzeb i stanu zdrowia chorej, w tym schorzeń współistniejących, odżywienia organizmu, funkcji poznawczych. Według dr Głogowskiej, lekarze rzadziej decydują się na przykład na zabiegi oszczędzające piersi u starszych kobiet, choć zgodnie z rekomendacjami Międzynarodowego Towarzystwa Onkologii Geriatrycznej (SIOG), jeśli rak jest we wczesnym stadium, leczenie operacyjne powinno być u nich prowadzone tak jak u młodszych pacjentek. Z obawy przed powikłaniami, kobiety po 65. roku życia rzadziej są też kierowane na radioterapię. Tymczasem rekomendacje SIOG mówią, że zmniejsza ona ryzyko nawrotu i powinna być rozważana w każdym wieku. Towarzystwo podkreśla jednak, że decyzje dotyczące indywidualnej pacjentki trzeba podejmować po przeanalizowaniu potencjalnych korzyści i ryzyka. Jak zaznaczyła onkolog, przyjmuje się również, że hormonoterapia uzupełniająca przynosi chorym na raka korzyść niezależnie od wieku (jeśli komórki nowotworu mają receptory dla hormonów płciowych).

Według dr Głogowskiej, gdy hormonoterapia nie działa lub nie można jej zastosować, powinno się rozważyć chemioterapię, ale by zmniejszyć toksyczność, starszym kobietom podaje się ją raczej w niższych dawkach i w mniejszych odstępach czasu. – *Lekarze boją się jednak chemioterapii u starszych chorych, bo wcześniej pojawiały się doniesienia, że ze względu na wyższą w tej grupie toksyczność, m.in. dla serca, zwiększa ona częstość hospitalizacji* – dodała. Podobnie jest z tzw. terapią celowaną, tj. przy użyciu leków, które działają bezpośrednio na cząsteczki zaangażowane w mechanizm rozwoju raka.

Poniżej informacje dla tych, którzy chcą wesprzeć Grzegorza:

- 1% podatku można przekazywać na konto Organizacji Pożytku Publicznego – Stowarzyszenia Centrum Wspomaganie Osób Niepełnosprawnych BRATEK, którego Grzegorz jest podopiecznym. W tym celu należy wpisać nr KRS Stowarzyszenia: 0000066678, w zeznaniu rocznym, koniecznie z dopiskiem: „dla Grzegorza Komarowskiego na leczenie i rehabilitację”.
- Wszelkie wpłaty można przekazywać na indywidualne konto założone dla Grzegorza w ramach Stowarzyszenia Centrum Wspomaganie Osób Niepełnosprawnych BRATEK nr: 4311602202000000065203139 (Bank Millenium SA), koniecznie z dopiskiem: „dla Grzegorza Komarowskiego”.

Dodatkowe informacje:

- Stowarzyszenie Centrum Wspomaganie i Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych BRATEK, organizacja pożytku publicznego, nr KRS 0000066678, ul. Szydłowska 14 A, 60-651 Poznań, www.brateg-opp.org.pl
- Szczegółowe informacje znajdują Państwo, na stronie internetowej Grzegorza: www.komar.org.pl

PERYSKOP onet.pl

– *Ogólnie, jeśli kobieta ma minimum trzy poważne schorzenia wymagające leczenia, to ryzyko toksyczności terapii przeciwnowotworowej oraz zgonu jest wyższe* – podkreśliła onkolog. Eksperti obecni na konferencji zwracali uwagę, że liczba osób cierpiących na nowotwory złośliwe, w tym kobiet z rakiem piersi, będzie gwałtownie rosła z powodu starzenia się społeczeństwa.

Zgodnie z prognozami dla Polski przedstawionymi przez dr Joannę Didkowską z Zakładu Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Centrum Onkologii w Warszawie, w 2025 r. liczba zachorowań na raka piersi wyniesie 21 tys. (obecnie jest to ponad 15–16 tys. rocznie), z czego 40 proc. będą stanowiły kobiety po 70. roku życia. Liczba wszystkich pacjentek, które w 2025 r. będą żyły z rakiem piersi, wyniesie ok. 90 tys., podczas gdy aktualnie jest ich ponad 50 tys.

– *Nowotwory złośliwe staną się problemem nie tylko medycznym, ale też społecznym, demograficznym, finansowym. Dlatego niezbędne jest wypracowanie efektywnego systemu opieki nad pacjentami onkologicznymi, w który zaangażowani będą lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, geriatrzy czy ginekolodzy* – powiedział dr hab. Tadeusz Pieńkowski, kierownik Kliniki Onkologii CMKP w Europejskim Centrum Zdrowia w Otwocku.

Jak ocenił, doświadczenia innych krajów wskazują, że lepsze efekty pod względem skuteczności terapii i wyleczalności raka piersi uzyskuje się wtedy, gdy chorą opiekuje się interdyscyplinarny zespół specjalistów, niż gdy opieka ta jest rozproszona pomiędzy różnych świadczeniodawców, nawet o takich samych kwalifikacjach.

Z tego powodu Polska Unia Onkologii oraz Polskie Towarzystwo Onkologiczne promują powstawanie w Polsce ośrodków wyspecjalizowanych w leczeniu i opiece nad kobietami z rakiem piersi (tzw. Breast Cancer Units). Eksperti chcą, by do 2016 r. powstało 20 takich placówek, ale szacują, że ogólnie potrzeba ich ok. 100.

Manifest w sprawie lekarzy Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Lesznie Konsolidacja szpitali?

Nowy dyrektor WSzZ w Lesznie zapewne doprowadzi do jego konsolidacji z Wojewódzkim Szpitalem Neuropsychiatrycznym w Kościanie. W konsolidacji widzi szansę na znalezienie inwestora branżowego albo chociaż finansowego, który zapewni kapitał na rozwój, przedstawi własny program naprawczy, przeprowadzi negocjacje z bankami i wierzycielami, co umożliwi rozszerzenie działalności Szpitala, pozyskiwanie nowych zleceń i redukcję kosztów.

We współpracy i konsolidacji, a więc w odwrotności tego, co było dotychczas lansowane w polskiej gospodarce – podziału spółek i zakładów na mniejsze podmioty (np.: Polskie Koleje Państwowe), widać zapewne szansę. Jednakowoż na pewno zmiana dyrektorów, nawet świetnych fachowców, nie spowoduje przełomu, ważne jest, aby nie zmarnować kapitału ludzkiego.

Zaufanie to ważny czynnik w organizacji, ułatwiający kooperację oraz koordynację interakcji społecznych. Zmniejsza potrzebę monitorowania zachowań pracowniczych i jest jednym z najistotniejszych czynników wpływających na satysfakcję z pracy. Brak zaufania wiąże się z kolei z dużymi kosztami ponoszonymi przez pracownika, głównie emocjonalnymi i transakcyjnymi, a umiejętność ich niwelowania odzwierciedla istniejący poziom zaufania. Brak zaufania w organizacji przyczynia się do jej dysfunkcyjności, gdyż uniemożliwia podejmowanie dobrych decyzji, utrudnia też rozwój więzi społecznych. Zaufanie znacznie ogranicza negatywne następstwa zmian organizacyjnych i ułatwia dokonywanie zmian w grupie pracowniczej.

Zaufanie umożliwia skuteczne uczenie się i wychodzenie z kryzysu, sprzyja integracji, produktywności i wprowadzaniu zmian oraz decyduje o jakości stosunków międzyludzkich. Jest kapitałem społecznym, którego nie wolno zmarnować. Stało się ono tak cenną wartością, że niektóre większe organizacje tworzą strategie budowania zaufania, organizują specjalne szkolenia oraz zawierają zaufanie w dokumentacji. Zaufanie jest więc cennym kapitałem, a nie mamy go za dużo.

(parafraza materiałów z pracy prof. Kazimierza Denka)

Zarządzanie zasobami ludzkimi czy też polityka kadrowa stanowi swoistą filozofię zarządzania potencjałem ludzkim w każdym przedsiębiorstwie, priorytet w prawidłowym funkcjonowaniu przedsiębiorstwa. Personel uważny jest za jeden z najważniejszych zasobów, jakim ono dysponuje! W dzisiejszych czasach, aby przedsiębiorstwo sprawnie funkcjonowało, musi zatrudniać odpowiednich pracowników, którzy mają wiedzę, doświadczenie oraz wysokie kwalifikacje zawodowe.

To, czy nasz Szpital odniesie sukces, zależy przede wszystkim od umiejętności oraz postawy pracowników, którzy stanowią jego zasoby. Bez doświadczonej kadry nawet najlepsze i najcenniejsze zasoby mogą zostać zmarnowane, co przyczyni się do upadłości przedsiębiorstwa.

Istotą zarządzania kapitałem ludzkim jest więc nie tylko dbanie o maksymalizację zysku oraz sukces finansowy, ale przede wszystkim stworzenie odpowiednich warunków pracy oraz możliwości rozwoju zawodowego zatrudnianych pracowników, ponieważ dzięki temu oni staną się najlepszą gwarancją rozwoju danego przedsiębiorstwa.

W takim razie – co dalej? Co z lekarzami, w których imieniu z racji pełnionej funkcji występuję? Kto będzie pracował (na podstawie umowy o pracę lub na kontrakcie)?

Wyobrażam sobie możliwe scenariusze:

A. Rekrutacja zewnętrzna – daje chyba iluzoryczną pewność, że będziemy mieli wielu chętnych na dane stanowisko; im trudniejsza sytuacja rynkowa, tym bardziej sprawdza się ta zasada, ale jednocześnie tym więcej będzie zgłaszało się kandydatów o różnych, nie zawsze oczekiwanych kwalifikacjach. Czyż rekrutacja zewnętrzna

jest łatwiejsza niż wewnętrzne poszukiwania? Czy łatwiej ściągnąć specjalistę z zewnątrz niż nawet przeszkolić do trudnych zadań osoby dotąd pracujące? Nie przypuszczam!

Dodatkowe, niezmiernie istotne wady rekrutacji zewnętrznej:

– koszty – zewnętrzne poszukiwania są drogie i czasochłonne, trzeba zdefiniować, gdzie i kogo szukać, jak go szukać, a później przeprowadzić selekcję kandydatów, co wymaga czasu; te koszty można obliczyć i na pewno są one wyższe niż koszt poszukiwania kandydata we własnej firmie;

– zagrożenie dla motywacji – decydując się przyjąć do pracy osobę z zewnątrz, dajemy sygnał już zatrudnionym, że nie ma wśród nich osoby wystarczająco kompetentnej...

B. Rekrutacja wewnętrzna – utrzymanie wakuującego stanowiska dla osób już zatrudnionych (w dowolnej formie) jest sygnałem, że są w firmie możliwości rozwoju i że traktujemy poważnie naszych pracowników (lub osoby związane kontraktem). Jest ona szansą, by lepiej wykorzystać zasoby ludzkie, jakie już posiadamy – firma zna kandydata, a kandydat firmę. To pozwala na oszczędzenie środków związanych ze zbieraniem i weryfikowaniem informacji oraz na uniknięcie wzajemnego rozczarowania.

Co prawda, pracownik utrzymuje wszystkie swoje wcześniejsze przyzwyczajenia, więc trudno liczyć, że zacznie pracować zupełnie inaczej niż dotąd, dlatego nie możemy liczyć na przełom w sposobach wykonywania zadań. Nie uważam jednak, żeby dotychczasowe wykonania kontraktów z NFZ faktycznie tego wymagały. Może to też być źródłem konfliktów, które czasem paraliżują pracę na długi czas, więc warto zadbać, by do nich nie doszło, jasno podając przyczyny wyboru tej, a nie innej osoby na dane stanowisko.

Nie uważam jednak, aby w warunkach osobowych lekarzy WSzZ w Lesznie ten problem mógł wystąpić, znamy się od lat i funkcjonujemy jak dobrze dotarte trybiki.

Do podstawowych praw pracownika, które osoby pracujące na tzw. kontraktach utraciły, należą:

- prawo do wynagrodzenia;
- prawo do urlopów: wypoczynkowego i okolicznościowego;
- prawo do bezpiecznych warunków pracy (czas pracy!).

Te prawa pracowników są jednocześnie podstawowymi obowiązkami pracodawców.

Sytuacja pod tym względem była dotąd zgodna z oczekiwaniami obu stron. Pytanie, czy nadal tak będzie po reorganizacji? Czy za cenę utraty tzw. bezpieczeństwa socjalnego, tak istotnego w przypadku okrutnych często zdarzeń losowych, będą chętni do podjęcia ryzyka w warunkach asymetrycznej wiedzy, wynikającej z zasad finansowania kontraktów Szpitala przez NFZ?

Ponadto etos pracy lekarza ulega erozji. Zarzewie jego destrukcji tkwi m.in. w urynkowieniu, masowości i komercjalizacji leczenia, w kryzysie postaw społecznych, łamaniu norm etycznych, w nadrzędności wartości instrumentalnych nad intelektualnymi i moralnymi. Dopełniają je wieloletowość, partykularyzm jednostkowy i grupowy, rozchwianie relacji mistrz – uczeń (domyślnie – młody lekarz). Zagrożenie tego etosu negatywnie wpływa na dobro społeczne i nie można w imię maksymalizacji zysków przedsiębiorstwa, jakim jest szpital, tego zjawiska nasilać.

Niezbędne w zawodzie lekarza szkolenia są długoterminową inwestycją, która zwraca się w różnych postaciach. Należy traktować szkolenie jako zasadniczy rodzaj działalności sprzyjającej realizacji celów, jako sposób na sprawne funkcjonowanie, i być skłonny uznać szkolenie za tak ważne, że nawet w okresach trudności należy zwiększać wydatki na ten cel – jako dodatkowy bonus finansowy dla lekarza.

Czy przedstawione wyżej tematy „Manifestu” znajdują życzliwy posłuch u nowego kierownictwa WSzZ w Lesznie? Apeluję do wszystkich, którzy mają wpływ na organizacyjny i ekonomiczny kształt tego – nawet przekształconego – szpitala, o głęboką rozważę.

PRZEMYSŁAW KOZANECKI
WICEPREZES ORL WIL

PRZEWODNICZĄCY DELEGATURY LESZCZYŃSKIEJ WIL

PERYSKOP **onet.pl**

Można wpłynąć na działanie mózgu za pomocą kropek kwantowych

Wpływanie na działanie mózgu nie jest niemożliwe – można tego dokonać poprzez wprowadzenie do niego mikroskopijnych struktur: kropek kwantowych. Jak informuje „New Scientist”, właśnie dowiedziono tego po raz pierwszy. Tego rodzaju kontrola może pewnego dnia znaleźć zastosowanie w nieinwazyjnym leczeniu na przykład choroby Alzheimera, depresji czy epilepsji. W bliższej perspektywie za pomocą kropek kwantowych można będzie zapewne leczyć ślepotę, reaktywując uszkodzone komórki siatkówki. Jak wyjaśnia prof. Lih Lin z University of Washington w Seattle, manipulowanie specyficznymi neuronami może przywrócić normalną aktywność komórek nerwowych, korygując zaburzenia pracy mózgu. Istnieje już wiele technik wpływania na komórki mózgu, jednak mają one swoje wady. Na przykład przeczaszkowa stymulacja z wykorzystaniem pola magnetycznego wpływa na duży obszar mózgu, więc trudno za jej pomocą osiągnąć specyficzny efekt. Głęboka stymulacja za pomocą elektrod, jak w chorobie Parkinsona, wymaga umieszczenia elektrod w mózgu, co jest zabiegiem inwazyjnym. Komórki można też modyfikować genetycznie, aby reagowały na światło, jednak jest to zbyt ryzykowne w przypadku ludzi. Proponowana przez zespół Lih Lin alternatywa to zastosowanie kropek kwantowych – reagujących na światło, półprzewodzących drobinek o średnicy liczonej w nanometrach.

Najpierw naukowcy umieścili komórki raka prostaty na cienkiej warstwie pokrytej kropkami kwantowymi, tak że kropki przylgnęły do komórek. Następnie kropki zostały oświetlone. Pod wpływem światła elektrony kropek ulegają pobudzeniu, a otaczający je obszar staje się naładowany ujemnie. W rezultacie w komórkach nowotworowych otwierają się kanały jonowe i jony przedostają się do komórki lub wydostają z niej. W przypadku

PERYSKOP **onet.pl**

komórek nerwowych otwarcie kanałów jonowych to ważny krok prowadzący do generowania impulsów nerwowych, za pomocą których porozumiewają się neurony. Aby powstał potencjał czynnościowy, napięcie musi się zmienić w odpowiednim stopniu, co udało się naukowcom osiągnąć za pomocą kropek kwantowych podczas eksperymentów na komórkach nerwowych.

Jeśli kropki kwantowe miałyby znaleźć zastosowanie kliniczne, trzeba je wprowadzać do mózgu. Zdaniem Lin nie powinno to być trudne – wystarczy pokryć powierzchnię kropek odpowiednimi cząsteczkami, aby trafiły w żądany region mózgu po podaniu dożylnym. Trudniej będzie oświetlić wnętrze mózgu. Dlatego naukowcy w pierwszym rzędzie chcą spróbować wpływać na siatkówkę oka, która w naturalny sposób podlega działaniu światła. Na razie jednak nie wiadomo, czy kropki kwantowe nie okażą się toksyczne.

Sklonność do choroby wieńcowej można odziedziczyć po ojcu

Mężczyźni mogą być bardziej narażeni na chorobę wieńcową z powodu cech genetycznych związanych z dziedziczonym po ojcu chromosomem Y – informuje „The Lancet”. Zespół dr. Macieja Tomaszewskiego z University of Leicester dokonał analizy DNA 3233 brytyjskich mężczyzn, którzy uczestniczyli w różnych projektach związanych z chorobami serca. Wśród uczestników badań 90 proc. miało jedną z dwóch wersji związanego z płcią męską chromosomu Y, które były określane jako haplogrupa I i haplogrupa R1b1b2. Ryzyko choroby wieńcowej u mężczyzn z haplogrupą I było wyższe o 50 proc. Taką ryzykowną odmianę chromosomu Y ma co piąty Brytyjczyk. Kolejne badania mają wyjaśnić, które konkretnie geny są odpowiedzialne za wyższe ryzyko chorób serca.

Na razie naukowcy przypuszczają, że chodzi o geny związane z działa-

Wrocławskim okiem

Lekarze Delegatury Ostrowsko-Krotoszyńskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, 28 stycznia 2012 r., zorganizowali w Hotelu – Restauracji *Borowianka* noworoczne spotkanie z seniorami. Ta miła uroczystość, w której uczestniczyli także ordynatorzy szpitalni, kapelan ostrowskiej służby zdrowia oraz lokalni politycy, mimo mroźnej zimy odbywała się w niezwykle ciepłej, serdecznej atmosferze. *Imo pectore*. Tak serdecznej, jak jego uczestnicy – uroczę koleżanki i stateczni już koledzy, w większości znani mi z murów ostrowskiego liceum, ze studiów na poznańskiej uczelni medycznej oraz z pracy w placówkach służby zdrowia południowej Wielkopolski. Ta sentymentalna podróż w czasie trwała kilka godzin, a minęła jak mgnienie oka.

Ostrów słynął zawsze z dobrych, solidnych lekarzy. Aleksander Dubiski, Stanisław Witkowski, Alfons Gdyra, Tadeusz Jankowski – to tylko niektórzy z nich. Wielu wybitnych żyjących ostrowskich lekarzy, tworzących dobry pozaakademicki ośrodek medyczny, z wiadomych przyczyn nie wypada wymieniać z nazwiska. Kilkoro z nich z racji swoich medycznych zasług i wykształcenia następnych lekarskich pokoleń zasługuje na to, aby dołączyć do powyższej, jakże zaszczytnej listy. Odwiedzając dość często swoich kolegów i przyjaciół w ostrowskim szpitalu, miałem wrażenie, że był on dla nich nie tylko miejscem pracy, ale przede wszystkim wzajemnego zrozumienia.

Konfucjusz napisał: „Wybierz pracę, jaką lubisz, to nie będziesz musiał pracować”. Nabyta na studiach wiedza przyrodnicza nie wystarcza – jesteśmy zmuszeni odwoływać się do filozofii, psychologii, socjologii oraz teologii. A także do ekonomii i prawa. Szczególnie w dzisiejszych, trudnych czasach, kiedy lekarz nierzadko staje się zwierzyną łowną dla polityków i prawników. Lekarz nie jest tylko „usługodawcą” (ten brzydki termin pokutuje od czasu, od kiedy uzależnieni zostaliśmy od NFZ), powinien być także humanistą. Konfucjusz nie przewidział, że w naszym trudnym zawodzie nie można uciec od pracy. Pracy, którą w większości uwielbialiśmy. Niejednokrotnie

ciężkiej, nieraz ponad siły. Świadomość zdrowotna społeczeństwa nieustannie rośnie. A słowa Bertranda Russella: „badania w dziedzinie medycyny dokonały tak olbrzymiego postępu, że dziś – praktycznie biorąc – nikt już nie jest zdrowy”, nie nastrojają optymistycznie co do ewentualnych diagnostycznych rozszczeń pacjentów.

Może w przyszłości, oby niedalekiej, lekarze nie będą musieli staczać nieustannych bojów z politykami, którzy powinni wreszcie dojść do przekonania, że swoboda przekraczania granic nie dotyczy granic przyzwoitości. „Politycy stali się paranoicznymi specjalistami. Politycy w końcu zaczną zajmować się tylko politykami, tak jak kiedyś artyści awangardowi zajmowali się tylko sobą”. Ta smutna konstatacja Krystiana Lupy trafia chyba w sedno sprawy.

Epikur wyróżniał dwie przyjemności: działania i wspomnienia. Dla wielu z nas pozostała już tylko ta druga. Jest czas dyplomów, oklasków i orderów. Nadchodzi także okres blednięcia dyplomów, milknięcia oklasków, spadania orderów. Optymizmem napawają jednak badania naukowców z Berkeley, którzy odkryli, że najlepsze zdolności interpersonalne osiąga się po 60. roku życia. A więc wszystko przed nami. Wreszcie przestańmy gonić za szczęściem, zacznijmy być szczęśliwi.

Czekamy na następne ostrowskie noworoczne spotkania w poszerzonym ostrzeszowsko-kepiałskim gronie. Oby w dobrym zdrowiu. Jak śpiewała Maryla Rodowicz, życie to bal nad bale, na który drugi raz nie zapraszają. Myślę nieśkromnie, że dr Wiesław Wawrzyniak, miłościwie panujący w tej południowo-wielkopolskiej delegaturze, zaprosi nas wszystkich na następne spotkanie. Mam nadzieję, że nie pamięta, co powiedział Humprey Bogart w „Casablance” w odpowiedzi na pytanie, co robi dziś wieczorem: „Nie robię tak dalekosieżnych planów”.

PROF. ANDRZEJ
KIERZEK
AKADEMIA MEDYCZNA
WE WROCŁAWIU



Rozmowa z Andrzejem Mądrałą,
wiceprezydentem Pracodawców Rzeczypospolitej
Polskiej i wiceprezesem Ogólnopolskiego
Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych

Powszechny lęk przed prywatyzacją podsycany jest przez polityków

Szpitala prywatne zarzucają publicznym, że są faworyzowane przy zawieraniu kontraktów, natomiast publiczne prywatnym – że wyjadają najlepsze kąski, że są na uprzywilejowanej pozycji, bowiem nie mają tylu ustawowych obowiązków. Konflikt trwa. Kto ma rację?

O tym, że konflikt jest niezwykle ostry, przekonałem się podczas ubiegłorocznej konferencji „Priorytety w ochronie zdrowia 2011”. Prowadziłem panel pod kontrowersyjnym tytułem: „Szpitala prywatne – wróg czy przyjaciel szpitali publicznych”. Panel kończył się głosowaniem słuchaczy. Większość – co prawda niezdecydowana, ale jednak większość – uznała, że placówki prywatne i publiczne to wrogowie. Przyjąłem to ze zdziwieniem i przerażeniem. Bo przecież już wtedy wiadomo było, że nie zbudujemy właściwego systemu ochrony zdrowia bez szpitali prywatnych. Niestety, walka trwa dalej: lojalni, niszczenie sektora specjalistycznych ośrodków prywatnych, które wygrywają konkursy ofert NFZ z publicznymi – to staje się codziennością. Tymczasem system szpitali publicznych, finansowanych i prowadzonych przez państwo, nie jest w stanie zapewnić takiej ochrony zdrowia, jakiej oczekują polscy pacjenci. Naszemu systemowi potrzeba ogromnych pieniędzy na inwestycje, nowoczesny sprzęt i innowacyjne metody leczenia. Niestety, składka zdrowotna jest niewystarczająca! Dodatkowe pieniądze z kasy rządowej czy też samorządowej są także ograniczone. Stąd konieczność sięgnięcia do kieszeni inwestorów prywatnych, którzy na własne ryzyko są w stanie wyłożyć znaczne kwoty. Trzeba jednak stworzyć odpowiednie mechanizmy, by inwestorom zapewnić znaczący poziom bezpieczeństwa finansowego.

Bezpieczeństwa finansowego? Czyli czego? Gwarancji zysku? Przecież nikt nie może dać takich gwarancji.

Pełnej gwarancji oczywiście być nie może, ale nam chodzi o takie instrumenty, które funkcjonują w innych krajach, choćby w inwestycjach powstających w ramach partnerstwa publiczno-prywatnego. Zabiegamy przede wszystkim o tzw. promesy, czyli dokumenty, w których płatnik zobowiązywałby się do zawarcia kontraktu z inwestorem, szpitalem prywatnym, jednak po wypełnieniu przez niego konkretnych warunków i zobowiązań. Inwestujemy spore pieniądze w sprzęt, organizację, zatrudnienie odpowiednich kadr – najczęściej w obszary deficytowe, czyli takie, w których działające w regionie szpitala publiczne nie zapewniają odpowiedniej podaży i poziomu świadczeń medycznych. Inwestujemy więc prywatne pieniądze w misję publiczną. I oczekujemy minimum zabezpieczeń, że te pieniądze zostaną zainwestowane trafnie. Stąd sprawa choćby takiej promesy albo długoletniego kontraktu na prowadzenie szpitala. Duże zrozumienie dla tych ocze-

PERYSKOP

onet.pl

niem układu odpornościowego. Zdaniem dr. Tomaszewskiego, odkrycie powinno umożliwić opracowanie nowych sposobów leczenia chorób serca i zapobiegania im, a także opracowanie testów, które pozwalałyby identyfikować osoby szczególnie narażone. Oprócz wrodzonych predyspozycji, wyraźny wpływ na rozwój chorób serca mają także czynniki związane ze stylem życia, takie jak palenie czy podwyższone ciśnienie. Od dawna wiadomo, że u mężczyzn choroby serca pojawiają się przeciętnie o dziesięć lat wcześniej niż u kobiet.

Cukrzyca 4-krotnie zwiększa ryzyko wady wrodzonej u dziecka

Kobiety z cukrzycą, które zachodzą w ciążę, mają czterokrotnie wyższe ryzyko urodzenia dziecka z wadą wrodzoną w porównaniu z kobietami bez zaburzeń metabolizmu glukozy – wynika z pracy opublikowanej na łamach pisma „Diabetologia”. Do takich wniosków doszli naukowcy brytyjscy z Newcastle University (Newcastle upon Tyne), którzy przeanalizowali dane dotyczące ponad 400 tys. kobiet z północno-wschodniej Anglii będących w ciąży w latach 1996–2008. Wśród badanych 1677 kobiet miało cukrzycę typu 1 lub 2. Okazało się, że ryzyko wad wrodzonych – takich jak wrodzona wada serca czy rozszczep cewy nerwowej – było niemal 4 razy wyższe u kobiet, które cierpiały na cukrzycę typu 1 lub 2 przed zajściem w ciążę niż u kobiet bez zaburzeń metabolizmu glukozy. Wynosiło ono odpowiednio 72 na każde 1000 urodzeń i 19 na każde 1000 urodzeń.

– *Wiele z tych nieprawidłowości rozwinęło się w pierwszych 4–6 tygodniach ciąży* – komentuje kierująca badaniami dr Ruth Bell. Jak oceniają autorzy pracy, najważniejszym czynnikiem ryzyka rozwoju wady wrodzonej u przyszłego potomka był poziom glukozy we krwi w okresie tuż przed poczęciem dziecka. Naukowcy podkreślają, że jest to

PERYSKOP onet.pl

czynnik, który można z powodzeniem kontrolować. W swojej analizie brali oni pod uwagę poziom tzw. hemoglobiny glikowanej – HbA1c (czyli hemoglobiny z dołączonymi cząsteczkami glukozy), który odzwierciedla stopień kontroli cukrzycy w ciągu ostatnich trzech miesięcy. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne, podobnie jak towarzystwa międzynarodowe, zaleca, by w okresie przed poczęciem dziecka i podczas ciąży wynosił on do 6,1 proc. Badacze wyliczyli, że gdy przed zajściem w ciążę HbA1c było równe 6,1 proc., to ryzyko wady wrodzonej u dziecka wynosiło 1 na 34, dla 7 proc. wartości ryzyko rosło do 1 na 26, dla 8 proc. – 1 na 17, a dla 9 proc. 1 na 12. Zbyt wysoki poziom glukozy we krwi jest charakterystyczny zarówno dla cukrzycy typu 1, która ujawnia się przeważnie w dzieciństwie lub młodości, jak i dla cukrzycy typu 2, która najczęściej występuje w wieku średnim oraz starszym i jest ściśle związana z niezdrowym stylem życia – przejadaniem się i brakiem ruchu. Od dawna wiadomo, że ciąża u kobiet z cukrzycą towarzyszy podwyższone ryzyko powikłań, takich jak poronienia, przedwczesny poród, wystąpienie wad wrodzonych u dziecka. Jak ocenia dr Iain Frame, dyrektor ds. nauki w organizacji brytyjskiej Diabetes UK, która ufundowała najnowsze badania, kobiety chore na cukrzycę powinny stosować antykoncepcję, jeśli są aktywne seksualnie i nie planują zajść w ciążę. Zdaniem dr Bell, pozytywne jest to, że dzięki dobrej kontroli glikemii w okresie planowania dziecka i podczas ciąży kobieta z cukrzycą może urodzić zdrowego potomka. Ważne jest jednak, by wcześniej poinformowała o swoich planach reprodukcyjnych opiekującego się nią diabetologa, który podejmie odpowiednie kroki dla zapewnienia jej jak najlepszej kontroli stężenia glukozy we krwi. Obecnie najlepszym rozwiązaniem dla pacjentek z cukrzycą planujących ciążę jest stosowanie pompy insulinowej, która pozwala na ciągłe dawkowanie insuliny, tak by jej

kiwań znajdujemy w samorządach, które mają coraz większe problemy z samodzielnym prowadzeniem szpitali.

Szpitala publiczne są mimo to faworyzowane?

Nie stawiałbym tej sprawy tak kategorycznie. Z jednej strony bowiem odsetek placówek prywatnych w ogólnej liczbie szpitali w Polsce nadal jest mały. I o czymś to świadczy. Z drugiej jednak strony, na reputacji wszystkich szpitali prywatnych ciąży grupa tzw. garażowców, czyli małych jednostek, bez znaczącej infrastruktury. Kolejny ewenement to „szpitale objazdowe”, oferujące świadczenia w wynajętych salach operacyjnych placówek publicznych, bez zapewnienia specjalistycznej permanentnej opieki medycznej. Trochę metodą „skoku na kasę”, wykonujących zabiegi, za które dobrze płaci NFZ. Tym „szpitalem” nie zależy na budowie własnej infrastruktury. To one psują reputację szpitali prywatnych, które inwestują w mury, sprzęt oraz ludzi. I dobrze się stało, że NFZ spróbował zrobić z nimi trochę porządku. A co do faworyzowania szpitali publicznych: nie zazdroścę ich menedżerom. Doskonale rozumiem ich problemy, sam przecież zaczynałem pracę w takim szpitalu. I współczuję im uzależnienia od czynników zewnętrznych, nacisków politycznych. Czynników politycznych? Tak, bo przecież



decydujący głos w prowadzeniu tych placówek należy do polityków: marszałków województwa, starostów, ministerstwa. Ma to często wyraz w polityce kadrowej, podejmowaniu decyzji w oderwaniu od rachunku ekonomicznego. To szczególne obciążenia, które szczęśliwie w prywatnym sektorze nie są tak wyraźne. Mnie bulwersuje posługiwanie się w dyskursie na temat ochrony zdrowia podziałem na szpitale publiczne i prywatne w takim rozumieniu, w jakim te terminy używane są dzisiaj. Bardziej odpowiada mi jednoznaczna definicja, w myśl której szpital publiczny to jednostka realizująca misję publiczną. Czyli niezależnie od struktury właścicielskiej, za pieniądze podatnika, poprzez płatnika, zapewnia świadczenia zdrowotne gwarantowane przez państwo. W tym rozumieniu publicznym byłyby każdy szpital wykonujący usługi zdrowotne w ramach kontraktu z NFZ.

Polacy obawiają się jednak prywatyzacji. Nie chcą też współpłacenia – to wynika wprost z sondaży, badań opinii publicznej.

Myślę, że to lęk wyraźnie podsycany przez polityków, element rozgrywki między partiami. W naszym środowisku powraca stara idea, aby logo NFZ sąsiadowało z napisem „To jest szpital prywatny”. Pacjenci jednokrotnie na początku konsultacji medycznych nie mają pojęcia, że przekroczyli próg szpitala prywatnego. Szybko się jednak o tym przekonują – nie tylko na podstawie nowoczesnego wyglądu czy wyposażenia szpitali. Z naszych badań wynika, że Polacy doceniają placówki prywatne, przede wszystkim ich wysiłek i troskę o zapewnienie jak naj-

Często porównuje się nasze szpitale z klinikami uniwersytetów medycznych. Czym się różnimy? Mamy nowocześniejszy sprzęt diagnostyczny i operacyjny. Fachowcy – to często ci sami ludzie. Na pewno jednak zapewniamy znacznie lepszy komfort pobytu.

lepszych warunków leczenia. Często porównuje się nasze szpitale z klinikami uniwersytetów medycznych. Czym się różnimy? Mamy znacznie lepszy i nowocześniejszy sprzęt diagnostyczny i operacyjny. Fachowcy – to często ci sami ludzie. Na pewno jednak zapewniamy znacznie lepszy komfort pobytu. Te nasze przewagi konkurencyjne, które pacjenci doceniają od dawna, coraz częściej dostrzega także NFZ. Obawy pacjentów dotyczą raczej nieprawdziwych opinii, że wraz z rozwojem sektora prywatnego będą musieli płacić za usługi, które dotychczas otrzymywali w ramach podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego. Są to obawy kompletnie nieuzasadnione. Przy odpowiednim sposobie kontraktowania świadczeń przez płatnika nic się nie powinno zmienić. Dodatkowo, na działalności szpitali prywatnych system ochrony zdrowia tylko zyska: inwestycje, których ten system potrzebuje, będzie można pokrywać z innego źródła niż kasa państwa, województwa czy powiatu. W wypadku inwestycji prywatnych ciągle utrzymuje się duże zainteresowanie. Mamy do czynienia nie z barierą kapitału, ale strachu.

Strachu? Przed czym? Czego obawiają się potencjalni inwestorzy?

Przede wszystkim tego, że nie mamy planu strategicznego rozwoju systemu ochrony zdrowia – i to zarówno w skali makro, jak i mikro. Nie podjęto trudu przedstawienia strategii na okres 5, 10 czy też 15 lat. Nie wiemy także, jakie są zamierzenia Ministerstwa Zdrowia na najbliższy rok. Czy tylko gaszenie pożarów? Panuje chaos: reguły gry ciągle się zmieniają. Sieć szpitali? Na jakich warunkach organizacyjno-finansowych? A może powrót do starego systemu, jak marzą niektórzy politycy? Tymczasem do rozsądnego planu strategicznego, spójnej wizji, zarówno szpitale prywatne, jak i publiczne mogłyby się dostosować szybciej i lepiej, niż nam się wydaje. Dlatego – przy dużym zainteresowaniu inwestycjami w ochronie zdrowia – wielu potencjalnych inwestorów ciągle się waha, nie ufa nieokreślonej przyszłości. Ze szkodą dla nas wszystkich! Każdy przecież był, jest lub będzie pacjentem.

Rozmawiał Bartłomiej Leśniewski

Przedruk z „Menedżera Zdrowia”

poziom w organizmie był zbliżony do fizjologicznego.

W Polsce od 2005 r. funkcjonuje program bezpłatnego wypożyczenia pomp insuliniowych ciężarnym kobietom z cukrzycą, realizowany przez Wielką Orkiestrę Świątecznej Pomocy. Obecnie został on rozszerzony również na czas planowania ciąży oraz porodu. Osprzet do pomp w okresie ciąży jest refundowany przez NFZ. W 2011 r. po raz pierwszy zakupiony został sprzęt umożliwiający ciągle monitorowanie glikemii. Jest to najnowsze rozwiązanie technologiczne, które zapewnia stały wgląd w aktualny poziom glukozy i zmniejsza konieczność częstego klucia się. Aby bezpłatnie wypożyczyć pompę, pacjentka powinna mieć skierowanie od swojego lekarza prowadzącego oraz dotychczasowe wyniki badań i karty informacyjne z pobytów w szpitalu. Adresy ośrodków, w których można wypożyczać pompy insuliniowe, znajdują się na stronach internetowych:

www.cukrzycaiciaza.wosp.org.pl oraz www.cukrzycaiciaza.pl. Eksperci szacują, że w Polsce na cukrzycę choruje 0,3 proc. kobiet w wieku rozrodczym. Znacznie częstsza jest natomiast tzw. cukrzyca ciężarnych, która rozwija się zazwyczaj pod koniec ciąży. Leczy się ją zazwyczaj odpowiednią dietą, ale konieczne są także systematyczne pomiary stężenia glukozy we krwi.

Nowe fakty na temat nieuleczalnej choroby

Szczegółowe prześwietlenie mózgu może pomóc we wcześniejszym diagnozowaniu autyzmu. Takiego zdania są brytyjscy naukowcy, którzy badali kilkumiesięczne dzieci. Autyzm jest jednym z najczęstszych zaburzeń rozwojowych. Występuje u co setnego rodzącego się dziecka. Objawy to opóźniona mowa lub jej brak, słabe kontakty z innymi ludźmi czy trudności w uczeniu się. Zwykle autyzm można zdiagnozować ok. 2.–3. roku życia. Wcześniejsze rozpoznanie byłoby jednak bardzo cenne, bo można by od razu wprowadzać odpowiednie

PERYSKOP

onet.pl

terapię. Profesor Tony Charman z londyńskiego Instytutu Edukacji mówi, że jego badania dają taką nadzieję. – *Badaliśmy dzieci sześciomiesięczne, zarówno ich zachowanie, jak i działanie mózgu. Okazało się, że nieprawidłowości na zdjęciach mózgu pozwalają do pewnego stopnia przewidzieć, czy u danego dziecka faktycznie rozwinie się autyzm* – powiedział profesor. Przyczyny autyzmu nie są do końca poznane i nie ma na tę chorobę leków. Zdaniem ekspertów, wcześniej rozpoczęta terapia jest najlepszą metodą postępowania.

Raport: zawałowcy mogą uprawiać seks

Seks mogą uprawiać nawet chorzy po zawale serca. Dla osób z chorobami sercowo-naczyniowymi na ogół nie jest on groźny, ale lepiej być pod stałą kontrolą kardiologa – twierdzi w najnowszym raporcie opublikowanym na łamach pisma „Circulation” American Heart Association. Główny autor raportu prof. Glenn Levine z Baylor College of Medicine twierdzi, że u większości chorych ryzyko jest minimalne, szczególnie u tych ze stabilną chorobą wieńcową. Jego zdaniem zagrożenie jest takie samo jak podczas spaceru czy stopniowego wchodzenia po schodach, czyli niewielkiego lub umiarkowanego wysiłku fizycznego. Osoby z niestabilną chorobą wieńcową przed powrotem do aktywnego życia seksualnego powinny być poddane odpowiedniemu leczeniu. Po jego zakończeniu mogą ponownie uprawiać seks. Większość chorych nie czuje lęku przed kontaktami seksualnymi, ale może mieć pewne obawy, czy są one w pełni bezpieczne. American Heart Association uspokaja, że tylko 1 proc. ostrych zawałów serca związanych jest z uprawianiem seksu. Na ogół doświadczają ich mężczyźni, a na dodatek ci, którzy zdradzili swą partnerkę. Ale i wtedy są to szczególne okoliczności: kochanka jest w młodym wieku, a do zbliżenia dochodzi po sutym posiłku i pod wpływem alkoholu. Nie należy się obawiać, iż leki kardiologiczne mogą

Kilka uwag o poznańskich szpitalach nieakademickich

Jako długoletni obserwator i uczestnik działalności szpitalnictwa akademickiego i nieakademickiego w Poznaniu, obecnie w stanie spoczynku, chciałbym się podzielić spostrzeżeniami w tej materii, gdyż leży mi na sercu dobro poznańskiej służby zdrowia. Zaznaczam, że jestem wciąż czynny zawodowo w mojej Alma Mater. Jestem także jedynym przedstawicielem Polskiej Akademii Nauk w międzynarodowej organizacji EASAC (European Academies Science Advisory Council), będącej organem doradczym i opiniotwórczym Komisji Europejskiej, m.in. w sprawach zdrowia publicznego.

W szpitalach nie dzieje się dobrze. I to nie tylko z powodu niedostatecznych funduszy przekazywanych przez NFZ, co może negatywnie odbijać się na jakości leczenia. Mimo to ważna jest atmosfera napięcia pomiędzy administracją i lekarzami w niektórych szpitalach. Z niejasnych powodów zwalniani są ordynatorzy. I to ci, którzy przez lata kierowali oddziałami, cieszyli się zaufaniem pacjentów, a przecież często poprzez ocenę szefa oceniany jest cały oddział. Powody zwolnienia bywają różne. Według zainteresowanych, czasem było to krytykowanie dyrekcji, a czasem brak „skutecznych starań o aparaturę”...

Poznańskie szpitale mają coraz lepsze warunki działalności zarówno pod względem infrastruktury, jak i wyposażenia w aparaturę i sprzęt. O właściwym użytkowaniu i wykorzystaniu tych dóbr dla dobra chorych decydują jednak ludzie i atmosfera w pracy. Dążenie do pozytywnego działania lekarzy i pozostałego personelu wymaga wsparcia i zrozumienia ze strony dyrekcji szpitali, a także jej właściwego stosunku zarówno do działalności usługowo-leczniczej, jak i innowacyjnej czy naukowej.

W jednym ze szpitali pracownicy skarżą się, że dyrekcja traktuje personel lekarski i pielęgniarski jak robotników w fabryce butów czy guzików, wprowadzając automaty wejścia i wyjścia z pracy, a także lotne kontrole obecności.

W jednym ze szpitali pracownicy skarżą się, że dyrekcja traktuje personel lekarski i pielęgniarski jak robotników w fabryce butów czy guzików, wprowadzając automaty wejścia i wyjścia z pracy, a także lotne kontrole obecności.

Tak było za czasów realnego socjalizmu, kiedy kontrole punktualnego przychodzenia do pracy były jednym z podstawowych kryteriów oceny pracowników, a kadrowcy należeli do najważniejszych osób w ZOZ-ach. Jakość pracy nie była ważna, liczyła się lista obecności...

Ze szczególną niechęcią dyrekcja odnosi się do ordynatorów będących jednocześnie nauczycielami akademickimi.

kimi i posiadających tytuł naukowy profesora. Być może wynika to częściowo z kompleksu niższości, zresztą zupełnie nieuzasadnionego. Ordynatorzy w praktyce są w znacznym stopniu ubezwłasnowolnieni. Nie mają głosu, nawet doradczego, w takich sprawach, jak zaszeregowanie podległego im personelu, nagrody, kary czy zwolnienia. O wszystkich tych sprawach decyduje poza ich plecami dyrekcja.

W wielu poznańskich szpitalach nie ma rad ordynatorów, stanowiących w świecie cenny organ wspomagający administrację. Istnieją co prawda rady społeczne, ale mają one inny charakter oraz zadania. Składają się głównie z osób z zewnątrz, nie będących pracownikami danej jednostki organizacyjnej i zajmujących się takimi sprawami, jak rozbudowa bazy szpitalnej, budżet, możliwości poprawy infrastruktury, nabycia nowego sprzętu itp., a nie sprawami chorych i personelu. Byłem w latach 1993–1995 przewodniczącym rady społecznej (zwanej wówczas radą nadzorczą) w Zespole Chorób Płuc i Gruźlicy przy ul. Szamarzewskiego i wiem z własnego doświadczenia, jak funkcjonuje taki organ. Stawiam postulat powołania rad ordynatorów w poznańskich szpitalach, które ich nie mają, a także obecności przedstawicieli organu założycielskiego na zebraniach tych rad. Ważne decyzje dyrekcji, w tym personalne, powinny być przez nie opiniowane.

Kolejną bulwersującą sprawą z ostatnich dni jest odmowa przyznania kontraktu przez Narodowy Fundusz Zdrowia licznym przychodniom przyszpitalnym.

Dotyczy to zarówno szpitali klinicznych, jak i nieakademickich. Kasacją objęte zostały nawet tak ważne przychodnie, jak dla chorych ze stomią czy dla pacjentów po przeszczepach nerki (Samodzielny Państwowy Szpital Kliniczny nr 2 przy ul. Przybyszewskiego), a także poradnia dla dzieci zakażonych wirusami zapalenia wątroby (Szpital Dziecięcy im. Krysiewicza).

Sprawy te mają podobno być ponownie rozpatrzone, ale sam fakt takich decyzji woła o pomstę do nieba.

Mimo że szpitale miejskie czy wojewódzkie nie mają w zakresie swej działalności dydaktyki przed- i podyplomowej ani prowadzenia badań klinicznych czy naukowych, powszechną praktyką w Polsce jest istnienie klinik akademickich na bazie obcej. Na przykład na Śląsku niemal wszystkie kliniki funkcjonują na tej zasadzie. Obecność młodzieży akademickiej jest dla szpitala, a zwłaszcza dla jego personelu, czynnikiem mobilizującym, wymagającym aktualizowania wiedzy medycznej, właściwego stosunku do chorych itp. Prowadzenie badań klinicznych i naukowych stanowi natomiast źródło postępu i podnosi prestiż jednostki. Przynosi także wymierne korzyści finansowe dzięki uzyskanym grantom, funduszom przekazywanym przez firmy farmaceutyczne, odczynnikowe i in. Dziwi więc całkowity czasem zakaz prowadzenia badań klinicznych w szpitalu. Wiele placówek nieakademickich w świecie, a także niektóre w Polsce, uzyskało znakomitą renomę właśnie dzięki wprowadzeniu nowych metod w diagnostyce i leczeniu, a także w poszukiwaniu patogenyzy chorób. Massachusetts General Hospital w Stanach Zjednoczonych, a w Polsce szpital w Trzebnicy, słynny z osiągnięć w zakresie transplantologii, mogą tu być przykładami.

Reasumując, zwracam się z apelem do osób odpowiedzialnych za sprawy służby zdrowia w naszym mieście, a także do wszystkich koleżanek i kolegów o spojrzenie na przedstawione problemy poprzez własne doświadczenia. Zapraszam do dyskusji na łamach naszego pisma. Wszak wszystkim nam zależy, aby miejskie i wojewódzkie placówki lecznictwa zamkniętego w naszym mieście prowadziły owocną i obopólnie korzystną współpracę z Uniwersytetem Medycznym, były nośnikami postępu wiedzy medycznej i źródłem nowych fachowych kadr medycznych o wysokich kwalifikacjach i etyce, a nie zyskały miana ciemnogrodu. To określenie, niestety, jest coraz częściej w użyciu.

PROF. ZW. DR HAB. MED.

JAN O. ŻEROMSKI

BYŁY KIEROWNIK

KATEDRY IMMUNOLOGII KLINICZNEJ

UNIwersYTETU MEDYCZNEGO

IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO

PERYSKOP onet.pl

wywołać zaburzenia erekcji. American Heart Association podkreśla, że nowoczesne preparaty nie wykazują takich działań ubocznych. Odstawienie tych leków byłoby niewłaściwe, tym bardziej że poprawiają one stan organizmu i zmniejszają ryzyko zgonu. Nitraty, leki nasercowe zmniejszające bóle wieńcowe, mogą bez obaw zażywać również mężczyźni, którzy stosują farmaceutyki na zaburzenia erekcji. Seks bez obaw mogą uprawiać osoby, które podczas kontaktów seksualnych nie odczuwają żadnych dolegliwości. Powinni natomiast z niego zrezygnować ci, którzy w trakcie często odczuwają bóle wieńcowe, mają trudności z oddychaniem i kołatania serca.

Komórki nowotworowe mogą się przekształcać w komórki macierzyste

Pod wpływem radioterapii komórki raka piersi przekształciły się w nowotworowe komórki macierzyste, bardziej odporne i złośliwe – informuje internetowa wersja pisma „Stem Cells”.

Dotychczasowe teorie wyjaśniające proces nowotworzenia zakładały, że nowotworowe komórki macierzyste są prekursorami innych komórek nowotworowych, przyczyną występowania przerzutów i nawrotów choroby nowotworowej. To dzięki nim nowotwór się odradza. Są odporne na promieniowanie jonizujące i słabo reagują na chemioterapię. Zespół prof. Franka Pajonka z University of California w Los Angeles zaobserwował, że stosowana w leczeniu raka piersi radioterapia wprawdzie zabija połowę komórek guza, jednak jednocześnie powoduje przekształcenie innych komórek guza w odporne na leczenie komórki macierzyste, tzw. indukowane komórki raka piersi (iBCSC). Profesor Pajonk zastrzega, że kobiety z rakiem piersi nie powinny rezygnować z leczenia radioterapią, jeśli zalecają to onkolodzy. Jeśli uda się rozpracować mechanizmy związane z tego rodzaju przekształceniami i zahamować powstawanie nowych komórek macierzystych,

Najkrócej istotę ruchu AA oddaje jego preambuła, która brzmi: „Anonimowi alkoholicy są wspólnotą mężczyzn i kobiet, którzy dzielą się nawzajem doświadczeniem, siłą i nadzieją, aby rozwiązać swój wspólny problem i pomagać innym w wyzdrowieniu z alkoholizmu. Jedynym warunkiem uczestnictwa we wspólnocie jest chęć zaprzestania picia. Nie ma w AA żadnych składek ani opłat, jesteśmy samowystarczalni poprzez własne dobrowolne datki. Wspólnota AA nie jest związana z żadną sektą, wyznaniem, działalnością polityczną, organizacją lub instytucją, nie angażuje się w żadne publiczne polemiki, nie popiera ani nie zwalcza żadnych poglądów. Naszym podstawowym celem jest trwać w trzeźwości i pomagać innym alkoholikom w jej osiągnięciu”.

Kim są anonimowi alkoholicy?

Wspólnota nie ma inklinacji prohibicyjnych. Jej założyciele od początku uważali, że zdrowienie według programu AA nie jest jedyną drogą trzeźwienia. Dlatego wspólnota AA nigdy nie stała i nie stoi w opozycji do medycyny, psychoterapii czy religii. Jest też otwarta na współpracę ze wszystkimi osobami i instytucjami, organizacjami, ruchami, zarówno świeckimi, jak i kościelnymi, zajmującymi się działalnością trzeźwościową.

Do wspólnoty AA nikogo się nie przyjmuje, ani nikt nie może kogokolwiek z niej usunąć, to sam alkoholik, pragnący zaprzestania picia, decyduje, czy chce być jej uczestnikiem.

Podstawowym i najważniejszym ogniwem wspólnoty AA jest grupa AA. To tam przede wszystkim realizuje się program zdrowienia według dwunastu kroków AA. Na spotkaniach (mityngach) grup AA każdy uczestnik mówi tylko o własnych doświadczeniach, poglądach i przeżyciach. Wszyscy obecni na mityngu zobowiązani są do zachowania anonimowości osób i zasłyszanych spraw i zdarzeń – jest to fundamentalna zasada AA. Kilka powodów stanowi o wielkiej wadze anonimowości dla wspólnoty. Przede wszystkim każdy, kto zwraca

się o pomoc, musi być pewny, że jego tożsamość i jego problem pozostaną w AA. Dlatego też uczestnicy wspólnoty zwracają się do siebie po imieniu i nie interesują się pozycją innych w życiu społecznym. Nie prowadzi się żadnych akt ani kartotek personalnych. Dzięki zachowaniu anonimowości tracą moc hierarchiczne struktury naszego otoczenia. Wszyscy alkoholicy są sobie równi w swojej chorobie.

Proponowany przez wspólnotę AA program zdrowienia zawarty jest w dwunastu krokach. W tym programie nie chodzi tylko o to, by przestać pić i utrzymać abstynencję (choć to najważniejsze). To także analiza samego siebie, swojego postępowania, przepis na naprawianie szkód, zadośćuczynienie, na zmianę dotychczasowego sposobu życia – na życie, w którym liczą się zupełnie inne wartości niż dotychczas. To sposób na życie, w którym staram się być lepszym, by innym było ze mną coraz lepiej. Inaczej mówiąc: dwanaście kroków AA to zbiór zasad, które stosowane jako sposób życia mogą uwolnić alkoholika od obsesji picia i dopomóc cierpiącemu, by stał się zdrowym, szczęśliwym i pożytecznym człowiekiem.

Podstawowym krokiem, pozwalającym na zapoczątkowanie leczenia, jest uznanie przez pijącego swego uzależnienia i bezsilności wobec alkoholu. Przyznanie, że jesteś alkoholikiem, nie oznacza, że z tobą koniec! We wspólnocie AA są tysiące ludzi, którzy mogą poświadczyć, że przyznanie się do bezsilności wobec alkoholu było dla nich nie końcem, ale początkiem nowego, użytecznego życia.

Wspólnota AA trwa nieprzerwanie na świecie od 1935 r. W Polsce powstała w 1974 r., a kolebką AA w naszym kraju jest Poznań. Aktualnie mityngi AA odbywają się w ponad 150 krajach. Na terenie Polski na cotygodniowych mityngach spotyka się 2300 grup AA, z tego w Wielkopolsce ponad 250, a w samym Poznaniu aż 70.

Jak nawiązać kontakt, dowiedzieć się więcej?

Informacji na temat wspólnoty AA w Polsce można zasięgnąć na stronach internetowych: www.aa.org.pl, aa@aa.org.pl lub biuro@aa.org.pl oraz dzwoniąc na numer telefoniczny 22 828 04 94.

W Poznaniu przy ul. Dąbrowskiego 28 A działa Punkt Informacyjno-Kontaktowy AA. Codziennie w godz. 18–22, osobiście lub dzwoniąc na numer telefonu 61 853 16 16, można zwracać się po informację oraz by otrzymać wskazówki pomocy.

Działa także infolinia 801 033 242, do waszej dyspozycji są nasze strony: pik010@aa.org.pl oraz warta@aa.org.pl.



Wspomnienia byłych pracowników chirurgii stomatologicznej w Poznaniu

Fala wspomnień

„Historia uniwersyteckich studiów stomatologicznych w Poznaniu”, spisana przez prof. Marię Kobylańską i przedstawiona na łamach „Biuletynu WIL”, wywołała falę wspomnień. Dziękujemy pani profesor za przypomnienie tamtych lat. Stało się ono inspiracją do spotkania kilku koleżanek, pracujących dawniej i dziś na Oddziale Chirurgii Szcękowej i w Klinice Chirurgii Stomatologicznej. Ze wzruszeniem przywołaliśmy tamte czasy, naszą pracę naukową i dydaktyczną na uczelni i naszą młodość.

Zaraz po wojnie studia stomatologiczne odbywały się w kamienicy przy ul. Matejki. Kierownikiem chirurgii był prof. dr Leon Lakner. Asystowali mu doc. Zofia Barańczak, dr Zbigniew Krajewski, dr Maria Vetulani i dr Marian Gądzik, którzy studia ukończyli jeszcze przed wojną. Po wojnie, po uzyskaniu dyplomu w 1949 r., dołączyła do nich dr Maria Karska. W 1952 r. Zakład Chirurgii Stomatologicznej został przeniesiony do Collegium Kopernickiego przy ul. Święcickiego 4. W 1954 r. kierownictwo Katedry i Kliniki Chirurgii Stomatologicznej objął doc. Jerzy Stadnicki. W 1961 r. utworzono w szpitalu klinicznym przy ul. Przybyszewskiego Oddział Chirurgii Szcękowej. Przeprowadzano tam zabiegi z zakresu traumatologii i leczenia wad wrodzonych narządu żucia. W klinice od 1959 do 1970 r. pracowała dr Danuta Rassumowska, która w tym czasie obroniła doktorat i ukończyła wydział lekarski.

W Klinice Chirurgii Stomatologicznej zatrudniona byłam w latach 1965–1981. Wszyscy pracowali rotacyjnie na oddziale i w ambulatorium chirurgii stomatologicznej przy ul. Święcickiego. Stanowiliśmy jeden zespół. Co miesiąc na oddziale odbywały się wspólne zebrania naukowo-szkoleniowe. Po odejściu prof. Stadnickiego w 1969 r. nastąpił podział na dwie jednostki: oddział chirurgii szczękowej i zakład chirurgii stomatologicznej. Obowiązki szefa oddziału przejęła doc. Zofia Barańczak, wspaniała operator i organizator pracy. Pozostał tam również doc. Jerzy Łazowski, nasz mistrz w dziedzinie

traumatologii. Po roku kierownikiem oddziału został doc. Stefan Fliegier.

Kierownikiem zakładu chirurgii stomatologicznej w 1968 r. została doc. Joanna Krajnik. Była szefem niezwykle pracowitym. Wymagała zarówno od siebie, jak i od swoich podopiecznych zaangażowania, sumienności i punktualności. Była inicjatorką stosowania chrząstki liofilizowanej do pobudzenia odbudowy kości. Dbała o nasz rozwój naukowy. Już w 1973 r. promowała pierwsze doktorantki: Urszulę Balicką i mnie, rok

W Klinice Chirurgii Stomatologicznej zatrudniona byłam w latach 1965–1981. Wszyscy pracowali rotacyjnie na oddziale i w ambulatorium chirurgii stomatologicznej przy ul. Święcickiego. Stanowiliśmy jeden zespół. Co miesiąc na oddziale odbywały się wspólne zebrania naukowo-szkoleniowe.

później Beatę Jachimowicz i Barbarę Żeromską. Wysyłała nas na staże specjalizacyjne za granicę i mobilizowała do wygłaszania prac na zjazdach naukowych w kraju i za granicą. Zmarła nagle w 1981 r. Jej następcami byli doc. Urszula Balicka, prof. Irena Sarnowska i prof. dr Jerzy Sokalski, który jest obecnie kierownikiem Kliniki Chirurgii Stomatologicznej w Centrum Stomatologii, w nowoczesnym budynku, którego po dziesięcioleciach doczekała się wreszcie poznańska stomatologia.

Nie sposób wymienić wszystkich kolegów, którzy pracowali w różnych okresach. O niektórych wspomniała prof. Maria Kobylańska. Nie wszyscy mieli motywację do pracy naukowej. Wielu z nas pozostało jednak wiernych dydaktyce i czerpało satysfakcję ze szkolenia specjalizujących się lekarzy i z pracy w specjalistycznych przychodniach. Doktor Maria Karska w Przychodni Kolejowej, dr Maria Drews jako kierownik Wojewódzkiej Specjalistycznej Przychodni Stomatologicznej, a z nią razem dr Barbara Żeromska i niżej podpisana, dr Danuta Rassumowska oraz Beata Jachimowicz uczyły i operowały w Specjalistycznej Przychodni, a dr Jolanta Cerkaska-Konieczna w ramach stomatologii dziecięcej. Szkolenie młodych kolegów dawało mi przez długie lata, aż do przejścia na emeryturę, wielką satysfakcję.

Podczas naszego spotkania nie sposób było nie wspomnieć o Felicji Wolniewicz, która całe życie zawodowe prowa-

dziła administrację i sekretariat chirurgii stomatologicznej i szczękowej, a także pracowała w Poznańskim Towarzystwie Stomatologicznym. Pamiętałyśmy o naszych asystentkach z Stefcią Gielnik na czele. Wzruszenie wywołały wspomnienia o znanej wszystkim pani Czaplińskiej z portierni przy Święcickiego, nazywanej „Mamcią”, która zziębniętych studentów poila herbatką i karmiła bułkami z mieloną, a wtedy była ona rarytasem...

ANNA SERAFINOWSKA-KIELCZEWSKA

Dawka informacji

Tak dla transplantacji

26 stycznia odbyła się konferencja podsumowująca efekty przystąpienia Wielkopolski do *Partnerstwa dla transplantacji*. Jej organizatorami były Wielkopolska Izba Lekarska i Samorząd Województwa Wielkopolskiego.

„Kilkanaście miesięcy temu Wielkopolska powiedziała głośne TAK idei dawstwa narządów, podpisując list intencyjny i przystępując do programu *Partnerstwo dla transplantacji*. Była to odpowiedź władz województwa na apel Ministerstwa Zdrowia w sprawie realizacji projektu, który ma na celu podnieść świadomość społeczną w zakresie znaczenia i roli transplantologii. Od tamtego czasu wiele się zmieniło, zarówno w samej medycynie, jak i w społecznym nastawieniu do tego tematu (...)” – czytamy w „Medycznej Wokandzie” słowa marszałka Marka Woźniaka, jednego z sygnatariuszy listu.

Spotkanie odbyło się z udziałem sygnatariuszy Listu, organizacji samorządowych, organizacji pozarządowych skupiających pacjentów, biorców narządów, a także lekarzy, m.in. dr. Krzysztofa Kordela – Prezesa Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, prof. Krzysztofa Linkego – redaktora naczelnego „Medycznej Wokandy”, prof. Marka Jemielitego – kierownika Kliniki Kardiologii UM w Poznaniu, dr. Macieja Głydy – ordynatora Oddziału Transplantologii Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu, prof. Jacka Wachowiaka – kierownika Kliniki Onkologii, Hematologii i Transplantologii Pediatricznej, oraz prof. Andrzeja Oko – konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie transplantologii. Samorząd Województwa Wielkopolskiego reprezentował wicemarszałek Leszek Wojtasiak. Obecny był wicewojewoda Przemysław Pacia.

Przypomnijmy, że województwo wielkopolskie przystąpiło do *Partnerstwa dla transplantacji* we wrześniu 2010 r. Wówczas marszałek Marek Woźniak przekonywał: – *Nasze zamierzenia to podniesienie liczby przeszczepów, dlatego przystępujemy do działania. Przy współpracy z samorządami zawodów medycznych chcemy problemy dawców i biorców poddać jak najszerszej dyskusji w środowiskach lekarskim i pielęgniarskim, tych związanych i niezwiązanych z transplantologią, mających wpływ na indywidualne decyzje i kształtujących społeczne nastawienie.*

Od tego czasu odbyło się wiele szkoleń dla lekarzy organizowanych przez Wielkopolską Izbę Lekarską, którym patronuje marszałek województwa wielkopolskiego.

WWW.UMWW.PL

FOT. WWW.UMWW.PL

Chcieliby tutaj pracować

Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu wygrała tegoroczny ranking organizowany przez „Medical Tribune” na najlepszy oddział laryngologiczny w Polsce. To już kolejne, dziewiąte zwycięstwo Kliniki w ostatnich dziewięciu latach w tego typu rankingach, organizowanych przez takie czasopisma, jak „Newsweek”, „Wprost” i „Medical Tribune”.

Tegoroczny ranking opierał się na odpowiedziach ok. 200 laryngologów z kraju, do których zwrócono się z pytaniem, jakie jest ich wymarzone miejsce pracy. Aż 30,3 proc. respondentów wymieniło poznańską klinikę, II miejsce uzyskała



Andrzej Piechocki

klinika warszawska przy ul. Banacha 1A z wynikiem 20 proc.

WWW.UMPEDU.PL

Bezpłatnie w krótkim terminie

W ramach Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi zapraszamy kobiety w wieku 50–69 lat, które nie miały wykonywanego badania w ciągu ostatnich 2 lat, na bezpłatne badania mammograficzne w Szpitalu Klinicznym Przemienienia Pańskiego UM w Poznaniu, ul. Szamarzewskiego 82/84, Dział Diagnostyki Obrazowej, wejście A, pokój 13 (rejestracja 7.30–15.00, tel. 61 854 95 55). Krótkie terminy!

WWW.UMPEDU.PL

Właściwie bez kolejki

Mali pacjenci (dzieci i młodzież), którzy chcą skorzystać z leczenia uzdrowiskowego, mogą wyjechać do sanatorium bez zbędnego oczekiwania. Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ zabezpieczył w tym roku taką liczbę świadczeń, która pozwala podjąć leczenie właściwie bez kolejki.

Leczenie uzdrowiskowe jest kontynuacją leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego. Jego zadaniem jest rehabilitacja, leczenie chorób przewlekłych oraz szeroko pojęta profilaktyka (np. w przypadku nawracających chorób dolnych i górnych dróg oddechowych, alergii, wad postawy, otyłości i schorzeń dermatologicznych). Skierowanie do sanatorium wystawia lekarz, który ma podpisaną umowę z NFZ. Może to być specjalista lub lekarz rodzinny. Skierowanie to należy przesłać do oddziału NFZ właściwego dla miejsca zamieszkania osoby wyjeżdżającej do sanatorium. Może to zrobić lekarz bądź sam zainteresowany. Następnie skierowanie jest potwierdzane przez lekarza specjalistę w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej lub rehabilitacji medycznej zatrudnionego w Funduszu. Jeśli zostanie ono zaakceptowane, NFZ wprowadza zainteresowanego na listę oczekujących, zawiadamia o tym pisemnie, podając numer kolejności na liście oczekujących i przybliżony okres oczekiwania.

Obecnie w WOW NFZ dzieci wymagające leczenia uzdrowiskowego nie muszą oczekiwać w kolejce – skierowania realizowane są na bieżąco.

MARTA BANASZAK

RZECZNIK PRASOWY WOW NFZ



Wielkopolan w mediach nie widać

Podróżując „z Kolbergiem po kraju”, wytyczałem wzrok, aby zobaczyć znajome twarze z naszego nadwarciańskiego regionu. Skutek był mizerny. Na przykład w styczniu gościłem na zaproszenie „Pulsu Medycyny” w hotelu Bristol, w Warszawie. Po raz dziesiąty, eksperci powołani przez redakcję, wybrali sto najbardziej wpływowych osób w polskiej ochronie zdrowia, w minionym roku. Według nowej redaktor naczelnej – dr n. biol. Marty Koton-Czarneckiej – tym razem busola miała nie pokazywać polityków, tylko lekarzy praktyków. W pierwszej dziesiątce, którą zaproszono na uroczystą galę, prawie się to udało.

Na najwyższym miejscu znalazł się kardiochirurg, prof. Marian Zembala z Zabrze, poniżej onkolog, prof. Jacek Jassem z Gdańska, dalej pediatra, dr n. med. Maciej Piróg z Warszawy (znany wszystkim dyrektorem Centrum Zdrowia Dziecka, a dla wtajemniczonych, społeczny doradca Prezydenta RP... jak sam publicznie przyznał – lekarz niepraktykujący), obok chirurg, a zwłaszcza transplantolog prof. Wojciech Rowiński, też z Warszawy, wybitny internista prof. Zbigniew Gaciong i inny internista, onkolog i epidemiolog prof. Witold Zatoński (obaj również z Warszawy); dalej, jedyna w tym gronie kobieta, a przy tym polityk z krwi i kości (aktualnie senator z PO) – pediatra, onkolog i hematolog – prof. Alicja Chybicka z Wrocławia. Kolejno następnymi dwóch warszawiaków: lekarz rodzinny (od kilku tygodni doktor medycyny), a zwłaszcza wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Konstanty Radziwiłł oraz chirurg dziecięcy i transplantolog – prof. Piotr Kaliciński. Pierwszą dziesiątkę zamykał wybitny internista i immunolog, a także pisarz – prof. Andrzej Szczeklik z Krakowa (zmarły przed kilkoma dniami). W opublikowanej Liście Stu przeważają warszawiacy (58 osób), z Katowic z przyległościami już tylko 11 osób, z Krakowa z Małopolską 9 osób, region dolnośląski reprezentuje 8 osób, Bydgoszcz 4 osoby, po 3 osoby z Gdańska i Łodzi, po jednej z Lublina, Białegostoku, Kielc i Szczecina. Z naszej Wielkopolski ani jednej!!!... Szczęśliwie, na koniec roku, 15 grudnia 2011 r., w Galerii Porczyńskich przy Placu Bankowym w Warszawie, na konferencji *Priorytety w Ochronie Zdrowia 2012*, widziałem wielkopolskie akcenty. Wśród wykładowców między innymi poznaniak, były minister zdrowia dr Leszek Sikorski, a wśród nominowanych inny sympatyczny poznaniak – chirurg estetyczny dr Jerzy Kolasiński (własna firma w Swarzędzu, a mistrzostwo szybówcowe w świecie). Szczęśliwie honoru naszego regionu – na obcym, niezyczliwym nam gruncie – broniło wydawnictwo *Termedia* – będące organizatorem tej konferencji – z niezawodnym Januszem Michalakiem na czele...

URODZONY NA ŁAZARZU I NADAL WIELKOPOLANIN

MAREK WALKIEWICZ

Lekarze i pacjenci wywieźdzeni w pole

Minister zdrowia wraz premierem, wywieźdli lekarzy i pacjentów w pole. Zastosowali swój ulubiony chwyt, czyli pozorne ustępstwo (pamięćcie Państwo, jak wywieźdli poprzednio w pole lekarzy rodzinnych, gdy ci protestowali), po to by zyskać na czasie i osłabić zainteresowanie mediów. Dodatkowym efektem takiego działania, ze względu na „krótką pamięć społeczną”, jest prawdopodobny brak społecznej akceptacji dla ewentualnych dalszych protestów lekarzy. Skutki takiej strategii już widać. Ponieważ lekarze nadal domagają się uchylecia ustępu 1a art. 6 ustawy refundacyjnej, mówiącego o refundacji leków według wskazań rejestracyjnych, a nie tak jak by tego chcieli lekarze, według wskazań aktualnej wiedzy medycznej, już słycać głośy ministra i premiera: Czego ci lekarze chcą, przecież zmieniliśmy ustawę według ich życzenia? Drobne „ale”, że uwzględniono tylko jeden z postulatów, i to w ograniczonym zakresie, „sprytnie” pomijają. Pomijają także fakt, że uchylając ustępy 8 i 9 art. 48, tak naprawdę niczego nie zmieniono w kwestii karania lekarzy, ponieważ odpowiednie zapisy są zarówno w rozporządzeniu ministra zdrowia, jak i umowie narzucanej przez NFZ. I co z tego, że te regulacje są stworzone bez delegacji ustawowej lub ją przekraczają. Nasze władze, przy beczynności Trybunału Konstytucyjnego, czują się tak bezkarne, że nawet nie zauważają tego „drobiazgu”. Na szczęście lekarze, a przynajmniej ich część, już zauważyli, że wyprowadzono ich w pole i że obiecano „gruszki na wierzbie” w postaci zapowiedzi wspólnego opracowania nowego rozporządzenia receptowego i dalszych prac nad nowelizacją ustawy refundacyjnej. Zresztą trudno nie zauważyć, że jesteśmy na manowcach. Zamiast bowiem uproszczenia wypisywania recept, podstępem wpisano nam w ustawę o zawodzie lekarza obowiązek „taksowania” leków i to wszystkich. Podobnie jest zresztą z projektem rozporządzenia w sprawie recept, które bardzo delikatnie mówiąc – jest skandaliczne. O ile gros lekarzy jest świadoma tego, że rząd z nich zakpił, pacjenci nadal tkwią w błogiej

SHORT CUTS

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



nieświadomości i za dobrą monetę biorą oświadczenia ministra i premiera, że ci ulżą ich doli, dopisując nowe leki do listy refundacyjnej. Jak jest naprawdę większość przekona się dopiero w kwietniu, gdy skończą się leki przepisane w ubiegłym roku według starych zasad. Niestety, pobudka może być bolesna. Mam nadzieję, że najpierw dla pacjentów, a potem dla rządu, gdy ci wreszcie zrozumieją kto ich robi w konia.

„Zemsta” ministra

Zakończył się właśnie kolejny, XI już Nadzwyczajny Krajowy Zjazd Lekarzy. Niestety informacji w mediach o tym, co się tam działo, było do tej pory tyle co kot napłakał. Nie będę roztrząsała, dlaczego tak się dzieje, ale jest to kolejny dowód na to, że jeśli lekarze coś próbują rozwiązać pokojowo, to nikogo to nie interesuje. Ale nie o zjeździe ma być ten ścinek (bo ten pewnie opiszą jego uczestnicy), tylko o działaniach Ministerstwa Zdrowia w odpowiedzi na „afront”, który spotkał ministra na zjeździe. Pierwszą rzeczą, jaką zrobiło ministerstwo „na złość” lekarzom, zapewne w ramach antycypacji przyjęcia ministra na zjeździe, było podanie listy miejsc rezydenckich dla lekarzy planujących specjalizować się. Zapewne w ramach wdrażanej ustawicznie od lat „cyfryzacji” resortu rezydentury zostały przyznane w dobrze znanym informatykom systemie „zero-jedynkowym”. Konkretnie w tym przypadku wygląda to tak, że w poszczególnych województwach na większość dziedzin, w których można się „specjalizować” przypada albo jedno miejsce specjalizacyjne, albo zero, czyli tego miejsca nie ma. W sumie miejsc jest 444 (ciekawe, czy to celowo taka liczba, czy też „zaciął” się klawisz w ministerialnym komputerze). To w ostatnim czasie najmniejsza liczba rezydentur, bowiem rok temu było ich

813, a w 2009 r. 1421. Te liczby więcej mówią o prawdziwych intencjach resortu, niż obietnice jego złotoustych szefów, którzy deklarowali i deklarują, że zależy im na wzroście liczby specjalistów w Polsce. Tę listę, następną, którą się zajmę, łączy jeden fakt. Jedna i druga zostały opublikowane przez resort zdrowia z opóźnieniem. Ta pierwsza z dwutygodniowym, a ta druga z dziewięciodniowym, od terminów nałożonych przez obowiązujące prawo, które zresztą samo Ministerstwo tworzyło i obiecywało respektować. Tym drugim dokumentem jest nowa lista leków refundowanych, na której ma być więcej leków refundowanych i mają być one tańsze. I tak jest! „Nowych” leków jest „aż” 216! Co prawda, jak to komentują eksperci indagowani przez portale internetowe, prawda wygląda nieco inaczej: „To kłamstwo. Na tej liście znajduje się pełno leków, które są w obwieszczeniu obowiązującym teraz”. „Nowość”, przynajmniej części z nich, polega także na tym, że wpisano na listę dotychczas tam będący lek, ale za to w „nowej” wielkości opakowania! Obniżki także są, ale zazwyczaj o kilkanaście groszy.

Jak się ta nowa lista ma do kilkuset zgłoszonych przez konsultantów krajowych propozycji leków, które przez „wskazania rejestracyjne” wypadły z listy refundacyjnej, a które powinny na nią według nich wrócić, pozostawiam Państwu ocenie.

Marzenie

Być może zabrzmiało to brutalnie, i dla niektórych bulwersująco ze względu na użyte porównanie, ale chyba należałoby się zastanowić, czy nie postawić byłego i obecnego ministra zdrowia wraz z premierem przed sądem karnym (a nie Trybunałem Stanu) za wdrożenie przepisów, które grożą jeśli nie zagładą, to przynajmniej znacznym pogorszeniem stanu zdrowia narodu poprzez utrudnie-

nie dostępu do leków, czy to przez brak ich refundacji w ogóle, czy też poprzez refundację w stopniu, który nie pozwala większości społeczeństwa na ich nabycie. Jeśli komuś pomysł wydaje się absurdalny, ponieważ uważa, że te osoby działają zgodnie z obowiązującym prawem, to muszę je zmartwić. Takie precedensy zna już historia. Weźmy na przykład zbrodniarzy hitlerowskich, którzy także tłumaczyli się, że działali zgodnie z obowiązującym prawem, choć często sami to prawo tworzyli (tak jak nasi „bohaterowie”). Pomimo tego, w większości zostali uznani winnymi i skazani za zbrodnie przeciwko ludzkości. Podobnie rzecz miała się z innymi dyktatorami – a tak *de facto*, zachowuje się obecny premier – którzy często także działali zgodnie z obowiązującym prawem i tym prawem się zasłaniaли, choć było ono niegodziwe. Tak jest obecnie, nie tylko z ustawą refundacyjną, ale i z pozostałymi przepisami regulującymi ochronę zdrowia. Co z tego, że są obowiązującym prawem, skoro to prawo jest niegodziwe. Niestety, wszelkiej maści rzecznicy praw udają, że nic się nie stało i nic złego się nie dzieje. Zamiast być apolityczni, niestety coraz bardziej upolityczniają swoje stanowiska, zapewne w trosce by ich nie stracić. Kliniknym wręcz przykładem takiego postępowania jest pani rzecznik praw pacjenta, która zamiast dbać o jego prawa, staje się kolejną tubą propagandową rządu. Podobnie jest zresztą z Trybunałem Konstytucyjnym. Co prawda jeszcze się nie wypowiadał na temat tych ustaw, ale biorąc pod uwagę jego kunktatorskie orzeczenia z przeszłości, należy się spodziewać najgorszego, czyli w najlepszym razie nastąpi pogroźenie rządowi paluszką i powiedzenie: „oj, oj!”. Zamiast ostrego i jasnego orzeczenia stwierdzającego niezgodność z Konstytucją tych rozwiązań i domagającego się natychmiastowych zmian Trybunał ma w zwyczaju, wyznaczanie odległego terminu zmian, do którego powinien dokonać ich Sejm. Ponieważ te instytucje nie wykonują swoich zadań lub robią to opieszale, być może taki pozew, najlepiej zbiorowy, nawet gdyby miał nikłe szanse powodzenia, wpłynąłby na postępowanie rządu i Sejmu, bowiem, nikt nie lubi włożyć się po sądach. Cóż, pomarzyć zawsze można.

Dwa nazwiska – dwa symbole

Wielkopolanie, budując Pomnik Polskiego Państwa Podziemnego i Armii Krajowej w Poznaniu, dowiedli, że potrafią dziękować. Tablicami uzupełniono Panteon Narodowy w krążgankach pobliskiego klasztoru oo. dominikanów. Jedną z nich zadedykowano córkom i synom Ziemi Wielkopolskiej, którzy cierpieniem i ofiarą życia w latach reżimu komunistycznego 1945–1989 przyczynili się do odzyskania niepodległości przez Rzeczpospolitą Polską.

Dziś chcemy dokończyć dzieła, fundując dwie tablice – imienne: poświęcone rotmistrzowi Witoldowi Pileckiemu i podpułkownikowi Łukaszowi Cieplińskiemu, dwóm niezłomnym, nieugiętym w służbie Bogu i Ojczyźnie. Jesteśmy im winni pamięć. Dwa nazwiska – dwa symbole: żołnierze polscy całym życiem wierni przysiędze Rzeczypospolitej.

Witold Pilecki



Witold Pilecki walczył o granice Polski w 1920 r., oficer 26. Pułku Ułanów Wielkopolskich, żołnierz września 1939, organizator Tajnej Armii Polskiej, dobrowolny więzień i organizator oporu w KL Auschwitz, powstaniec warszawski, żołnierz AK i 2. Korpusu Polskiego. Zamordowany z wyroku reżimowego sądu 25 maja 1948 r.

O swoim śledztwie przekazał słowa: „Oświęcim to była igraszka”. Brytyjski historyk prof. Michael Foot zaliczył Pileckiego do sześciu najodważniejszych ludzi ruchu oporu w II wojnie światowej.

Łukasz Ciepliński



Łukasz Ciepliński – urodzony w Kwilczu, absolwent Korpusu Kadetów w Rawiczu, żołnierz września 1939, Organizacji Orła Białego i Armii Krajowej,

członek organizacji „NIE” i Delegatury Sił Zbrojnych, prezes IV Komendy Zrzeszenia „Wolność i Niezawisłość”. Zamordowany z wyroku reżimowego sądu 1 marca 1951 r. Sędziów nie zainteresowało jego oświadczenie: „W czasie śledztwa leżałem skatowany w kałuży własnej krwi... Zeznania te nie są moje”.

Grabarze z Urzędu Bezpieczeństwa zakopali ich zwłoki potajemnie, by pamięć o nich w Polsce zginęła – III Rzeczpospolita zaliczyła obu w poczet kawalerów Orderu Orła Białego.

Uczcijmy ich w Poznańskim Panteonie Narodowym. Nie pytamy, ile masz lat. Jeżeli marzyłeś o wolnej Polsce albo tylko się nią cieszyłeś – przyłącz się i wesprzyj nas. Oni też marzyli – do końca wierni w jej służbie, za nią oddali życie. Jesteśmy im winni pamięć.

Wpłaty prosimy kierować:

Towarzystwo b. Żołnierzy i Przyjaciół 15. Pułku Ułanów Poznańskich;
Stary Rynek 9, 61-772 Poznań. Nr konta w Banku Pocztowym:
37 1320 1016 2077 6912 2000 0001 z dopiskiem: „tablice”.

Spotkajmy się w Filharmonii

9 marca 2012 r., piątek
godz. 19, Aula Uniwersytecka

MUZYKA NIE TAK DAWNA

Ainars Rubikis – dyrygent
Orkiestra Filharmonii Poznańskiej

Program:

- * Maurice Ravel – Pavane na śmierć Infantki
- * Igor Strawiński – Apollon Musagete
- * Benjamin Britten – Cztery interludia morskie z opery Peter Grimes
- * Rodion Szchedrin – Koncert na orkiestrę, Starorosyjska muzyka cyrkowa

10 marca 2012 r., sobota
godz. 15, Aula Uniwersytecka

PRO SINFONIKA MUZYKOTEKA MŁODEGO CZŁOWIEKA

DIABELSKIE SKRZYPCE

Artur Banaszkiwicz – (skrzypce) z zespołem

Program:

- * Vittorio Monti – Czardasz, Whistle Hora
- * Imre Kálmán – Czardasz z operetki Hrabina Marica,
- * Jo Knumann – Balcan, Rumanisch
- * Artur Banaszkiwicz – Oczy czarne (parafraza), krzypek na dachu – fantazja koncertowa na tematy J. Bocka, Havanah Nagilah (parafraza)
- * Grigoras Dinicu – Pacsirta

17 marca 2012 r., sobota
godz. 18, Aula Uniwersytecka

418. KONCERT POZNAŃSKI

MISTRZOWIE BATUTY

Marta Boberska – sopran
Urszula Kryger – mezzosopran
Markus Schäfer – tenor
Wojtek Gierlach – bas
Christopher Hogwood – dyrygent, prowadzenie koncertu
Polski Chór Kameralny Schola Cantorum Gedanensis
Jan Łukaszewski – przygotowanie chóru
Poznański Chór Chłopięcy
Jacek Sykulski – przygotowanie chóru
Orkiestra Filharmonii Poznańskiej

Program:

- * Joseph Haydn – Symfonia nr 104 D-dur Hob. I/104 Londyńska, Msza d-moll Hob. XXII Msza Nelsonska

18 marca 2012 r., niedziela
godz. 19, Katedra Gnieźnieńska

KONCERT PRYMASOWSKI

MISTRZOWIE BATUTY

Marta Boberska – sopran
Urszula Kryger – mezzosopran

Markus Schäfer – tenor
Wojtek Gierlach – bas
Christopher Hogwood – dyrygent, prowadzenie koncertu
Polski Chór Kameralny Schola Cantorum Gedanensis
Jan Łukaszewski – przygotowanie chóru
Poznański Chór Chłopięcy
Jacek Sykulski – przygotowanie chóru
Orkiestra Filharmonii Poznańskiej
Waldemar Łyś – tłumaczenie

Program:

- * Joseph Haydn – Msza d-moll Hob. XXII Msza Nelsonska, Symfonia nr 104 D-dur Hob. I/104 Londyńska

23 marca 2012 r., piątek
godz. 19, Aula Uniwersytecka

INAUGURACJA 41. FESTIWALU MUZYKI WSPÓŁCZESNEJ

POZNAŃSKA WIOSNA MUZYCZNA

METAMORFOZY

Łukasz Długosz – flet
Jakub Chrenowicz – dyrygent
Jerzy Salwarowski – dyrygent
Orkiestra Filharmonii Poznańskiej
Adam Banaszak – prowadzenie koncertu

Program:

- * Artur Cieślak – Ekspresje na orkiestrę symfoniczną (utwór zamówiony przez Filharmonię Poznańską) – prawykonanie
- * Kaija Saariaho – Aile du songe
- * Jan Astriab – Metamorfozy
- * Kazimierz Serocki – Dramatic Story

30 marca 2012 r., piątek
godz. 19, Aula Uniwersytecka

WEEKEND Z BEETHOVENEM

Gerhard Oppitz – fortepian
Marek Pijarowski – dyrygent
Orkiestra Filharmonii Poznańskiej
Ryszard Daniel Golanek – wprowadzenie słowne do koncertu

Program:

- * Ludwig van Beethoven – Koncert fortepianowy B-dur op. 19, nr 2, Koncert fortepianowy c-moll op. 37, nr 3, Koncert fortepianowy G-dur op. 58, nr 4

31 marca 2012 r., sobota
godz. 18, Aula Uniwersytecka

WEEKEND Z BEETHOVENEM

Gerhard Oppitz – fortepian
Marek Pijarowski – dyrygent
Orkiestra Filharmonii Poznańskiej
Ryszard Daniel Golanek – wprowadzenie słowne do koncertu

Program:

- * Ludwig van Beethoven, Koncert fortepianowy C-dur op. 15, nr 1, Koncert fortepianowy Es-dur op. 73, nr 5

Emeryci i renciści w Klubie Lekarza

(siedziba WIL
w Poznaniu)

Uprzejmie informujemy,
iż w każdy poniedziałek
w godz. 11.00–15.00
**można się spotkać
w Klubie Lekarza
przy kawie czy herbacie**
(samoobsługa),

zagrać w szachy lub w brydża.

Zachęcamy do organizo-
wania spotkań w klubie
w innych terminach po
uprzednim uzgodnieniu
z Janem Skrobiszem
(tel. 61 851 87 66,
wew. 120,
783 993 900).

Komisja ORL WIL ds. Emerytów i Rencistów

Lekarz stomatolog szuka pracy

w Poznaniu
lub okolicy Poznania
albo Chodzieży
Tel. +48 698 016 628

Sporządzam INFORMACJE O ODPADACH DLA LEKARZY I GABINETÓW

obowiązujący termin:
do 15 marca każdego roku
tel. 600 229 000
www.cdu-alfa.pl
cdu-alfa@o2.pl

GABINET LARYNGOLOGICZNY DO PRZEJĘCIA

przez specjalistę
okolice Hanoweru (BRD)
tel. 609 20 33 70

GABINETY LEKARSKIE

w Poznaniu,
ul. Strzelecka 41

(na tyłach Centrum Onkologii)
oddam w najem
tel. 501 033 451

Specjalista pulmonolog, pediatra

nawiąże współpracę
w Poznaniu lub okolicy
tel. 513 170 416

2 GABINETY (1 GINEKOLOGICZNY) DO WYNAJĘCIA

TEL. 506 093 033

Poszukuję do współpracy

lekarzy specjalistów

do prywatnych gabinetów
w Słupcy
tel. 608 071 631

**Komitet Organizacyjny Zjazdu Absolwentów
Wydz. Lek. rocznik 1972 i Oddz. Stomat. rocznik 1972
Akademii Medycznej w Poznaniu
serdecznie zaprasza
na spotkanie koleżeńskie
z okazji 40-lecia uzyskania dyplomu lekarza
i lekarza stomatologii,**

które odbędzie się 21 kwietnia 2012 r. od godz. 14
w Hotelu Edison w Baranowie k. Poznania nad jeziorem Kierskim.

Informacja u koleżanek:

Barbara Cicha: 605 47 46 46, 618 47 46 46

Ewa Czajka-Bolek: 602 74 3323

Koszt spotkania 270 zł

U W A G A

**ZJAZD ABSOLWENTÓW
Poznańskiej
Akademii Medycznej 1992
STOMATOLOGIA**

W dniach 7–10 czerwca 2012 roku
w Rewalu w Hotelu RESIDENCE
odbędzie się zjazd koleżeński

**20-lecie dyplomu
rocznika 1992.**

Chętnych proszę o kontakt mailowy lub telefoniczny:
Agnieszka Borowiec-Rybkiewicz
mail: a.borowiec@interia.eu,
tel. 608 73 73 73 i potwierdzenie uczestnictwa.

Dalsze szczegółowe informacje nt. kosztów ukażą się
w kolejnym numerze „Biuletynu”

**Wydział Lekarski
Akademii Medycznej
w Poznaniu rocznik 1987**

**Zjazd absolwentów AM w Poznaniu
rocznik 1987**

25 lat po dyplomie

6 października 2012 godz. 19.00 do rana. Hala 10 Międzynarodowych Targów Poznańskich. Koszt 250 zł od osoby. Zakwaterowanie we własnym zakresie.

Proszę o nadsyłanie zdjęć z okresu studenckiego, w formie elektronicznej.

Informacje i zapisy:

Witold Draber tel. 601-452-024, faks: 61866-37-35,
e-mail: dyrektor@ratownictwo.med.pl lub draber@tesatnet.pl.
Wpłaty na konto: 50 1020 4027 0000 1502 0228 6060
z dopiskiem „zjazd” do dnia 15 września 2012.

Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o.o.

zatrudni

**LEKARZY specjalistów
w dziedzinie ginekologii i położnictwa**

na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym.

Oferujemy:

- **bardzo dobre warunki finansowe**
- **bardzo dobre warunki socjalne**

tel. 65-546-24-13 do 16 (centr.) wew. 322 lub 312

kadry@szpitalrawicz.pl

sekretariat@szpitalrawicz.pl

Do wynajęcia
gabinety lekarskie:

**Ginekologiczny,
Stomatologiczny,
Laryngologiczny
i inne.**

Przy dużym
ośrodku zdrowia
Swarzędz, ul. Piaski 8
Tel. 602 285 652

**NZOZ
Nasza Przychodnia
w Kcyni**

(województwo
kujawsko-pomorskie,
25 km na pn-wsch
od Wągrowca)

**poszukuje lekarza
do pracy w POZ**

Oferujemy atrakcyjne
wynagrodzenie
oraz mieszkanie służbowe

kontakt tel. 502 624 355

**Oferta pracy
dla lekarza
rodzinnego**

**Przychodnia
na Piątkowie
w Poznaniu**

poszukuje do pracy w POZ
lekarza rodzinnego.

Osoby zainteresowane
prosimy o kontakt
pod numerem tel.: 606 451 203



Prywatna Lecznicza
CERTUS poszukuje
lekarzy specjalistów:

**Anestezjologa
Okulistę**

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

Pani mgr

Małgorzacie Gryś

oraz rodzinie

wyrazy współczucia z powodu śmierci

mamy

składają współpracownicy ze Stowarzyszenia
na Rzecz Ginekologii Wieku Rozwojowego
oraz z Pracowni Ginekologii Wieku
Rozwojowego i Seksuologii
Kliniki Ginekologii
Katedry Perinatologii i Ginekologii
Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Wiersze

LEK. MED. RYSZARD
KRAWIEC

Rozterka amatora wina

Ja, amator wina, jestem zdruzgotany
Choć mam nadzieję, że to tylko kpiny
Gdy czytam, że za efekt błogostanu
Po winie, odpowiadają jakies
„endorfiny”*

Niepokój mnie ogarnia i spory frasunek
Gdy oczy dziewczyny (po winie)
błyszczące
Widzę i wiem, że to ja tak działam i trunek,
A uczeni – że to jądro! W mózgu??
I to półleżące?!*

Wszak wino – to esencja życia sama,
Zawiera alkohol – i to przyznać muszę –
W kieliszku może 22 i pół grama.
Ale też ma kolor, smak, bukiet i... duszę!

Zmierzamy do epoki płaskiej, bez finezji
Dla której dusza i serce to bzdura.
Pozbawiamy się polotu, fantazji, poezji
Będzie się liczyła tylko chemia i struktura!

5.02.2012

*BIULETYN WIL, STYCZEŃ 2012, PERYSKOP, STR.17

Studentka
Politechniki Poznańskiej
pomoże wypełnić
sprawozdanie
z gospodarki odpadami.
Kontakt: m.kozenska@gmail.com
tel. 609737994



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 Błaszczuk
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>

Redakcja zastrzega sobie prawo do skrótów i zmiany tytułów w nadesłanych tekstach. Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca.

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

PODNAJMĘ
**W PEŁNI WYPOSAŻONY
GABINET
STOMATOLOGICZNY**

W POZNANIU.
TEL. 514 270 421

**Specjalista
chirurgii ogólnej**z wieloletnim doświadczeniem
poszukuje pracy

w poradni chirurgicznej
w Poznaniu lub okolicy.
Tel. 602 188 626

www.ultrasonografy.pl

Wojewódzki 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 Kościan

Tel. 65 512 13 24 (Dyrektor), 65 511 51 08 (Kadry), faks 65 512 22 96
e-mail: wsmk@wsmn.koscian.pl

Szpital dysponuje mieszkaniem zakładowym
o powierzchni około 120 m²

BIURO RACHUNKOWE**SALDO**

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

Wasz ZUS i podatki w naszych rękach od 20 lat

**Zespół Przychodni
Lekarza Rodzinnego
GOS-MED w Gostyniu**

**zatrudni lekarza
medycyny rodzinnej
lub pediatrę
do pracy w POZ.**

Oferujemy dobre
warunki finansowe

Kontakt 501 624 888, 501 627 900

**ZATRUDNIĘ
LEKARZA
PRACA W POZ**

**Wielkopolska
– miasteczko
w powiecie kolskim.**

Ze specjalizacją lub bez.

Mieszkanie + atrakcyjne zarobki.
Tel. 509-779-124

SP ZOZ ZZ Maków Mazowiecki (szpital publiczny)

poszukuje lekarzy następujących specjalności:

- **internistów**
- **nefrologów**
- **lekarza rehabilitacji**
- **kardiologa** oraz lekarzy chcących kształcić się w ww. specjalnościach, a także stażystów na staż podyplomowy.

Oferujemy atrakcyjną, bardzo dobrze płatną pracę. Jesteśmy przychylnie nastawieni do kształcenia się lekarzy. Mamy akredytację do kształcenia w wielu specjalizacjach. Organizujemy liczne wykłady i konferencje naukowe. Nasz szpital od wielu lat ma akredytację oraz ISO. Szpital jest w bardzo dobrej kondycji finansowej. Maków Mazowiecki to spokojne miasto położone 60 km od Warszawy z bardzo dobrą komunikacją.

e-mail: sekretariat@szpital-makow.pl; tel.: +48 2971 42 391**Lekarz
do pracy
w POZ**

**potrzebny
od zaraz
NZOZ
w powiecie
wągrowieckim
tel. 604 473 051**

Przychodnia lekarska

MEDICUS

w Szamotułach
zatrudni

**lekarza
medycyny
rodzinnej
lub internistę
do pracy w POZ**

kontakt tel. 602 137 296,
604 421 363

ZAPROSZENIE NA WARSZTATY

**Ogólnopolska Izba Gospodarcza
Wyrobow Medycznych POLMED
w ramach projektu MedKompas Poland
zaprasza na bezpłatne warsztaty**

**Polityka Compliance
– Prawne i etyczne aspekty
odpowiedzialności lekarza
i przedstawicieli przemysłu
medycznego na gruncie
obowiązującego prawa**

termin: 15.03.2012, start godz. 17.00
miejsce: Wielkopolska Izba Lekarska w Poznaniu
ul. Nowowiejskiego 51

kontakt : Elżbieta Karczmarska +48 606 780 842,
biuro@medkompas.pl

WSPÓLNIE PROMUJMY ETYCZNĄ WSPÓŁPRACĘ!www.medkompas.pl



MOTYLE DLA HOSPICJUM



Twój Dar posłuży wsparciu
działalności i rozbudowie

Hospicjum Palium dla dzieci i dorosłych
na osiedlu Rusa 25a w Poznaniu

prof. Jacek Łuczak
Prezes PTOP Oddział w Poznaniu
www.hospicjum-palium.pl

Polskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej Oddział w Poznaniu
Numer KRS 00000 31654

Gorąco zachęcam Państwa do wspierania Hospicjum Palium poprzez przekazanie 1% podatku w rocznym rozliczeniu. W dokumencie należy podać pełną nazwę organizacji:
Polskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej Oddział w Poznaniu
os. Rusa 25 A, 61-245 Poznań, numer KRS: 00000 31654
PTOP Oddział w Poznaniu jest Organizacją Pożytku Publicznego.

Główny cel działającego od 1987 r. towarzystwa to pozyskiwanie funduszy na wpieranie działalności Hospicjum Palium Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Opieka paliatywna jest niedostatecznie finansowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a oddział medycyny paliatywnej oraz hospicjum domowe przynoszą corocznie szpitalowi stratę. Dzięki ofiarności poznaniaków za pośrednictwem towarzystwa możemy czynić wiele, żeby chorzy i ich bliscy tego nie odczuwali. Ambicją zarówno dyrekcji szpitala, jak i naszego towarzystwa jest czynienie z hospicjum miejsca pięknego i przyjaznego, w którym realizują się najlepsze idee opieki paliatywnej. Hospicjum bowiem to nie tylko bezpośrednie działania medyczne wielodyscyplinarnego zespołu profesjonalistów i wolontariuszy, ale także piękno i atmosfera miejsca oraz potrzeba czynienia dobra, które przybiera w tu konkretne formy w dziełach wielu osób.

Wszystkim Państwu dziękuję za hojność

prof. dr hab. Jacek Łuczak
prezes PTOP Oddział w Poznaniu
ordynator oddziału medycyny paliatywnej Hospicjum Palium