



ISSN 1233-2216

# WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA

**Otwarcie Klubu Lekarzy  
w siedzibie WIL**

Pomyślności i sukcesów  
w 2011 roku życzy



**inter**  
UBEZPIECZENIA

**Pracujesz na kontrakcie?  
Nie wiesz jak zabezpieczyć stabilność swoich przychodów?  
Proponujemy ubezpieczenie Inter Kontrakt.**

**NOWOŚĆ**

Produkt jest odpowiedzią na oczekiwania środowiska medycznego przekazane przez Naczelną Izbę Lekarską. Oferta posiada również rekomendację Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Inter Kontrakt to świadczenie dzienne w przypadku czasowej niezdolności do pracy, dedykowane branży medycznej, m.in. lekarzom, pielęgniarkom i położnym, fizjoterapeutom – pracującym na kontrakcie.

**Co daje Inter Kontrakt?**

■ Wypłatę świadczenia dziennego w ustalonej wysokości i za określony w umowie okres świadczeniowy.

Świadczenie przysługuje od 15 lub od 30 dnia do maksymalnie 180 dnia trwającej nieprzerwanie czasowej niezdolności do pracy.

■ Wysokość świadczenia maksymalnie do 12 000 zł miesięcznie, ustalana w zależności od średniego, miesięcznego przychodu Ubezpieczonego za ostatnie 12 m-cy.

■ Ochronę finansową podczas czasowej niezdolności do pracy (możliwość regulowania bieżących zobowiązań, takich jak rachunki, raty leasingu, kredytu itp.).

**Ochroną obejmujemy osoby, które:**

■ Posiadają aktualne prawo wykonywania zawodu w Polsce.

■ Uzyskują w Polsce regularne przychody z kontraktu/kontraktów.

■ W dniu zawarcia umowy nie ukończyły 65 roku życia.

Więcej informacji w naszych Przedstawicielstwach pod numerami telefonów:

Poznań WIL – tel. 607 683 845  
Poznań I – tel. 61 859 35 01  
Poznań II – tel. 61 853 68 42  
Gorzów Wlkp. – tel. 95 728 83 91  
Kalisz tel. 62 757 16 22  
Ostrów tel. 62 735 54 22

Konin – tel. 63 242 82 63  
Leszno – tel. 65 529 57 61  
Zielona Góra – tel. 68 328 08 90  
Piła – tel. 67 351 61 86

lub na: [www.interpolska.pl](http://www.interpolska.pl)



## Diagnoza wstępna

### Wolny zawód



*Bezrobocie jest nieszczęściem dla wielu ludzi. Okazuje się, że bezpieczeństwo stałej pracy to mit. Często słyszymy o redukcjach zatrudnienia lub ich zapowiedziach i to w wielu pewnych, zdawałoby się, firmach. Można współczuć ludziom, dla których stała praca stanowiła gwarancję bezpieczeństwa egzystencji ich samych i ich rodzin. Zdawało się, że tak będzie do emerytury. Zaciągali kredyty, inwestowali, korzystali swobodnie z zasobów supermarketów, wiodli niezależne i spokojne życie. Raptem okazało się, że stałe bezpieczeństwo to iluzja. Nagle znaleźli się na bruku. Brak pracy to dla nich już nie amerykański film o kryzysie, ale rzeczywistość. Żyli dotąd spokojnie, nie ponad stan, a mimo to stanęło przed nimi widmo konieczności zaciśnięcia pasa, zmiany dotychczasowego stylu życia, zamiany mieszkania na mniejsze czy zrezygnowania z odpłatnej szkoły dla dzieci. Ludzie zastanawiają się, dlaczego właśnie ich to spotkało. Może są gorsi od innych? Bezrobocie to problem nie tylko ekonomiczny, ale także mentalny.*

*Czy tak musi być? Wiadomo, że obowiązuje wolny rynek, konkurencja i walka o wzrost gospodarczy, który jest warunkiem postępu i rozwoju. Wiele decyzji z tym związanych, uzasadnionych w skali makro, może być katastrofą dla pojedynczych ludzi. Czy wobec tego faktycznie nasz system społeczny i ekonomiczny jest najlepszy, skoro nagle wyrzuca spokojnie pracujących ludzi na margines? A społeczeństwo na to zezwala? Społeczeństwo, które mieni się nowoczesnym i kulturalnym? Chyba coś tu jest nie tak.*

*Może tak musi być nieodwołalnie? Może zawsze będzie ktoś, kto będzie płacił za rozwój wszystkich więcej niż inni? Może to immanentna cecha naszej cywilizacji?*

*Swoją drogą, jakie to szczęście, że reprezentujemy wolny zawód i gdyby spotkało nas nieszczęście utraty dotychczasowego zatrudnienia, każdy może zorganizować sobie miejsce pracy w postaci własnego gabinetu i nadal w nim pracować. Warto to docenić.*

Andrzej Baszkowski

## Spis treści

Moim zdaniem	4
Co słyhać w Izbie?	5
Sprawozdanie ze spotkania Komisji Stomatologicznej WIL	5
Komisja Historii i Filozofii Medycyny PTPN	6
Nie rzucim ziemi skąd nasz ród... cd.	6
Klub lekarza	8
Prawa pacjenta – czy mierzymy w stronę systemu bezpieczeństwa?	9
Apel: Partnerstwo dla transplantacji	10
Prawo pacjenta do nieskorzystania z informacji	11
O transplantacjach po nowemu	14
Nowoczesność i suszone stonogi	16
Tadeusz Jankowski	20
SHORT CUTS	22
Polemiki	23
Byka za rogi	24
Nieporozumienie	25
Dawka mediów	26
Z redakcyjnej poczty	26
Lekarz alpinista	28
Wiersze	30

## Moim zdaniem...



**Krzysztof Kordel**  
prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

...lepiej późno niż wcale. Odnosi się to do spotkania, które miało miejsce 9 grudnia w siedzibie Ministerstwa Zdrowia. Prezes NIL i prezesi rad okręgowych zostali zaproszeni na spotkanie z ministrem Ewą Kopacz, w którym uczestniczyli też 3 wiceministrowie. Inicjatorem tego spotkania był prezes Warszawskiej Izby kolega Mieczysław Szatanek. Było to moim zdaniem bardzo merytoryczne spotkanie, podczas którego mieliśmy czas, by zaprezentować nasze stanowisko w wielu dotychczas spornych kwestiach, a szefowie resortu przedstawiali swoje argumenty. Gdybyśmy się w tym gronie spotykali cyklicznie, to można by wielu niepotrzebnych zadrażnień uniknąć. Trzeba rozmawiać, by osiągnąć kompromis.

Głównym problemem omawianym podczas spotkania była kwestia planowanej od nowego roku akademickiego reformy studiów medycznych mającej na celu ich upraktycznienie. Zdaniem resortu program studiów jest zbyt przeładowany przedmiotami teoretycznymi, a studenci mają za mało szans na uczenie się procedur medycznych. W ślad za zmianą programów dydaktycznych ma iść zniesienie od 2016 r. stażu dla lekarzy dentyków, a od 2017 r. dla lekarzy. Kolejnym krokiem jest rezygnacja w tym samym czasie z LDEP i LEP. Te egzaminy, będące przecież formą obiektywnego przyjęcia na rezydentury, mają być zastąpione dwoma egzaminami państwowymi – jednym z przedmiotów teoretycznych zdawanym po 3. roku studiów i drugim po ostatnim roku z przedmiotów teoretycznych. Jak nas zapewniła minister egzaminy te – tak jak jest w przypadku LEP – można będzie poprawiać. Kolejnym zapewnieniem było to, że nowe programy studiów spełniają wymogi unijne i polskie studia pozwolą naszym absolwentom na pracę w innych państwach unijnych. Moim zdaniem największym problemem będzie jednak „upraktycznienie” studiów przy obecnej bazie uczelni. Zobaczmy, jak to wyjdzie w praktyce.

Innym bardzo ważnym problemem była sprawa dostępności młodzieży do specjalizacji. Minister oświadczyła, że rezydentury w 2010 r. zostały przyznane wszystkim starającym się – uwzględniono wszystkie złożone odwołania. Strona samorządowa podnosiła natomiast kwestię niewłaściwego naszym zdaniem rozlokowania miejsc akredytacyjnych na mapie kraju. Czy tylko w klinikach można kształcić przyszłych specjalistów? Czy szkolić nie można także w Pile, Kaliszu czy w Pleszewie? Naszym zdaniem należy przyjrzeć się programom specjalizacji. Nasze stanowisko znalazło zrozumienie i ustalono powołanie zespołu ministerialno-izbowego, który zaproponuje ewentualne zmiany w obecnym systemie.

Kolejnym problemem, którym zajmowano się na spotkaniu, był protest izb lekarskich przeciwko zbyt małej kwocie refundacyjnej proponowanej przez Ministerstwo jako zwrot kosztów ponoszonych przez samorząd w związku z prowadzeniem czynności przejętych od państwa (koszty prowadzenia rejestrów lekarzy, działalność rzecznika odpowiedzialności zawodowej i funkcjonowania sądów lekarskich). Proponowana kwota na poziomie około ¼ rzeczywiście ponoszonych kosztów spowodowała, że odmówiliśmy podpisania proponowanych umów z Ministerstwem i zapowiedzieliśmy pozwy sądowe. Co prawda w dniu spotkania Ministerstwo znalazło „oszczędności” i zaoferowało kwotę wyższą o 58% od wcześniej proponowanej, ale nadal nie pokrywa ona naszych kosztów. W takiej sytuacji dobrze wiedzieć, że płacąc składkę, jesteście sponsorem własnego państwa. Problem trzeba rozwiązać bądź na drodze sporu sądowego, bądź znajdując kompromis. Dobrym posunięciem było powołanie kolejnego mieszanego zespołu, który ma się tym problemem zająć.

Moim zdaniem przytaczane przez nas na spotkaniu argumenty mają szansę przekonać władze resortu, by praktyki lekarskie nadal były rejestrowane w izbie i to samorząd pełnił nad nimi nadzór, a nie jak to było w projekcie ustawy, by robili to urzędnicy wojewody.

Jakie rozwiązania powyższych kwestii przyniesie najbliższy czas – zobaczymy. Moim zdaniem trzeba być dość umiarkowanym optymistą.

## Co słycać w Izbie?

Ostatni miesiąc 2010 r. oprócz tegich mrozów i obfitych opadów śniegu przyniósł również mnóstwo wydarzeń związanych z działalnością WIL. Mówi się, że izba lekarska stoi komisjami. W tym miesiącu były one bardzo aktywne.

1 grudnia posiedzenie miała Komisja ds. Etyki, a 2 grudnia (w otwartym w listopadzie Klubie Lekarza) – Komisja ds. Emerytów. Szersza relacja z otwarcia klubu w innym artykule – zachęcamy do przeczytania i uczestnictwa w różnych formach wspólnego spędzania wolnego czasu. Czekamy również na Państwa propozycje.

Niezwykle pracowity był 8 grudnia. Najprzyjemniejszą jego część stanowiła wizyta u prezesa, dr. n. med. Krzysztofa Kordela, przedstawicieli Komisji ds. Emerytów i Rencistów z trojgiem niezwykle zasłużonych członków WIL, którzy rozpoczęli 90. rok życia. Atmosfera spotkania była bardzo serdeczna i sympatyczna. Nie zabrakło również akcentów świątecznych. Z pewnością takie uroczystości będą organizowane w kolejnych latach. W tym dniu posiedzenie miała ponadto Komisja Finansowa, która wraz ze skarbnikiem omawiała sprawy finansowe dotyczące budżetu na 2011 r. Ostatni raz w tym roku zebrała się również Komisja Socjalna.

10 grudnia odbyło się robocze posiedzenie Prezydium ORL WIL.

11 grudnia przeprowadzono szkolenie „Leczenie kobiet w ciąży”, a także posiedzenie Komisji Stomatologicznej i Okręgowej Komisji Rewizyjnej, która tradycyjnie pod koniec roku ma wiele zadań do zrealizowania, bo to czas podsumowania działania samorządu przez cały rok.

14 grudnia Komisja ds. Konkursów przygotowała listę przedstawicieli WIL, którzy po zatwierdzeniu przez Okręgową Radę (18 grudnia) będą reprezentować izbę w komisjach konkursowych. Wcześniej, 15 grudnia, posiedzenia miały Komisja Bioetyczna i Komisja ds. Zdrowia Publicznego, a 17 grudnia – Komisja ds. Kształcenia.

W grudniu zakończyły się (wreszcie!) prace budowlane na zewnątrz budynku w Poznaniu. Oba wjazdy są dostępne dla gości izby. Rozpoczął się już nowy rok. Przed izbą wiele zadań i może kilka zmian o charakterze systemowym. Biuro WIL w Poznaniu pracuje w nowych godzinach – 7.00–17.00. Mamy nadzieję, że ułatwi to Państwu załatwianie spraw w samorządzie.

SPRAWOZDAWCA (MS)

## Sprawozdanie ze spotkania Komisji Stomatologicznej WIL

Stomatolodzy spotkali się 11 grudnia 2010 r. po raz pierwszy w sali klubowej WIL – miło i dostatnio urządzonej, wyposażonej w środki multimedialne, kolejnej oddanej do użytku salce konferencyjnej naszej siedziby. Posiedzenie konkurowało ze spotkaniem szkoleniowym lekarzy i lekarzy dentyków dotyczącym wieloaspektowego leczenia kobiet w ciąży, które przygotowała Komisja Kształcenia WIL.

Spotkanie Komisji Stomatologicznej zdominował temat kontraktów z NFZ. W tym roku kilkadziesiąt ofert zostało odrzuconych, trwa postępowanie odwoławcze. Winę za błędy w wypełnianiu formularzy podzielono po burzliwej dyskusji pomiędzy lekarzy a NFZ. Byli doktorzy, którzy zdali się na swoje biura księgowo i znajomych informatyków, a potem podpisali w pośpiechu i bez czytania ofert. Byli też tacy, którzy napisali po prostu nieprawdę, podając wyposażenie, którego nie posiadali, co wykryły kontrole.

Narodowy Fundusz Zdrowia przeprowadził szkolenia, jak wypełniać

kwestionariusze konkursowe, współdziałali w tym zakresie koledzy z odpowiedniego zespołu Komisji Stomatologicznej, a przede wszystkim dr Wiesław Wawrzyniak. Wiele jednak wskazuje na to, że niektóre pytania nie zostały sformułowane precyzyjnie, system informatyczny wymuszał niektóre odpowiedzi, a poprawki danych osobowych nie były uwzględniane przez tenże system, który np. upierał się, że wszyscy pracujący w firmie lekarze mają specjalizacje z protetyki stomatologicznej, choć tak nie było, a właściciel protestował osobiście (nazwę specjalizacji zmieniono). Prawdą jest jednak i to, że 90 proc. lekarzy wypełniło ankietę poprawnie...

W spotkaniu uczestniczył kol. Krzysztof Kordel. Poinformował o interwencjach, jakie podejmowała izba i on osobiście z kol. A. Baszkowskim, aby NFZ rozpatrywał każdą sprawę odwołania indywidualnie i w miarę możliwości pozytywnie.

Obecna była także mec. Piotrowska, która wyjaśniła, co osoby odrzucone mogą jeszcze zrobić.

Uzgodniono ponadto, że krytyczne wnioski z tegorocznego postępowania konkursowego przekazane zostaną Naczelnej Radzie Lekarskiej, przesyłowi NFZ i Ministerstwu Zdrowia.

Część druga zebrania dotyczyła staży podyplomowych i kształcenia. Dyskusja była równie burzliwa. Prezes Krzysztof Kordel wręczył lekarzom stomatologom, którzy od lat w ramach pracy u podstaw podejmują się prowadzenia stażystów, napisane ze szczerego serca słowa uznania, szacunku i wdzięczności. Jak sam przyznał, żaden czek za tym nie popłynie, bo kształcenie odbywa się nieodpłatnie, poza kwotą kilkudziesięciu złotych na koszty administracyjne i materiałowe dla praktyki lekarskiej, w której jest prowadzone.

Jako nauczyciel akademicki prezes wysłuchał skarg (jakże słusznych) na zbyt dużą liczbę absolwentów, którzy chcą odbywać staż w Wielkopolsce oraz, mówiąc najłagodniej, pewne zasadnicze braki w ich edukacji.

*Mimo tylu kłopotów i uzasadnionych żalów na sytuację lekarzy dentyków z okazji 2011 roku życzę wszystkiego najlepszego, drodzy Koledzy Stomatolodzy!*

ANNA KURHAŃSKA-FLISYKOWSKA



## Komisja Historii i Filozofii Medycyny PTPN

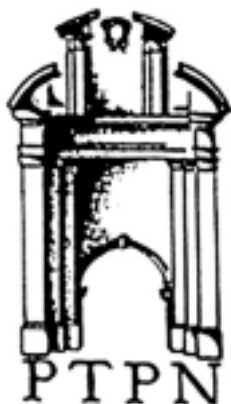
Podczas posiedzenia Komisji Historii i Filozofii Medycyny PTPN 25 października 2010 r. **Michał Początek** wygłosił referat „Komunikat sanitarny w Wielkopolsce XIX w.”

Państwo, aby mogło skutecznie funkcjonować, musi mieć swoją organizację. Często określa się ją mianem biurokracji. Ma ona do dyspozycji prawo, instytucje, urzędy, armię, szkolnictwo, wspólny pieniądź i język narodowy. Biurokracja, mniej lub bardziej rozbudowana, istnieje w każdym państwie.

Wielkopolska XIX w. znajdowała się w Prusach. Państwo pruskie miało określony porządek. Za najważniejsze zasady uznawano punktualność, lojalność, uczciwość i skrupulatność. Państwo miało dwie podstawowe funkcje: opiekuńczą i represyjną.

W kierowaniu państwem bardzo istotną rolę odgrywa komunikacja ze społeczeństwem. W Prusach od 1794 r. administracja miała obowiązek stałego i powszechnego informowania o swoich postanowieniach i decyzjach, które dotyczyły wszystkich dziedzin funkcjonowania państwa, także ochrony zdrowia. Najczęściej były to komunikaty stanowiące oficjalną informację podaną do publicznej wiadomości. Wynikały one z filozofii pruskiej polityki zdrowotnej, obejmującej profilaktykę, wszechstronną terapię, zapobieganie chorobom dziedzicznym, zwalczanie negatywnych wpływów środowiska, ochronę przed epidemiami, organizację ochrony zdrowia, jej kadry medyczne i w końcu nadzór. Zadania te realizowano metodami przypominającymi wojskowe. Były to rozkazy, drobiazgowo regulaminy, ścisłe zasady nadzoru i egzekucji oraz hierarchicznej organizacji. Innymi słowy, była to egzemplifikacja w ochronie zdrowia słynnego pruskiego drylu. Komunikaty były formułowane jasnym językiem, w sposób zwięzły i stanowczy. Miały charakter informacyjny i postulatywny. Mówiły na przykład o zatrudnieniu lekarza w określonym mieście, o zorganizowaniu placówki medycznej, o sposobach leczenia, o zastosowaniu środków policyjnych przeciw szerzeniu się chorób zakaźnych, a także dotyczyły chorób zwierząt.

Komunikaty te okazały się bardzo skuteczne, a państwo pruskie na ich publikowaniu wiele zyskało. Spowodowały wzrost liczby ludności, zmniejszenie liczby ofiar epidemii, upowszechnienie oświaty zdrowotnej, poprawę warunków higienicznych, możliwość szerszego stosowania zdobyczy medycyny, wreszcie – co zwłaszcza dla Prus było bardzo ważne – integrację społeczeństwa oraz kształtowanie jego posłuszeństwa.



ANDRZEJ BASZKOWSKI

## Nie rzucim ziemi skąd nasz ród... cd.

Od 24 do 26 czerwca Toruń gościł VII Światowy Kongres Polonii Medycznej. Po zeszłorocznych zawirowaniach i odwołaniu imprezy udało się wreszcie zgromadzić sporą rzeszę medyków z polskimi korzeniami z całego świata oraz dużą grupę ich przyjaciół i kolegów z Polski. Miejscem obrad był Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu. Nieoficjalnie uczestników zjazdu można już było spotkać w przeddzień kongresu. W środowe popołudnie uczestniczyłem jako obserwator w roboczym zebraniu rady federacji, wysłuchałem koncertu olsztyńskiego chóru lekarzy *Medici Pro Musica* w czasie mszy świętej w katedrze toruńskiej i niespodziewanie poznałem uroczą prof. Marię Siemionow z mężem w czasie towarzyskiego spotkania w staromiejskiej winiarni. Duma mnie rozpierała, gdy następnego dnia to właśnie nasza sławna poznanianka była gościem honorowym polonijnego kongresu, miała wykład inauguracyjny i prowadziła najciekawszy panel o przeszczepach twarzy. W tym miejscu nie mogę zwalczyć pychy i nie wystąpić jeszcze z osobistym akcentem. Otóż do przyjazdu na kongres udało mi się namówić dr. Jacka Szopińskiego (syna mojej kuzynki z Bydgoszczy). Jacek wygrał stypendium do Ohio i od października będzie się szkolił w Cleveland Clinic u prof. Siemionow (próbuję go namówić do korespondencji stamtąd...). Tematyka zjazdu była dość urozmaicona, obok tematów typowo medycznych – z chirurgii, gastroenterologii, ginekologii, pediatrii, stomatologii czy diagnostyki obrazowej – mówiło się też o lekarskiej autonomii, o problemach w finansowaniu ochrony zdrowia, o telemedycynie czy o odpowiedzialności lekarza wobec pacjenta i prawa (tutaj obrady prowadził Wojciech Łącki). Mnie osobiście najbardziej poruszył panel z ostatniego dnia „Tęskno mi do Polski. Wracać? Nie wracać? Czekać?”, kiedy koledzy z całego świata dzielili się swoimi najbardziej intymnymi przemyśleniami, łąły się nawet krokodyle łzy. Muszę tu przyznać, że przynajmniej jeśli chodzi o mnie, padło kilka mitów... Oczywiście organizatorzy zadbałi także o imprezy towarzyszące. W czwartek sporą grupę gości udało się namó-



**W przeddzień kongresu na toruńskiej starówce w towarzystwie uroczej prof. Marii Siemionow**



**Zaprzyjaźniona z Wielkopolską dr Maria Syczewska – prezes Polskiego Towarzystwa Lekarskiego na Białorusi**



**Profesor Adam Sys z żoną (USA) w towarzystwie dr. Janusza Kasiny (Sztokholm)**



**Obok autora dr Stanisław Prywiński, dr Jacek Szopiński (obaj z Bydgoszczy) i dr Wiktor Hołownia**



**Doktor Bronisława Siwicka (Wilno) z córką Eleonorą otoczona wianuszkami koleżanek z Anglii i USA**



**Nowy prezydent Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych prof. Marek Rudnick (Chicago)**



**Doktor Piotr Konopka z Paryża – prezes Stowarzyszenia Lekarzy Polskiego Pochodzenia we Francji**

wić do udziału w biesiadzie staropolskiej w Osadzie „Karbówko” nad rzeką Drwęcą. Prezentację kuchni regionalnej ubarwiała orkiestra dęta straży pożarnej z Kowala, z kapelą ludową, koncertem bluesowym i kabaretem łódzkich lekarzy. Za to w piątek niektórym przygrywał zespół Atrakcyjny Kazimierz Jacka Bryndala na terenie Muzeum Etnograficznego (dla niewtajemniczonych zamieszczam zdjęcie Atrakcyjnego Kazimierza – ostatnio najbardziej znanego polskiego stomatologa w Europie); a jeszcze inni gościli na zaproszenie prezydenta Torunia Michała Zaleskiego w zabytkowym Dworze Artusa na staromiejskim Rynku... Trochę szkoda, że nie mogliśmy być razem na wspólnej imprezie – już podczas poprzedniego kongresu w Częstochowie była podobna sytuacja, szeroko później komentowana przez kolegów z mniej zamożnych krajów. W tym miejscu w stu procentach zgadzam się z Krzysiem Kordelem – jeżeli za dwa lata to my w Poznaniu mielibyśmy organizować kolejny kongres, to tylko pod warunkiem, że na imprezie towarzyskiej będą mogli być wszyscy goście, niezależnie od ich sytuacji finansowej... cdn.

MARK WALKIEWICZ

PRZEWODNICZĄCY KOMISJI WSPÓŁPRACY  
MIĘDZYNARODOWEJ WIL



**Najsympatyczniejszy torunianin dr Kazimierz Bryndał**



**Niezawodny prof. Tadeusz Maliński – pochodzący ze Śremu, a obecnie z Ohio**



## Klub lekarza

25 listopada 2010 r. o godzinie 16.00 odbyła się inauguracja działalności Klubu Lekarza w siedzibie WIL w Poznaniu. Gospodarzami uroczystości byli wiceprezes ORL Wielkopolskiej Izby Lekarskiej dr Andrzej Baszkowski oraz pełnomocnik ds. kultury dr Katarzyna Bartz-Dylewicz. Na początek zaprosili oni gości do wysłuchania utworów muzycznych w wykonaniu członka Muzycznego Zespołu Kameralnego – lek. dent. Przemysława Murawskiego (skrzypce). Następnie odbyło się spotkanie z autorką książki „Reanimacja” – lekarzem Danutą Mikołajewską, oraz z Tytusem Byczkowskim, artystą plastykiem, autorem wystawy „Lekarze WIL oczami karykaturzysty”. Po części oficjalnej goście zostali zaproszeni na poczęstunek.

Serdecznie zapraszamy do udziału w proponowanych imprezach:

- świąteczno-noworoczne spotkanie przy świecach i muzyce, 20 stycznia 2011 r. w godzinach 16.00–19.00,
- spotkanie brydżowe i szachowe, 24 stycznia 2011 r. w godz. 11.00–13.00.

**Zachęcamy także gorąco do organizowania uroczystości w klubie oraz spędzania miłych chwil w dobrej atmosferze przy kawie podczas spotkań integracyjnych.**

Szczegółowych informacji w sprawie funkcjonowania klubu udziela pracownik biura WIL Jan Skrobisz – tel. 61 852 58 60 wew. 129 lub 783 993 900.





## Sprawozdanie z konferencji Prawo i Medycyna

# Prawa pacjenta – czy zmierzamy w stronę systemu bezpieczeństwa?



MAGDALENA  
ZAMROCZYŃSKA

W siedzibie WIL 6 listopada 2010 r. odbyła się kolejna konferencja z cyklu *Prawo i Medycyna* pod patronatem merytorycznym dr Joanny Haberko z Katedry Prawa Cywilnego, Handlowego i Ubezpieczeniowego

na Wydziale Prawa i Administracji UAM w Poznaniu oraz dr. Krzysztofa Kordela, prezesa Wielkopolskiej Izby Lekarskiej i rzecznika praw lekarzy.

Spotkanie rozpoczęło się od powitania prelegentów oraz uczestników przez prof. UAM dr. hab. Roberta Zawłockiego – prodziekana na Wydziale Prawa i Administracji UAM.

Następnie głos zabrał pierwszy referent – dr n. med. Krzysztof Kordel, który przedstawił problematykę praw i obowiązków lekarza, wskazując na ich konstytucyjne, korporacyjne, pracownicze i zawodowe pochodzenie. Omówił wiele przykładów „z życia wziętych” i odniósł je do odpowiednich przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, ustawy o izbach lekarskich oraz Kodeksu Etyki Lekarskiej. Poruszył także kwestię bezkarnego obrażania lekarzy w internecie, którą uzupełnił z punktu widzenia karnisty prodziekan Zawłocki.

W kolejnym referacie dr Agnieszka Pyrzyńska z Katedry Prawa Cywilnego, Handlowego i Ubezpieczeniowego na Wydziale Prawa i Administracji UAM zaprezentowała zagadnienie praw pacjenta wobec przekształceń szpitali. Przedstawiła katalog praw pacjenta, a wśród nich podstawowe – prawo do świadczeń zdrowotnych, jako najbardziej zagrożone naruszeniem przez przekształcenia szpitali oraz obawy związane z kształtowaniem nowego modelu funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej.

Rolę i działanie rzecznika praw pacjenta przeanalizowała na podstawie

ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta mgr Dominika Opała, przedstawicielka Biura Rzecznika Praw Pacjenta, rzecznik praw pacjenta szpitala psychiatrycznego. Rozważania rozpoczęła od ustawowej definicji pacjenta, następnie przeszła do kwestii ewolucji relacji lekarz – pacjent od paternalizmu do rozwoju ruchu konsumpcyjnego i kończąc, omówiła najważniejsze zadania rzecznika praw pacjenta. Wystąpienie to wywołało komentarz dr Haberko, która zwróciła uwagę uczestników konferencji na niespójności pomiędzy ustawą o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta a ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentystry, oraz mgr Julity Jabłońskiej, doktorantki w Katedrze Prawa Konstytucyjnego na Wydziale Prawa i Administracji UAM, która wskazała problemy definicyjne w ustawie o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta, naruszające podstawowe zasady prawidłowej legislacji.

Dalsze wystąpienia miały na celu zaprezentowanie przypadków dotyczących praw pacjenta w działalności medycznej. Pierwszym z przypadków była sprawa pacjentki, która nie została powiadomiona przez lekarza o nieprawidłowościach występujących u jej nienarodzonego dziecka, przedstawiona przez dr. Jędrzeja Skrzypczaka z Zakładu Systemów Prasowych i Prawa Prasowego na

Wydziale Nauk Politycznych i Dziennikarstwa UAM. Zwrócono tu szczególną uwagę na to, jak szeroko powinno się informować pacjenta o jego stanie zdrowia. Drugim przypadkiem był przypadek Ewy Z. – pacjentki podstępnie doprowadzonej przez lekarza do poddania się innej czynności seksualnej. Prezentacja sytuacji pacjentki, dokonana przez Olę Sokołowską, studentkę IV roku prawa na Wydziale Prawa i Administracji UAM, została wzbogacona skłaniającymi do polemiki uwagami lek. Grzegorza Wrony, przewodniczącego Okręgowego Sądu Lekarskiego przy Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej. Ostatnim zagadnieniem była sprawa opisana przez mgr. Pawła Wojtkowiaka, aplikanta radcowskiego z Kancelarii Prawnej Renata Urowska i Wspólnicy, dotycząca przymusowej hospitalizacji w szpitalu psychiatrycznym po cofnięciu zgody pacjenta na leczenie. Wszystkie przypadki wywołały spore emocje wśród zebranych i stanowiły podstawę ciekawych dyskusji.

Ostatnim prelegentem był Mateusz Krzywda z Koła Naukowego Prawa Medycznego Lege Artis, który został laureatem konkursu na studencki esej o prawach pacjenta i referat studencki – „Prawo pacjenta do tajemnicy”. Referent przedstawił zasady respektowania tego prawa w świetle obowiązujących w Polsce przepisów.

Konferencję zorganizowali ELSA Poland – Europejskie Stowarzyszenie Studentów Prawa – grupa lokalna ELSA Poznań oraz IFMSA Poland – Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny IFMSA Poland oddział Poznań, a współpracę organizacyjną i merytoryczną zapewnili Wielkopolska Izba Lekarska oraz Koło Naukowe Prawa Medycznego Lege Artis.



## Z medycznej wokandy

# Apel: Partnerstwo dla transplantacji

Pamiętamy wszyscy 2007 r. i sprawę doktora G. Większość z nas pamięta ówczesne wystąpienia medialne prof. Wojciecha Rowińskiego, wskazującego zagrożenia dla rozwijającej się od lat, z różnymi przeszkodami, polskiej transplantologii.

Tak szybko, jak to możliwe, odpowiedzieliśmy więc na apel profesora, wspierany przez minister Ewę Kopacz, o podpisanie listu intencyjnego „Partnerstwo dla transplantacji”. Apel to początek trasy do pokonania. Pewne jej fragmenty już przebywaliśmy przed 2007 r., teraz musimy przejechać je ponownie. Trasę będziemy pokonywali wspólnie z partnerami. Ich lista jest na

**Każdemu z nas  
towarzyszą  
wątpliwości, którymi  
mamy obowiązek  
się dzielić.**

naszej stronie internetowej. Zdjęcia z podpisania listu również.

Ale zanim doszło do wystosowania listu. W czerwcu prof. Rowiński gościł w Poznaniu. Wraz z prof. Andrzejem Oko i dr. Maciejem Głydą przekonywali przekonanych i wątpiących do zasad i bezpieczeństwa transplantacji. To trudne rozmowy. Z biorcami pełnymi wątpiwości i z potencjalnymi dawcami,

którzy wydają się łatwiejszym partnerem. A także rodzinami rzeczywistych dawców, którzy już takimi łatwiejszymi partnerami nie są. Bo i okoliczności takich rozmów, towarzyszący im stres i niepewność, nie są dla stron sprzyjające.

Nawiązany w czerwcu kontakt o przełożenie idei na program. A właściwie programy, wzajemnie się uzupełniające. Po pierwsze, nie szkodzić – to zadanie dla samorządów medycznych. My, lekarze, jesteśmy w tej idei kołem zamachowym. I nie kierujemy tych słów do koleżanek i kolegów transplantologów, anesteziologów czy neurologów. Oni to wiedzą i swoją rolę odgrywają w Wielkopolsce na czwórkę z plusem. Tę uwagę kierujemy do tych z nas, którzy o przygotowaniu biorców, również psychologicznym, wiedzą

**Nawiązując do uchwały Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z 13 czerwca 2008 r. w sprawie akceptacji transplantacji jako metody leczenia, w treści której stwierdzono:**

Biorąc pod uwagę, że przeszczepianie narządów wykonywane jest w Polsce od ponad 40 lat, a polscy transplantolodzy należą do światowej czołówki w tej dziedzinie, i że jest to potrzebna, skuteczna i bezpieczna metoda leczenia stanowiąca dla wielu pacjentów jedyną szansę przedłużenia życia, Sejm zwraca się do społeczeństwa o powszechną akceptację tej metody leczenia. Jednocześnie apelujemy do władz rządowych i samorządowych wszystkich szczebli o wsparcie moralne i pomoc materialną we wszelkich akcjach o charakterze edukacyjnym w zakresie przeszczepiania narządów, komórek, tkanek i szpiku.

Strony postanawiają, co następuje:

1. Strony postanawiają połączyć swoje wysiłki w celu realizacji szerokiego programu działań pod nazwą „Partnerstwo dla transplantacji” w województwie wielkopolskim.
2. Celem „Partnerstwa dla transplantacji” w województwie wielkopolskim jest:

- a. uzyskanie społecznej akceptacji i wsparcia idei transplantacji,
  - b. zwiększenie liczby dokonywanych przeszczepów narządów pobieranych od osób zmarłych w województwie wielkopolskim,
  - c. utworzenie stanowisk koordynatorów transplantacyjnych w szpitalach,
  - d. rozwinięcie programu przeszczepiania nerek od dawców rodzinnych w województwie wielkopolskim.
3. Strony zobowiązują się dołożyć należytej staranności i wykorzystać swoje doświadczenie, umiejętności, potencjał techniczny i osobowy do osiągnięcia zakładanych celów oraz należytej i terminowej realizacji przedmiotu współpracy.
  4. Strony w ramach swoich struktur organizacyjnych powołają zespoły wraz z koordynatorem w celu realizacji przedmiotu współpracy.
  5. Niniejszy list intencyjny nie tworzy stosunku zależności czy wyłączności pomiędzy stronami, nie kreuje stosunku zobowiązaniowego, nie jest również umową konsorcjum, umową spółki cywilnej czy umową spółki handlowej.  
Niniejszy list intencyjny sporządzano w 15 jednobrzmiących egzemplarzach.



mniej. O zasadach przygotowywania żywych rodzinnych dawców też nie wszystko. Nie zawsze umieją rzetelnie poradzić bliskim czy znajomym. I to natychmiast, bo czas nie pozwala na uzupełnienie wiedzy. Wówczas jedno nierozważne słowo, jeden niepozorny gest czy mina zawala budowlę stawianą przez innych latami. Każdemu z nas towarzyszą wątpliwości, którymi mamy obowiązek się dzielić, ale nasze wątpliwości są wagi szczególnej. Czasem warto je wyjaśniać, zanim udzielimy porady. Po pierwsze, nie szkodzić. Czy my, lekarze niezajmujący się na co dzień transplantacjami, wiemy wszystko o kwalifikowaniu biorców szpiku czy biorców organów? Nie! I nie musimy wszystkiego wiedzieć. Czy wiemy wszystko o sposobach dobierania dawców? Też nie. A rzetelność kolejek biorców? I takich pytań można zadawać wiele. Proponujemy odpowiedzi. Proponujemy system szkoleń dla lekarzy niezajmujących się tą dziedziną. Szkoleń, które zostaną zorganizowane w siedzibie WIL i w siedzibach delegatur. Myślimy o tym, aby na te rozmowy zaprosić nie tylko lekarzy. Przecież istotne jest, aby nasi pacjenci wiedzieli, że jest izba lekarska, że ma swoją siedzibę i że w izbie rozmawia się o tym, jak pomóc chorym. Zaprosimy jako wykładowców naszych profesorów. Zaprosimy przedstawicieli Kościoła. Zaprosimy pacjentów – tych po przeszczepie. To najczęściej oni reprezentują organizacje pozarządowe. Kogo jeszcze mamy zaprosić? Kiedy organizować takie spotkania? Naszym zamiarem nie jest organizacja wielkich konferencji. Raczej dwugodzinne warsztaty. Zamierzamy organizować je we współpracy (i współfinansowaniu) z marszałkiem województwa wielkopolskiego. Toczą się rozmowy na ten temat. Marek Woźniak nie tylko patronuje temu przedsięwzięciu. Sejmik województwa jest organem założycielskim wielu szpitali uczestniczących w realizacji zadań transplantologicznych. Prosimy o udział w warsztatach, a wcześniej o pytania i propozycje.

GRZEGORZ WRONA

ANDRZEJ OBRĘBOWSKI

**Obok publikujemy treść listu intencyjnego.**

# Prawo pacjenta do nieskorzystania z informacji



JĘDRZEJ  
SKRZYPCZAK



GRZEGORZ WRONA

Wydaje się, że funkcjonowanie tej instytucji jest doskonałym testerem modelu podejścia lekarza do pacjenta, tzn. czy traktuje się pacjenta jako podmiot czy jako przedmiot. Henri de Mondeville, chirurg, w XIV wieku, w czasach kiedy królowała model paternalistyczny, zalecał młodym adeptom sztuki medycznej, aby obiecywać wszystkim chorym wyzdrowienie, a jeżeli dojdzie do jakichkolwiek komplikacji, polecał poinformować przyjaciół bądź rodzinę chorego. Twierdził, że tzw. kłamstwa optymistyczne są jak najbardziej usprawiedliwione. W XIX wieku T. Persival uważał, że wyjawienie zgubnej prawdy pacjentowi, który jest ojcem licznej rodziny albo którego życie ma nieocenione znaczenie dla społeczności, byłoby straszliwym i okrutnym złem. „Jego prawo do informacji może zostać zawieszona, a nawet uznane za niebyłe, albowiem pożytek wynikający z takiego prawa mógłby obrócić się przeciwko temu, komu ono przysługuje, jego rodzinie i społeczeństwu”.

W aktualnym stanie prawnym na prawo do niekorzystania z informacji składają się w istocie dwie instytucje, a mianowicie po pierwsze możliwość nieudzielania informacji na wyraźne żądanie pacjenta oraz tzw. wyjątek terapeutyczny.

W jednej ze spraw, które toczyły się przed sądem lekarskim, ustalono, że podczas kilkunastu wizyt w gabinecie gine-

kologicznym lekarz J. prowadząc zagrożoną poronieniem ciążę, obserwując i podejmując leczenie regularnych plamień, dokonał w dokumentacji medycznej szeregu zupełnie nieczytelnych opisów. Podczas tych kilkunastu wizyt wykonał kilka razy badanie USG. W styczniu 20xx roku w 38. tygodniu ciąży, w Szpitalu w X., nastąpił poród noworodka płci żeńskiej wagi 2400 g z rozległymi nieprawidłowościami w obrębie kończyn górnych i dolnych. Według opisu położnika obecnego przy porodzie: *Wady kończyn dolnych oraz lewej kończyny górnej.* Opis pediatry wskazywał: *Dziecko urodzone z licznymi wadami w obrębie kończyn dolnych i górnych. Lewa kończyna górna, wykształcone ramię bez stawu łokciowego. Prawa kończyna górna, wykształcone ramię i staw łokciowy oraz przedramię bez dłoni. Kończyny dolne częściowo wykształcone stopy bez uda i podudzia.*

Podczas rozprawy przez sądem lekarskim obwiniony wyjaśnił, że podczas badań kontrolnych rozpoznawał nieprawidłowości, ale – jak podkreślił – „brutalne poinformowanie pacjentki mogło spowodować ogromny stres; istniało olbrzymie ryzyko; mogły być dodatkowe problemy; brak informacji – ryzyko żadne”. Sąd w orzeczeniu stwierdził w postępowaniu obwinionego wiele uchybień i braku należytej staranności. Lekarz, który podejmuje się sprawować opiekę nad ciężarną, w tym przypadku winien przeprowadzić wywiad dotyczący przeszłości położniczej (hipotrofia płodu w ciąży I), zapoznać się ze stanem zdrowia pacjentki w pełni, a nie tylko od strony położniczej. Takich informacji brakowało, a jak wynika z zeznań pani A., nie przeprowadzono badania o charakterze internistycznym (nie zlecono ewentualnego przeprowadzenia badania lekarzowi

PERYSKOP **onet.pl****Janusz Skowronek**

(Doniesienia opracowane na podstawie Internetu z serwisu – [www.onet.pl](http://www.onet.pl))

**Rekordowo niska liczba zgonów w USA**

Liczba zgonów w USA spadła w 2008 r. do rekordowo niskiego poziomu – wynika z raportu opublikowanego w czwartek przez amerykański rząd. Najczęstszą przyczyną śmierci Amerykanów pozostają choroby serca i nowotwory.

Wskaźnik zgonów spada w USA od 9 lat z rzędu. W 2008 r. w grupie 100 tys. osób odnotowano 759 zgonów. To nieznaczny spadek z 760 notowanych rok wcześniej.

W dalszym ciągu choroby serca i nowotwory pozostają głównymi przyczynami śmierci mieszkańców Stanów Zjednoczonych. Wylew krwi do mózgu, który od 50 lat znajdował się na trzecim miejscu tego zestawienia, spadł na czwarte, po tym jak odnotowano większą śmiertelność spowodowaną chorobami układu oddechowego.

Liczba zgonów chorych na astmę, rozedmę płuc czy zapalenie oskrzeli w 2008 r. wzrosła o 8 proc. Ponadto odnotowano wzrost liczby zgonów spowodowanych chorobą Alzheimera, zapaleniem płuc, grypą, nadciśnieniem, chorobami nerek.

Wśród 15 głównych przyczyn śmierci Amerykanów znalazły się, oprócz chorób, także morderstwa, wypadki i samobójstwa. W 2008 r. zmarło około 2,5 miliona Amerykanów.

Z raportu przygotowanego przez Narodowe Centrum Statystyki ds. Zdrowia, które jest częścią Ośrodka Zwalczenia Chorób Zakaźnych w Atlancie, wynika, że skróciła się nieco długość życia kobiet i mężczyzn. Amerykanki żyją obecnie około 80 lat, a mężczyźni dożywają przeciętnie 75 lat.

**Pionierski projekt – „drugie życie” serca?**

Komórki macierzyste ze szpiku kostnego wstrzyknięte do serca

rodzinnemu). W ocenie sądu brak notatki o stanie gruczołów piersiowych, świadczy, że takowego badania nie przeprowadzono. Dużą nieprawidłowością było niewykonanie badania cytologicznego szyjki macicy u pacjentki w ciąży, u której występował już w przeszłości niepokój komórkowy. Obwiniony, prowadząc ciążę u tej pacjentki, poprzestał na badaniu wykonanym 9 miesięcy przed zajściem w ciążę. Jak stwierdził sąd, zapisy kolejnych wizyt są bardzo skąpe i w dużej części nieczytelne (stosowanie skrótów bez ich objaśnienia). Za niewystarczający uznano sposób monitorowania morfologii krwi. Takie postępowanie nie pozwala na uchwycenie momentu pojawiającej się niedokrwistości i wczesnego wdrożenia leczenia. W wykonywanych badaniach USG lekarz nie zastosował się do ogólnie przyjętych już wówczas wytycznych towarzystwa naukowego. Nie określał położenia płodu i czynności serca, nie przeprowadził oceny wybranych parametrów płodu. Opinia biegłych powołanych w tej sprawie jednoznacznie podkreśliła, iż ultrasonograficzne wykrywanie wad kończyn jest możliwe od II trymestru ciąży. W tym przypadku wady kończyn, które miały charakter ektromelii (wrodzonego braku kończyny) w obrębie kończyn górnych i fokomelii (wrodzonego, ogniskowego, częściowego braku kończyny) w obrębie kończyn dolnych, było możliwe do wykrycia w czasie ciąży.

Stąd też w opinii OSŁ badanie przeprowadzone przez obwinionego nie spełniało w najmniejszym stopniu wymogów stawianych przy ocenie USG płodu. Jak wynikało z zapisów w dokumentacji medycznej, ale także zeznań rodziców dziecka, wady kończyn płodu nie rozpoznano, wobec powyższego nie można przyjąć faktu o udzieleniu informacji pani A. o występujących nieprawidłowościach płodu. Zdaniem OSŁ wyjaśnienia obwinionego w tym zakresie nie są wiarygodne. Z punktu widzenia logiki, gdyby lekarz dostrzegł taką patologię, z pewnością odnotowałby to w dokumentacji, nawet uwzględniając, iż jej prowadzenie było niestaranne. Wyjaśnienia obwinionego odnośnie do sprawowania opieki położniczej, a zwłaszcza motywów, którymi się kierował, są także nie do zaakceptowania. Ale gdyby nawet przyjąć wersję wydarzeń, którą zaprezentował obwiniony, to

także jego zachowanie było nieprawidłowe.

Należy przypomnieć, że w art. 13 KEL wprowadza się zasadę, iż obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu podstawowych decyzji lekarskich dotyczących jego zdrowia. W ust. 2 tego przepisu nakazuje się udzielać informacji pacjentowi w taki sposób, aby była dla niego zrozumiała. W ust. 3 tego przepisu stanowi się, iż pacjent ma prawo zapoznać się ze stopniem ewentualnego ryzyka zabiegów diagnostyczno-leczniczych i spodziewanymi korzyściami związanymi z wykonywaniem tych zabiegów a także z możliwościami zastosowania innego postępowania medycznego. Dzisiaj trzeba spostrzec, że art. 9 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (uppiRPP) stanowi, że pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia, a zgodnie z ust. 2 tego przepisu, pacjent [...] ma prawo do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie swojego zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia i rokowaniu. Niemal identyczne jest dzisiaj i było w ówczesnym czasie brzmienie art. 31 ust.1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (uzlild).

Z kolei zgodnie z art. 17 KEL wiadomość o rozpoznaniu i złym rokowaniu może nie zostać choremu przekazana tylko w przypadku, jeżeli lekarz jest głęboko przekonany, iż jej ujawnienie spowoduje bardzo poważne cierpienie chorego lub inne niekorzystne dla zdrowia następstwa; jednak na wyraźne żądanie pacjenta lekarz powinien udzielić pełnej informacji. W razie niepomyślnej prognozy chory powinien być o niej poinformowany z taktem i ostrożnością. Zdaniem niektórych autorów nie ma podstaw do pociągnięcia do odpowiedzialności karnej i cywilnej w przypadku poinformowania pacjenta (nawet w sposób „brutalny”). Odpowiedzialność zawodowa nie jest jednak wykluczona.

Z kolei w myśl art. 9 ust. 4 uppiRPP pacjent ma prawo żądać, aby lekarz nie udzielił mu informacji o stanie zdrowia. Pacjent ma również prawo żądać, aby lekarz udzielił mu informacji w pełnym zakresie. W art. 31 ust. 3 ustawy o uzlild stanowi się, że na żądanie pacjenta lekarz



nie ma obowiązku udzielać pacjentowi informacji. Trzeba podkreślić, że nie oznacza to, że pacjent zrzekł się prawa do wyrażenia zgody na leczenie. Żądanie pacjenta, o którym mowa w tym przepisie, należy rozumieć tak, że jego wola musi być zakomunikowana w sposób wyraźny i stanowczy. Może on w każdym momencie zażądać wznowienia informowania.

Natomiast w art. 31 ust. 4 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza uregulowano tzw. przywilej terapeutyczny. Otóż w sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli uważa, że przemawia za tym dobro pacjenta. Wprowadza się w takich wypadkach nakaz poinformowania przedstawiciela ustawo-

Wracając do omawianego przypadku. Obwiniony lekarz nie przeprowadził żadnej rozmowy z ojcem dziecka, a o wspomniane zastępstwo do pacjentki nie występował. Nie dokonano żadnego wpisu w dokumentacji medycznej. W tej sytuacji wyjaśnienia obwinionego, iż dokonał rozpoznania, jednak ze szczególnych względów nie poinformował pacjentki, nie zasługują na wiarę. Gdyby tak rzeczywiście było, obwiniony zapisałby wyniki swoich obserwacji w dokumentacji medycznej.

Ciekawi jesteśmy Waszych wątpliwości, które na pewno trapią w podobnych sytuacjach. Czy łamy naszego biuletynu mogą się stać swoistym forum wymiany doświadczeń? Mamy świadomość, że nie istnieją możliwości pełnego zatarcia faktów. Ta sprawa zakończona została

**Obwiniony lekarz nie przeprowadził żadnej rozmowy z ojcem dziecka, a o wspomniane zastępstwo do pacjentki nie występował. Nie dokonano żadnego wpisu w dokumentacji medycznej. W tej sytuacji wyjaśnienia obwinionego, iż dokonał rozpoznania, jednak ze szczególnych względów nie poinformował pacjentki, nie zasługują na wiarę. Gdyby tak rzeczywiście było, obwiniony zapisałby wyniki swoich obserwacji w dokumentacji medycznej.**

wego pacjenta lub osoby upoważnionej przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji. Podobnie tę kwestię reguluje art. 9 ust. 6 uppiRPP. Co to znaczy, że rokowanie jest niepomyślne? Wydaje się, że nie chodzi tylko choroby zagrażające życiu, ale także zdrowiu. Należy podkreślić, że tzw. kłamstwo humanitarne jest dzisiaj niedopuszczalne. Ponadto zgodnie z tym przepisem istnieje bezwzględny obowiązek powiadomienia pacjenta o konieczności ustanowienia innej osoby, informowanej w zastępstwie. Osobę taką wskazuje pacjent, a nie lekarz.

prawomocnym już orzeczeniem. Jest ono jawne. Nie oznacza to jednak, że bez ograniczeń może być publikowane. Trzeba przypomnieć, że nowa ustawa daje sądowi lekarskiemu uprawnienie do publikacji orzeczeń jako sankcji represyjnej, ale głównie w funkcji poznawczej. W tym przypadku pragniemy zainteresować jedynie problemem i doświadczeniem to ma służyć wyłącznie celom poznawczym dla naszych przyszłych postępowań. Dla porządku wspomnimy jedynie, że sprawa toczyła się przed innym niż OSŁ WIL sądem lekarskim i ewentualne zauważone podobieństwa są przypadkowe.

**PERYSKOP** **onet.pl**

pomogą zregenerować ten mięsień po zawale lub wyleczyć trwałą niewydolność. Pionierskie badanie naukowe przeprowadzą w przyszłym roku lekarze z Górnośląskiego Ośrodka Kardiologii w Katowicach. Badanie jest częścią większego projektu naukowego, realizowanego przez kilka polskich ośrodków, dotyczącego innowacyjnego zastosowania komórek macierzystych w medycynie. Projekt zdobył grant z Unii Europejskiej w wysokości 45 mln zł.

Jak podkreślił podczas wtorkowej konferencji prasowej w Katowicach kierownik III Katedry Kardiologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego prof. Michał Tendera, naukowcy wykorzystują i wzmacniają w tym przypadku naturalne mechanizmy ludzkiego organizmu.

*– Zawal serca powoduje mobilizację bardzo wielu układów w organizmie ludzkim, m.in. ze szpiku kostnego są wyzwalane do układu krążenia różne typy komórek, które potencjalnie mogą wspierać procesy regeneracji serca. (...) Mogą się przyczyniać do odbudowy mięśnia sercowego i naczyń, które powodują ukrwienie mięśnia sercowego. Spontaniczny mechanizm jest jednak niewystarczający do odbudowania strat, które powstały w wyniku zawału* – powiedział.

Jeżeli człowiek przechodzi zawał serca, to część serca objęta zawałem umiera. Komórki mięśniowe zastępowane są przez bliznę, czyli tkankę łączną, która się nie kurczy. Komora serca staje się więc mniej kurczliwa, w efekcie może się rozwinąć niewydolność serca.

*– Pacjentów z niewydolnością serca charakteryzuje bardzo wysoka śmiertelność. W obserwacji 5-letniej jest wyższa niż w wielu postaciach raka. To problem kliniczny, z którym się borykamy* – dodał prof. Tendera.

Dlatego eksperyment naukowy obejmie zarówno pacjentów po zawale, jak i tych z niewydolnością serca. Zakwalifikowani zostaną m.in. chorzy, u których miażdżycza tętnic jest tak zaawansowana, że nie można im pomóc metodami klasycznymi, czyli za pomocą leków. Nie można też u nich wykonać tzw. by-passów

**PERYSKOP** onet.pl

czy angioplastyki. Takie osoby cierpią również z powodu niskiego komfortu życia – mimo leków i rehabilitacji czują silne bóle nawet przy niewielkim wysiłku.

Jak wyjaśniał koordynator projektu doc. Wojciech Wojakowski, mechanizm naprawczy nie polega na „odraśnianiu” komórek mięśnia sercowego.

– *Działanie komórek polega jednak na tym, że mogą z nich powstawać nowe, drobne naczynia krwionośne. Obszarowi serca, który jest żywotny, ale niedokrwiony, zapewnią lepsze ukrwienie. Wydzielają również czynniki, które zapobiegają obumieraniu, hamują reakcje zapalne. Są więc nośnikami substancji korzystnie działających na niedokrwione komórki mięśnia sercowego* – mówił doc. Wojakowski.

Leczenie za pomocą komórek macierzystych polega na ich pobraniu ze szpiku kostnego pacjenta, a następnie – po wyizolowaniu – na ich wstrzyknięciu do tętnicy wieńcowej lub bezpośrednio do mięśnia sercowego.

Grant umożliwił katowickiemu ośrodkowi zakup niezbędnego do tego zabiegu systemu NOGA. To system specjalnych elektrod i cewników, które są wprowadzane przez tętnicę udową do światła lewej komory serca. Najpierw jest wytwarzana mapa na podstawie pomiarów elektrycznych i mechanicznych, a następnie z cewnika wysuwana jest cieniutka igła, która w niedokrwione obszary podaje komórki macierzyste. W pobraniu i przygotowaniu szpiku będą uczestniczyć lekarze z katowickiej Kliniki Hematologii i Transplantacji Szpiku Śląskiego Uniwersytetu Medycznego.

### **Palenie przyczyną kurczenia się mózgu**

Palenie papierosów wiąże się ze zmianami w korze mózgowej, odpowiedzialnej m.in. za język, przetwarzanie informacji i pamięć – informuje EurekAlert. U palaczy kurczy się rejon lewej przyśrodkowej części kory oczodołowej (*left medial orbitofrontal cortex*).

Do tej pory sądzono, że grubość kory maleje z wiekiem, obniżeniem

## Konferencja szkoleniowa

# O transplantacjach po nowemu

W poniedziałek, 8 listopada 2010 r. w Prymasowskim Wyższym Seminarium Duchownym w Gnieźnie odbyła się konferencja szkoleniowa pod patronatem marszałka województwa wielkopolskiego Marka Woźniaka, prezesa Wielkopolskiej Izby Lekarskiej Krzysztofa Kordela oraz przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu Eleonory Kamińskiej.

Spotkanie rozpoczął marszałek Marek Woźniak, który przedstawił powody i cele zaangażowania się wielu organizacji rządowych i pozarządowych w Partnerstwo dla Transplantacji. Program ten ma na celu rozszerzenie możliwości leczenia i zwiększenie liczby przeszczepów narządów i tkanek w województwie wielkopolskim.

Pierwszym referentem był dr n. med. Maciej Głyda, ordynator oddziału transplantologii Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu, który omówił zagadnienie przeszczepów narządów unaczynionych. Wystąpienie poświęcone było obecnym i przyszłym możliwościom szpitali w zakresie pobierania i przeszczepiania nerek, wątroby, serca i innych narządów.

Następnie głos zabrał koordynator przeszczepów POLTRANSPLANT – Wojciech Czapiewski. Przedstawił statystyki dotyczące transplantacji narządowych w Wielkopolsce. Wskazał liczby przeszczepionych narządów, liczbę biorców, czas przeżycia narządów oraz szpitale, w których narządy są pobierane najczęściej. Podkreślał także wielokrotnie, że największym problemem, z którym zmagają się koordynatorzy na co dzień, jest nakłonienie ludzi, aby zostali dawcami żywymi, przekonanie ich, że oddanie narządu nie spowoduje obniżenia jakości życia i nie jest to eksperyment medyczny, tylko sprawdzona metoda, która pozwoli uratować życie drugiemu człowiekowi. Optymistyczną wiadomością były mieszczące się w czołówce krajowej wyniki Poznania w przeszczepianiu narządów oraz informacja o zatrudnianiu coraz większej liczby koordynatorów, których głównym zadaniem jest kształtowanie obrazu transplantologii w środowiskach szpitalnych.

Kolejnym prelegentem był dr Jaromir Dziel, który pełni funkcję ordynatora OIT ZOZ w Gnieźnie. Doktor Dziel zaprezentował zagadnienie procedury stwierdzania śmierci, zwracając uwagę na wiele problemów z nią związanych. Śmierć mózgu stanowi początek opieki nad dawcą narządów. Podkreślił, że celem orzeczenia śmierci mózgu jest zaprzestanie dalszej bezcelowej terapii. Problem możliwości pobrania narządów na potrzeby transplantologiczne jest jedynie konsekwencją decyzji, a nie jej powodem.

Kolejnym rozważanym aspektem, omówionym przez dr n. farm. Małgorzatę Kordel, była zgodność tkankowa przeszczepianych narządów pomiędzy dawcą i biorcą. Doktor Kordel wyjaśniła, w jaki sposób dobiera się dawcę i biorcę oraz jakie czynniki decydują o podjęciu funkcji przez przeszczepiony narząd. Prelegentka wyraziła niezrozumienie, dlaczego w Polsce, pomimo transparentnych procedur, szerokiej wieloletniej dyskusji, ukształtowanych stanowisk, zagadnienie transplantacji wciąż jest problemem, a nie powszechną procedurą medyczną i wyraziła nadzieję na szybkie zmiany w tym zakresie.

Ostatnimi referentami byli przedstawiciele stowarzyszenia Życie po Przeszczepie. Monika Siekierka przedstawiła działalność stowarzyszenia, które wśród młodzieży szkół ponadgimnazjalnych rozpowszechnia program „Transplantacja na TAK”. Henryk Szelaąg, mimo że jest siedem lat po przeszczepie nerki, do dzisiaj aktywnie uprawia sport, jest etatowym pracownikiem. Przedstawił swoją historię zmagania się z chorobą, przekazał swoje odczucia po znalezieniu narządu oraz





opowiedział o niesamowitym splocie wydarzeń, który połączył jego osobę z rodziną dawcy.

Przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego dr Grzegorz Wrona dokonał podsumowania poruszonych na spotkaniu kwestii. Podkreślił, że procedura transplantacji powinna przebiegać w atmosferze zaufania, iż cząstka dawcy nie zostanie zmarnowana, a także że nie da się zadekretować dobrej woli, ale należy ją wytworzyć, tak abyśmy za 20 lat nie byli wciąż w tym samym miejscu.

Konferencja ukazała, jak istotnym zagadnieniem jest problematyka transplantologii oraz jak wiele jeszcze trzeba zrobić, aby przekonać ludzi do oddawania narządów, które stanowią bezcenny dar życia dla drugiego człowieka.

Partnerstwo dla Transplantacji to nie tylko intencja. To program, który jest realizowany przez sygnatariuszy listu podpisanego 8 września 2010 r. Planowane są kolejne konferencje.

MAGDALENA ZAMROCYŃSKA  
GRZEGORZ WRONA

**Chór Kameralny Lekarzy  
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej  
serdecznie zaprasza  
do wspólnego śpiewania  
wszystkich muzykujących lekarzy.**

Próby odbywają się w środy w godz. 19.00–21.00  
w Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej.  
Kontakt: chelminskajustyna@gmail.com  
tel. 507 086 865  
chor.wil@gmail.com

**PERYSKOP onet.pl**

inteligencji i upośledzoną percepcją. Po wykonaniu rezonansu magnetycznego o dużej rozdzielczości i analizie komputerowej uzyskanych zdjęć naukowcy przekonali się, że stopień zmniejszania grubości kory mózgo-wej w lewej przyśrodkowej części kory oczodołowej zależy od liczby wypalanych dziennie papierosów i czasu wystawienia na dym papierosowy.

– *Ponieważ region mózgu, którego kurczenie towarzyszy paleniu, jest związany z kontrolą impulsów, przetwarzaniem nagród i podejmowaniem decyzji, mamy wyjaśnienie, jak działa mechanizm uzależnienia od nikotyny* – tłumaczy dr Simone Khn, związany z kilkoma instytucjami naukowymi w Niemczech, Belgii i Wielkiej Brytanii.

W przyszłości badacze planują sprawdzić, jaki wpływ na mózg ma rzucenie palenia.

**Naukowcy mają złe wieści dla osób z nadwagą**

Otyłość brzuszna, czyli nadmiar trzewnej tkanki tłuszczowej, zwiększa predyspozycje do osteoporozy, choroby osłabiającej kości i prowadzącej do częstszych złamań. Wyniki badań na ten temat zostały zaprezentowane na dorocznym spotkaniu Towarzystwa Radiologicznego Ameryki Północnej (RSNA), które odbywa się w Chicago w dniach 28 listopada – 3 grudnia.

Na świecie liczba osób otyłych rośnie w ogromnym tempie. Z danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wynika, że w 2005 r. nadwagę miało 1,6 mld osób, a otyłość 400 mln. Zgodnie z przewidywaniami ekspertów WHO, w 2015 r. liczby te wzrosną odpowiednio do 2,3 mld i 700 mln.

Otyłość jest obecnie jednym z najpoważniejszych problemów zdrowia publicznego, gdyż znacznie zwiększa ryzyko wielu schorzeń, np. chorób układu sercowo-naczyniowego, cukrzycy, zaburzeń lipidowych (np. dużego stężenia cholesterolu), astmy, bezdechu sennego czy zwyrodnienia stawów. Przez wiele lat uważano, że otyłość chroni przy-

**PERYSKOP** **onet.pl**

najmniej przed jednym problemem zdrowotnym, tj. ubytkiem tkanki kostnej w starszym wieku i osteoporozą. Najnowsze obserwacje naukowców z Uniwersytetu Harvarda w Bostonie podważają to przekonanie. Wynika z nich bowiem, że u pań z tzw. otyłością brzuszną kości szybciej słabną wraz z upływem lat.

Badaniami objęto 50 otyłych kobiet (średni wskaźnik BMI 30) przed menopauzą. Zmierzono im objętość tkanki tłuszczowej w całym organizmie, pod skórą na brzuchu i wokół trzewi oraz w szpiku kostnym. Metodą ilościowej tomografii komputerowej (QCT) oceniono też mineralną gęstość kości.

Okazało się, że panie z większą ilością tkanki tłuszczowej wokół trzewi miały więcej tłuszczu w szpiku kostnym i słabsze kości, natomiast podskórna tkanka tłuszczowa i całkowita zawartość tłuszczu w organizmie nie miały istotnego związku z ilością tłuszczu w szpiku kostnym oraz z gęstością tkanki kostnej.

– *Nasze wyniki wskazują, że duże ilości tłuszczu trzewnego bardziej szkodzą kościom niż tkanka tłuszczowa zgromadzona podskórnie lub wokół bioder. Teraz wiemy, że otyłość brzuszna jest czynnikiem ryzyka osteoporozy i utraty masy kostnej* – komentuje prowadząca badania dr Miriam A. Bredella.

Badania te po raz kolejny potwierdzają, że otyłość otyłości nierówna. W ostatnich latach pojawia się coraz więcej dowodów na to, że podskórna tkanka tłuszczowa oraz ta zlokalizowana na biodrach i pośladkach różni się pod względem aktywności metabolicznej od tkanki tłuszczowej zgromadzonej wokół narządów wewnętrznych w jamie brzusznej. Tłuszcz trzewny wydziela bowiem duże ilości związków pobudzających w organizmie procesy zapalne i przez to w większym stopniu przyczynia się do chorób układu krążenia i zaburzeń metabolicznych. Na szczęście – przypominają naukowcy – w walce z otyłością brzuszną można również stosować dietę i aktywność fizyczną.

Na osteoporozę cierpi na świecie ponad 200 mln osób. Choć jest ona



## Nowoczesność i suszone stonogi

Chiny mają ponad 5000 lat. Są jedną z najstarszych i największych cywilizacji. Wymyślono tam kompas, proch, papier i druk. Chińczycy wiedzieli wcześniej niż Europejczycy, że przyczyną świerzbki jest pasożyt. Odkryli tajemnicę produkcji jedwabiu i barwienia porcelany. Są dowody, że największe odkrycia geograficzne są właśnie dziełem Chińczyków, a ich statki dotarły do Ameryki przed Kolumbem. W XII w. wytwarzali żelazo i stal w ilo-

ściach, jakie w Europie osiągnięto dopiero 600 lat później. Wierzyli, że o życiu i zdrowiu decydują czynniki kosmiczne *jin* i *jang*. Przewaga jednego z nich to zdrowie albo choroba. Nauczyli świat akupunktury. Mieli poczucie wyższości własnej kultury nad innymi i nie odczuwali potrzeby kontaktowania się z zagranicą. Ich państwo stanowiło centrum świata. Nazywali je Państwem Środka. A marmurowy krąg w Świątyni Nieba w Pekinie,







gdzie wstęp miał tylko cesarz, to symboliczne centrum wszechświata. Pałac Cesarski, Świątynia Nieba, Zakazane Miasto, Pałac Letni, Wielki Mur to tylko niektóre zabytki przypominające świetność cesarstwa.

Aż 22 proc. wszystkich ludzi, ponad 1,3 mld, to Chińczycy. Przyjazd do największych dzisiejszych miast Chin to fascynujące przeżycie. Pekin, Szanghaj, Kanton, Hongkong to olbrzymie metropolie o zapierającej dech w piersi architekturze. Z milionami mieszkańców i samochodów. Wszędzie wypielegnowana zielen. Nocą, gdy zapalą się kolorowe i ruchome reklamy, kiedy rozbłysną światła ulic, budzą się bajeczne widoki. Miasta rosną w oczach. Każdy, najbardziej nawet ekstrawagancki po-

mysł światowych architektów zostanie zrealizowany w Chinach. Przykładem ekspansywnego rozwoju może być Szanghaj. W połowie XIX w. był portem liczącym 50 tys. mieszkańców. Dziś jest ich około 16 mln. Mieszkają i pracują między innymi w 8 tys. budynków liczących ponad 10 pięter. Także tych z kilkudziesięcioma. Mówi się, że jest to miasto na estakadach. Wszystkie nowe połączenia komunikacyjne poprowadzone są na wijących się kilometrowych mostach. Olbrzymi dworzec kolejowy, wyłożony granitowymi, polerowanymi płytami, z gmatwaniną korytarzy, przejść, ruchomych schodów i chodników, połączony z dworcem autobusowym, stacją metra i piętrowymi parkingami, oszałamia. Przy nim dworzec PKP



## PERYSKOP onet.pl

częstsza u kobiet, zwłaszcza po menopauzie, to dotyka również pewnego odsetka mężczyzn, a jej skutki mogą być u panów znacznie poważniejsze. Dlatego naukowcy prowadzą obecnie badania, które mają ocenić, czy otyłość brzuszna zwiększa ryzyko osteoporozy również u płci męskiej.

### Jest związek między długością palca a rakiem

Mężczyźni, których palec wskazujący jest dłuższy niż palec serdeczny są w mniejszym stopniu narażeni na raka prostaty – uważają naukowcy z Wielkiej Brytanii.

Zdaniem badaczy, długość palca może pomóc lekarzom wcześniej identyfikować pacjentów, którzy powinni regularnie przechodzić badania przesiewowe.

Jak informuje *British Journal of Cancer*; ryzyko rozwoju raka prostaty może być o ok. 33 proc. wyższe u posiadaczy dłuższych palców serdecznych.

Zespół naukowców z Uniwersytetu Warwick i Institute of Cancer Research (ICR) wyjaśnia, że długość palców jest determinowana już w okresie prenatalnym i ma związek z ekspozycją płodu na działanie hormonów płciowych. Mniejsza ekspozycja na testosteron może, według badaczy, wpływać na mniejsze ryzyko rozwoju raka prostaty w przyszłości. Naukowcy zauważają ponadto, że za długość palców odpowiadają te same geny co za rozwój narządów płciowych, czyli HOXA i HOXD. Naukowcy przeprowadzili badania wśród ponad 1,5 tys. pacjentów w trzech brytyjskich szpitalach w latach 1994–2009, a następnie wyniki porównali z danymi zebranymi od 3 tys. zdrowych mężczyzn.

Według współprowadzącej badania Ros Eeles z ICR, długość palca w połączeniu z innymi czynnikami ryzyka, takimi jak historia nowotworów w rodzinie czy uwarunkowania genetyczne, może pomóc wyselekcjonować mężczyzn bardziej narażonych na raka prostaty, zwłaszcza po 60. roku życia. Wcześniejsze badania łączyły długość palców m.in. ze

**PERYSKOP** onet.pl

skłonnością do agresji, płodnością, pewnością siebie czy kondycją fizyczną.

– *Uzyskane przez nas informacje wskazują na to, że poziom hormonów w łonie matki może mieć znaczenie dekady później* – mówi Ken Muir z Uniwersytetu Warwick.

### **Bierne palenie zabija rocznie setki tysięcy ludzi**

Pierwsze badania Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) nad skutkami biernego palenia przynoszą niepokojące wyniki. Co roku z powodu wdychania dymu papierosowego umiera 600 tys. osób, z czego 1/3 to dzieci narażone na kontakt z tytoniem w swoich domach – czytamy w serwisie [bbc.co.uk](http://bbc.co.uk). Badania, które przeprowadzono w 192 krajach, wykazały, że bierne palenie jest najgorsze w skutkach dla małych dzieci, u których rośnie ryzyko nagłej śmierci łóżeczkowej, astmy i zapalenia płuc. Bierne palenie powoduje także choroby serca, choroby układu oddechowego i raka płuc.

– *To pomaga nam obliczyć, ile osób tak naprawdę umiera z powodu palenia papierosów* – powiedział Armando Peruga z WHO, który prowadził badania. Ekspert WHO dodał, że był szczególnie zaniepokojony faktem, że około 165 tys. dzieci, głównie w południowo-wschodniej Azji oraz w Afryce, choruje na infekcje dróg oddechowych z powodu wdychania dymu tytoniowego.

Dzieci, które są narażone na bierne palenie w swoich domach, rozwijają się wolniej niż ich rówieśnicy, którzy nie mają kontaktu z dymem tytoniowym.

Drugą grupą najbardziej narażoną na choroby wynikające z palenia biernego są kobiety. Eksperci szacują, że ryzyko zachorowania będącego skutkiem palenia biernego jest u kobiet o 50 proc. większe niż u mężczyzn.

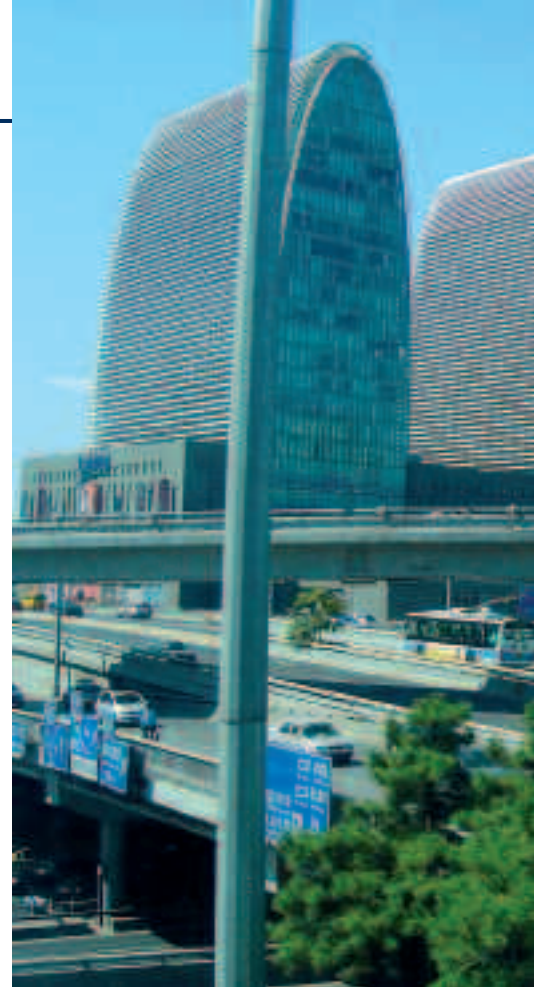
WHO szacuje, że na całym świecie 40 proc. dzieci, 33 proc. niepalących mężczyzn i 35 proc. niepalących kobiet jest narażonych na palenie bierne. Przypuszcza się, że

w Poznaniu to budka dróżnika przy ślepych torze. No może z kioskiem ruchu...

Aż 70 mln ludzi odwiedziło wystawę Expo 2010. Na olbrzymim terenie pobudowano kilkadziesiąt pawilonów o różnych kształtach. Każde państwo miało ambicję zaszokować innych. Na przykład Wielka Brytania upodobniła swój pawilon do czapki londyńskiego policjanta. Singapurski był kulą, a australijski przypominał największy monolit świata, Ayers Rock. Nie musimy wstydić się polskiego pawilonu. Jego elewacja wzorowana była na ludowych wycinankach. Budziła autentyczne zainteresowanie. Cały czas stała kolejka czekających na możliwość zwiedzania.

Ale są i inne Chiny. Biedne, z rodzinami stłoczonymi w maleńkich mieszkaniach oświetlonych jarzeniówkami, z praniem wiszącym pod sufitem. Stare kamieniczki przy brudnych uliczkach z zakratowanymi oknami przeciw złodziejom. Jest biedna prowincja, z bezrobotnymi wędrującymi za pracą do miast. 8 proc. mężczyzn nie ma szansy na znalezienie życiowej partnerki, a to jest około 40 mln. Tyle co cała Polska... To problem demograficzny. Niektórzy mówią nawet, że to tykająca bomba demograficzna...

Nie można zapomnieć o chińskiej medycynie. Nieodmiennie kojarzymy



ją z igłami do akupunktury, aromatycznymi zaszuszonymi ziołami, kwiatami, korzeniami, jagodami, grzybami, owocami i dziesiątkami substancji pochodzących od zwierząt. Wszystko to można znaleźć w aptekach przepelnionych tajemniczymi zapachami i półka-







mi z buteleczkami, słoikami i pudełkami z zagadkową zawartością. Króluje korzeń żeń-szenia. Wszystko to ma jakiś sens, ma czemuś służyć, na coś pomagać, coś leczyć. Chińczycy, gdy czują się poważnie chorzy, szukają pomocy w medycynie zachodniej,



gdy choroba jest mniej poważna, kierują się do lekarza medycyny tradycyjnej. Głosi ona, że są cztery podstawowe czynniki ważne dla zdrowia: gimnastyka, masaż, dieta i tradycyjne leczenie. Choroba polega na zakłóceniu równowagi między *jin* i *jang*, leczenie – na jej przywróceniu. Dotyczy to każdego narządu. Czasem nie jest to sprawa prosta. „Encyklopedia tradycyjnej farmakopei chińskiej” opublikowana w 1977 r. zawiera opisy aż 5767 substancji... Tym, którzy w tym momencie uśmiechają się pobłaźliwie, przypomnę, że jeszcze 30 czy 40 lat temu akupunktura wywoływała podobne reakcje. Dziś jest uznaną metodą w zwalczaniu np. bólów kręgosłupa czy migreny.

Takie są Chiny XXI wieku. Są państwem szybko się rozwijającym, ze wspaniałymi zabytkami, nowoczesnością na każdym kroku, ale i obozami pracy, wyrokami śmierci, biedną prowincją. Programem kosmicznym i tradycyjną medycyną posiłkującą się suszonymi stonogami, węzami, ośmiornicami...

Chiny skończyły z izolacjonizmem. Chcą wpływać na kształt świata. Czy świat jest na to przygotowany?

ANDRZEJ BASZKOWSKI

PERYSKOP

onet.pl

w zeszłym roku było ok. 379 tys. zgonów z powodu chorób serca, 165 tys. z powodu zakażenia dolnych dróg oddechowych, 36,9 tys. osób zmarło na astmę, a 21,4 tys. na raka płuc. Wszystkie te choroby i zgony były efektem biernego palenia przez wiele lat.

Najbardziej narażeni na biernie palenie są Europejczycy i Azjaci. Mniejsze zagrożenie wdychaniem dymu tytoniowego eksperci odnotowali w Ameryce, wschodniej części basenu Morza Śródziemnego i w Afryce.

Jak poinformował Armando Peruga, badania są tylko szacunkowe, nie ma pewności co do liczb i skali problemu. – *Jednakże nie ma wątpliwości, że 1,2 mld palaczy na świecie naraża miliardy niepalących na wdychanie dymu wtórnego, pełnego niebezpiecznych dla zdrowia trucizn* – dodał Peruga, cytowany przez portal [bbc.co.uk](http://bbc.co.uk).

## Przełom w walce z HIV. Pigułka zmniejsza ryzyko

Przyjmowana raz dziennie pigułka pomaga zapobiec zakażeniu wirusem HIV u gejów, transseksualistów i biseksualnych mężczyzn – informuje Reuters. Agencja AP dodaje, że badania skuteczności leku w grupie osób heteroseksualnych i narkomanów jeszcze trwają.

Badania na 2499 osobach były prowadzone między innymi w Peru, Ekwadorze, Brazylii, Tajlandii i Republice Południowej Afryki. Pigułka o nazwie Truvada, będąca połączeniem dwóch leków (tenofowir i emtrycytabina) zmniejszyła ryzyko zarażenia o niemal 44 proc. w grupie wysokiego ryzyka (geje, transseksualiści i mężczyźni biseksualni).

Ponad 40 proc. badanych przynajmniej raz uprawiało seks za pieniądze. Po upływie 2,5 roku zakażeniu uległo 100 osób – 36 z nich przyjmowało Truvadę, a 64 placebo.

Ponieważ pacjenci często zapominają o przyjęciu pigułki, naukowcy regularnie pobierali im krew, aby oznaczyć poziom leku. Jak się okazało, u mężczyzn, którzy przyj-

PERYSKOP

onet.pl

mowali pigułkę najbardziej konsekwentnie (dzięki czemu przez 90 proc. czasu mieli we krwi aktywny poziom leku), ryzyko zarażenia w ciągu 2 lat spadło aż o 73 proc. w porównaniu z osobami przyjmującymi placebo. Ci, którzy mimo przyjmowania Truvady zachorowali, mieli we krwi bardzo niski poziom leku albo nie było go w ogóle.

Efekty uboczne pigułek były łagodne. Jak podaje agencja AP, wbrew obawom badaczy, pigułki nie zachęciły uczestników eksperymentu do ryzykownych zachowań seksualnych – nie rezygnowali oni na przykład z prezerwatyw – czy szukania większej liczby partnerów. Efekt był wręcz odwrotny.

Badania zostały sfinansowane przez *National Institute of Allergy and Infectious Diseases* oraz fundację Billa i Melindy Gatesów. Koszt miesięcznego leczenia w USA wynosi około 1000 dolarów, jednak na potrzeby ubogich krajów producent leku – firma Gilead – zezwała indyjskim producentom na wytwarzanie taniej wersji generycznej w cenie 40 centów za codzienną dawkę.

– *Te wyniki stanowią duży postęp w zapobieganiu zakażeniom HIV* – powiedział dr Kevin Fenton z U.S. Centers for Disease Control and Prevention, jednak zaznaczył, że badania skuteczności leku w grupie osób heteroseksualnych i narkomanów jeszcze trwają. Zastrzegł też, że nie należy w żadnym razie rezygnować z prezerwatyw, które chronią także przed innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową.

Badania nad Truvadą jako pierwsze dowodzą, że przyjmowanie leków przeciw wirusowi HIV przez zdrowe osoby może zmniejszyć ryzyko zakażenia. W ciągu ostatnich kilkunastu miesięcy pojawiły się także dwa inne środki zapobiegawcze – w lipcu przeciwwirusowy żel chroniący kobiety, a we wrześniu 2009 r. szczepionka częściowo zapobiegająca zakażeniu.

Co roku 2,7 mln ludzi ulega zakażeniu wirusem HIV. Zdaniem specjalistów Truvada może zmniejszyć tę liczbę.

Lekarze – patroni wielkopolskich ulic

# Tadeusz Jankowski

Urodził się 20 grudnia 1914 r. w Sokołowce na Podolu w rodzinie lekarskiej. Wypadki I wojny światowej sprawiły, że rodzina jego znalazła się w głębi Rosji, w okolicy Brińska. Stąd udało się jej powrócić dopiero po wybuchu rewolucji w 1917 r. Ojciec rozpoczął służbę w Wojsku Polskim jako oficer lekarz, służył w różnych jednostkach i garnizonach, by pod koniec wojny zamieszkać na stałe w Warszawie. Tadeusz Jankowski uczęszczał tam do gimnazjum im. Władysława IV, działał czynnie w Związku Harcerstwa Polskiego. Świadectwo dojrzałości otrzymał w 1933 r. i w tym samym roku rozpoczął studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu im. Józefa Piłsudskiego w Warszawie jako podchorąży Centrum Wyszkożenia Sanitarnego. Studiował medycynę i w tym samym czasie realizował program szkoły podchorążych piechoty. Dyplom lekarski uzyskał 25 maja 1939 r., awansując równocześnie do stopnia podporucznika. Stażu podyplomowego nie zdążył ukończyć, bowiem 28 sierpnia otrzymał przydział do 28. Dywizji Piechoty, jako dowódca plutonu sanitarnego. Jego dywizja działała w ramach Armii Łódź. Wojna zastała go pod Ostrzeszowem. Przebył całą kampanię wrześniową na szlaku od Ostrzeszowa, poprzez Sieradz, do Warszawy. Pod koniec września dołączył do grupy kawalerii płk. Jastrzębskiego, która próbowała przebić się do Rumunii lub na Węgry. Próba jednak się nie powiodła. Dostał się do niewoli niemieckiej, z której udało się mu zbiec podczas transportu w okolicach Krakowa. Powrócił do Warszawy. Dokończył staż podyplomowy w szpitalu Przemienienia Pańskiego na Pradze, a potem rozpoczął pracę jako asystent na oddziale chorób wewnętrznych prowadzonym przez dr. Tadeusza Bartosza. Pracował tam do chwili wybuchu Powstania Warszawskiego. W grudniu 1939 r. ożenił się z Izabelą Jarzębowicz. Owocem tego związku były dzieci: Lech oraz Bogna i Kalina. W grudniu 1939 r. włączył się w nurt konspiracji niepodległościowej. Był inicjatorem powstania konspiracyjnego plutonu, który nosił nazwę Plutonu Śmierci. Pluton ten rozrósł się do kompanii, ta z kolei do batalionu o kryptonimie Baszta. Przez długi czas był oficerem liniowym. Z czasem całkowicie zajął się szkoleniem sanitarnym, spawy ogólnowojskowe przekazując oficerom liniowym. W Powstaniu Warszawskim był szefem służby zdrowia, tym razem już w pułku Baszta walczącym na Mokotowie. Był ranny. Pod koniec powstania z rozkazu dowództwa został oddelegowany wraz z grupą parlamentarzysty na rozmowy kapitulacyjne z Niemcami. Aresztowało go gestapo. Poprzez obozy w Sochaczewie i Skierniewicach trafił do obozu koncentracyjnego Bergen Belsen, z którego został zwolniony po interwencji Międzynarodowego Czerwonego Krzyża. Skierowano go do obozu, tym razem już jenieckiego, w dzisiejszym Szczecinku, gdzie został wyzwolony. Nie ewakuowano go, gdyż komendantura obozu pozostawiła go w obozowym szpitaliku, powierzając mu opiekę nad chorymi jeńcami, którzy nie nadawali się do ewakuacji. Następnie udał się do Krakowa, gdzie spotkał się z żoną i synem. Do Warszawy już nie wrócił.

Ostrzeżono go, że jako oficer Armii Krajowej może być aresztowany przez NKWD lub UB. Pojechał do Łodzi, gdzie kolega z roku skomunikował go z naczelnikiem Służby Zdrowia Dyrekcji Okręgowej Kolei Państwowej. Otrzymał posadę lekarza kolejowego w Ostrowie, dokąd przybył 13 marca 1945 r. Rozpoczął pracę jako lekarz Fabryki Wagon, potem piastował funkcję kierownika Zakładowej Przychodni Lekarskiej Zakładów Naprawczych Taboru Kolejowego. W kolejnictwie pracował 30 lat. W 1975 r. przeszedł na kolejową emeryturę. W 1946 r. podjął dodatkową pracę w szpitalu w Ostrowie Wlkp. jako asystent oddziału wewnętrznego i zakaźnego kierowanego przez Stanisława Witkowskiego. Jako doświadczony internista był bardzo pomocny swojemu ordynatorowi, który wtedy był poważnie chory i nie mógł już podołać obowiązkowi. Witkowski wkrótce przeszedł na emeryturę i od





1 stycznia 1951 r. ordynatorem oddziału został Tadeusz Jankowski.

Młody i pełen zapału ordynator, mający długi staż na oddziale warszawskiego szpitala, wniósł dużo nowego, rozszerzył zakres dotychczas wykonywanych badań laboratoryjnych, wykonując badanie rozmazu szpiku kostnego i punktów śledziony. Wiele badań musiał wykonywać sam, niekiedy pomagała mu jedyna wówczas laborantka medyczna Wanda Basińska. Jako badanie standardowe układu krążenia wprowadził badanie elektrokardiograficzne. Przez dłuższy czas, to jest do roku 1957, był również szpitalnym radiologiem. Wykonywał badania kontrastowe przewodu pokarmowego, cholangiografię i urografię. W 1951 r., w pierwszym roku swojej ordynatury, musiał wziąć na siebie główny ciężar zwalczania epidemii, jaka wiosną 1951 r. wybuchła w Ostrowie. Swoje doświadczenie opisał w pracy „Septyczne zakażenie gardła w Ostrowie Wlkp.,” którą opublikował w „Przeglądzie Epidemiologicznym” nr 4 z 1953 r.

Był kierownikiem specjalizacji młodych lekarzy, którzy chętnie garnęli się do niego, chcąc czerpać jak najwięcej z zasobów jego wiedzy. W czasie jego ordynatury 10 asystentów i wolontariuszy zdobyło pierwszy, a czterech drugi stopień specjalizacji z chorób wewnętrznych, troje zostało później ordynatorami oddziałów chorób wewnętrznych.

Dużą stratą dla szpitala była jego rezygnacja w 1962 r. z ordynatury, którą wymusiło zarządzenie dotyczące nowego sposobu zatrudniania w służbie zdrowia. Musiał zrezygnować z pracy w kolejowej służbie zdrowia lub ordynatury, co zrobił z ciężkim sercem. Z pracą szpitalną całkowicie nie zerwał. Zatrudniono go w wymiarze niepełnego etatu jako konsultanta na oddziale intensywnej terapii.

Pracował także społecznie. Od 1946 r. był czynny w Polskim Towarzystwie Lekarskim, początkowo jako sekretarz, później wiceprzewodniczący, w latach 1966–1983 r. jako przewodniczący oddziału, a później Koła Ostrowskiego PTL. Działał również w Związku Zawodowym Kolejarzy. Był rad-

nym miasta Ostrowa. W chwili powstania „Solidarności” był jej aktywnym członkiem. Podczas stanu wojennego kierował podziemnymi strukturami „Solidarności”, organizując zbiórki pieniężne dla rodzin internowanych. Zmiany ustrojowe w 1989 r. spowodowały, że aktywnie włączył się w pracę Komitetu Obywatelskiego, później Unii Demokratycznej, której członkiem pozostał do końca życia. W uznaniu jego działalności lekarskiej, wojskowej i społecznej odznaczony był wielokrotnie: Srebrnym Krzyżem Orderu Virtuti Militari, Złotym Krzyżem Zasługi z Mieczami, Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Warszawskim Krzyżem Powstańcym, Krzyżem Armii Krajowej, medalem Zasłużonemu Polskie Towarzystwo Lekarskie, Odznaką Za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia, Honorową Odznaką Zasługi dla NTK.

Wśród lekarzy ostrowskich minionego pięćdziesięciolecia Tadeusz Jankowski zajmuje miejsce szczególne. Rzadko się zdarza, by w społeczności lekarskiej znalazł się człowiek, którego autorytet moralny i zawodowy był za jego życia tak jednoznaczny i powszechnie uznawany. Życie nie skąpiło mu goryczy. Ciężko przeżył śmierć żony i syna Lecha, lekarza ortopedy. Przez lekarzy ostrowskich, zwłaszcza znacznie od niego młodszych, zwany był „Papą”. Wszystkie jubileusze z nim związane obchodzone były żywo i w sposób osobisty przez młodzież lekarską, co często powodowało zażenowanie jubilata. Były to jednak manifestacje autentycznych uczuć. Zawsze czynny, chętny do służenia swą wiedzą młodszym, znany był także z tego, że nigdy nie odmawiał pomocy w potrzebie. Z reguły u niego właśnie leczyli się lekarze, gdy przeszło im wystąpić w roli pacjentów.

Zmarł nagle 16 listopada 1990 r. i został pochowany obok żony na Nowym Cmentarzu przy ulicy Limanowskiego w Ostrowie. Społeczeństwo Ostrowa umiało docenić jego zasługi. Uchwałą Rady Miasta jedną z ulic nazwano jego imieniem, a 8 grudnia 1996 r. odsłonięto przy tej ulicy tablicę pamiątkową ku jego czci.

# SHORT CUTS

# REAKTYWACJA



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

Zapewne pamiętają Państwo „prawo Kalego”. W czerwcowym numerze biuletynu przybliżyłem zasady jego stosowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Najwyraźniej obecnie mamy nowy rozdział stosowania tej reguły przez fundusz. Jak podała prasa Małopolski Oddział Wojewódzki NFZ złożył do Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów (sic!) zawiadomienie o podejrzeniu stosowania praktyk ograniczających konkurencję w zakresie świadczeń stomatologicznych. Dlaczego MOW NFZ tak uczynił? Otóż nie spodobało mu się to, że 200 członków Związku Lekarzy Dentystów Pracodawców Ochrony Zdrowia postanowiło wspólnie negocjować warunki kontraktu oraz to, że nie zgadzają się na zaproponowaną przez fundusz stawkę, tylko domagają się jej podwyższenia, kosztem liczby świadczeń. W przypadku nieuwzględnienia ich postulatów, członkowie związku mają nie podpisać kontraktów. Według funduszu takie postępowanie uderza w interes pacjentów, gdyż lekarze, co prawda, otrzymaliby więcej pieniędzy, ale fundusz zakontraktowałby mniej świadczeń, czyli ograniczyłby to dostęp pacjentów do stomatologa. A w przypadku fiaska negocjacji, groziłoby to „białymi plamami” w miejscach, gdzie jest wielu członków związku. Pozornie te argumenty wydają się być logiczne, jednakże fundusz najwyraźniej zapomina, że sam jednostronnie narzucając tzw. „cenę oczekiwaną” i traktując ją jako maksymalną oraz eliminując podmioty, które odważyły się zaproponować cenę wyższą od „oczekiwanej”, sam

nadużywa pozycji monopolistycznej. Jednakże, przynajmniej na razie, poza stwierdzeniem tego faktu, ORL w Krakowie nie zdecydowała się na „symetryczne” zgłoszenie tych praktyk MOW NFZ do UOKiK.



W tym roku fundusz jest już tak bezczelny i pewny swojej bezkarności, że dzień po dniu atakuje coraz to nową grupę lekarzy. Dzisiaj „zatakował” pracownię kardiologii inwazyjnej. NFZ nie podoba się, że powstaje coraz więcej tych placówek i to w dodatku często z dala od dużych ośrodków, w których (o zgrozo!) zdarza się po kilka takich pracowni. Dlaczego fundusz tak denerwuje liczbę placówek i brak prawnych podstaw, by ograniczyć ich rozwój? Odpowiedź jest prosta. O ile procedury „planowe”, fundusz może im ograniczyć, podpisując taki, czy inny kontrakt (lub nie podpisując go wcale), to w przypadku „zawału” serca musi zapłacić za każdą procedurę, także placówce bez kontraktu, gdyż są to procedury ratujące życie. A to go boli, zwłaszcza finansowo. Co prawda często próbuje wykazać, że ta czy inna procedura nie musiała być wykonana w trybie pilnym, ale z reguły stoi na przegranej pozycji i jedynie odwleka moment zapłaty. Niestety fundusz – dusigrosz nie zauważa, że dzięki wzrostowi dostępności do procedur kardiologii inwazyjnej, zwiększyła się liczba osób, którym udzielono pomocy w krótszym czasie, tym samym wielu ratując życie lub ograniczając ich ewentualne kalectwo. Interesuje go tylko

to, że musi wydać więcej pieniędzy. To, że z drugiej strony maleje liczba świadczeń rentowych, nie interesuje go, bo to przecież są pieniądze ZUS, a nie funduszu. Dlatego, jako remedium, na wzrastającą liczbę pracowników, rozważa zmniejszenie wyceny tych procedur, tak by przestały się opłacać. Ze swej strony proponuję, by w przypadku spełnienia „gróźb” funduszu, świadczeniodawcy, pacjenci składali zawiadomienie do prokuratury na prezesa funduszu, bądź dyrektora oddziału wojewódzkiego, o możliwości popełnienia przestępstwa narażenia obywateli na utratę zdrowia i życia.



Dwa poprzednie ścinki łączy, tak naprawdę, wspólny mianownik. Tym mianownikiem jest zupełny brak dbałości przez fundusz o jakość świadczeń. O przepraszam! Pozornie fundusz szermuje troską o jakość świadczeń, wymyślając coraz to nowe wymogi formalne, które musi spełnić świadczeniodawca, by podpisać kontrakt na świadczenie usług. Jednakże fundusz nie przyjmuje do wiadomości faktu, że jakość musi kosztować i poniżej pewnej ceny zaczyna się bylejałość. Na jakość bowiem oprócz odpowiednio wyposażonych lokali, nowoczesnego sprzętu, składają się także odpowiednio wyszkoleni i opłaceni fachowcy. A to, niestety, kosztuje i zazwyczaj więcej niż proponuje fundusz. Oczywiście NFZ w takim postępowaniu utwierdza fakt, że wiele publicznych placówek podpisuje kontrakty niezależnie od ich opłacalności. Dlaczego to czynią? Pytanie w zasadzie naiwne. Odpowiedź, pomimo pozornej różnorodności motywów jest jedna – bo muszą! W przypadku placówek niepublicznych, takiego przymusu w zasadzie nie ma i te próbują wynegocjować większe stawki, zabezpieczające jakość świadczonych usług. A ponieważ w pojedynkę są wobec molocha monopolisty praktycznie bez szans, to zrzeszają się i próbują negocjować wspólnie. Tego fundusz, pomimo całej swojej arogancji, nie może lekceważyć i stąd jego działania „odwetowe”. W przypadku małopolskich stomatologów – zgłoszenie do



UOKiK, w przypadku lekarzy zrzeszonych w Porozumieniu Zielonogórskim – akcja medialna postępująca lekarzy POZ. Nieco trudniej jest z pracownikami kardiologii inwazyjnej, gdyż duża ich część to placówki publiczne i ewentualne niepodpisanie kontraktu grozi, przynajmniej „serią bolesnych wyja-

śnień”, czy to wobec władz, czy to wobec tzw. opinii publicznej reprezentowanej przez dziennikarzy. Dlatego fundusz próbuje innej drogi, czyli zmniejszenia opłacalności procedury, poprzez niższą wycenę, mając nadzieję, że placówki publiczne pokryją deficyt, w taki czy inny sposób. A placów-

ki niepubliczne zrezygnują, gdy cena procedury nie pokryje kosztów. A to, że gorsza jakość świadczeń może się przełożyć na gorszą jakość życia pacjentów, funduszu najwyraźniej nie interesuje, bo liczy się dla niego tylko kasa (jak najmniejsza) i ilość zakontraktowanych usług (jak największa).

## Polemiki

### SIMPLIFIED CUTS

W numerze 11/2010 „Biuletynu Informacyjnego WIL” doktor Krzysztof Ożegowski był łaskaw zamieścić własne zdanie odrębne dotyczące wyglądu dyplomu ukończenia studiów medycznych. Wymaga to pewnych wyjaśnień i komentarza, które pozwalam sobie zamieścić poniżej.

Spieszę wyjaśnić, że w sprawach dyplomu Uniwersytet Medyczny jest zobligowany do respektowania rozporządzenia Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 2009 r. (dostępne pod adresem: [http://www.infor.pl/dziennik-ustaw,rok,2009,nr,11/rozporzadzenie\\_ministra-nauki-i-szkolnictwa-wyzszego-w-sprawie-rodzajow-tytulow.html](http://www.infor.pl/dziennik-ustaw,rok,2009,nr,11/rozporzadzenie_ministra-nauki-i-szkolnictwa-wyzszego-w-sprawie-rodzajow-tytulow.html)). Reguluje ono wszystkie kwestie dotyczące nazwy studiów, koloru i wyglądu dyplomu (np. okładka wykonana z tektury o gramaturze 630 g/m<sup>2</sup>, oprawiona w skórę naturalną, wtórna, mieloną ekologicznie, w kolorze brązowym odpowiadającym nr pantone 4695 C).

Wydaje mi się, że osoba tak doświadczona jak doktor doskonale zdaje sobie sprawę z konsekwencji, jakie poniósłby absolwent – bo nie uczelnia przecież, gdyby zostały wydane dyplomy niezgodne z rozporządzeniem MNiSW.

Z pańskiej wypowiedzi odczytuję, że ma Pan świadomość, jakie jest prawo i osobiście dziwię się próbie przerzucania na UM winy za stan prawny, skoro doskonale zdaje sobie Pan sprawę, że akurat w tym wypadku władzom wszystkich uczelni medycznych na pewno zależałoby na odrębności.

Potrafię zrozumieć sentyment do niebieskiego dyplomu (także taki posiadam), choć mam nadzieję, że nie jest to sentyment do tamtych czasów, a raczej do naszej młodości, kiedy wszystko pomimo przygnębiającego otoczenia wydawało nam się piękne. Kiedy jednakże wglębiam się w treść tamtego dyplomu, szybko budzę się z tego fałszywego oglądu przeszłej rzeczywistości. Spoglądając na widniejący tam napis „Polska Rzeczpospolita Ludowa”, zazdroszczę naszym młodszym kolegom, że w ich dyplomie dumnie widnieje Rzeczpospolita Polska w miejscu PRL i tego, że są absolwentami Uniwersytetu Medycznego z patronem, z którego postawy winniśmy wszyscy czerpać.

Serdecznie pozdrawiam

MAREK RUCHAŁA  
RZECZNIK PRASOWY  
UNIwersytet MEDYCZNY  
IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU

### Ad vocem

### SIMPLIFIED CUTS, a może o, sancta simplicitas?

Dziękując za wyjaśnienia i komentarz ze strony rzeczownika prasowego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, muszę stwierdzić, że w zasadzie nie jestem zdziwiony takim tłumaczeniem: obowiązującego prawa trzeba przestrzegać. Ale...

Moje uwagi nie dotyczyły tak naprawdę chwili obecnej, lecz przeszłości i to niedalekiej. Bowiem nie namawiam do nierespektowania obowiązującego prawa, tylko wyrażam żal, że w chwili uchwalania przywołanego rozporządzenia władze uczelni medycznych (nie tylko poznańskiej) nie wywarły na ministra nauki i szkolnictwa wyższego skutecznego nacisku, by zawrzcę w nim zapis, że w przypadku ukończenia wydziału lekarskiego czy lekarsko-dentystycznego absolwenci otrzymują dyplom lekarza lub lekarza dentysty, który jest równoznaczny z dyplomem ukończenia „jednolitych studiów magisterskich”.

Skoro w dalszej części rozporządzenia zapisano, że osoba kończąca kierunek lekarski nosi tytuł zawodowy – lekarz, a kierunek lekarsko-dentystyczny – lekarz dentysta, a nie np. magister medycyny lub magister dentystyki, to nie widzę powodu, by proponowane przeze mnie rozwiązanie nie było możliwe. No, ale „mleko już się rozlało”, co nie oznacza, że nie można by rozważyć powrotu do „dawnych dyplomów” (oczywiście już z nowym godłem i nazwą naszego kraju). Bowiem chcieć, to móc. Nawet jeśli chodzi o tak oporną materię, jak przekonania ministra (tego czy owego). Ale być może jest to z mojej strony wspomniana na wstępie *sancta simplicitas*. Pytaniem otwartym pozostaje: Czy jest natomiast stos?\*

*\*Dla osób niechętnych szperać po słownikach i almanachach wyjaśnienie: Okrzyk „o, sancta simplicitas” jest przypisywany Janowi Husowi – miał go wypowiedzieć na widok kobiety pobożnie pomagającej dokładać drewno do stosu, na którym za chwilę miał spłonąć.*

KRZYSZTOF OŻEGOWSKI

# A jednak wojna?! – znowu!

## Czyli o stosunkach na linii NFZ – POZ



**Krzysztof Ożegowski**

W dzisiejszym „bykobranii” skorzystam z „uprzejmości” centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, a konkretnie jego Biura Komunikacji Społecznej i wykorzystam materiały przygotowane tamże. Otóż 8 grudnia, ta nieoceniona instytucja, zapewne zupełnie „przypadkowo” opublikowała komunikat prasowy zawierający oraz komentujący wyniki kontroli porad udzielanych w związku z leczeniem cukrzycy lub chorób układu krążenia w POZ. Nie muszę chyba zaznaczać, że nie był to pochlebny dla lekarzy POZ materiał. I nie muszę chyba także dodawać, że jak ma to NFZ w zwyczaju, komunikat ten jest zwykłą manipulacją, w myśl zasady *pars pro toto* lub bardziej ostatnio modnego terminu „synekdocha” (a to za sprawą filmu Charlie Kaufmana „Synekdocha, Nowy Jork”). Tym, który tego komunikatu nie znają lub nie spotkali się z jego omówieniem w prasie, przybliżę, o co chodzi. Otóż NFZ poinformował, że w I półroczu 2010 r. w podstawowej opiece zdrowotnej udzielono 18 311 882 porad związanych z leczeniem cukrzycy lub chorób układu krążenia, finansowanych stawką kapitałową korygowaną współczynnikiem 3,0. Fundusz przeprowadził kon-

trolę tych świadczeń, w sumie 7289 porad udzielonych w I kwartale br. przez 78 świadczeniodawców z terenu całej Polski. Z tego zakwestionowano zasadność 3754 porad. Wartość zakwe-

**Ciekawe co się stało,  
że w ciągu kilku miesięcy  
fundusz diametralnie  
zmienił zdanie**

stionowanych świadczeń wyniosła 34 376,60 zł, a wartość nałożonych kar – 94 946,80 zł (sic!). Łączne skutki finansowe kontroli wyniosły 129 323,40 zł. I tak na podstawie skontrolowania niecałych 0,4 promille udzielonych porad i zakwestionowania 3754 z nich fundusz wyciągnął uogólniające wnioski, że obecny sposób sprawozdawania tych porad niesie możliwości nadużyć (w domyśle – oczywiście – przez ogół lekarzy POZ). Ciekawe, co się stało, że w ciągu kilku miesięcy fundusz diametralnie zmienił zdanie o tych poradach, skoro jeszcze niedawno nie miał do nich zastrzeżeń.

Z kolei 10 grudnia, także zapewne „przypadkowo”, pojawił się komunikat prasowy tej samej instytucji, prezentujący dane dotyczące finansowania w latach 2005–2011 podstawowej opieki zdrowotnej – lekarzy, pielęgniarek i położnych – ze szczególnym zwróceniem uwagi na finansowanie lekarzy (komunikat publikujemy obok).

Jak widzą Państwo w materiale tym także jest mała manipulacja. Otóż w przypadku lekarzy podano „średnią roczną stawkę rzeczywistą”, a w przypadku pielęgniarek nie uczyniono tego, chociaż one także mają różne współczynniki korygujące. Ale to już zupełnie inny problem i wynika z panującej w funduszu zasady *divide et impera*. Tu lekarzy i pielęgniarki.

Ktoś zupełnie niekorzystający z mediów zada zapewne pytanie: Dlaczego pojawiły się te komunikaty funduszu? Odpowiedź jest banalna. Na 9 grudnia była wyznaczona kolejna tura rozmów pomiędzy Porozumieniem Zielonogórskim zrzeszającym 14 tys. lekarzy z 15 województw a Narodowym Funduszem Zdrowia. Tak więc tekst z 8 grudnia był takim „artyleryjskim przygotowaniem” funduszu, który dobrze wiedział, że rozmowy zakończą się fiaskiem, skoro nie zamierzał ustępować ani o jotę. A tekst z 10 grudnia był już tylko konsekwencją zerwania rozmów w wyniku aroganckiej deklaracji prezesa Paszkiewicza, że nie ma środków na podwyżkę o wnioskowane 0,72 zł. Dane podane przez fundusz mają udowodnić, że żądania lekarzy POZ są bezzasadne, gdyż faktycznie dostają więcej pieniędzy niż to oficjalnie mówią. I tu znowu jest manipulacja, ponieważ w swej „dokładnej” analizie przychodów lekarzy POZ, NFZ nawet się nie zająknął, że każdy z tych lekarzy zatrudnia przynajmniej jedną pielęgniarkę, o reszcie personelu i wydatków nie wspominając. A osoby, za które fundusz „łaskawie” więcej płaci, zazwyczaj także więcej kosztują lekarza. No ale to już nie jest medialne.



Narodowy Fundusz Zdrowia Centrala – Biuro Komunikacji Społecznej

**Podstawowa Opieka Zdrowotna (POZ)**

**Wydatki na POZ w I półroczu 2010 r.**

Populacja POZ	36 969 372 osób
Wydatki POZ - lekarze ogółem	2 457 866 066 zł
Populacja (współczynnik 3,0)	4 731 766 osób (12,8%)
Liczba udzielonych porad (współczynnik 3,0)	18 311 882
Wydatki w związku z leczeniem ChUK i cukrzycy	365 425 919,20 zł

**Finansowanie lekarza POZ (stawka kapitacyjna x 2750 pacjentów)**

Podstawowa stawka miesięczna / roczna	22 000 zł / 264 000 zł
Średnia rzeczywista stawka <sup>1</sup> miesięczna / roczna	=30 500 zł / =366 000 zł

**Współczynniki korygujące podstawową stawkę kapitacyjną lekarza POZ**

Stawka kapitacyjna korygowana jest odpowiednim współczynnikiem w zależności od:

- grupy wiekowej, w której znajduje się osoba zapisana do lekarza POZ,
- charakteru miejsca pobytu,
- leczenia określonych chorób przewlekłych.

Współczynniki korygujące wynoszą:

x 3,0 – dla osoby, której udzielono porady w związku z leczeniem cukrzycy lub choroby układu krążenia.

Dla pozostałych osób:

- x 2,5 – dla podopiecznego DPS lub placówki socjalizacyjnej, interwencyjnej lub resocjalizacyjnej,
- x 1,8 – dla osoby powyżej 65 roku życia,
- x 1,6 – dla dziecka do 6 roku życia,
- x 1,2 – dla osoby od 7 do 19 roku życia,
- x 1,0 – dla osoby od 20 do 65 roku życia.

Tabela 1. Nakłady na POZ w latach 2005-2011

Rok	Nakłady na POZ - łącznie			Nakłady na POZ - lekarze		
	Nakłady (tys. zł)	Dynamika rok do roku (%)	Dynamika rok/2005 r. (%)	Nakłady (tys. zł)	Dynamika rok do roku (%)	Dynamika rok/2005 r. (%)
2005	3 619 326	100	100	2 470 527	100	100
2006	3 988 042	110,19	110,19	2 689 110	108,85	108,85
2007	4 674 630	127,22	129,16	3 131 487	126,75	126,75
2008	5 833 900	161,19	161,19	3 809 276	154,19	154,19
2009	7 385 970	204,07	204,07	4 927 618	199,46	199,46
2010	7 278 698	98,55	201,11	2 457 865 <sup>2</sup>	-	-
2011	7 358 761	101,10	203,32	-	-	-

Tabela 2. Zmiana średniej rocznej stawki rzeczywistej oraz rocznej podstawowej stawki kapitacyjnej w latach 2005-2011

Rok	Średnia roczna podstawowa stawka kapitacyjna (zł)				Średnia roczna stawka rzeczywista (zł)	
	Lekarz POZ	Pielęgniarka POZ	Położna POZ	Pielęgniarka szkolna	Lekarz POZ	Lekarz POZ
2005	60,04	13,75	6,19	26,08	67,50	67,50
2006	68,10	16,03	7,90	29,43	73,51	73,51
2007	76,62	18,04	9,03	32,61	85,35	85,35
2008	96,00	24,24	12,60	38,40	105,21	105,21
2009	96,00	24,24	13,56	38,40	133,47	133,47
2010	96,00	24,24	13,56	38,40	132,97 <sup>2</sup>	132,97
2011	96,00	26,64	13,56	42,00	-	-

Tabela 3. Dynamika wzrostu wartości średniej podstawowej stawki kapitacyjnej w latach 2005-2011

	Dynamika wzrostu (%) 2005 r. = 100%
Lekarz POZ (stawka podstawowa)	159,9
Lekarz POZ (stawka rzeczywista)	197,0 <sup>1</sup>
Pielęgniarka POZ	193,8
Położna POZ	219,0
Pielęgniarka szkolna	161,0

<sup>1</sup> stawka kapitacyjna odzwierciedlająca rzeczywiste finansowanie deklaracji wyboru lekarza POZ (z uwzględnieniem współczynników korygujących)

<sup>2</sup> dane za I półrocze w latach 2005-2010

## Nieporozumienie...

Przy okazji konkursu na świadczenia stomatologiczne na lata 2011–2013 zdarzyły się nieprzyjemne nieporozumienia. Pod koniec listopada w mediach pojawiły się wypowiedzi rzecznika prasowego WOW NFZ, z których można było wywnioskować, że lekarze dentyści „popętnili błąd” lub nawet „okłamali” NFZ, ponieważ w miejsce specjalizacji ze stomatologią zachowawczą z endodoncją podawali jako równoważną specjalizację ze stomatologią zachowawczą II stopnia, a do tego nie mieli prawa.

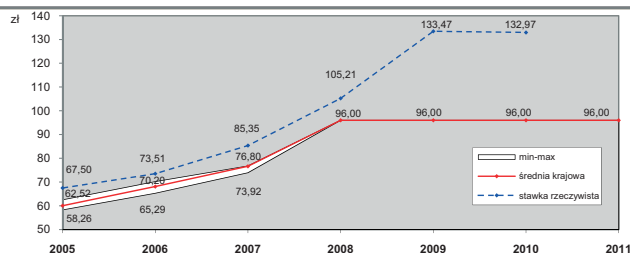
Otóż takie prawo mieli, bo te dwie specjalizacje są równoważne, tyle że pod różnymi tytułami. Wobec takiego stanu rzeczy protest do WOW wystosowała przewodnicząca Komisji Stomatologicznej, dr Anna Kurhańska-Flisykowska. Podkreśliła szczególnie nieuprawnione i obraźliwe sformułowania wobec lekarzy, które bez względu na okoliczności nigdy nie powinny paść. Informację o braku różnic między tymi dwiema specjalnościami wysłała także konsultant wojewódzki, dr hab. n. med. Anna Surdacka.

W odpowiedzi rzecznik WOW NFZ, Marta Banaszak, stwierdziła, że nastąpiło nieporozumienie, do którego przyczyniła się audycja w radiu RMF FM

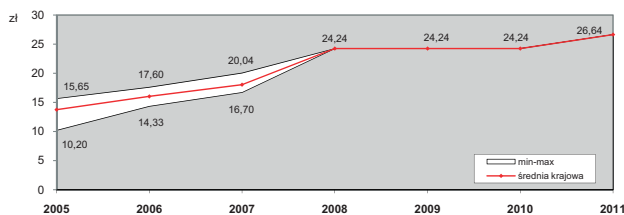
„Wielkopolska: Dentyści okłamali NFZ”. WOW traktuje tak samo lekarzy posiadających specjalizację II stopnia w zakresie stomatologii zachowawczej (stary tryb) i lekarzy posiadających specjalizację w dziedzinie stomatologii zachowawczej z endodoncją (nowy tryb). Żadna oferta, „w której do realizacji świadczeń zgłoszono lekarzy specjalistów posiadających II stopień w dziedzinie stomatologii zachowawczej ukończonej w starym trybie, nie została odrzucona z powodu braku w swej nazwie słowa – endodoncja”.

Pani rzecznik stwierdziła jednocześnie, że nie ma wpływu na kontekst, w jakim jej wypowiedź została wykorzystana przez dziennikarzy. Dołoży wszelkich starań, aby w przyszłości uniknąć podobnych nieporozumień. AB

Narodowy Fundusz Zdrowia Centrala – Biuro Komunikacji Społecznej



Wykres 1. Lekarz POZ - podstawowa oraz rzeczywista stawka kapitacyjna - średnia oraz wartości skrajne w kolejnych latach



Wykres 2. Pielęgniarka POZ - podstawowa stawka kapitacyjna - średnia oraz wartości skrajne w kolejnych latach

## Dawka mediów

Dziesiątki, setki, tysiące informacji. Docierają do nas różnymi drogami. Coraz szybciej, przez całą dobę. Informacje zwyczajne, ważne, z ostatniej chwili. Fascynujące, nieprawdopodobne, sensacyjne. Głównym składnikiem dawki mediów są fragmenty informacji rzeczowych.

### Droga przez mękę

Poznański profesor dramatycznie szuka pieniędzy na badania nad przełomowym lekiem na raka skóry. Bez funduszy bezpowrotnie stracimy jedyną dzisiaj szczepionkę, która ratuje życie chorującym na czerniaka. Gorycz, złość i bezsilność od 13 lat towarzyszą prof. Andrzejowi Mackiewiczowi, kierownikowi Kliniki Immunologii Nowotworów UM w Poznaniu, który walczy o ten lek: – *To jest droga przez mękę, którą ja muszę nieustannie pokonywać tylko dlatego, że pracuję w Polsce, bo gdybym mieszkał na Zachodzie, szczepionka byłaby już stosowana* – mówi poznański badacz.

Nie rozumie, że tak trudno znaleźć uznanie dla leku, który w naszym kraju może ocalić tysiące ludzkich istnień. Onkolog jest może owładnięty *idee fixe*? Walczy o coś, w co trudno uwierzyć? Przeciwnie. Bronią go chorzy, którzy żyją tylko dzięki tej szczepionce, jak Lidia Grabowska spod Gdańska. – *Kiedy zgłosiłam się do Poznania po szczepionkę, był rok 1998, a ja miałam już przerzuty, nikt mi wtedy nie dawał szans* – przekonuje dzisiaj kobieta.

Ona oraz 150 Polek i Polaków z całego kraju regularnie meldują się w poznańskim ośrodku po życie. Tak traktują swoje wizyty. Najstarsza osoba w tej grupie ma 72 lata, a naj-

młodsza 23. Nie wyobrażają sobie, aby któregoś dnia leku mogło dla nich zabraknąć.

Profesor Mackiewicz rozkłada ręce. Od sześciu lat nie włączył do badań ani jednej osoby. Mimo prób i nalegań. Telefonują chorzy ze wszystkich zakątków kraju. Wie, że nie powinien odmawiać, ale na obecnym etapie nie ma możliwości pomocy. Poznańskiemu zespołowi grozi dzisiaj przerwanie badań. Dla półtorej setki osób już włączonych do eksperymentu byłoby to równoznaczne z wyrokiem.

Bywało źle, ale nigdy tak beznadziejnie jak teraz. Przez 5 ostatnich lat badania wspierała finansowo firma biofarmaceutyczna z Wielkiej Brytanii. Kryzys i bankructwo sponsora przerwały dopływ pieniędzy. Wszystko więc stanęło w miejscu, chociaż poznański profesor nie ustaje w pukaniu do kolejnych drzwi. Badania zostały rozpoczęte na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu, który nadal je sponsoruje, ale tylko w pewnym, określonym zakresie.

Aby dzisiaj zrobić kolejny krok zbliżający do celu, jakim jest rejestracja leku i wprowadzenie go do powszechnego leczenia, potrzeba około 15–20 mln zł. Te pieniądze są niezbędne na kontynuowanie badań i opłacenie niezależnej instytucji, która oceni szczepionkę. Dopiero obiektywny dokument potwierdzający osiągnięcia lekarzy zostanie skierowany do przemysłu farmaceutycznego. Konieczne jest pozyskanie inwestora branżowego, który musi wyłożyć 100–200 mln euro. Te pieniądze są tak niebotyczne, że nikt nawet nie przymierza się do szukania ich na polskim rynku. A tyle obecnie kosztuje wdrożenie nowego leku. Ale czy kilkunastu milionów złotych nikt, żadna polska instytucja, żaden przedsiębiorca nie wyłoży?

DANUTA PAWLICKA  
POLSKA. GŁOS WIELKOPOLSKI

## Z redakcyjnej poczty

Chciałbym odnieść się do artykułu dr Krzysztofa Ożegowskiego pt. „Byka za rogi” (Biuletyn nr 12/2010). Ścisłej pisząc, trudno się nie zgodzić z autorem, że marnuje się potencjał, wiedzę i wykształcenie szerokiego grona lekarzy, jakim są specjaliści medycyny wewnętrznej i pediatrii. Z jednej strony ta grupa lekarzy jest marginalizowana poprzez systemowe rozwiązania narzucane przez NFZ (np. ograniczanie roli i kontraktowania usług „ogólnointernistycznych” w systemie), a z drugiej strony społecznie odbierana jest jako „niepełni” specjaliści. To wszystko prawda i wymaga zdecydowanego napiętnowania, niemniej jednak wymaga przede wszystkim spojrzenia na miejsce lekarzy specjalistów chorób wewnętrznych i pediatrii w polskim systemie opieki zdrowotnej.

Tu właśnie chciałbym się odnieść do tez autora artykułu, które w skrócie przytoczę: „...postulowałbym powrót do wdrażanego kiedyś tandemu internista – pediatra jako podstawy POZ, a nie utopijnego i nieprzystającego do oczekiwań i wymagań pacjenta w XXI wieku modelu lekarza rodzinnego znajdującego się na wszystkim...”

Osobiście jestem wciąż młodym lekarzem (czytaj: „chce mi się”) i zajmuję się nieco inną specjalizacją (ortopedia), jednak to do mnie właśnie trafiają pacjenci leczeni wstępnie w tzw. POZ. Zbieranie wywiadu z pacjentem skierowanym do poradni ortopedycznej (i nie tylko!) przez lekarza POZ ujawnia zadziwiająco często powtarzający się model opieki. Jeżeli lekarz ten ma specjalizację z chorób wewnętrznych, to na tej dziedzinie jego tzw. podstawowa opieka zdrowotna się najczęściej kończy. Nie neguję jakości wykształcenia internistycznego, zresztą nie znam się na tym, ale fakt, że poza chorobami wewnętrznymi inne, jakże ważne dziedziny pracy w POZ są poza zasięgiem specjalisty chorób wewnętrznych (i nie mówię, że nie można się tego nauczyć, ale że szkolenie w zakresie chorób wewnętrznych tego po prostu nie obejmuje). Przykładowo: zagadnienia profilaktyki zdrowotnej, laryngologii, ortopedii, pediatrii, chirurgii, dermatologii, onkologii, itd. Internista jest po prostu internistą (i niech nim pozostanie!). Zgadzam się z autorem, że „nie można się znać na wszystkim bardzo dobrze”, ale specjalista medycyny rodzin-



## Andrzej Piechocki

### Jak mam wytłumaczyć?

Pacjenci z poznańskiej kliniki psychiatrii bojkotują ustawę antynikotynową. Pozwala im na to szef szpitala. – *Zakaz palenia jest niehumanitarny* – dowodzą lekarze.

Ustawa o zakazie palenia, która weszła w życie w listopadzie, wprowadziła całkowity zakaz palenia w szpitalach i przychodniach. Chorym i personelowi nie wolno też palić na ławce czy trawniku przy budynku. Za puszczanie dymka na terenie należącym do szpitala grozi 500 zł kary.

Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego, ul. Szpitalna w Poznaniu. Oddział męski zamknięty, przy drzwiach tabliczka: „Bezwzględny zakaz palenia na terenie całej kliniki!”. Doktor Jan Jaracz, ordynator oddziału, prowadzi mnie do małego pokoiku, w którym znajduje się wentylator, trzy krzesła i metalowy stół. – *A oto nasza szpitalna palarnia* – pokazuje pokój tonący w sianej mgłę. Na drzwiach lista z nazwiskami palaczy. No to policzmy: na oddziale jest 18 pacjentów. Pali – 10.

Pali się też – i to jak! – na oddziale kobiecym. – *Dwie trzecie pacjentek to nałogowe palaczki, na nic pogadanki, że papierosy szkodzą zdrowiu* – przyznaje ordynator Andrzej Kobus (sam jest wolny od nałogu).

Zgodę na palenie w szpitalu dał pacjentom prof. Janusz Rybakowski, szef poznańskiej kliniki psychiatrii. Profesor tłumaczy „Gazecie”: – *To nierealny przepis, nie do wykonania. Jak mam wytłumaczyć pacjentowi z depresją czy schizofrenią, który od lat jest nałogowym palaczem i wypala paczkę dziennie, że od dziś ma rzucić palenie? On tego zakazu nie zrozumie. Zdrowy psychicznie człowiek ma z tym problem. Palenie papierosów to nałóg, choroba. Jeśli z dnia na dzień każę pacjentowi zerwać z paleniem, jego stan się pogorszy: będzie odczuwał większy niepokój, lęk, agresję,*

*frustrację. Zacznie ukrywać się z papierosem, palić w pokojach, pod kocem. Już to przerabialiśmy.*

Miesiąc temu poseł Marek Balicki (SLD) alarmował, że zakaz palenia nie powinien obowiązywać w szpitalach psychiatrycznych. O zmianę przepisów chce wystąpić też Polskie Towarzystwo Psychiatryczne.

SYLWIA SAŁWACKA  
„GAZETA WYBORCZA”

### Samoleczenie

Ponad 70 proc. ankietowanych Polaków niektóre dolegliwości leczy samodzielnie, bez konsultacji z lekarzem. Niemal połowa badanych sięga po leki przeciwbólowe. Ipsos podkreśla w raporcie „Polski konsument OTC”, że wybierając samodzielne leczenie, respondenci polegają przede wszystkim na własnym doświadczeniu i poradach rodziny oraz znajomych, rzadziej farmaceuty. Tylko jedna trzecia badanych deklaruje, że stosuje się do zaleceń lekarza.

Ankietowani najczęściej zażywają leki uśmierzające ból głowy – robią to szczególnie kobiety oraz osoby pomiędzy 30. a 59. rokiem życia. Według raportu, 43 proc. Polaków zażywało w ciągu ostatnich 12 miesięcy witaminy i minerały. Leki przeciwprzeziębieniowe przyjmuje jedna czwarta badanych, a po preparaty na bóle kręgosłupa sięga co najmniej raz do roku co szósty respondent. Ziołolecznictwo obecnie stosowane jest najczęściej w leczeniu dolegliwości gastrycznych (24 proc. osób cierpiących na zaparcia lub wzdęcia stosuje zioła w celach leczniczych), chorobach żył i układu krążenia (25 proc. osób skarżących się na opuchnięte nogi i żyłaki, 16 proc. osób cierpiących na słabe krążenie) czy bóle mięśni i stawów (20 proc.).

WWW.WPROST.PL, PAP, ARB

nej nie ma się znać na wszystkim bardzo dobrze, tylko ma mieć na tyle wystarczającą wiedzę o wszystkim, by nie leczyć 3 miesiące chrypki antybiotykiem albo być świadomym przyczyn bólów krzyża w populacji powyżej 60. roku życia, umieć zdjąć szwy i „spojrzeć” lekarskim okiem na zmiany skórne. Przykłady można by mnożyć... dobrą ilustracją do nich jest skierowanie do poradni specjalistycznej, a szczególnie rozpoznanie wstępne stawiane przez internistów w obszarze niebędącym medycyną wewnętrzną, często bardzo ogólne: np. „Ból nogi” (!), który często ma swoje źródło wychodzące daleko poza narząd ruchu. Jakość tego rozpoznania wynika moim zdaniem z braku umiejętności badania i wiedzy w zakresie niebędącym interną. Widać tu także brak podstawowej wiedzy z zakresu medycyny rodzinnej, tj. zrozumienia roli i znaczenia lekarza rodzinnego w systemie. Czy zatem specjaliści medycyny rodzinnej wolni są od popełniania podobnych błędów? Na pewno nie, każdy z nas je popełnia. Z tą jednak różnicą, że to błąd innego rodzaju, jest to błąd zaniechania, problemów z systemem kształcenia podyplomowego itd., a więc błąd,

który można poprawić w trakcie np. szkolenia specjalizacyjnego. Natomiast w przypadku internisty prowadzącego pacjenta w POZ jest to błąd wynikający z natury jego specjalizacji, w moim odczuciu nie do usunięcia. Poradnie medycyny rodzinnej zostawmy lekarzom rodzinnym i nie róbmy z nich gabinetów, które pod szyldem POZ zajmują się TYLKO medycyną wewnętrzną. Będzie to z korzyścią dla pacjenta, a jeśli nie jesteśmy zadowoleni z jakości opieki w POZ, to zastanówmy się, co zrobić, żeby lekarze w trakcie specjalizacji odbywali (a nie udawali że odbywają) w sposób właściwy staże kierunkowe. Podobnie zastanówmy się, co zrobić, żeby nasi kierownicy i opiekunowie specjalizacji prowadzili tę specjalizację (a nie udawali, że prowadzą). Wtedy każdy znajdzie swoje miejsce i zrozumie, że medycyna po to ma pewne działy, żeby lepiej przygotować lekarza do opieki nad konkretnym pacjentem. W poradni medycyny rodzinnej niech będą specjaliści medycyny rodzinnej, a w poradni chorób wewnętrznych specjaliści chorób wewnętrznych.

MAREK KOLAŚNIEWSKI

## Wspomnienie

### Lekarz alpinista

Jan Stryczyński, wybitny alpinista i lekarz radiolog, zmarł po długiej chorobie w nocy z 4 na 5 czerwca 2010 r. Miał 79 lat.



Urodził się 12 kwietnia 1931 r. w Poznaniu. Ukochał jednak góry. Były jego wielką pasją. Realizował ją poprzez wspinaczki na szczyty niemal wszystkich kontynentów. Zaczął chodzić po górach od 1953 r. Uczestniczył w wyprawach w Tatry, na Kaukaz, w Alpy, w góry Hindukuszu, Atlasu i w Himalaje. Tam brał udział w narodowej wyprawie na jeden z najwyższych szczytów świata – Lhotse. Wspiął się zarówno latem, jak i w sezonie zimowym. Największe osiągnięcia miał zimą. Był specjalistą od tej pory roku. Wyliczenie wszystkich wypraw, w których uczestniczył jako członek, a także jako kierownik, i pierwszych w świecie przejść, jakie zrealizował, w „Leksykonie polskiego himalaizmu” zajmuje prawie całą stronę.

Pod koniec życia bardzo chorował. Stracił wzrok. Najbliżsi podkreślali, że przykrości losu znosił z wielką cierpliwością. Tak jak nagle załamania pogody podczas górskich wypraw...

Jak każdy alpinista potrafił opowiadać o górach w zajmujący sposób. Choć Jego opowieści niewiele miały wspólnego ze spontanicznością. Były raczej wyważonymi refleksjami człowieka niezwykle skromnego, niejednokrotnie znajdującego się w ekstremalnych warunkach, które potrafią wytworzyć dystans do codziennych spraw. Mówił na przykład, że trzeba wiedzieć, kiedy należy przestać chodzić po górach, bo góry upomną się o każdego. Kukuczce czy Rutkiewicz zdawało się, że o górach wiedzą wszystko, a jednak zostali przez nie pokonani... Dlatego każdy musi znać graniczną datę, kiedy linę i czekan należy odwieść na stałe. Dla Niego tym momentem były narodziny Łukasza, bo syn musi mieć ojca... Był bardzo rodzinny. Ciepły, niezwykle serdeczny człowiek.

Doktor nauk medycznych ze specjalnością z radiologii. Był wieloletnim kierownikiem Zakładu Radiologii w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Poznaniu. Wybitny fachowiec, co podkreślali wszyscy, którzy spotkali się z Nim zawodowo. Za swoje osiągnięcia zawodowe wielokrotnie został nagrodzony odznaczeniami branżowymi i państwowymi. Otrzymał także medal Za Wybitne Osiągnięcia Sportowe.

Pod koniec życia bardzo chorował. Stracił wzrok. Najbliżsi podkreślali, że przykrości losu znosił z wielką cierpliwością. Tak jak nagle załamania pogody podczas górskich wypraw...

ANDRZEJ BASZKOWSKI

## Możliwości, jakie daje współczesna stomatologia, w drodze do doskonałości

### IX Sympozjum Lekarzy Dentystów

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

odbędzie się w dniach 9–11 września 2011 r.  
w CENTRUM HOTELOWO-KONFERENCYJNYM ALMA 2

80-680 Gdańsk-Sobieszewo, ul. Falowa 4  
tel./faks 58 308 07 94, 323 94 20; e-mail: alma@alma.info.pl

Organizator: DEN-MEDica – Jolanta Średnicka-Piotrowska  
80-336 Gdańsk, ul. Pawła Gdańca 10a/28; tel. 601 66 89 41; e-mail: den-medica@den-medica.com.pl

Decyzją Wojskowej Rady Lekarskiej WIL  
uczestnikom spotkania przyznane zostaną punkty edukacyjne.

**Zapraszamy również do udziału lekarzy dentystów spoza wojskowych izb lekarskich.**



## Spotkajmy się w Filharmonii



**1 stycznia 2011 r. (sobota)**  
godz. 17, Aula Uniwersytecka

### Z MOCARTEM SKOK W NOWY ROK

Grupa MoCarta

**7 stycznia 2011 r. (piątek)**  
godz. 19, Aula Uniwersytecka

### 409. KONCERT POZNAŃSKI

#### OD CZARDASZA DO CZARDASZA

Barbara Gutaj – sopran  
Anna Ziolkowska – skrzypce  
Jakub Drygas – klarnet  
Anna Mróz – dyrygent  
Orkiestra Filharmonii Poznańskiej  
Krzysztof Szaniecki – prowadzenie koncertu

**8 stycznia 2011 r. (sobota)**  
godz. 18, Aula Uniwersytecka

### KONCERT MARSZAŁKOWSKI (zamknięty)

#### OD CZARDASZA DO CZARDASZA

Barbara Gutaj – sopran  
Anna Mróz – dyrygent  
Orkiestra Filharmonii Poznańskiej

**14 stycznia 2011 r. (piątek)**  
godz. 19, Aula Uniwersytecka

### ROMEO I JULIA

Katarzyna Oleś-Błacha – sopran  
Wioletta Hebrowska – mezzosopran  
Gaetano d'Espinosa – dyrygent  
Orkiestra Filharmonii Poznańskiej

**15 stycznia 2011 r. (sobota)**  
godz. 11, Aula Uniwersytecka

### PRO SINFONIKA

#### ROMEO I JULIA

Gaetano d'Espinosa – dyrygent  
Orkiestra Filharmonii Poznańskiej

**15 stycznia 2011 r. (sobota)**  
godz. 15, Aula Uniwersytecka

### PRO SINFONIKA

#### ROMEO I JULIA

Gaetano d'Espinosa – dyrygent  
Orkiestra Filharmonii Poznańskiej

**21 stycznia 2011 r. (piątek)**  
godz. 19, Aula Uniwersytecka

### NEW YORK, NEW YORK!

Da Sol – fortepian  
Jakub Chrenowicz – dyrygent  
Orkiestra Filharmonii Poznańskiej

**28 stycznia 2011 r. (piątek)**  
godz. 19, Aula Uniwersytecka

### NASI GOŚCIE

Edoardo Zosi – skrzypce  
Daniel Raiskin – dyrygent  
Orkiestra Filharmonii Łódzkiej

**28 stycznia 2011 r. (piątek)**  
godz. 19, Filharmonia Łódzka

### WYSTĘP GOŚCINNY

Natalie Clein – wiolonczela  
Marek Pijarowski – dyrygent  
Orkiestra Filharmonii Poznańskiej

## Komisja Kultury zaprasza



Śląska Izba Lekarska w Katowicach ogłasza:

## II OGÓLNOPOLSKI KONKURS FOTOGRAFICZNY LEKARZY

Konkurs przeprowadzony będzie w następujących kategoriach:

I „Oczy widzą, serce czuje”

II „Człowiek w obiektywie”

III „Istota szczegółu”

Każdy lekarz może zgłosić do 3 powiększeń w formacie nie mniejszym niż 15 x 21 i nie większym niż 30 x 40 cm.

Każda praca powinna być opatrzona na odwrocie godłem. Do zdjęć należy dołączyć opatrzoną godłem kopertę zawierającą dane autora zdjęć. Osoby które chcą z powrotem dostać swoje zdjęcia muszą dołączyć zaadresowaną kopertę zwrotną ze znaczkiem.

Prace należy nadsyłać od 1 stycznia 2011 do 30 kwietnia 2011 roku na adres:

Śląska Izba Lekarska, ul. Grażyńskiego 49a, 40-126 Katowice

(z dopiskiem: „II Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny Lekarzy w Katowicach)

Uroczystość wręczenia nagród oraz wystawa prac na terenie ŚIL odbędzie się 3 czerwca 2011 roku (piątek).

## Wiersze



ALOJZY ADAMSKI

## Prośba

Są słowa, co nie tracą na wadze:  
„Chroń mnie, Panie, od przyjaciół –  
Z wrogami sobie poradzę”.

## Ratunku

Zły omen niestety –  
Sypią się Autorytety!

## Czyste ręce

Ma czyste ręce, lecz brudne nogi –  
Gdziekolwiek wkroczy... kala progi.

Sprzedam  
wypożyczenie

biurowe i medyczne  
gabinetu ginekologicznego

605-414-355

Specjalista  
pulmonolog  
pediatra

poszukuje pracy  
513 170 416

WIELKOPOLSKA  
IZBA LEKARSKABIULETYN 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 62

e-mail: [izba@wil.org.pl](mailto:izba@wil.org.pl) [www.wil.org.pl](http://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](mailto: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](mailto:konin@wil.org.pl), [www.wil.konin.pl](http://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](mailto:leszno@wil.org.pl), [www.wil.leszno.pl](http://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](mailto:pila@wil.org.pl), [www.delegaturapilska.poznet.pl](http://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

kolgium 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](mailto:termedia@termedia.pl), <http://www.termedia.pl>  
druk: drukarnia interak



**Lekarz  
ze specjalizacją  
z medycyny rodzinnej**

10 lat w POZ,  
szuka pracy w okolicy Poznania  
tel. 509 974 084 po 16.00

**Lekarza stomatologa  
z doświadczeniem  
w pracy z mikroskopem  
stomatologicznym – zatrudnię**

tel. 61 656 97 97  
tel. kom. 509 579 160  
e-mail: gabinet@stomatologiaoptimo.pl

Zespół Prywatnych  
Gabinetów Lekarskich w Poznaniu  
poszukuje do współpracy  
lekarzy specjalistów  
– **neurologa, kardiologa,  
okuliste, ortopedę, laryngologa  
i endokrynologa.**

Tel.: 505 445 955

**Kancelaria Doradców  
Podatkowych**

Kroll, Koperska i Partnerzy Sp. p.  
ul. Libelta 29/6; 61-707 Poznań  
tel. 61 639 33 91  
www.kkp-doradcy.pl

**Księgowość i podatki  
Doradztwo podatkowe**

**Kasy fiskalne  
Rozliczenia NZOZ**

Przejmujemy pełną odpowiedzialność za  
prowadzenie spraw firmy przed urzędami  
skarbowymi i ZUS.

Mamy wieloletnie doświadczenie  
i grupę zadowolonych klientów.

**PODATKI TO NASZA SPECJALNOŚĆ**

**Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o.o.**

zatrudni

- **LEKARZA specjalistę do pełnienia dyżurów  
w specjalistycznym zespole ratownictwa  
medycznego**
- **LEKARZA specjalistę lub specjalizującego się  
w dziedzinie chorób wewnętrznych na Oddziale  
Wewnętrznym**
- **LEKARZA specjalistę lub specjalizującego się  
w dziedzinie pediatrii, neonatologii na Oddziale  
Dziecięcym z Pod. Noworodkowym**
- **LEKARZA specjalistę lub specjalizującego się  
w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii  
na Oddziale A i IT**

Oferujemy:

- bardzo dobre warunki finansowe
- bardzo dobre warunki socjalne
- fachową i miłą współpracę z personelem Szpitala
- dostęp do Internetu

tel. 65-546-24-13 do 16 (centr.) wew. 322; 65-545-21-62 (sekret.)  
fax: 065-546-70-61; kadry@szpitalrawicz.pl

**Poszukuję  
lekarza  
na zastępstwa**

do pracy w PZOZ.  
tel. 601 74-90-59



**Do wynajęcia lokale  
w największej  
Przychodni Lekarskiej  
w Kościanie  
w atrakcyjnych  
cenach!!!**

Zapraszamy do współpracy lekarzy specjalistów,  
spółki lekarskie lub lekarzy pierwszego kontaktu.  
Możliwość prowadzenia indywidualnej praktyki,  
a także wystąpienia o kontrakt z NFZ.

Tel. kontaktowy 667 67 29 29

Poznańska Spółdzielnia Miesz-  
kaniowa Winogrody  
administracja os. Przyjaźni  
**posiada wolne lokale**  
o powierzchni 27 i 30 m<sup>2</sup>.

**Lokale  
mogą być przeznaczone  
na działalność  
medyczną.**

Lokale są odnowione  
i gotowe do użytkowania.  
Mają sieć telefoniczną,  
internet, wentylację  
i klimatyzację.

Szczegółowe warunki najmu  
można uzgodnić  
tel. 61 63 03 261 lub 609 43 27 13

**GIEŁDA  
OGŁOSZEŃ**

www.wil.org.pl

**Gabinet stomatologiczny  
w Jarocinie  
podejmie współpracę z  
ortodontą**

tel. 694 910 221



ENDODONCJA Z LOTU PTAKA  
dr n.med.B.Cerkaski

**KURS TEORETYCZNY  
Z POKAZEM  
I PRAKTYCZNYMI  
ĆWICZENIAMI  
NA BLOCZKACH**

Luboń k/Poznań  
22 stycznia 2011r.

[www.nextleveleducation.pl](http://www.nextleveleducation.pl)

**ORTODONCIE**

Wynajmę gabinet w Plewiskach

dobra lokalizacja  
nowocześnie wyposażony  
608 312 810

**DO WYNAJĘCIA  
Powierzchnia dla  
lekarzy specjali-  
stów przy dużym  
ośrodku zdrowia  
ZOZ w Swarzędzu  
tel. 602 285 652**

**NZOZ  
(okolice Poznania)  
zatrudni**

**stomatologa  
na 1/2 kontraktu  
z NFZ  
i prywatnie**

tel. 603 39 66 98

**STOMATOLOG**

I<sup>o</sup> stom. ogólna,  
kilkuletnie doświadczenie  
poszukuje pracy  
w Poznaniu lub okolicach  
tel. 600 247 236

Poszukuję  
do wydzierżawienia  
pomieszczenia/pomieszczeń  
w Poznaniu  
na gabinet stomatologiczny  
przy istniejącym gabinecie  
lekarskim lub NZOZ-ie  
tel. 608 33 43 24

**Do wynajęcia lokal 70 m<sup>2</sup>  
Centrum w Poznaniu  
– pasaż Piekary-Ogrodowa  
na usługi medyczne  
lub inne propozycje**

tel. 607 641-665

**ZATRUDNIMY**

**STOMATOLOGÓW**

(B. DOBRE WARUNKI)

**NZOZ – STOMATOLOGICZNY**

**DENT**

Poznań

tel. **602 233 222**

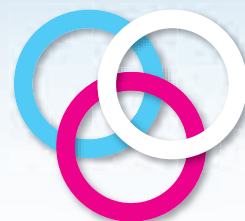
# Zapraszamy na V Jubileuszowy Kongres

Najbardziej aktualne problemy współczesnej medycyny omawiać będą wybitni wykładowcy, autorytety w swoich specjalnościach.

## Wykłady inauguracyjne:

- prof. dr hab. Waldemar Banasiak *Kardiologia XXI wieku*
  - prof. dr hab. Lidia B. Brydak *Grypa – pasja mojego naukowego życia*
  - prof. dr hab. Andrzej Steciwko – *Nasze kongresy Top Medical Trends w latach 2007–2011*
  - prof. dr hab. Jerzy Walecki *Dziś i jutro w badaniach obrazowych*
- oraz  
wykład JM Rektora Akademii Medycznej we Wrocławiu *Wczoraj, dziś, jutro – Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu* (wykład z okazji 60-lecia AM we Wrocławiu)

# TOP MEDICAL TRENDS



## 2011

Poznań, 11–13 marca

Międzynarodowe Targi Poznańskie, paw. 15

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

termedia  
wydawnictwa  
medyczne



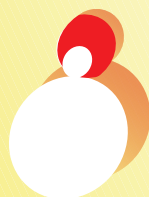
Przewodniczący Komitetu Naukowego  
i Prezes Zarządu Głównego  
Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej  
prof. dr hab. Andrzej Steciwko

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



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

[www.topmedicaltrends.pl](http://www.topmedicaltrends.pl)



## III KONGRES WSPÓŁCZESNEJ ONKOLOGII NOWOTWORY WYZWANIEM XXI WIEKU

POZNAŃ, 14–16 kwietnia 2011 r.

**PRZEWODNICZĄCY KOMITETU NAUKOWEGO**  
prof. Andrzej MACKIEWICZ

**TEMAT WIODĄCY**

**ORGANIZATORZY**  
wydawnictwo *Termedia*,  
wydawca czasopisma *Współczesna Onkologia*,  
Wielkopolskie Centrum Onkologii  
oraz Uniwersytet Medyczny  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

**CELE TERAPII  
NOWOTWORÓW  
(TUMOR TARGETING)**

**W PROGRAMIE M.IN.:**

**BIOLOGIA NOWOTWORÓW** | ostatnie odkrycia związane z molekularnym i genetycznym podłożem nowotworzenia | nowotworowe komórki macierzyste | mechanizmy przerzutowania

**CELE TERAPII** | immunoterapia (*immunotargeting*) | małe cząsteczki (*small molecules*) | chemioterapia | radioterapia  
**TERAPIA SKOJARZONA**

**BADANIA PRZEDKLINICZNE DOTYCZĄCE TERAPII CELOWANYCH**

**BADANIA KLINICZNE** | nowe terapie celowane w badaniach klinicznych oraz wyniki terapii celowanych nowotworów z zastosowaniem leków zarejestrowanych: przeciwciała monoklonalne, drobne cząsteczki, immunoterapia, terapie skojarzone

**POSTĘPY W LECZENIU RAKA PŁUCA, PIERSI I PRZEWODU POKARMOWEGO**

REJESTRACJA ON-LINE NA [WWW.TERMEDIA.PL](http://WWW.TERMEDIA.PL)