



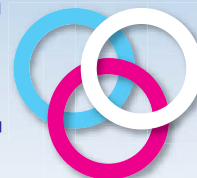
WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA

**Nowy szef
Naczelnej Rady Lekarskiej**

Liderzy opinii partnerami
lekarza praktyka

IV Kongres

TOP
MEDICAL
TRENDS
2010



Poznań, 12–14 marca

Organizatorzy:

Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej,
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej
Akademii Medycznej we Wrocławiu

oraz

wydawnictwo *Termedia*, wydawca *Przewodnika Lekarza*

Zapraszamy

na największe wydarzenie branżowe w Polsce
dla lekarzy medycyny rodzinnej, internistów wszystkich specjalności,
pediatrów, lekarzy specjalistów z różnych dziedzin medycznych,
menedżerów, pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych
oraz studentów wydziałów medycznych.

Wykłady inauguracyjne wygłoszą:

prof. dr hab. Andrzej Steciwko
prof. dr hab. Henryk Skarżyński
prof. dr hab. Jerzy Woy-Wojciechowski

Biuro organizacyjne:

Termedia sp. z o.o.
ul. Wenedów 9/1, 61-614 Poznań
tel./faks +48 61 656 22 00
e-mail: szkolenia@termedia.pl
www.termedia.pl



termedia
wydawnictwa
medyczne

Katedra i Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych
Akademii Medycznej we Wrocławiu,
Oddział Dolnośląski
Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego
oraz
wydawnictwo *Termedia*

zapraszają na konferencję

*Ważne wydarzenie
w reumatologii*

Trendy w reumatologii na przełomie 2009/2010

Wrocław, 26–27 marca 2010 r.

Centrum Kongresowe Politechniki Wrocławskiej (ul. Janiszewskiego 8)

Kierownik naukowy:

dr hab. prof. nadzw. Piotr Wiland

Uczestnicy konferencji otrzymują punkty edukacyjne.

Uczestnicy rejestrujący się on-line otrzymują 5% rabatu.

Opłata:

200 zł

250 zł (zawiera opłatę za udział w imprezie towarzyszącej)

* Ceny zawierają podatek VAT

Zarejestrować się można:

– zgłaszając udział na www.termedia.pl,

– wysyłając e-mail na adres: szkolenia@termedia.pl,

– wysyłając faks na nr: +48 61 656 22 00.

Biuro organizacyjne:

Termedia sp. z o.o.
ul. Wenedów 9/1, 61-614 Poznań
tel./faks +48 61 656 22 00
szkolenia@termedia.pl

Szczegółowe informacje:

www.termedia.pl

termedia
wydawnictwa
medyczne

Diagnoza wstępna

Warto czy opłaca się?



Niedawno obchodziliśmy 20-lecie izby lekarskiej. Czas płynie i tamte wydarzenia to już historia. Teraz jesteśmy po X Krajowym Zjeździe Lekarzy. Mamy nowe władze samorządu.

Nowe władze to nowi ludzie, nowe nadzieje, niektórzy mówią: nowe otwarcie. Mają rację, bo są zadania samorządu, które trzeba zdefiniować od początku. W ustawie są tylko wymienione. Zapisano np., że do zadań izby lekarskiej należą działania na rzecz ochrony zawodu lekarza, w tym występowanie w obronie godności zawodu lekarza oraz interesów indywidualnych i zbiorowych członków samorządu lekarzy. Co to znaczy?

Czyż ochroną zawodu lekarza nie byłoby wskazanie, kto odpowiada za obowiązujący system ochrony zdrowia? Albo za politykę zdrowotną? Chcemy to wiedzieć, bo to my stajemy przed pacjentem i tłumaczymy się z powodu kilkumiesięcznej kolejki. Albo z braku limitów.

Co ustawodawca miał na myśli, pisząc o interesach indywidualnych, a co o zbiorowych członków samorządu? Chcielibyśmy także to wiedzieć. Wówczas łatwiej będzie domagać się ich realizacji. Podpowiem samorządowi, że indywidualne i zbiorowe interesy lekarzy to między innymi bezrozumne pomysły sanepidu. Albo rozporządzenia ministerstwa dotyczące wyposażenia gabinetów.

A co to znaczy godność zawodu lekarza? Dziś, kiedy najważniejszy cel dla większości z nas to dobrze zarobić? Jeżeli ustawodawca mówi, że jej obrona to zadanie izby, to samorząd musi wiedzieć, czym tak naprawdę ma się zająć. Nie mam pewności, czy ma na ten temat chociaż mgliste pojęcie. Bo czy powszechna jest świadomość, że istnieje pilna potrzeba przywrócenia dawnych znaczeń takim pojęciom, jak odpowiedzialność zawodowa, lojalność wobec kolegów, a także uświadomienia, że pacjent jest osobą? Czy też może przesadzam i z tą świadomością nie jest tak źle? Izba lekarska powinna mieć tu pewność i odpowiednio reagować.

Ktoś może zapytać, czy to, co tu napisałem, ma w dzisiejszych czasach w ogóle sens. Czy warto albo nawet czy opłaca się zaprzętać sobie głowę podobnymi rozważaniami? Profesor Bartoszewski napisał kiedyś, że na tej subtelnej różnicy znaczeniowej pomiędzy **warto** i **opłaca się** polega przyzwoitość.

Andrzej Baszkowski

Spis treści

Moim zdaniem	4
Prowizorium budżetowe WIL	4
Zasłyszane na zjeździe	4
Pierwsze robocze spotkanie	5
Maciej Hamankiewicz nowym prezesem NRL	6
Kalendarz z namysłem	7
Młodym cały czas nie dość dobrze...	8
Apel do lekarzy rodzinnych	9
Top Medical Trends po raz czwarty	9
Jak daleko można się posunąć, walcząc o pozyskanie pacjenta?	10
Perła Mądrości	11
Liberalnie, czyli sprawnie	12
Wspomnienie o Teresie Świąćkiczej-Konarskiej	15
Ołówek dla Afryki	16
TU INTER Polska SA zapłaci za leczenie związane z przypadkowym zakażeniem wirusem HIV i WZW	17
List otwarty do Kolegów Lekarzy	18
Zbigniew Bartkowiak (1924–2010)	20
Sanitarny jubileusz	22
Dawka mediów	24
Świętej pamięci dr med. Marlena Knapczyk	26
Wspomnienie o Teresie Budner	26
Wiersze	30
Galeria	32

Moim zdaniem



Krzysztof Kordel
prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

Kiedy będą Państwo czytać ten tekst, będzie już wybrany nowy prezes Naczelnej Rady Lekarskiej. Na giełdzie przedwyborczej wymienianych jest kilka nazwisk osób kandydujących na funkcję naszego prezesa. Zdecyduje wola wyborcza wybranych przez grono medyków delegatów na zjazd krajowy, w tym nasze 37 głosów. Czas pokaże, czy dokonają oni mądrego wyboru.

Chciałbym poinformować, że doszło do spotkania z rektorem profesorem Grzegorzem Oszkinisem i dziekanem Wiesławem Marchwitem oraz kanclerzem uczelni. Podczas spotkania towarzyszył mi kol. Andrzej Baszkowski. Celem spotkania było ustalenie ściślejszej współpracy izby z uniwersytetem w organizowaniu szkolenia podyplomowego dla lekarzy, a także w wymianie informacji między naszymi instytucjami. Uzgodniliśmy, że zostanie zorganizowany w izbie kurs doskonalący dla naszych najmłodszych członków, który będzie swoistymi „korepetycjami” przed lekarskimi egzaminami państwowymi. Z przykrością należy stwierdzić, że dotychczasowe wyniki naszych stażystów nie mogą nikogo satysfakcjonować, i mam nadzieję, że nasza nowa inicjatywa wpłynie korzystnie na zmianę dotychczasowego stanu rzeczy.

Ponownie apeluję do Państwa o zgłaszanie zapotrzebowania na kursy doskonalące, które mogą być organizowane w siedzibach izby, a które pozwolą wypełnić ustawowy obowiązek samodoskonalenia. W przyszłym tygodniu w budynku izby w Poznaniu będzie gotowa kolejna sala wykładowa przeznaczona dla prawie 50 osób, do korzystania z której zapraszam. Zapewniamy również dobre warunki do szkoleń w mniejszych grupach.

Miałem przyjemność towarzyszyć koledze Maciejowi Dzieciuchowiczowi w odwiedzinach naszych najstarszych kolegów, którzy rozpoczęli 90. rok życia. Wizyty były dla mnie przyjemnością i po rozmowach z naszymi nestorami chciałem zaprosić seniorów, by zechcieli podzielić się z nami swoimi wspomnieniami. Łamy naszego „Biuletynu” stoją przed Wami otworem. Dużą przyjemnością była dla mnie (towarzyszył mi dr. Dzieciuchowicz) wizyta 23 stycznia na corocznym spotkaniu z lekarzami seniorami w delegaturze ostrowsko-krotoszyńskiej. W tym miejscu chciałem podziękować Koleżankom i Kolegom za słowa wsparcia i serdecznie życzenia.

Planujemy również w tym roku spotkania w izbie z naszymi poznańskimi seniorami, ale myślę, że biorąc pod uwagę kaprysy aury, lepszym terminem będą miesiące wiosenne.

Przedstawiciele Rady Okręgowej 12 stycznia 2010 r. brali udział w noworocznym spotkaniu w pałacu arcybiskupim i w tym miejscu chciałem przekazać serdeczne życzenia dla świata lekarskiego od naszego Arcybiskupa oraz od naszych duszpasterzy, księży kapelanów.

Prowizorium budżetowe WIL

Ze względu na wydatki związane z dotychczasowymi uchwałami budżet izby jest napięty.

Prowizorium wynika z kompromisu pomiędzy koniecznymi kosztami a potrzebą odtworzenia stabilności finansowej. Kwietniowy zjazd ustalił budżet na 2010 r.

Prowizorium budżetowe WIL na okres 1.01–30.04.2010 r. (dane w złotych)

1. Przewidywane przychody	1 900 000
2. Stan konta na 30.11.09	245 000

Koszty	
1. Materiały i energia	100 000
2. Usługi	400 000
3. Wynagrodzenia	350 000
4. Narzuty i świadczenia socjalne	60 000
5. Amortyzacja	70 000
6. Składka do NIL	230 000
7. Fundusze statutowe	200 000
8. Pozostałe (delegacje, diety, wizytacje)	300 000
9. Zjazd lekarski	120 000
10. Pozostałe koszty + nieprzewidziane	70 000
11. Łącznie	1 900 000

Oszczędności przenosimy do funduszu zasobowego

SKARBNIK
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ
WIL
JERZY SKROBISZ

Zastyszane na zjeździe

Rozmowa pierwsza: Czekam długo w poczekalni, a myślę, że lekarz mógłby przyjąć koleżankę/kolegę w pierwszej kolejności... Rozmowa druga: Gdybym wiedział, że w poczekalni czeka lekarz, to bym go od ręki zaprosił. Tylko skąd mam o tym wiedzieć?

Wypracujmy prosty system powiadamiania o tym. Chyba najlepiej będzie to bez obaw zgłosić rejestratorce czy pielęgniarce. Kwestię honorarium pozostawiam wrażliwości lekarzy.

JS

Omówienie posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej z 9 stycznia 2010 r.

Pierwsze robocze spotkanie

Odbyło się pierwsze robocze posiedzenie nowej Okręgowej Rady Lekarskiej. Na poprzednim, 13 grudnia, wybrano nowego skarbnika, którym został Jerzy Skrobisz; nowego sekretarza (nowego-starego), piszącą te słowa Iwonę Jakób. Rada uchwaliła poszerzenie prezydium ORL o nowych członków, przewodniczących najważniejszych komisji WIL. Są to przewodniczący Komisji: Zdrowia Publicznego – Elżbieta Marcinkowska, Rejestru Lekarzy – Wojciech Buxakowski oraz Komisji Praktyk – Stanisław Schneider.

Podczas posiedzenia nastąpił dalszy ciąg wyborów. Rada powołała Ewę Kociałkowską i Macieja Dzieciuchowicza na mediatorów w postępowaniach mediacyjnych w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentyków. Ze względu na dużą liczbę prowadzonych postępowań mediatorów potrzeba więcej. Zaproponowano tę funkcję jeszcze kilku koleżankom i kolegom, czekamy na ich decyzje.

Rada powołała także nowego (dotychczasowego) redaktora naczelnego „Biuletynu WIL” Andrzeja Baszkowskiego. Na członków kolegium redakcyjnego powołano Krzysztofa Ożegowskiego oraz redaktora Andrzeja Piechockiego.

Uchwalono termin XXXI Okręgowego Zjazdu Lekarzy na 17 kwietnia 2010 r. i omówiono sprawy związane z Krajowym Zjazdem Lekarzy, który odbędzie się w dniach 28–30 stycznia. Skarbnik przedstawił przewidywania budżetowe do 30 kwietnia tego roku (publikujemy je obok), a więc do najbliższego zjazdu, oraz przyjęto uchwałę o przeznaczeniu funduszy na dalsze prace adaptacyjne w siedzibie delegatury WIL w Kaliszu. Zostało jeszcze sporo pracy do wykonania, żeby można było uznać ją za wizytówkę izby.

Najważniejszą uchwałą podjętą na tym posiedzeniu rady był apel ORL do ministra zdrowia o niezwłoczne podjęcie prac i rozmów ze środowiskiem lekarskim, mających na celu uporządkowanie wszystkich spraw związanych z wykonywaniem publicznych świadczeń stomatologicznych. Tekst apelu dostępny jest na stronie WWW izby, a jego najważniejsza teza to zdanie: „Biorąc pod uwagę inflację i kapitałochłonny charakter świadczeń stomatologicznych oraz permanentne niedoszacowanie wyceny procedur stomatologicznych, budżet NFZ w tej pozycji na 2010 r. grozi likwidacją lub znacznym ograniczeniem potencjału osobowego części placówek, co będzie szkodą nie do odrobienia w latach następnych”.

Rozpoczęliśmy nową kadencję. Oprócz spraw bieżących, administracyjnych, jest dużo problemów o wiele ważniejszych do rozwiązania. Na podstawie doświadczeń poprzedników musimy zaważać o integrację naszego środowiska. Może się to udać poprzez organizację kształcenia podyplomowego, zjednoczenie w kontraktowaniu z NFZ... Może znaczenie inne sposoby? Czekam na propozycje.

SEKRETARZ ORL
IWONA JAKÓB

VII OGÓLNOPOLSKIE REPETYTORIUM PULMONOLOGICZNE POZNAŃ



5–6 MARCA 2010

Coroczna ogólnopolska konferencja szkoleniowo-naukowa dla lekarzy rodzinnych, internistów i pulmonologów o tematyce pulmonologicznej i interdyscyplinarnej.

OPIEKUNOWIE NAUKOWI

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

ORGANIZATORZY

Katedra i Klinika Pulmonologii, Alergologii i Onkologii
Pulmonologicznej Uniwersytetu Medycznego
w Poznaniu oraz Stowarzyszenie Wspierania Pulmonologii
Poznańskiej

PATRONAT MEDIALNY

Termedia

INFORMACJE I ZGŁOSZENIA

Sekretariat Konferencji – Katedra i Klinika Pulmonologii,
Alergologii i Onkologii Pulmonologicznej Uniwersytetu
Medycznego w Poznaniu, ul. Szamarzewskiego 84

www.pulmonologia-um-poznan.pl
pod odnośnikiem Konferencja

Tel. 61 854 9395 lub tel./faks 61 841 7061
e-mail: repetytoriumpoznan@poczta.fm

PUNKTY EDUKACYJNE

Uczestnicy konferencji otrzymają certyfikat
z 15 punktami edukacyjnymi

TEMATY GŁÓWNE SESJI

5.03.2010

SESJA SATELITARNA:
ZABURZENIA ODDYCHANIA
PODCZAS SNU – PROBLEM
NIE TYLKO PULMONOLOGICZNY

WSPÓŁCZESNE METODY
DIAGNOSTYCZNE
W PULMONOLOGII

WARSZTATY
PULMONOLOGICZNE

6.03.2010

DYLEMATY TERAPII CHOROBY
UKŁADU ODDECHOWEGO 2010

CZY JESTEŚMY PRZYGOTOWANI
DO OPIEKI NAD PACJENTAMI
Z CHOROZAMI PŁUC W WIEKU
STARSZYM?

JAK POSTĘPY NAUK PODSTA-
WOWYCH PRZEKŁADAJĄ SIĘ
NA PRAKTYKĘ KLINICZNĄ?

VARIA – TRUDNE PROBLEMY
KLINICZNE W PULMONOLOGII

Maciej Hamankiewicz nowym prezesem NRL

W dniach 28–30 stycznia br. w Warszawie odbył się X Krajowy Zjazd Lekarzy. Był to zjazd sprawozdawczo-wyborczy. Miał za zadanie rozliczyć ustępujące władze, przedyskutować ich sprawozdania, udzielić absolutorium (lub nie) i wybrać nowego prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, nowy skład organów Naczelnej Izby Lekarskiej i Krajowej Komisji Wyborczej.



Delegaci na X Krajowy Zjazd Lekarzy

W pierwszej części zjazdu najwięcej emocji wzbudziło sprawozdanie kadencyjne Naczelnej Komisji Rewizyjnej, przedstawione przez jej przewodniczącego Jarosława Zawilińskiego. Mówca podkreślił, że do gospodarki finansowej NRL komisja ma wiele zastrzeżeń. Zbyt mała jest ściągłość składek. Stwierdził, że wobec negatywnej oceny pracy izby lekarskiej można liczyć się z dalszym zmniejszeniem



Maciej Hamankiewicz, nowy prezes NRL i Krzysztof Kordel, prezes WIL

napływu składek od członków samorządu. Duże straty wykaże też „Gazeta Lekarska”, z uwagi na zmniejszenie się liczby reklam.

Najwięcej jednak kontrowersji wzbudziła współpraca z firmą ubezpieczeniową Medbroker. Przewodniczący komisji podkreślił, że jej członkowie nie mieli dostępu do wielu ważnych dokumentów niezbędnych do pełnej oceny działalności firmy, mimo że komisja wielokrotnie o ich udostępnienie występowała. W rezultacie Naczelna Komisja Rewizyjna wystąpiła z wnioskiem o nieudzielenie Naczelnej Radzie Lekarskiej absolutorium. W dyskusji wielu kolegów zabierało głos w tej sprawie, padały głosy za udzieleniem i solidaryzujące się ze zdaniem Komisji Rewizyjnej. W sumie jednak po wielogodzinnej dyskusji i tłumaczeniach ustępujących władz izby absolutorium zostało udzielone.



Prezydium X Krajowego Zjazdu Lekarzy

Wybrano nowe władze. Prezesem został Maciej Hamankiewicz ze Śląskiej RL w Katowicach, Naczelnym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej ponownie Jolanta Orłowska-Heitzman.

Dzięki talentom negocjacyjnym naszego prezesa Krzysztofa Kordela Poznań uzyskała 7 miejsc w NRL (więcej niż w poprzedniej kadencji) i na członków Naczelnej Rady Lekarskiej w porządku alfabetycznym wybrani zostali: Andrzej Baszkowski, Halina Bobrowska, Andrzej Cisto, Iwona Jakób, Elżbieta Marcinkowska, Stefan Sobczyński i jako prezes WIL Krzysztof Kordel.

Żałować należy, że kolejny raz nikt z WIL nie uzyskał uznania kapituły przyznającej odznaczenia *Meritus pro Medicis...*

ANDRZEJ BASZKOWSKI

Kalendarz z namysłem

2010

Zespół redakcyjny Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego proponuje kolejny kalendarz. Tym razem są to refleksje mistrzów naszej placówki na temat lekarskiej misji, tego, co w niej piękne i porywające. Dwunastu profesorów, których życie zawodowe było w nierozwalny sposób związane ze szpitalem przy ul. Długiej, prowadzi nas przez 2010 rok w towarzystwie... drzew – symbolu życia i dążenia ku nieosiągalnemu.

Zdjęcia mistrzów wykonał Romuald Królak, natomiast autorami zdjęć przyrody są pracownicy szpitala. Polecamy uwadze państwa ten kalendarz, będący swego rodzaju wyłomem w zalewie komercyjnej produkcji. Życzymy szczęśliwego Nowego Roku. Prezentacja kalendarza odbyła się 11 grudnia 2009 r. w salach Akademii Lubrańskiego.

HALINA BOGUSZ



**Szpital Kliniczny
Przemienienia Pańskiego**

Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu

Komisja ds. Młodych Lekarzy

Młodym cały czas nie dość dobrze...

MARCIN
KAROLEWSKI

W izbach lekarskich nastąpiła nowa kadencja. Poprzednia przypadła na okres niespotykanego wcześniej buntu lekarzy, strajków, *białych miasteczek* i *białych szczytów*. W ochronie zdrowia wrzało.

Wrzało też w środowisku młodych lekarzy, ale trochę inaczej. A to dlatego, że problemy początku kariery są specyficzne.

Zamieszanie, papierologia, LEP-y, LDEP-y, postępowania kwalifikacyjne, pozwolenia, miejsca akredytacyjne, prawa wykonywania zawodu, pieczętki, podpisy, rezydentury itd., żeby móc leczyć, uczyć się i pracować. Pół roku bez pracy po stażu, żeby zacząć pracę. Egzaminami specjalistycznymi zdawanymi przez poniżej 50 proc. przystępujących. Bałagan. Dlatego właściwie cała para środowiska młodych lekarzy w ostatniej kadencji została skierowana właśnie na poprawę tych „technicznych” stron początku kariery i... trochę też strony finansowej. No i trochę poprawiono. Jest LEPiej. Trochę LEPiej. LEP można zdawać już na stażu. Fajnie. Postępowanie kwalifikacyjne trochę krótsze. Też fajnie. Pensje wyższe. Bardzo fajnie.

Czy młodym jest więc dobrze? Niby trochę tak, ale... jak w tytule. Bo niby łatwiej dostać prawo wykonywania zawodu. Niby kwalifikacja krótsza, ale rezydentur jak na lekarstwo. I jeszcze dezinformacja – niby będą rozpatrywane odwołania, niby nie będą? Po co? Czy naprawdę kształci się za dużo lekarzy?

A co z tym kształceniem? No właśnie – na początku ciężko przebrnąć przez kwalifikacje, a na końcu jeszcze trudniej zdać egzamin. W środku parę lat spokojnej pracy. Ale czy tak powinno być? Po co wprowadza się tak trudne egzaminacje specjalistyczne, że zdaje je poniżej 50 proc. osób? Chyba tylko dlatego, że nie wierzy się w system kształcenia i weryfikację postępów w trakcie kształcenia. Niewiarygodnie trudne egzaminacje wprowadza się, gdy kształcenie jest eksternistyczne. I w rzeczywistości tak właśnie jest. Czy zmieni się to po wprowadzeniu modułowego systemu specjalizacji? Nie sądzę. Ale na pewno coś można zmienić. I jest to, moim zdaniem, najważniejsza sprawa bieżącej kadencji. Szczegółowej analizie powinny zostać poddane programy specjalizacji. Oczywiście, nie w mojej kompetencji jest konstruować szczegółowo programy specjalizacji, bo to należy do konsultantów krajowych i ekspertów. Jednak poważne formalne i organizacyjne niedociągnięcia widać tylko z dołu, a nie z góry. Po pierwsze, programy są idealistyczne. Pisane pod inne realia. Idąc np. na staż cząstkowy, powinienem pobierać nauki u specjalisty z danej dziedziny. Tymczasem często dany staż cząstkowy można odbyć tylko w jednym miejscu w województwie, gdzie okazuje się, że specjalistów jest tak dużo, iż nie ma gdzie usiąść w dyżurce. Rozwiązanie znajduje się bardzo szybko – jest jedno miejsce siedzące i to honorowe, wyjątko-

we, bo przed komputerem. A jak już siedzimy przed komputerem, to moglibyśmy zrobić wypis dla opiekuna stażu, bo on przecież spieszy się do studentów... Często opiekun na stażu to nie specjalista z danej dziedziny, tylko młodszy od nas kolega, który właśnie rozpoczął pracę. Godzimy się na to, bo potrzebujemy PIECZĄTKI W KSIĄŻECZCE. Druga sprawa to procedury wymagane od specjalizantów. Pominę to milczeniem, ale czy ktoś kiedyś przeliczył, ilu jest lekarzy specjalizujących się i ile wykonują różnych procedur? Chyba w każdej dziedzinie są procedury wykonywane „tylko i wyłącznie” przez lekarzy w trakcie specjalizacji. Aż boję się pomyśleć, że mogłaby być dziedzina medycyny, w której wymaganych jest więcej jakichś procedur czy też zabiegów od specjalizanta, niż jest rocznie wykonywanych w Polsce. Więc lepiej tego nie liczyć. Po trzecie, lekarz specjalizujący się powinien odbywać określoną liczbę dyżurów. Jeśli połowę czasu specjalizacji przebywa na stażach cząstkowych, to gdzie ma dyżurować, gdy na staż dojeżdża z krańca województwa ponad 100 km? Ma wracać do macierzystego oddziału? Czy powinno się dyżurować w miejscu stażu? Podobno tak. Jak np. lekarz specjalizujący się w internii ma dyżurować w trakcie stażu cząstkowego na oddziale anestezyjologicznym czy neurologicznym? Po czwarte – jaka jest rola kierownika specjalizacji? Może on tylko na końcu nie dopuścić specjalizanta do egzaminu. Dlaczego nie ma realnego wpływu na proces kształcenia? Czemu nie może w taki sposób modyfikować programu specjalizacji i długości stażu, by dostosować go do potrzeb danego specjalizanta i charakteru oddziału, w którym pracuje? Wreszcie sprawa obowiązkowych kursów. Z nimi jest trochę tak jak ze szkołą – są zajęcia obowiązkowe, ale jak uczeń chce się czegoś nauczyć, to i tak musi brać korepetycje. Tak więc w programach specjalizacji są różne kursy, na większość trudno się zapisać, a potem okazuje się, że program kursu skrócono o połowę, a zagadnienia często są tylko teoretyczne. W naszym kraju obowiązuje taka zasada – robimy nierealne przepisy, a potem przymykamy oko na ich łamanie. Tak jest właśnie z programami specjalizacji.

Czy można więc te wyidealizowane programy sprowadzić na ziemię? Tak, przy odrobinie dobrej woli. Po pierwsze, trzeba zacząć płacić za kształcenie. I nie chodzi tu tylko o więcej rezydentur (choć przydałoby się) czy więcej kursów ze zdrowia publicznego... Płacenie rezydentom w rzeczywistości nie jest formą finansowania kształcenia, tylko formą dofinansowania zadłużonych szpitali, bo daje się szpitalom darmowych pracowników. Trzeba zacząć płacić również nauczycielom, czyli właśnie kierownikom specjalizacji oraz opiekunom staży. Wtedy można zacząć wymagać od nich. Wtedy sam specjalizant mógłby wymagać, a nie siedzieć cicho, bo potrzebuje wpisu do książeczki. Po drugie, trzeba zmniejszyć długość staży cząstkowych, tak by ich długość była dostosowana również do możliwości kadrowych jednostek szkolących. Lepszy jest tydzień dobrego stażu niż trzy

Apel do lekarzy rodzinnych

Drogie Koleżanki i Koledzy,

w związku z docierającymi w ostatnim czasie do Komisji ds. Młodych Lekarzy informacjami o trudnościach w odbywaniu stażu cząstkowego z zakresu medycyny rodzinnej, zwracamy się z ogromną prośbą o umożliwienie koleżankom i kolegom stażystom odbycia tego stażu. Zdajemy sobie sprawę, iż w natłoku codziennej pracy nie jest łatwo wygospodarować czas na edukację młodych lekarzy, zwłaszcza że w obecnym systemie kształcenia zapomniano o wynagradzaniu mistrzów. Każdy z nas jednak musiał przejść przez okres stażu i korzystał wówczas z przychylności starszych kolegów.

Życzliwych lekarzy rodzinnych, którzy byliby skłonni przyjąć stażystów, proszę o kontakt.

Z WYRAZAMI SZACUNKU,
MARCIN KAROLEWSKI
KOMISJA DS. MŁODYCH LEKARZY
TEL. 691 957 929

miesiące w tłoku. Powinno się również dać kierownikom specjalizacji możliwość, w pewnym zakresie, regulowania długości staży. Warto zastanowić się również, czy nie powinno się zmienić miejsc staży cząstkowych. Obecnie można je odbywać tylko w miejscach akredytowanych do prowadzenia staży cząstkowych z danej dziedziny. W rzeczywistości w miejscach tych nie zawsze trafia się pod opiekę specjalisty z danej dziedziny. Czy nie warto więc zamienić stażu w jednostce akredytowanej na staż pod opieką specjalisty z danej dziedziny? Myślę, że w niejednym przypadku w powiatowej poradni specjalistycznej można zobaczyć więcej ciekawych pacjentów niż w klinice. Można również wziąć pod uwagę pomysł możliwości zamiany stażu na kurs z danej dziedziny – często krótkie wyłożenie aktualnych zaleceń z komentarzem może być bardziej treściwe niż przysłuchiwanie się pracy oddziału. Po trzecie – kursy. W wielu dziedzinach zaliczamy kursy akredytowane przez CMKP, a potem dla potrzeb przyszłej pracy robimy kursy odpłatnie. Czemu ważniejszy jest w procesie specjalizacji np. kurs ze zdrowia publicznego niż kurs z USG? Może warto zrobić dużą listę kursów, z których specjalizant mógłby wybrać sobie określoną liczbę. Umożliwienie kierownikom specjalizacji, opiekunom i specjalizantom wpływu na program specjalizacji oraz dostosowywanie go do aktualnych potrzeb tylko podniesie poziom kształcenia. Wydaje mi się, że nie można obawiać się, że zostanie on wtedy przez zainteresowanych zmniejszony tylko do niezbędnego minimum, ponieważ nie będą mogli zrezygnować z kursów i staży – tylko wybrać konkretną ilość najlepszych z listy.

Pomysłów jest wiele, ale trzeba przede wszystkim o nich rozmawiać i chcieć coś zmienić. W obecnej chwili trzeba odejść od dyskusji nad formą kształcenia – czy staż po studiach, czy w trakcie studiów, czy specjalizacja jedno-stopniowa, dwustopniowa, modułowa tylko trzeba się zastanowić, czym te okresy kształcenia wypełnić. W końcu tak niewiele potrzeba, by młodym było dobrze...

Top Medical Trends po raz czwarty



ANDRZEJ
PIECHOCKI

Kilka tysięcy uczestników, znamienici goście, ponad 60 wykładów w sali plenarnej i trzech satelitarnych, transmisja sesji inauguracyjnej w Internecie. IV Kongres *Top Medical Trends* to największa impreza branżowa w środowisku medycznym.

Od 12 do 14 marca br. jej miejscem będzie pawilon 15 Centrum Kongresowego Międzynarodowych Targów Poznańskich. Organizatorami są poznańskie wydawnictwo *Termedia*, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej oraz Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu. Referaty przedstawią znani i uznani goście, konsultanci krajowi, prezesi towarzystw naukowych, członkowie krajowych i zagranicznych gremiów naukowych, wśród nich profesorowie: Waldemar Banasiak, Mirosław Dłużniewski, Zbigniew Gaciong, Stefan Grajek, Wiesław Jędrzejczak, Tadeusz Płusa, Henryk Skarżyński, Andrzej Steciwko, Krystyna de Walden-Gałuszko, Jacek Wysocki, Jerzy Woy-Wojciechowski i Aleksandra Żukrowska.

Charakter kongresu wyznacza jego idea: „Liderzy opinii partnerami lekarza praktyka”. Wykłady będą dotyczyły wielu dziedzin medycyny, wśród nich m.in. reumatologii, hematologii, dermatologii, genetyki nowotworów, pediatrii, urologii, neurologii, psychiatrii, alergologii, kardiologii, anestezjologii, opieki paliatywnej, chirurgii naczyniowej i prawa medycznego. Poznamy najnowsze trendy w medycynie, diagnostyce i terapii.

Sesja inauguracyjna transmitowana będzie w Internecie
www.termedia.pl

– *To część naszej polityki wydawniczej. Chcemy wykorzystywać wszystkie techniki multimedialne do pokazywania najważniejszych dla środowiska wydarzeń i do przekazywania profesjonalnej wiedzy w jak najlepszy i najatrakcyjniejszy sposób* – mówi Andrzej Kordas, dyrektor wydawnictwa *Termedia*.

Organizatorzy zadbali także o to, aby uczestnicy kongresu (za udział w nim otrzymuje się punkty edukacyjne) mogli przy okazji poznać atrakcje turystyczne Poznania i okolic.

Z medycznej wokandy



JĘDRZEJ
SKRZYPCZAK



GRZEGORZ WRONA

Uwagi na kanwie pewnej sprawy

Jak daleko można się posunąć, walcząc o pozyskanie pacjenta?

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

Zarzut można sprowadzić do tego,

że lekarz nastraszył pacjenta,

aby ten skorzystał z jego usług

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

Stan faktyczny przedstawiał się zaś następująco. Pacjent zgłosił się do gabinetu A. celem usunięcia pierwszego górnego trzonowca po stronie lewej. Zabieg wykonała lek. dent. P.K. Z uwagi na dolegliwości ze strony zatoki szczękowej lewej, które pacjent odczuwał zaraz po zabiegu, zgłosił się ponownie do gabinetu stomatologicznego. Pani doktor stwierdziła wówczas otwarcie zatoki

szczękowej i zaleciła stosowne leczenie. Pacjent stawiał się w gabinecie A. co dwa dni, w sumie był w gabinecie sześć razy. Wkrótce pacjent zaczął ponownie odczuwać dolegliwości objawiające się poczuciem nabrzmienia. Wówczas podczas kolejnej wizyty u lek. dent. P.K. pacjent został poinformowany o konieczności konsultacji z lek. B.A., specjalistą chirurgii stomatologicznej. Konsultacja taka odbyła się niebawem w tym samym gabinecie A., w trakcie której lek. dent. B.A. stwierdził istnienie przetoki oraz konieczność chirurgicznego zamknięcia

zatoki. Poinformował też pacjenta, że zabieg może wykonać w swojej prywatnej przychodni stomatologicznej. Pacjent jednak na razie nie skorzystał z tej propozycji. Następnego dnia pacjent zadzwonił do swojej dentystki i poinformował o wnioskach wynikających z konsultacji, na co lekarka zaleciła jak najszybszą wizytę w klinice Chirurgii Szczękowo-Twarzowej, wystawiając stosowne skierowanie. W Klinice pacjent został zbadany na początku lipca i potwierdzono rozpoznanie obwinionego lekarza i wyznaczono zabieg operacyjny na 20 sierpnia. Pacjent przyjął to do wiadomości i zamierzał cierpliwie czekać. Ale w tym momencie dr B.A. skontaktował się telefonicznie z pacjentem i usłyszawszy relację pacjenta z wizyty w klinice, polecił mu wykonać jak najszybciej zdjęcia RTG zatok oraz zdjęcie pantomograficzne i zaprosił po

raz kolejny do swojego gabinetu. Po ocenie zdjęć stwierdził, że stan jest znacznie gorszy niż wynika to z oceny dokonanej w klinice i jego zdaniem nie można czekać aż do sierpnia. Tu dochodzimy do momentu kulminacyjnego tej historii. Otóż dr B.A. wyraził opinię, że zaniechanie, a nawet opóźnienie do sierpnia przeprowadzenia zabiegu operacyjnego może zakończyć się groźnymi w skutkach powikłaniami, a w szczególności powiedział o drogach szerzenia się zakażenia z zatoki szczękowej poprzez zatokę jamistą do opon mózgowych oraz możliwości utraty wzroku. Poinformował jednocześnie pacjenta o możliwych powikłaniach w przypadku niewykonania powyższego zabiegu. Zdaniem rzecznika odpowiedzialności zawodowej, w ówczesnym stanie pacjenta obwiniony lekarz nie miał podstaw, aby tak go „straszyć”. Jego zdaniem, takie zachowanie było niedopuszczalne, bo chory usłyszawszy czarny scenariusz, zdecydował się na szybszy zabieg, i to właśnie u niego.

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

oczekujących, a nie wskazaniem lekarzskimi. Podkreślono jednocześnie, iż informowanie pacjenta za pomocą fachowej medycznej terminologii, w sytuacji stresu, mogło być niewłaściwie przez niego zrozumiane.

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

W ocenie OSŁ właśnie niedopełnienie tego obowiązku uchodzić musiałyby za przewinienie zawodowe. W ocenie OSŁ w rozstrzyganym przypadku, choć były pewne wątpliwości (np. ów telefon wykonany z własnej inicjatywy), nie można było mówić o wywieraniu niedozwolonego nacisku na pacjenta. Poinformowanie pacjenta nawet o najgorszych negatywnych konsekwencjach, które oczywiście mogły się zdarzyć, choć ich prawdopodobieństwo jest znikome, nie przesądzało, że pacjent będzie kontynuował leczenie właśnie u tego lekarza.

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

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

Perła Mądrości

Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy otrzymał Perłę Mądrości, nagrodę przyznawaną przez członków Europejskiego Stowarzyszenia przeciw Rakowi Szyjki Macicy. To znaczące wyróżnienie.

Jak mówi prof. Marek Spaczyński, kierownik Centralnego Ośrodka Koordynującego Program, wyróżnienie jest uznaniem dla wszystkich organizatorów programu, zarówno Ministerstwa Zdrowia, Centralnego Ośrodka Koordynującego, Wojewódzkich Ośrodków Koordynujących, a także tych wszystkich, którzy program realizują: ginekologów, położnych, histopatologów, cytotechników i pracowników laboratoryjnych. Wszyscy oni ciężką pracą przyczynili się do stworzenia nowoczesnego programu profilaktyki, który w oczach specjalistów w tej dziedzinie zasłużył na wyróżnienie spośród licznych projektów z całej Europy.

Warto zaznaczyć, że przyznające nagrodę stowarzyszenie skupia instytucje i osoby prywatne z całej Europy. Wśród nich znajduje się ponad 100 towarzystw naukowych, medycznych, onkologicznych, grup badawczych

i stowarzyszeń pacjentów z 34 krajów, a także ponad 1000 indywidualnych członków z 40 krajów.

Nagroda została wręczona polskim naukowcom 26 stycznia, podczas uroczystej gali w Parlamencie Europejskim w Brukseli. W skład delegacji polskiej wchodził prof. dr hab. n. med. Marek Spaczyński, prof. UM dr hab. n. med. Ewa Nowak-Markwitz oraz wiceminister zdrowia Marek Twardowski.

ANDRZEJ BASZKOWSKI



Philip Davies, prezes European Cervical Cancer Association, Marek Twardowski, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, prof. Marek Spaczyński, kierownik Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy



Delegacja polska pod kierownictwem prof. Marka Spaczyńskiego i ministra Marka Twardowskiego odbiera w Europarlamencie Perłę Mądrości. W uroczystości uczestniczyli także prof. dr hab. Ryszard Poręba, prof. dr hab. Agata Karowicz-Bilińska i mgr Lucyna Januszek-Michalecka, a ze strony ministerstwa Anna Kamińska

PERYSKOP

onet.pl

Janusz Skowronek

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

Przeszczepy szpiku mogą być prostsze

Wykorzystanie krwi pępowinowej powinno umożliwić przeszczepy szpiku bez konieczności dokładnego dobierania dawcy i biorcy – informuje *Nature Medicine*. Przeszczep szpiku pozwala pomóc osobom z takimi chorobami jak białaczka – w ich przebiegu własne komórki szpiku pacjenta nie działają prawidłowo. Trzeba je zniszczyć i wszczepić cudze komórki. Jednak poszukiwania odpowiedniego dawcy są trudne, czasochłonne i mimo obszernych rejestrów dawców nie zawsze kończą się powodzeniem. Zresztą nawet pozornie dopasowany przeszczep może zostać odrzucony przez organizm albo nawet zaatakować pacjenta w reakcji zwanej *graft versus host* – przeszczep przeciwko gospodarzowi.

Komórki macierzyste z krwi pępowinowej są na tyle niespecyficzne, że nadawałyby się dla każdego – ale jest ich za mało na potrzeby dorosłej osoby. Czasami stosuje się więc komórki pępowinowe od dwóch osób. Zastosowana przez naukowców z Fred Hutchinson Cancer Research Center w Seattle metoda pozwala znacznie zwiększyć liczbę komórek macierzystych uzyskanych z pępowiny. Nie chodzi o prostą hodowlę (która doprowadziłaby najwyżej do powstania niezdolnych do dalszego powielania komórek krwi). Dzięki chemicznym sygnałom można sterować zachowaniem komórek w taki sposób, aby ich liczba wzrosła, ale nie straciły właściwości komórek macierzystych.

Lek o podwójnym działaniu

Lek, który obniża ciśnienie tętnicze krwi, zapobiega demencji skuteczniej niż początkowo przypuszczano – informuje *British Medical Journal*. Jak wykazały badania przeprowadzone przez naukowców z Boston University School of Medi-

Rozmowa z Andrzejem Czumą, posłem PO, byłym ministrem sprawiedliwości

Liberalnie, czyli sprawnie

Wszystko wskazuje na to, że po raz pierwszy w historii, wbrew licznym protestom, w USA będzie system obowiązkowych składek na ubezpieczenie zdrowotne. Dla tamtejszego systemu – to rewolucja. O konsekwencjach decyzji Baracka Obamy i amerykańskiego Kongresu rozmawiamy z Andrzejem Czumą, byłym ministrem sprawiedliwości, legendą opozycji niepodległościowej, który w USA spędził 15 lat.

Obserwował pan system opieki zdrowotnej USA oczami emigranta. Jakie są pana wrażenia i doświadczenia, jeżeli chodzi o funkcjonowanie tamtejszej służby zdrowia? Krytykuje się ją za wysokie koszty leczenia. Poważnym problemem jest też duża liczba nieubezpieczonych.

– Amerykańska służba zdrowia jest na wysokim poziomie. Większość ośrodków, w tym szpitale, stanowi

A co pan sądzi o amerykańskim systemie ubezpieczeń społecznych? Jakie z nim miał pan doświadczenia?

– Statystycznie rzecz biorąc, ubezpieczenie nie może się pacjentowi opłacać, bo ubezpieczyciel to kolejny pośrednik między lekarzem a pacjentem, który też musi za coś żyć. Bywa więc niejednokrotnie, że ktoś słono płaci za poczucie bezpieczeństwa i po kilku latach dowiadyduje się, że owszem za składki ubezpie-

Prywatyzacja służby zdrowia podwyższy standard usług medycznych i ograniczy marnotrawienie pieniędzy z ubezpieczeń i od władz publicznych

własność prywatną i pobiera opłaty od pacjenta lub od jego firmy ubezpieczeniowej. Istnieją także szpitale prowadzone przez władze publiczne, w których mogą się leczyć osoby niemające środków do życia. Korzystają z nich nawet Polacy przebywający i pracujący nielegalnie w USA. Jedną z takich placówek jest szpital powiatu Cook, bardzo dobrze wyposażony i zatrudniający dobrych lekarzy. Nie spotkałem się w USA z sytuacją, żeby ktoś wymagający pomocy, zwłaszcza pilnej, nie mógł jej uzyskać. Karetki pogotowia przyjeżdżają w ciągu kilku minut, nie pytając, czy wzywający pomocy ma czym zapłacić.

czalnia bardzo dziękuje, ale na podstawie którejś z licznych klauzul umowy jego koszty leczenia nie będą pokryte. Tak zaskoczony pacjent może popaść w niemałe kłopoty finansowe, bo szpitale rozdmuchują koszty leczenia ubezpieczonych. Ponieważ jednak wielu osobom zależy na poczuciu bezpieczeństwa, sporym poparciem cieszy się idea reformy systemu polegająca na wprowadzeniu w USA czegoś podobnego do polskiego ZUS.

Reforma ma też wielu przeciwników.

– To prawda, przekonała się o tym Hillary Clinton, która za prezydentury



Fot. Przemysław Skrzydło / Agencja Gazeta

swojego męża uporczywie usiłowała wprowadzić powszechne obowiązkowe ubezpieczenia. Najprawdopodobniej uda się to obecnie rządzącym demokratom – projekt Baracka Obamy przeszedł już przez Izbę Reprezentantów i znalazł się w Senacie. Podobno poza systemem ubezpieczeń pozostaje w USA 46 mln obywateli. Część z nich nie chce się ubezpieczać, bo wolą płacić samodzielnie za leczenie. Część zaś nie ma funduszy na ubezpieczenie i korzysta z bezpłatnych publicznych szpitali. Teraz ich system zdrowia będzie zapewne ewoluować ku rozwiązaniom obmyślonym w bloku sowieckim.

Czy uważa pan, że obowiązkowe ubezpieczenia to dobre rozwiązanie? Wprowadzenie takiego obowiązku zakłada reforma Obamy.

– O samej reformie nie chcę się wypowiadać, bo zbyt słabo znam jej

szczegóły. Natomiast co do zasady sądzę, że obowiązkowe ubezpieczenia nie są dobrym rozwiązaniem. Przymusowe składki to faktycznie forma opodatkowania. A podatki – z natury rzeczy – są mniej racjonalnie wydawane niż pieniądze prywatne. W efekcie Amerykanie będą musieli wydawać więcej na gorsze leczenie.

– Deklaruje się pan jako liberal w sprawach gospodarczych i ustrojowych. Z tego wnioskuję, że za lepszego uważa pan rynkowy model opieki zdrowotnej obowiązujący w USA niż europejski, który zakłada obowiązkowe powszechne ubezpieczenia zdrowotne.

– Na pierwszy rzut oka widać, że amerykański model liberalny jest lepszy. Opiera się na powszechnej dobrovolności i prywatności systemu leczenia z dodatkiem małego marginesu pomocy społecznej, zresztą nie tyle

PERYSKOP onet.pl

cinie, obejmujące ponad 800 000 mężczyzn, ci, którzy otrzymują leki z grupy blokerów receptora angiotensynowego (ARB), o połowę rzadziej w porównaniu z pacjentami biorącymi inne leki obniżające ciśnienie zapadają na chorobę Alzheimera i inne formy demencji. Ponadto w połączeniu z innymi lekami na nadciśnienie (z grupy ACE) ARB chronią przed dalszym postępowaniem choroby, zmniejszając o 67 proc. ryzyko przedwczesnego zgonu lub niepełnosprawności, wymagającej pobytu w domu opieki. Odkrycie może mieć naprawdę duże znaczenie, biorąc pod uwagę, że w roku 2050 na demencję będzie cierpieć około 115 mln osób.

Wiadomo, że nadciśnienie uszkadza naczynia krwionośne, co w dłuższej perspektywie zwiększa ryzyko nie tylko uszkodzenia nerek, udaru czy zawału, ale także demencji.

Lek tysiąc razy silniejszy od morfiny

– Ból to jeden z najważniejszych problemów, z jakimi zmagają się współczesna medycyna – powiedział dr Jerzy Jarosz z Zakładu Medycyny Paliatywnej Centrum Onkologii podczas konferencji zorganizowanej przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Ofiary wypadków, poparzeń czy chorzy na nowotwory mogą dzięki nowym metodom leczenia przeżyć lata, nawet dziesiątki lat, ale często zmagają się z bólem przez cały ten czas. Jeden z pacjentów profesora Andrzeja Lipkowskiego z warszawskiego Instytutu Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN powiedział, że gdy się dobrze bawi, zapomina, że nie ma nogi, a o bólu zapomnieć nie może. Ból i związana z nim depresja mogą sprawić, że pacjent pragnie eutanazji.

Jak szacują specjaliści, niemal co piąty dorosły Europejczyk cierpi z powodu przewlekłego bólu – 35 proc. z nich odczuwa ból codziennie, w przypadku 25 proc. ból wpływa na przebieg pracy zawodowej, a u 16 proc. jest niekiedy tak silny,

PERYSKOP **onet.pl**

że chcieliby umrzeć. Ból utrzymuje się średnio przez 7 lat, w 40 proc. przypadków nie udaje się uzyskać nad nim kontroli. Przeliczając te dane na krajowe realia, przewlekłe bóle odczuwa ponad 8 mln Polaków, a chciało z tego powodu umrzeć ponad 1,3 mln. U ponad 3 mln nie uzyskuje się kontroli bólu, choć już w 2004 r. Światowa Organizacja Zdrowia uznała leczenie mające na celu uśmierzanie bólu za prawo człowieka. Około 200 tys. Polaków cierpi na bóle nowotworowe – wyliczał dr Jarosz.

W leczeniu bólu stosuje się różne metody zarówno czynniki fizyczne (ciepło, zimno, masaże), jak i elektroniczne stymulatory przeciwbólowe, blokady nerwów czy rehabilitację. Leki przeciwbólowe (analgetyki) można podzielić na słabiej działające analgetyki nieopiodowe (np. paracetamol, aspiryna, ibuprofen) i mocniejsze opioidy (morfina, tramadol). W przypadku naprawdę silnego bólu liczą się głównie opioidy stosowane obecnie nawet w chorobie zwyrodnieniowej stawów. Jednak lekarze wciąż za mało wiedzą o leczeniu bólu – brak jest odpowiednich szkoleń. Obecny na konferencji prof. Lipkowski powiedział, że zetknął się w amerykańskim szpitalu z podawaniem poparzoną dzieciom nawet 1–2 gramów morfiny dziennie przez rok i nie powodowało to uzależnienia. Opioid podawany z powodu bólu uzależnia znacznie mniej – podkreślają naukowcy. Typowe problemy związane z opioidami w medycynie, to m.in. trudności biurokratyczne – wyjmowanie i wkładanie leków do kasetki czy kasy pancernej, specjalne recepty, szczegółowe rozliczanie się z każdej tabletki czy ampułki. Poza tym, zbyt duże dawki mogą być niebezpieczne dla życia. Opioidów nie powinno się podawać na żądanie, ale systematycznie, by utrzymać stały ich poziom w organizmie i nie dopuścić do wystąpienia bólu. Ułatwiają to sterowane komputerowo pompy, podające lek na przykład dordzeniowo – tłumaczył prof. Lipkowski. Oprócz opioidów badane są obecnie możliwości podawania pochodnych konopi

państwowej, ile samorządowej. W każdej społeczności żyją ludzie ciężko doświadczeni przez los i jeśli nie mogą liczyć na pomoc rodziny, przyjaciół czy wspólnoty religijnej, powinni otrzymać pomoc od władz publicznych. Zasada pomocniczości wyrażana w społecznym nauczaniu Kościoła nie kłóci się z ideami konserwatywnymi, ponieważ de facto prowadzi do konkluzji, że tego typu problemy społeczne można spokojnie rozwiązać na poziomie co najwyżej województwa, a nie całego państwa.

Jak daleko jest polskiej służbie zdrowia do takiego modelu opieki zdrowotnej?

– Problemem jest przede wszystkim świadomość społeczna. Ludzie są przyzwyczajeni do nienormalnych

nii publicznej przez komunistyczne, a potem lewicowe media. Jest bowiem wręcz przeciwnie: szpitale prywatne są dostępne i funkcjonują za mniejsze pieniądze. Prywatyzacja służby zdrowia podwyższy standard usług medycznych i ograniczy marnotrawienie pieniędzy z ubezpieczeń i od władz publicznych.

Jest pan politykiem PO i trudno się spodziewać, by krytykował pan Ewę Kopacz, ale czy uważa pan, że minister ma dość determinacji i talentów, aby przełamywać opór przeciwko komercjalizacji? Uda się jej uzdrowić chorą służbę zdrowia?

– Wierzę, że Ewa Kopacz jest zeterminowana i że jej reforma się powiedzie. Łatwo oczywiście nie pój-

Opozycja powinna krytykować plany rządu.

Nie jest natomiast normalne, że w imię zasady

im gorzej, tym lepiej, bo będzie nam łatwiej

wygrać wybory, dąży do utrzymania szkodliwego

status quo

zwyczajów socjalistycznych i najwyraźniej boją się zmian, które poprawiłyby ich los. Trzeba czasu, żeby do świadomości ludzkiej dotarła informacja, że przychodnie i szpitale prywatne funkcjonują lepiej i taniej niż przychodnie i szpitale publiczne. Opozycja obaliła reformę minister Ewy Kopacz, mającą doprowadzić do komercjalizacji, a następnie prywatyzacji placówek zdrowia. Z powodu zmniejszenia wpływów budżetowych nie możemy sobie pozwolić na dalsze marnotrawienie publicznych pieniędzy, więc reforma będzie musiała zostać wprowadzona w inny sposób.

Opozycji jest o tyle łatwiej atakować projekty minister Kopacz, że znacząca część społeczeństwa utożsamia prywatyzację z utrudnieniem dostępu do droższych świadczeń zdrowotnych.

– Dezorientacja społeczeństwa jest skutkiem wieloletniego urabiania opi-

dzie. Proszę zwrócić uwagę, że musi swoje plany konfrontować również z przeciwnikami w naszej formacji politycznej. To nie są łatwe sytuacje. Sam się o tym przekonałem, kiedy w trakcie otwierania dostępu do zawodów prawniczych senator Krzysztof Piesiewicz z innymi kolegami usiłował – na szczęście, nieskutecznie – zablokować reformę, zgłaszając 19 poprawek, które po prostu zmieniały całą ideę, jakby je zamówiły korporacje prawnicze. Ewa Kopacz też nie będzie miała lekko.

Ale od opozycji parlamentarnej już chyba trudno oczekiwać, aby popierała plany rządu?

– Opozycja powinna krytykować plany rządu. Nie jest natomiast normalne, że dąży do utrzymania szkodliwego *status quo* w imię zasady „im gorzej, tym lepiej, bo będzie nam łatwiej wygrać wybory”.

ROZMAWIAŁ BOGUSŁAW MAZUR

Wspomnienie o Teresie Świącickiej-Konarskiej



Dnia 5 stycznia 2010 r. pożegnaliśmy na Cmentarzu Junikowskim w Poznaniu wspaniałego lekarza i wspaniałego człowieka – dr Teresę Świącicką-Konarską. Odeszła od nas tuż po świętach Bożego Narodzenia – 27 grudnia 2009 r. Nie dane nam było na przedświątym wigilijnym spotkaniu przełamać się z Nią opłatkiem i życzyć zdrowia. Już wtedy nie czuła się dobrze, ale nikomu z nas nie przyszło do głowy, że już Jej więcej nie zobaczymy. Obiecała, że

spotkamy się przed świętami wielkanocnymi i jak co roku będziemy dzielić się wielkanocnym jajkiem. Tej obietnicy nie spełni...

Pewnie to była jedna z niewielu obietnic w Jej życiu, których nie dotrzywała. Była bowiem człowiekiem niezwykle prawym, sumiennym, rzetelnym. Nie rzucała słów na wiatr. To od niej uczyliśmy się „noworodka” i to w czasach, gdy pracy naszej nie wspomagała nowoczesna aparatura. W czasach, gdy „szkiełko i oko” lekarza i jego wyczucie stanowiło podstawę leczenia naszych małych pacjentów. Pochylała się nad nimi z czułością i robiła wszystko, co było w ludzkiej mocy, aby te chore lub przedwcześnie urodzone maluchy utrzymać przy życiu. Miała niesamowity „neonatologiczny” nos. Uczyła nas w każdym z maluchów widzieć człowieka przez duże „C”. Uczyła znoszenia porażek z pokorą, nie załamywać się i iść dalej, i dalej, i dalej. Równie czule, jak pacjentami opiekowała się nami, współpracownikami. Wypytywała o nasze dzieci, rodziny, troski i radości dnia codziennego. Pomagała, radziła, czasami skarciła... Była jak matka – troskliwa, a jednocześnie wymagająca. W trudnych sytuacjach życiowych, zarówno zawodowych, jak i prywatnych, była dla nas wsparciem; zawsze mogliśmy na Nią liczyć, zadzwonić i w dzień, i w nocy... i nie raz z tej możliwości korzystaliśmy, wybudzając Ją ze snu.

Ze względu na pogarszający się stan zdrowia odeszła na wcześniejszą emeryturę, dla nas stanowczo za wcześnie. Pozostawała z nami w kontakcie i śledziła nasze losy jak matka. Za te wszystkie chwile, za te wszystkie lata i za to, kim dziś dzięki Niej jesteśmy – dziękujemy.

LEKARZE I PIELĘGNIARKI ODDZIAŁU NOWORODKÓW
SZPITALA POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNEGO W POZNANIU
DZIŚ ŚWIĘTEJ RODZINY

★ ★ ★

Nie mogę nie napisać kilku słów od siebie. Znaliśmy się długie, długie lata. To Ona pierwsza pokazała mi moje nowo narodzone dzieci. To Joasia wskazała na kilka „bocheneczków” opatulonych pieluszkami. „Druga od lewej strony”. Kilka lat później tak samo było z Iwem. Te wszystkie urodzone dzieciaki były Jej. Wyczuwało się, że kochała je bez wyjątku. Zwłaszcza te chore. Gdy spotykaliśmy się ostatnio, widać było, że nie czuje się najlepiej. Ale nigdy nie narzekała.

Teresko, nigdy z Ewą nie zapomnimy tego Twojego dobrego, ciepłego uśmiechu.

Zrobiło się smutno...

ANDRZEJ BASZKOWSKI

PERYSKOP

onet.pl

indyjskich (kannabinoidów). Nie tylko zwalczają ból, ale mogą zapobiegać nudnościom i wymiotom, poprawiają apetyt, a być może także działają przeciwnowotworowo.

Ponad 70 proc. polskich lekarzy uważa je za dobre leki dla chorych na nowotwory i chciałoby stosować, ale niemal 40 proc. obawia się sprzeciwu społeczeństwa.

Trwają badania nad lekami przeciwbólowymi nowej generacji, takimi jak np. zikonotyd, bloker kanału wapniowego, wzorowany na substancji obecnej w jadzie morskiego ślimaka stożka. W bardzo nasilonym bólu stosuje się go dordzeniowo.

Można też podawać wraz z opioidami flunaryzynę czy minocyklinę, które poprawiają działanie przeciwbólowe i zapobiegają działaniom niepożądanym – mówił dr Jarosz.

Zespół prof. Lipkowskiego pracuje nad lekiem z zupełnie nowej grupy – przeciwbólowym peptydem, bifaliną, której działanie jest 1000 razy silniejsze od morfiny. Oczywiście, równie dobrze można by podawać 1000 razy więcej morfiny, uzyskując taki sam efekt przeciwbólowy, ale np.

w przypadku wszczepianej pacjentowi pompy do podawania środka przeciwbólowego 1000 razy większy zapas leku przy tych samych rozmiarach zbiornika jest dużą zaletą. Po latach badań na zwierzętach bifalina została dopuszczona przez komisję etyczną i wkrótce mają się rozpocząć badania kliniczne. Z przyczyn administracyjnych i organizacyjnych potrwają zapewne około trzech lat – trzecia faza obejmie dużą grupę pacjentów. Profesor Lipkowski ma nadzieję, że uda się znaleźć sponsora, a jednocześnie lek pozostanie w polskich rękach. Bifalina – jak wynika z badań na zwierzętach – jest bardzo skuteczna i mniej uzależniająca niż opioidy. Ponadto może służyć jako „środek transportu” leków przeciwnowotworowych, choćby związków platyny, które dostarcza do chorych komórek. Może być w niektórych przypadkach skuteczniejsza, ale jest droższa od morfiny (bo morfina to jeden z najtańszych w produkcji leków przeciwbólowych). Nie będzie jednak droższa niż

PERYSKOP onet.pl

wiele obecnie stosowanych środków, w każdym razie nie tak droga, by mogło to ograniczać jej dostępność dla chorych. Za to dla narkomanów nie byłaby atrakcyjna jako narkotykiem jest pod tym względem nieefektywna i zbyt droga – zaznaczył prof. Lipkowski.

Naukowcy udowodnili, że oglądanie telewizji skraca życie

Miłośnicy szklanego ekranu powinni uważać: nawet godzina dziennie przed telewizorem zwiększa ryzyko wystąpienia przedwczesnego zgonu z powodu chorób układu krążenia – wynika z najnowszych badań, które publikuje pismo *Circulation*.

Australijscy naukowcy z Baker IDI Heart and Diabetes Institute w stanie Wiktorja doszli do takich wniosków po przeanalizowaniu stylu życia 8800 dorosłych – 3846 mężczyzn i 4954 kobiet w wieku od 25 lat. Wszyscy przeszli doustny test tolerancji glukozy. Jest to badanie, w którym mierzy się poziom glukozy we krwi 2 godziny po spożyciu 75 gramów tego cukru (w postaci roztworu). Rozstrzyga ono o występowaniu cukrzycy. Zmierzono im też m.in. poziom tłuszczów. Pacjenci relacjonowali, jak długo oglądali telewizję w ciągu ostatnich siedmiu dni. Następnie ponad sześć lat śledzono stan ich zdrowia. W tym czasie odnotowano 284 zgony, z czego 87 z powodu choroby serca i 125 z powodu raka.

Związek między rakiem a oglądaniem telewizji był stosunkowo niewielki. Stwierdzono natomiast bezpośrednią zależność między czasem spędzonym przed telewizorem a podwyższonym ryzykiem wystąpienia zgonu z powodu chorób układu krążenia, jak również z powodu innych przyczyn. Okazało się, że osoby, które codziennie oglądały telewizję ponad 4 godziny, były o 46 proc. bardziej narażone na zgon z różnych przyczyn w porównaniu z tymi, które robiły to przez mniej niż 2 godziny. Ryzyko wystąpienia zgonu z powodu chorób układu krążenia było wyższe aż o 80 proc. Związek ten był niezależny od



Redemptoris Missio
Fundacja Pomocy Humanitarnej

Ołówek dla Afryki

Myślałeś kiedyś, żeby zrobić coś bezinteresownie?

Chcemy Cię prosić żebyś to uczynił

Przynieś lub przyjdź do nas kilka ołówków, długopisów lub kredek. My wyślemy je afrykańskim dzieciom. One umożliwią im więcej niż Ci się zdaje. Czasem wystarczy tylko ołówek aby otworzyć wrota do lepszej przyszłości. Pozwól im w nią uwierzyć. Nauka to dla nich jedyna szansa na wyjście z kręgu biedy i bezradności.

Fundacja "Redemptoris Missio"
(Dom parafialny) ul. Grunwaldzka 86; 60-311 Poznań
kontakt: medicus@amp.edu.pl tel. 61 862 13 21

Trwa Akcja Fundacji Pomocy Humanitarnej Redemptoris Missio *Ołówek dla Afryki*. Na świecie żyją 2 miliardy dzieci. Nie wszystkie mogą się uczyć, w niektórych afrykańskich krajach do szkoły nie chodzi przeszło połowa dzieci.

Jeden ołówek potrafi zdziałać więcej, niż nam się wydaje. Dzięki niemu dziecko może pójść do szkoły, może się uczyć. Tylko wykształcenie może wyrwać afrykańskie dzieci z kręgu biedy i bezradności. Szkoła to najlepsza inwestycja w przyszłość tych dzieci. Dzięki Państwu pomocy chcemy wyposażyć afrykańskie dzieci w darmowe przybory szkolne. Chcemy spowodować, by posłanie dziecka do szkoły nie było dla rodziców czy krewnych wydatkiem.

Wydatkiem w ich świadomości zbędnym, którego niejednokrotnie nie rozumieją i mimo powszechnego obowiązku edukacji nie wszystkie dzieci są do szkoły posyłane. Każdy ołówek, każdy długopis i kredka są na wagę złota, nam zalegają w szufladach i torebkach, im są potrzebne. Zbierzmy je i pošlijmy tym dzieciom, niech pójdą do szkoły i zapewnią sobie lepszą przyszłość.

Do akcji przystąpiło już ponad 100 placówek z Wielkopolski i całego kraju: szkół, firm i bibliotek. Na przybory szkolne czekamy do końca lutego w siedzibie Fundacji Redemptoris Missio w domu parafialnym przy ul. Grunwaldzkiej 86, 60-311 Poznań. Po tej dacie spakujemy je do paczek i pošlemy do polskich misjonarzy, oni rozdadzą je dzieciom. Wszystkie instytucje i osoby chcące przystąpić do akcji proszone są o kontakt z Fundacją Redemptoris Missio pod numerem telefonu 61 8621321.

koordynator akcji, Justyna Janiec-Palczewska, e-mail: medicus@amp.edu.pl

TU INTER Polska SA zapłaci za leczenie związane z przypadkowym zakażeniem wirusem HIV i WZW

TU INTER Polska SA jako pierwsze towarzystwo ubezpieczeniowe w Polsce wprowadziło na rynek 18 stycznia 2010 r. nowy produkt skierowany do branży medycznej, chroniący w szerokim zakresie przed skutkami ekspozycji na materiał zakaźny podczas wykonywania czynności medycznych.



Inter Ochrona HIV/WZW – bo tak nazywa się nowy produkt – to jedyne w kraju tak kompleksowe i nowatorskie ubezpieczenie dla osób zawodowo związanych z pracą w branży medycznej, chroniące przed skutkami przypadkowych zakażeń wirusami HIV i WZW – mówi Andrzej Twardowski, dyrektor Biura Ubezpieczeń Majątkowych i Osobowych INTER Polska. Kierujemy ten produkt zarówno do lekarzy, lekarzy stomatologów, pielęgniarek i położnych, ratowników medycznych, jak i do osób wykonujących w placówkach służby zdrowia czynności pomocnicze, np. rehabilitacja i pielęgnacja pacjentów, opieka nad nimi (np. w ramach wolontariatu) czy utrzymywanie czystości w zakładach opieki zdrowotnej – dodaje.

Ochrona ubezpieczeniowa polega na refundacji kosztów poniesionych przez ubezpieczonego na badania w kierunku obecności wirusów HIV lub WZW, kurację antyretrowirusową oraz na wypłacie jednorazowego świadczenia w przypadku zakażenia wirusami HIV lub WZW. Ochronę można także rozszerzyć o ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków.

Inter Ochrona HIV/WZW występuje w dwóch wariantach: wariant A zapewnia ochronę w przypadku ekspozycji oraz świadczenia umożliwiające dalsze leczenie, wariant B zaś został wzbogacony dodatkowo o ochronę przed skutkami nieszczęśliwych wypadków (NNW).

Wprowadzamy nowy produkt w odpowiedzi na rosnące zapotrzebowanie ze strony środowiska medycznego na tego typu rozwiązanie. Stale zwiększa się świadomość w zakresie skutków przypadkowych zakażeń wirusami HIV i WZW oraz profilaktyki ekspozycyjnej. Dyskusja na temat konieczności finansowania przez pracodawców testów i leków jest coraz bardziej żywa i aktualna. Niestety, my wiemy, że realia w tym temacie są bardzo różne: często lekarze, ratownicy czy personel pomocniczy w szpitalach, a zwłaszcza personel zatrudniony na zasadzie kontraktów, pozostawieni są zupełnie samym sobie – kontynuuje Andrzej Twardowski.

Idealnym rozwiązaniem jest proste, a zarazem skuteczne ubezpieczenie, które może wykupić każdy, kto czuje się narażony na przypadkowe zakażenie. Szczegóły dotyczące zakresu ubezpieczenia oraz informacje o tym, gdzie można je wykupić, znajdują się na stronie internetowej www.interpolska.pl.

INTER UBEZPIECZENIA
ODDZIAŁ W POZNANIU

PERYSKOP **onet.pl**

innych czynników ryzyka chorób serca i elementów stylu życia, w tym palenia papierosów, nadciśnienia, dużego stężenia cholesterolu, niezdrowej diety, zbyt dużego obwodu w talii oraz nieuprawiania ćwiczeń fizycznych w czasie wolnym. Jak oceniają autorzy pracy, choć badania dotyczyły w szczególności nawyku oglądania telewizji, ich wyniki potwierdzają, że nieaktywny tryb życia, związany np. z siedzeniem za biurkiem czy przed komputerem, jest groźny dla zdrowia.

Ludzki organizm został stworzony do poruszania się, a nie długotrwałego siedzenia – komentuje główny autor pracy dr David Dunstan. Stało się jednak tak, że duża część naszych codziennych aktywności obejmujących poruszanie mięśniami w pozycji pionowej została wyparta przez siedzenie – podkreśla badacz. Jego zdaniem, zmiany technologiczne, społeczne i ekonomiczne sprawiły, że ludzie przestali używać mięśni, w sposób do jakiego przywykli i w rezultacie poziom wydatkowanej przez nas energii systematycznie maleje. Wiele osób każdego dnia po prostu przemieszcza się z jednego fotela na drugi. Z fotela w samochodzie na fotel w biurze, a potem na fotel przed telewizorem – mówi Dunstan.

Oglądanie telewizji jest jednym z najbardziej rozpowszechnionych siedzących zajęć domowych. Australijczycy i Brytyjczycy spędzają tak 3 godziny dziennie, podczas gdy Amerykanie nawet do 8 godzin. Zarazem 2/3 mieszkańców USA ma nadwagę lub otyłość. Dunstan zaznacza jednak, że jego badania odnoszą się nie tylko do osób z nadwagą czy otyłością, ale też do tych, którzy mają prawidłową wagę. Długotrwałe spędzanie czasu na siedząco ma zły wpływ na stężenie glukozy i tłuszczów we krwi nawet u osób z prawidłową masą ciała – komentuje badacz. Zdaniem Dunstana, wnioski płynące z tej pracy są proste. Poza regularnymi ćwiczeniami trzeba unikać długotrwałego siedzenia w miejscu i pamiętać, by

PERYSKOP

onet.pl

ruszać się znacznie, znacznie częściej. Zbyt długie przesiadywanie jest bowiem złe dla zdrowia – konkluduje badacz.

Otyłość równie groźna jak palenie

Wpływ otyłości na zdrowie i jakość życia jest równie silny, jak wpływ palenia tytoniu.

W Stanach Zjednoczonych, gdzie coraz mniej osób pali papierosy, za to przybywa borykających się z poważnym nadmiarem kilogramów, otyłość stała się głównym czynnikiem wpływającym na zdrowie i jakość życia ludzi. Wynika tak z analiz przeprowadzonych przez badaczy z Uniwersytetu Columbia i City College of New York. Przeanalizowali oni dane dotyczące długości i jakości życia Amerykanów w latach 1993–2008. Badali m.in., ile lat zdrowego życia ankietowane osoby straciły z powodu modyfikowalnych czynników ryzyka: palenia i nadwagi. Okazało się, że z upływem czasu szkody wyrządzane przez palenie stają się mniej dotkliwe, za to większym problemem zaczyna być otyłość. Jest ona też większym obciążeniem ekonomicznym, ponieważ osoby otyłe żyją dłużej od palaczy, jednak przez wiele lat chorują i wymagają pomocy lekarskiej. Palenie ma większy wpływ na śmiertelność, palacze umierają młodziej – wyjaśnia dr Haomiao Jia, jeden z uczonych prowadzących to badanie.

W latach 1993–2008 liczba palaczy spadła w Stanach Zjednoczonych o 18,5 proc. Jednocześnie aż o 85 proc. wzrosła liczba osób otyłych.

Enzym, który podwyższa ryzyko wystąpienia ataku serca

Proste badanie krwi może pomóc określić prawdopodobieństwo ataku serca nawet dziesięć lat przed jego wystąpieniem. Naukowcy japońscy odkryli, że u zdrowych pacjentów ze zwiększonym stężeniem pewnego enzymu we krwi ryzyko wystąpienia zawału w późniejszym okresie życia może być nawet czterokrotnie wyższe. Enzym o nazwie kinaza

List otwarty do Kolegów Lekarzy

Przed II wojną światową izby lekarskie spełniały bardzo ważną rolę nie tylko jako samorząd lekarski, ale miały również ważny wpływ na kształtowanie opieki lekarskiej w II Rzeczypospolitej. Izby lekarskie są dowodem samoorganizacji środowiska lekarskiego – mają one za zadanie bronić tego środowiska i pilnować honoru zawodu, a także pełnić ważną rolę w społeczeństwie demokratycznym.

Z wyżej wymienionych powodów izba została zlikwidowana przez władze komunistyczne w 1950 r. Po upadku komunizmu w 1989 r. mogło się wydawać, że nowo powstała izba lekarska będzie kontynuować chlubną przeszłość z pożytkiem dla społeczeństwa.

Izba lekarska, która powstała w 1989 r. podobnie jak zdecydowana większość organizacji samorządowych w III Rzeczypospolitej, uległa zbiurokratyzowaniu i skostnieniu, a tym samym bardzo oddaliła się od pierwotnych założeń ideowych. Izba, niestety, nie została reaktywowana, co wykluczało jednocześnie odzyskanie wielkiego majątku przedwojennego.

Profesja lekarza jest nie tylko zawodem, ale także w pewnym stopniu

powołaniem do szczególnej działalności i pełnienia obowiązku społecznego. Środowisko lekarskie było zawsze niezwykle patriotyczne, czego dowodem było jego zachowanie w czasie wojen i powstań. Ponościło ono w związku z tą działalnością olbrzymie ofiary. Liczba lekarzy w 1939 r. wynosiła ok. 12,5 tys., po wojnie zmniejszyła się do ok. 7 tys.

Obecny brak zaangażowania członków izby w wielokierunkową działalność jest wynikiem rozczarowania. Podobnie zachowuje się społeczeństwo w czasie wyborów do Sejmu czy Parlamentu Europejskiego. W ostatnich wyborach udział wzięło 25 proc. uprawnionych, mimo że akceptacja dla Unii Europejskiej stale rośnie i wynosi obecnie ponad 76 proc.

Rozczarowanie społeczeństwa ekipami rządzącymi wynika z uwikłania w niekończące się spory, procesy i rządy „kolesiów” powiązanych z mafią, używających, jak wynika z podsłuchów, rynsztokowego języka. Brak jest działań strukturalnych reform, bezwzględnie potrzebnych dla naprawy chorej Rzeczypospolitej. Winę za tę sytuację ponoszą również archaiczne struktury wyborów według klucza partyjnego. Członkowie partii stanowią jedynie ok. 0,3 proc. społeczeństwa, a obsadzają wszelkie stanowiska kierownicze, odbierając tym samym możliwość

Od redakcji

Dziękując Koledze za list, przekazujemy kilka wyjaśnień.

1. Wielkopolska Izba Lekarska skupia ponad 12 500 lekarzy.
2. Do zadań izby należy prowadzenie rejestru lekarzy, rejestru prywatnych praktyk, kontrolowanie ich, prowadzenie działalności gospodarczej i samopomocowej, szkolenia podyplomowego i całego szeregu innych czynności biurowych. Nie da się tego zrobić bez biurokracji. Co nie znaczy, że nie można jej próbować ograniczyć, ale całkowicie zlikwidować się nie da.
3. Zatrudnieni pracownicy otrzymują wynagrodzenie zgodnie z przepisami. Zgodnie też z nimi nie wolno nam jednak upublicznić ich wysokości.
4. Plany finansowe izby są każdego roku ustalane na zjeździe lekarzy i publikowane w „Biuletynie”.
5. Zorganizowanie przychodni dla naszych lekarzy jest w planach izby. Odzyskanie posiadłości WIL odebranych w 1950 roku powinno ułatwić załatwienie sprawy.

Mamy nadzieję, że inne poruszone przez Kolegę problemy (np. nieetyczne zachowanie lekarzy) sprowokują dyskusję i wypracowanie sposobów zaradzenia im.

REDAKCJA

współrzędzenia bezpartyjnym fachowcom. Dlatego wybory jednomandato-we są warunkiem naprawy struktur rządu.

Wielkopolska Izba Lekarska liczy ok. 9 tys. członków, a zatem więcej niż było lekarzy po wojnie. Wydawać by się więc mogło, że liczebność i zaple-cze finansowe pozwolą na konkretne działanie.

Z wyżej wymienionego powodu proponuję zawołanie nadzwyczajnego zebrania członków w celu przedyskutowania struktur i zasad działania:

1. Omówienie spraw finansowych: szczegółowe podanie liczby pracowników administracyjnych opłacanych z naszych składek; wyszczególnienie zakresu obowiązków każdego z pracowników z podaniem ich pensji plus premii i dodatków.

2. Informowanie o planowanych inwestycjach i wydatkach na każdy rok kalendarzowy.

3. Stworzenie programu oszczędnościowego. Zaoszczędzane sumy można by przeznaczać na powstanie wielo-specjalistycznej, dobrze wyposażonej przychodni w pomieszczeniach izby z przeznaczeniem jej dla lekarzy i ich rodzin oraz np. weteranów AK.

Możliwe byłoby zorganizowanie klubu lekarskiego, biblioteki czy punktu aptecznego *non profit*.

4. Rozpoczęcie uświadamiania społeczeństwa o szkodliwym działaniu różnych znachorów i uzdrowicieli.

5. Jednoznaczne ustosunkowanie się do nieetycznych zachowań lekarzy (np. współpracujących z mafią), ich potępienie, ukaranie, aż do odebrania prawa wykonywania zawodu na zawsze.

JERZY SAMSON-ZAKRZEWSKI

Podyplomowe Studium Koderów i Klasyfikacji Medycznych

Szanowni Państwo, serdecznie zapraszamy do podjęcia nauki na Podyplomowym Studium Koderów i Klasyfikacji Medycznych.

Celem naszego dwusemestralnego Podyplomowego Studium Koderów i Klasyfikacji Medycznych realizowanego przez Zakład Elektroradiologii Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, jest kształcenie nowej grupy pracowników medycznych nazywanych poza granicami naszego kraju „koderami”. Są to przedstawiciele personelu medycznego, których zadaniem jest gromadzenie informacji medycznej, pozwalającej na zgodne z przepisami oraz zasadami sztuki medycznej uzyskiwanie płatności za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej.

Doświadczenia innych państw, w tym Wielkiej Brytanii, gdzie funkcjonuje system rozliczeń Healthcare Resource Group (w Polsce nazywany JGP – Jednordne Grupy Pacjentów), wskazują na konieczność zatrudnienia tego typu personelu. Podyplomowe Studium Koderów i Klasyfikacji Medycznych jest odpowiedzią na potrzebę kształcenia takiej grupy zawodowej w Polsce.

Podyplomowe Studium Koderów i Klasyfikacji Medycznych, kierowane jest przede wszystkim do pracowników zakładów opieki zdrowotnej, stanowiących ogniwo pomiędzy lekarzem udzielającym świadczeń medycznych a instytucją rozliczającą te świadczenia.

Ramowy program Studium:

1. Struktura i funkcjonowanie placówek ochrony zdrowia
2. Organizacja udzielania i rozliczania świadczeń zdrowotnych
3. Występowanie chorób. Zachorowalność
4. Zarys anatomii człowieka z elementami fizjologii
5. Terminologia i klasyfikacje medyczne
6. Wstęp do elektronicznego przetwarzania danych
7. Zarządzanie informacją o stanie zdrowia
8. Kodowanie informacji medycznej (ICD-9CM, ICD10, TISS itp.)
9. Rekord medyczny pacjenta, komunikat XML
10. Rozliczanie leczenia farmakologicznego
11. Systemy rozliczeniowe w ochronie zdrowia
12. Narzędzia informatyczne
13. Podstawy ekonomiczne wyceny czynności medycznych
14. Komunikacja interpersonalna
15. Praktyka kodowania

Informacje podstawowe

Kierownik Studium: prof. UM dr hab. Julian Malicki; Sekretarz Studium: dr n. med. Erwin Strzesak; Czas trwania: rok akademicki 2010–2011, zjazdy w sobotę i niedzielę co 2-3 tygodnie; Koszt Studium: 6000 zł (możliwość wniesienia opłat w systemie ratalnym); Wymagania: minimum wykształcenie wyższe zawodowe – licencjat.

Kontakt: Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, Wydział Nauk o Zdrowiu; Zakład Elektroradiologii; ul. Garbary 15, 61-866 Poznań; Tel. 61-8850-648 lub 61-8850-875; faks 61-8850-801; e-mail: studium@skkm.edu.pl; www.skkm.edu.pl

keratynowa wydostaje się w dużych ilościach

z komórek w mięśniu serca, kiedy osoba jest chora lub ranna. Eksperci z ośrodka badań nad chorobami serca w Osace przez ponad 11 lat monitorowali poziom tego enzymu u 5 tys. kobiet i mężczyzn. Badania wykazały, że wśród osób, które już na początku badania miały podwyższone stężenie kinazy we krwi, prawdopodobieństwo wystąpienia ataku serca w ciągu najbliższej dekady było aż czterokrotnie większe. Badacze mają nadzieję, że ich odkrycie pomoże w opracowaniu metody diagnostycznej wykrywającej osoby z grupy ryzyka.

Szansa na skuteczne leczenie raka

Potencjalny lek przechodzący właśnie testy pod kątem leczenia raka sutka i płuc w badaniach przedklinicznych okazał się skuteczny w hamowaniu rozwoju raka mózgu i prostaty – informują naukowcy z USA na łamach pism *Clinical Cancer Research* oraz *International Journal of Cancer*.

Działanie leku o nazwie imetelstat lub GRN163L badano na razie w hodowli izolowanych komórek ludzkich oraz na gryzoniach. Jak podkreśla dr Jerry Shay z UT Southwestern Medical Center, główny autor prac, wyniki badań są bardzo obiecujące, ponieważ lek atakuje nie tylko skupiska komórek nowotworowych, ale również pojedyncze komórki macierzyste raka, które są w największym stopniu odpowiedzialne za wzrost guzów nowotworowych.

Badanie działania leku na rozwój glejaka, najbardziej złośliwego ze wszystkich nowotworów mózgu występujących u dorosłych, przeprowadzone na myszach wykazało, że GRN163L pokonuje barierę krew–mózg, co jest szczególnie istotne, ponieważ wiele leków nie przedostaje się z krwiobiegu do mózgu, co znacznie utrudnia leczenie guzów ośrodkowego układu nerwowego. Ponadto, jak tłumaczy dr Shay, nowe lekarstwo zaburza działanie ścieżki

PERYSKOP

onet.pl

sygnałowej aktywnej w większości rodzajów nowotworów.

Naukowcy badali telomery – rodzaj zabezpieczających nakładek na końcówki DNA, które określają maksymalną liczbę podziałów komórki. Telomery skracają się podczas każdego z podziałów, a kiedy struktury te osiągną swoją minimalną długość, komórka przestaje się dzielić.

W komórkach raka enzym o nazwie telomeraza odbudowuje skracające się telomery, przez co komórka może dzielić się w nieskończoność – zyskuje nieśmiertelność.

Nowy lek hamuje działanie telomerazy. Obecnie jest już badany klinicznie pod kątem leczenia raka sutki i płuc oraz przewlekłej białaczki limfocytarnej. W pracy dotyczącej działania nowego leku na glejaka wykazano, że imetelstat blokuje działanie telomerazy w izolowanych komórkach macierzystych raka, często zabijając je. Połączenie imetelstatu z radioterapią podnosi jego skuteczność. Naukowcy wszczepili też myszom ludzkie komórki macierzyste i zaobserwowali, że lek dociera do mózgu oraz blokuje aktywność telomerazy w tkance nerwowej. Podczas badania raka prostaty naukowcy wyizolowali komórki macierzyste raka z guza prostaty i stwierdzili, że imetelstat hamuje aktywność telomerazy, co powoduje znaczące skracanie się telomerów.

Odporna na leki odmiana gruźlicy

Portal Yahoo przytacza depeszę agencji AP na temat odkrytego w Stanach Zjednoczonych przypadku opornej na leczenie gruźlicy. Przez pewien czas lekarze starali się unikać rozgłosu wokół tego przypadku. Pacjent przeżył, ale jak donosi AP, lekarze mieli do czynienia z czymś, czego obawiali się od lat: pierwszym przypadkiem zaraźliwej, agresywnej i szczególnie opornej na leki gruźlicy.

19-letni Oswaldo Juarez zdołał przeżyć, choć jego przypadek to tzw. skrajnie odporna na leki gruźlica (XXDR), której nigdy wcześniej nie odnotowano w Stanach Zjednoczonych. Juarez leczony był przez dwa lata i trzy miesiące, zanim w dobrym

Wspomnienie

Zbigniew Bartkowiak (1924–2010)



Ciężko napisać wspomnienie o kimś, kto zamieścił w tej rubryce tyle swoich tekstów. Niejeden przepisałam na komputerze, bo zawsze pisał ręcznie, trudnym do odczytania pismem. Zawsze kogoś prosił o przepisanie swoich tekstów – i wspomnień, i artykułów, które w różnych pismach zamieszczał.

Pisał, aby ocalić od zapomnienia, aby przywrócić pamięć lekarek i lekarzy, z którymi pracował, studiował, zetknął się w życiu. Tych znajomych miał wielu, utrzymywał mnóstwo kontaktów. Pamiętam, jak wiele lat temu, jeszcze jako dziecko, zdziwiłam się, że ma specjalną pieczętkę z tekstem życzeń świątecznych – ale przecież wysyłał ponad setkę kartek...

Towarzyszył w ostatniej drodze większości swoich koleżanek i kolegów z roku, śmialiśmy się w rodzinie, że lubi wygłaszać mowy nad grobem. On z kolei się śmiał, że doprowadził już tę sztukę do perfekcji. Zbierał dane o wszystkich absolwentach ze swojego roku, żartował, że ma rejestr żywych i umarłych. To on był głównym organizatorem zjazdu absolwentów swojego rocznika (1951) – 50 lat po

Mowa pożegnalna wygłoszona przez dr. Macieja Dziedziuchowicza

Wielebny Księżę Prałacie,
Szanowni Uczestnicy ceremonii pogrzebowej,

w imieniu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej przypadła mi w udziale smutna i bolesna powinność ostatniego pożegnania śp. dr. med. Zbigniewa Bartkowiaka, seniora naszej korporacji.

Doktor Bartkowiak był cenionym i szanowanym działaczem Izby Lekarskiej. W uprzednich kadencjach Okręgowej Rady Lekarskiej był jej członkiem, aktywnie uczestniczył w pracach wielu naszych komisji problemowych, zajmował się zagadnieniami etyki lekarskiej, relacjami pomiędzy lekarzem i pacjentem, prowadził działania na rzecz lekarzy emerytów, był autorem szeregu publikacji w *Biuletynie Wielkopolskiej Izby Lekarskiej*.

Działał równocześnie w wielu wielkopolskich stowarzyszeniach społecznych, m.in. propagował zwalczanie nałogu palenia papierosów.

Swym przykładem wcielał w życie maksymę, o której w swych publikacjach często wspominał, iż szacunek, uznanie, autorytet, pozycję społeczną buduje się własną pracą, postawą i godnym zachowaniem. Był dla nas wzorem, miał dar integrowania lekarzy wielu pokoleń. Był organizatorem spotkań koleżanek i kolegów ze swego roku ukończenia studiów.

We wszystkich gremiach, w których działał, cieszył się wielkim szacunkiem i autorytetem.

Wyróżniony został przez naszą korporację „Medalem Honorowym Wielkopolskiej Izby Lekarskiej” oraz odznaczeniem „Zasłużony dla Wielkopolskiej Izby Lekarskiej”.

Żegnamy człowieka szlachetnego, o nieprzeciętnej skromności, lekarza o wysokiej etyce zawodowej, ofiarnego i w pełni zaangażowanego w pracę na rzecz chorych i społeczeństwa.

Trudno się z tym pogodzić, że odszedł z naszego grona na zawsze. Będzie bardzo brakowało nam Jego osobowości. Jego śmierć spowodowała uczucie ogromnego żalu, bolesną pustkę i świadomość niepowetowanej straty.

Rodzinie śp. Zmarłego w imieniu Izby Lekarskiej składam wyrazy współczucia, łącząc się ze wszystkimi pogrążonymi w smutku.

dyplocie. On *de facto* zredagował książkę *My o sobie* – biogramy wszystkich lekarzy, którzy w 1951 roku ukończyli poznańską medycynę.

Sam o sobie w tej książce napisał, że w życiu kierował się czerwono krzyżową zasadą: Człowiek jest tyle wart, ile jest użyteczny dla innych. Tak starał się żyć. Nie zrobił kariery naukowej, choć mógł, ale wolał pozostać wierny swoim przekonaniom i nie zapisywać się do partii. W tamtych czasach zresztą ciążyło na nim „złe”, burżuazyjne pochodzenie. Mało o tym mówił, tak jakby nie chciał do tego wracać. Odnalazł swoją drogę w działalności pozarządowej. Pochłaniała go tak samo, a może czasem bardziej niż praca. Słynne „osiemnaście funkcji społecznych”, o których nam ciągle mówił. Nie potrafię ich zliczyć, bo rzadko wymieniał je wszystkie. Ale był Polski Czerwony Krzyż, w który zaangażował mnóstwo czasu i energii, skupiając się na propagowaniu krwiodawstwa – sam zresztą przez lata honorowo oddawał krew. Były różne towarzystwa lekarskie, wspomnę choćby o Polskim Towarzystwie Pediatrycznym czy Polskim Towarzystwie Higieny Psychicznej. Były też inne, takie jak Towarzystwo Miłośników Wilna i Ziemi Wileńskiej czy Towarzystwo Przyjaźni Polsko-Holenderskiej. Wszędzie był aktywny, a w każdą działalność wkładał serce.

Całe życie pomagał ludziom. Nieraz mieliśmy do niego żal, że mało czasu poświęca rodzinie, że wieczerza wigilijna zawsze jest spóźniona, bo najpierw zawsze musiał zjeść z samotnymi podopiecznymi Klubu Inteligencji Katolickiej. Wspierał misjonarzy, a zwłaszcza swojego szkolnego kolegę o. Mariana Żelazka.

Wszędzie było go pełno. Wszędzie się udzielał. Sporo jeździł, zawsze chodził z dwiema wypchanymi dokumentami torbami. Nie dbał o zdrowie. Po udarze, który przeszedł niecałe pięć lat temu, już nie wrócił do dawnej sprawności i aktywności. Cały czas jednak utrzymywał kontakt ze starymi znajomymi.

Tylko kto teraz będzie przechowywać pamięć o roczniku 1951 poznańskiej AM?

MAŁGORZATA LAMPERSKA
WNUCZKA

Z głębokim żalem i smutkiem
przyjęliśmy wiadomość o śmierci naszego Kolegi

ś. †p.

dr. n. med. Zbigniewa Bartkowiaka

aktywnego działacza Wielkopolskiej Izby Lekarskiej,
wyróżnionego przez naszą korporację
Medalem Honorowym Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
oraz odznaczeniem „Zasłużony dla Wielkopolskiej Izby Lekarskiej”.

Żegnamy ogromnego społecznika,
człowieka prawego i szlachetnego o wielkiej skromności osobistej,
lekarza z powołania o wysokiej etyce zawodowej.

Rodzinie śp. Zmarłego wyrazi głębokiego współczucia łącząc się
ze wszystkimi pogrążonymi w smutku

składają
koleżanki i koledzy z Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
oraz pracownicy Biura WIL

PERYSKOP

stanie zdołano go wysłać do sanatorium. Wiele chorób mutuje w zdumiewającym tempie, mimo że 40 lat temu wiele z nich uznano za opanowane. Gruźlica, malaria, HIV stają się problemem, który migruje poprzez granice. Ich oporność na leczenie jest dziełem człowieka: nadmierne lub niewłaściwe, nienadzorowane przez lekarzy (zwłaszcza w biednych krajach) używanie leków, wreszcie przenikanie na rynek podróbek leków właściwych, powodują powstawanie nowych, szalenie niebezpiecznych odmian chorób zakaźnych. – *Oporna na leki gruźlica to bomba zegarowa* – powiedział AP szef Krajowego Centrum Badań nad Gruźlicą w San Francisco, Masae Kawamura. Chorobą można zarazić się od kogoś, kto kaszle lub kicha; gruźlica może też się rozwinąć jako następstwo niewłaściwego leczenia. – *Obserwujemy właśnie globalny problem* – mówi dr Lee Reichman, ekspert z Instytutu Gruźlicy New Jersey Medical School. – *To nie jest problem zagraniczny. Chorych nie da się trzymać na zewnątrz. Czas, by ludzie zdali sobie z tego sprawę.* Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) postanowiła zwrócić uwagę świata na tę zmutowaną formę gruźlicy. W kwietniu zeszłego roku w Pekinie zorganizowała konferencję na ten temat. Wnioski były niepokojące: choroba jest już na wszystkich kontynentach i rozprzestrzenia się bardzo szybko.

Nowy lek na raka odkryto w... grzybach

Zespół naukowców z University of Nottingham odkrył, że substancja występująca w grzybach, zwana cordycepinem, hamuje rozwój komórek rakowych. Naukowcy sądzą, że ich odkrycie może przyczynić się do skuteczniejszego leczenia chorób nowotworowych – podaje serwis internetowy BBC News.

Rzadki rodzaj pasożytniczych grzybów zawierających cordycepin rozwija się na gąsienicach i jest powszechnie stosowany w medycynie chińskiej. Naukowcy zaobserwowali dwa rodzaje działania cordycepiny na komórki rakowe – niewielka

Konferencja „W trosce o zdrowie publiczne – służby sanitarno-epidemiologiczne w Wielkopolsce – tradycja i współczesność 1919-2009 r.”

Sanitarny jubileusz

25 listopada 2009 r. w Centrum Kongresowo-Konferencyjnym Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (UMP) odbyła się konferencja „W trosce o zdrowie publiczne – służby sanitarno-epidemiologiczne w Wielkopolsce – tradycja i współczesność 1919-2009 r.”, poświęcona jubileuszowi 90-lecia działalności służb sanitarno-epidemiologicznych w Wielkopolsce i 55-lecia Państwowej Inspekcji Sanitarnej w Wielkopolsce.

Państwowa Inspekcja Sanitarna (PIS, zwyczajowa nazwa: „sanepid”), w której pracuje w wielu lekarzy, jest wyspecjalizowaną instytucją wykonującą zadania z zakresu zdrowia publicznego, poprzez sprawowanie kontroli i nadzoru nad warunkami higieny w różnych dziedzinach życia. Gromadzi również dane epidemiologiczne dotyczące niektórych chorób oraz wydaje decyzje dotyczące chorób zawodowych. Jej historia datuje się od stycznia 1919 r., kiedy to tuż po odzyskaniu niepodległości naczelnik państwa Józef Piłsudski powołał dekretem Ministerstwo Zdrowia Publicznego, do którego działań zgodnie z zasadniczą ustawą sanitarną z 19 lipca 1919 r. należało m.in. zwalczanie chorób zakaźnych ostrych i przewlekłych.

Organizatorami spotkania byli Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Poznaniu, Oddział Poznański Polskiego Towarzystwa Higienicznego oraz Zakład Higieny Katedry Medycyny Społecznej UMP. Przybyło na nie około 300 osób. Zgromadzonych powitał dr n. med. Andrzej Trybusz, państwowy wojewódzki inspektor sanitarny w Poznaniu. Po wystąpieniach gości wojewoda wielkopolski Piotr Florek wręczył zasłużonemu pracownikowi Państwowej Inspekcji Sanitarnej z Wielkopolski odznaczenie „Za Zasługi dla Ochrony Zdrowia”. Natomiast dr n. med. Andrzej Trybusz otrzymał pamiątkowy medal wybity z okazji jubileuszu 110-lecia Polskiego Towarzystwa Higienicznego – podziękowanie za wieloletnią współpracę z tym towarzystwem; wręczyli go wiceprezes PTH Jerzy T. Marcinkowski i członek

Prezydium ZG PTH dr n. biol. Aneta Klimberg.

W części naukowej konferencji pierwszy referat wygłosił prof. dr hab. med. Jacek Wysocki – „Szczepienia jako narzędzie zdrowia publicznego”. Pokazał obraz, który w 1556 r. namalował Pieter Bruegel (starszy) – „Tryumf śmierci”, nawiązujący do epidemii dżumy w 1347 r., kiedy to wymarła jedna czwarta mieszkańców Europy. W tym kontekście liczba zgonów z powodu pandemii świńskiej grypy

nie przedstawieniem kolorowego drzeworytu Jamesa Westa z 1803 r., na którym lekarze składają epidemii podziękowania za dodatkowe zyski.

Doktr. n. hum. Andrzej Zarzycki w referacie „Na zdrowie. Od morowego powietrza do Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Poznaniu”, przypomniał, że już w 1598 r. Zachariasz Barth wydał w Poznaniu książkę „O epidemii”. Duże poruszenie słuchaczy wywołały fakty dotyczące przeciętnego trwania życia w latach 1253–1793. W tym czasie przed 30. rokiem życia umierało wówczas aż 70 proc. chłopów, rzemieślników, biedoty i drobnej szlachty. Wiek od 30 do 50 lat osiągało zaledwie 25 proc. populacji, zaś próg starości, czyli 60 lat, przekraczało tylko 6 proc. Przypomniana została historia Królewskiego Instytutu Higieny z czasów zaboru pruskie-

Historia Państwowej Inspekcji Sanitarnej datuje się

od stycznia 1919 r., kiedy to tuż po odzyskaniu

niepodległości naczelnik państwa Józef Piłsudski

powołał dekretem Ministerstwo Zdrowia Publicznego

jest naprawdę mała! Następnie omówił historię szczepień przeciwko ospie prawdziwej aż do 9 grudnia 1979 r., kiedy WHO certyfikowała eradykację ospy prawdziwej, progresję eradykacji *poliomyelitis*, zmniejszanie zapadalności na wirusowe zapalenie wątroby typu B w Polsce, obniżanie się śmiertelności w chorobach zakaźnych w USA wskutek wprowadzenia szczepień ochronnych. Kolejna ważna kwestia to zakażenie wirusami ROTA (epidemiologia, infekcje ROTA jako zakażenia szpitalne, zapobieganie, szczepienia ochronne i bezpieczeństwo szczepionek). Na końcu zostały omówione szczepienia przeciwko krztuścowi. Wykład został zakończony dowcip-

go, a następnie historia Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Poznaniu.

Doktor n. med. Andrzej Trybusz w referacie „Państwowa Inspekcja Sanitarna w województwie wielkopolskim – współczesność” przedstawił misję i zadania PIS, strukturę organizacyjną i potencjał PIS w województwie wielkopolskim wraz z sytuacją epidemiologiczną i stanem sanitarnym w ostatnich latach oraz kierunki dalszych działań PIS. Nastąpił bardzo dynamiczny rozwój informatyzacji, laboratoria uzyskują wiele akredytacji, rozwinęła się nowoczesna diagnostyka laboratoryjna grypy.

Profesor UM dr hab. med. Halina Batura Gabryel przedstawiła „Cywili-



Wojewoda Piotr Florek



Rektor UMP prof. Jacek Wysocki



Profesor Jerzy T. Marcinkowski

zacyjne choroby układu oddechowego”, rozpoczynając od faktu, że pięć najczęstszych chorób płuc jest przyczyną aż 17,4 proc. zgonów (według WHO); są to zapalenie płuc, przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP), gruźlica, rak płuca i astma. Najważniejszym czynnikiem ryzyka wystąpienia chorób płuc jest palenie tytoniu, a walka z „epidemią” nikotynizmu stała się priorytetem WHO. Na świecie tytoń pali 1,1 mld osób i ta liczba, niestety, się zwiększa, gdyż szacunkowo do roku 2025 (według raportu Banku Światowego) wzrośnie do 1,6 mld. Poruszenie wśród słuchaczy wzbudziła uwaga, że aż 90 proc. nowych palaczy zaczyna jako nastolatki – i dla wielu z nich będzie to przyczyną ich śmierci. Przy tym prawdopodobieństwo, że paląca młodzież

pije alkohol jest trzy razy większe niż u niepalącej młodzieży, palenie marihuany – osiem razy większe, zażywanie kokainy – aż 22 razy większe. Ważnym problemem społecznym jest narażenie dzieci na bierne palenie tytoniu, co znacznie zwiększa ryzyko wystąpienia astmy, zapaleń płuc i zapaleń oskrzeli. Kolejne interesujące fakty to przyczyny globalnego zagrożenia gruźlicą: zewnętrzne, globalne (migracja polityczna i ekonomiczna z krajów ubogich o dużym zagrążeniu, szerzenie się pandemii HIV, rozwój masowej turystyki) i wewnętrzne, krajowe (lekceważenie zagrożenia gruźlicą w krajach o niskich wskaźnikach zapadalności i umieralności, demontaż zdrowotnej infrastruktury organizacyjnej w krajach po przemianach ustrojowych – Europa Środkowo-

Wschodnia, Rosja, brak pieniędzy, zła organizacja oraz brak dostępu do służby zdrowia i do leków w krajach ubogich).

Doktor n. med. Dorota Klimaszuk wygłosiła referat „Ratownictwo i medycyna katastrof w zagrożeniach środowiskowych”, a prof. Jerzy T. Marcinkowski „Profilaktyka – ciągle niedocenione ogniwo w systemie opieki zdrowotnej w Polsce”, w którym m.in. wspomniął o tezach rozprawy doktorskiej pisanej pod jego kierunkiem przez lek. med. Beatę Ziemska – kierownika Przychodni Medycyny Pracy NZOZ UMP. Praca ta („Stan zdrowia pracowników Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu”) wzbudzi zapewne duże zainteresowanie pracowników UMP.

Jerzy T. Marcinkowski



Dawka mediów

Dziesiątki, setki, tysiące informacji. Docierają do nas różnymi drogami. Coraz szybciej, przez całą dobę. Informacje zwyczajne, ważne i bardzo ważne. Fascynujące, nadzwyczajne, sensacyjne. Głównym składnikiem *Dawki mediów* są fragmenty informacji rzeczowych.

Za i przeciw

Spór o szczepienia trwa i nic nie wskazuje na to, aby miał się zakończyć. Zwolennicy i przeciwnicy masowych szczepień choć stoją po przeciwnych stronach barykady, deklarują, że dla nich najważniejsze jest dobro człowieka. W gąszczu docierających zewsząd informacji na temat szczepionek trudno się odnaleźć. Czy warto się szczepić?

Szczepienia – dla jednych dobrodziejstwo, dla innych przekleństwo. Czym się kierować, wsłuchując się w argumenty za i przeciw? Które informacje uznać za wiarygodne? Opinie Polaków na ten temat są bardzo podzielone. Wielu z nas uważa, że szczepienia to konieczność i po pierwszych informacjach o nasileniu zarażeń grypą biegnie do apteki i lekarza. Inni szczepień unikają, twierdząc, że przynoszą więcej szkody niż pożytku, a nacisk, by przyjmować szczepionki, ma swoje źródło w działaniach marketingowych firm farmaceutycznych.

RADIO MERKURY POZNAŃ

Co zrobić?

Włoski minister zdrowia Ferruccio Fazio oznajmił, że jego resort zastanawia się, co zrobić z 19 mln niewykorzystanych szczepionek przeciwko A/H1N1. Akcja masowych szczepień poniosła fiasko: zaszczepiło się około 800 tys. osób. Kupiono zaś 24 mln ampułek za 184 mln euro. Wcześniej włoski resort zdrowia postanowił podarować Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) 10 proc. zapasów z przeznaczeniem dla krajów najbardziej potrzebujących. Minister Fazio wyjaśnił, że specjalny sztab kryzysowy zastanawia się, co zrobić z 9 mln szczepionek dostarczonych do poszczególnych regionów i z 10 mln dawek, za które już zapłacono, a nie dotarły one jeszcze do Włoch od szwajcarskiego producenta.

WWW.NEWSWEEK.PL

Jak żaden w Europie

Żaden ośrodek w Europie nie ma tak nowoczesnych urządzeń do dializ, jakie od lipca zaczną być wykorzystywane w Poznaniu. Światowa premiera aparatury odbyła się kilkanaście dni temu w Sztokholmie, a Wielkopolanie będą pierwszymi pacjentami, którzy sprawdzą tę supertechnologię. Innowacyjność tych aparatów polega na lepszym oczyszczeniu krwi ze związków toksycznych. Pacjent, który będzie dializowany nawet przez kilkanaście lat, uniknie skutków ubocznych, jakie wywołuje dializa standardowa – informuje Jacek Dembiński, specjalista ds. wdrożeń Fresenius Medical Care Polska.

Nowoczesne sztuczne nerki staną w POSUM przy Alejach Solidarności. Chory z niewydolnością nerek dializowany jest

co drugi dzień. To ratuje życie, ale ma też niepożądane działania uboczne. Chorzy nabawiają się nowych, często poważnych schorzeń, m.in. układu krążenia. Najnowsze urządzenia oszczędzą im takich powikłań. Pacjenci rzadziej będą zapadać na choroby metaboliczne, a ich serce będzie lepiej chronione. Lepsza kondycja oznacza dla chorych większe szanse na przeszczep nerki.

Na świecie i w Polsce systematycznie rośnie liczba dializowanych, ponieważ przybywa ludzi z przewlekłą niewydolnością nerek. Głównymi przyczynami tego ciężkiego schorzenia, na które nie wymyślono niczego lepszego od dializy i przeszczepu nerki, jest cukrzyca i wysokie ciśnienie krwi. Mogą je również wywołać inne choroby – miażdżyca, zakażenia, kamica nerkowa, wrodzone anomalie dróg moczowych. W Polsce stale dializuje się 15 tys. osób.

DANUTA PAWLICKA
„POLSKA. GŁOS WIELKOPOLSKI”

Plan jest taki...

Stał się cud i niemożliwe okazało się możliwe. Niepubliczna spółka chce rozwiązać trwający od kilku lat problem braku doraźnej pomocy okulistycznej dla dzieci w Poznaniu. – *Intermedica to świetne wyposażenie i duże doświadczenie* – zachwalał Jacek Profaska, dyrektor szpitala dla dzieci przy ul. Krysiewicza, referując podczas obrad Komisji Zdrowia sejmiku plan wicemarszałek Krystyny Pośledniej, odpowiedzialnej za ochronę zdrowia. Profaska dodał, że spółka nie podpisała jeszcze umowy z NFZ, a nawet nie złożyła oferty w ogłoszonym przez Fundusz konkursie tylko z powodu formalnych przeszkód, które niebawem ma nadzieję rozwiązać.

Plan jest taki: Intermedica będzie pełnić całodobowe dyżury dla dzieci nagle wymagających pomocy okulistycznej lub operacji. Lekarz dyżurny przyjmować będzie w siedzibie Intermediki przy ul. Baraniaka, ale operacje odbywać się będą w szpitalu przy ul. Krysiewicza, gdzie pacjent pojedzie w razie potrzeby razem z okulistą.

Pomysł zorganizowania doraźnej pomocy okulistycznej dla dzieci przez niepubliczną spółkę pozytywnie zaopiniowała Komisja Zdrowia sejmiku. By jednak móc ten plan zrealizować, Intermedica musi złożyć ofertę i podpisać kontrakt z NFZ. Do tego wymagana jest zmiana w rejestrze wojewody – trzeba wykreślić okulistykę dziecięcą z zakresu działania szpitala przy ul. Krysiewicza i wpisać ją w zakres świadczeń Intermediki. A że urzędnicy wojewody mają swoje procedury i terminy, sprawa trochę się ślimaczy.

Temat okulistyki dziecięcej na komisji pojawił się w ostatniej chwili. To efekt awantury, jaka rozpetęła się po tekście „Gazety”. Tym razem lekarze ze szpitala wojskowego nie potrafili pomóc dwuletniemu Stasiowi. Rodzice musieli zawieźć chłopca aż do kliniki w Bydgoszczy. Teoretycznie w takich sytuacjach pomocy dzieciom udzielać mają szpitale dla dorosłych, ale jeśli potrzebny jest zabieg, dzieci są odsyłane, bo anestezjologowie „od dorosłych” boją się znieczulać maluchy.

MARIA BIELICKA
„GAZETA WYBORCZA”

Andrzej Piechocki

Pacjent z e-kartą

Chorą służbę zdrowia uzdrowi e-rewolucja. Już za cztery lata znikną kolejki do lekarzy, a z systemu przestaną wyciekać miliardy złotych – zapowiada rząd. Czy to się uda? – docieka „Gazeta Wyborcza”.

Polska służba zdrowia ciągnie się w ogonie Europy. W najnowszym rankingu Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia zajęliśmy dopiero 26. miejsce wśród 33 badanych krajów. Przed nami jest nawet Macedonia. Kuleje wszystko: mamy najdłuższe w Europie kolejki, słabo respektowane są prawa pacjentów. Rząd przygotowuje jednak e-rewolucję, która w 2013 r. uzdrowi służbę zdrowia.

Nowy system ma działać tak: pacjent przychodzi do lekarza z dowodem osobistym, w którym zaszyty jest podpis elektroniczny (takie dokumenty będą wydawane od 1 stycznia 2011 roku). Lekarz na tej podstawie otwiera w komputerze e-kartę pacjenta, w której zapisuje diagnozę i informację, jakie leki przepisał. Aptekarz też elektronicznie odczytuje e-receptę i wydaje lekarstwa. Wreszcie zniknie też tak zniechętany problem nieczytelnych recept – pociesza gazeta.

Poza wygodą pacjenta, e-rewolucja da olbrzymie oszczędności, bo uszczelni system. Gdy w zeszłym roku eksperci wyliczali oszczędności, jakie może dać informatyzacja służby zdrowia, mówili o 4 mld zł rocznie. – *Tymczasem koszty informatyzacji służby zdrowia to 800 mln zł, z czego 85 proc. funduszy to środki unijne* – mówi „GW” wiceminister MSWiA Witold Drożdż, odpowiedzialny za wdrażanie e-administracji. Przekonuje, że może się to zwrócić już w pierwszym roku działania systemu e-zdrowia.

PAP, WWW.RP.PL

Ostrożni w ocenie

Czy chirurdzy, a nie neurologi, będą leczyć stwardnienie rozsiane, chorobę nieuleczalną i wyniszczającą? Wielkopolscy specjaliści są ostrożni w ocenie nowej metody i nie popadają w hurraoptyzm. Jednak Wielkopolanie już poddają się takiemu eksperymentalnemu leczeniu. Stosują je dwaj lekarze: dr med. Tomasz Ludyga, chirurg naczyniowy, oraz dr med. Marian Simka, flebolog w Klinice Chirurgii Naczyniowej EuroMedic w Katowicach.

W terapii wykorzystują oni technologię medycyną, która od lat pomaga pacjentom z miażdżycą tętnic. Różnica polega na tym, że kardiolog „rozpycha” tętnice zaopatrujące serce w krew, a oni poszerzają naczynia szyjne żyły odprowadzające krew z mózgu. Twórcą rewolucyjnego zwrotu w podejściu do SM jest włoski neurolog, prof. Paolo Zamboni, który tę chorobę nazywa po prostu „chorobą naczyniową”.

Opierając się na wcześniejszych spostrzeżeniach austriackiego lekarza, który zauważył u tych chorych nieprawidłowości w budowie żył szyjnych, profesor sam zaczął je badać. I wtedy dostrzegł, że u każdego z pacjentów te naczynia są patologicznie zwężone i zdeformowane – opowiada dr Ludyga. Takie nieprawidłowości włoski badacz wykrył u 500 chorych! Profesor sięgnął do balonikowania i wszczepiania stentów, które udrażniały i poprawiały przepustowość naczyń szyjnych.

Katowiccy specjaliści, którzy na bieżąco konsultują się z prof. Paolo Zambonim, robią dokładnie to samo, co on. I wyniki mają podobne. Pacjenci, którzy docierają do ich kliniki, kwalifikowani są do zabiegu wtedy, gdy potwierdzi się patologię żył.

W całej Polsce na stwardnienie rozsiane cierpi ok. 60 tys. osób, z czego szacuje się, że kilka tysięcy może być w Wielkopolsce.

DANUTA PAWLICKA
„POLSKA. GŁOS WIELKOPOLSKI”

Wiek psychiczny

Tylko co piąta osoba ma psychicznie tyle lat, ile wynika z metryki. Reszta z nas czuje się młodziej, albo jest dojrzała ponad wiek. Zbyt duża różnica między duszą i ciałem może jednak utrudniać życie. Dojrzała kobieta, zachowująca się jak mała dziewczynka. Młody mężczyzna, który niesie na plecach ciężar odpowiedzialności za cały świat. Ludzie, których wiek metrykalny nie zgadza się z psychicznym, często męczą się w zbyt starej lub zbyt młodej skórze. Nawet jeśli wieczny Piotruś Pan czuje się z tym dobrze, może być uciążliwy dla otoczenia.

Renee Ross, nowozelandzka psychiatra, od 12 lat prowadzi badania nad wiekiem psychicznym. Przebadała ponad 5 tys. osób i stwierdziła, że tylko co piąta z nich ma psychicznie tyle lat, ile wynika z metryki. 38 proc. ma psychikę młodszą niż ciało, a 55 proc. starszą. – *W określaniu wieku psychicznego bierze się pod uwagę takie sprawy, jak odpowiedzialność, kontakty z innymi ludźmi, zdolność do spontanicznego działania* – pisze R. Ross. – *Z początku wydawało mi się, że ta dysproporcja nie ma praktycznego znaczenia. Kiedy jednak zaczęłam badać satysfakcję życiową osób, biorących udział w ankietach, okazało się, że ci, którzy czują się na dokładnie tyle lat, ile mają zgodnie z metryką, są znacznie szczęśliwsi i mniej znerwicowani. Okazuje się, że im większa różnica między wiekiem psychicznym a rzeczywistym, tym więcej potencjalnych zaburzeń.*

Dorośli, którzy nigdy nie byli beztroskimi dziećmi, nie potrafią się poddać nastrojowi chwili, np. uprawiając seks, co rujnuje ich kontakty z kolejnymi partnerami. Próbuje wszystko kontrolować. – *Dla takich osób rozwiązaniem może być spontaniczność i dobra zabawa, podawana w dawkach homeopatycznych* – twierdzi Ute Muller, niemiecka psycho-terapeutka.

Syndrom Piotrusia Pana dotyka z roku na rok coraz więcej osób, większość z nich stanowią mężczyźni. Zazwyczaj to ci, którzy często stwierdzają: „Jestem za młody na...”. Jak twierdzi Dan Kiley, autor książki „Syndrom Piotrusia Pana”, większość z nich to synowie nadopiekuńczych matek. Ich wiek psychiczny wynosi mniej więcej 18 lat, nawet gdy w rzeczywistości mają 50. Wśród kobiet syndrom „wiecznej dziewczynki” występuje rzadziej. Dotknięte nim kobiety można rozpoznać po niechęci do stałych związków, pracy i posiadania dzieci.

WWW.ONET.PL

Świętej pamięci dr med. Marlena Knapczyk 1965–2009



Choć do tej śmierci przygotowywaliśmy się w ostatnich miesiącach – w obliczu ciężkiej choroby nowotworowej Marleny – grono przyjaciół i znajomych przeżyło ją bardzo głęboko.

W ostatnich latach Marlena znana była szerzej w środowisku Izby Lekarskiej jako przewodnicząca jej Komisji Rewizyjnej. W trakcie dwudziestu lat zawodowej pracy lekarskiej dała się jednak poznać jako specjalista rehabilitacji i neurolog, pochylający się nad szczególnie trudnymi pacjentami, w tym nad dziećmi ze schorzeniami neurologicznymi wymagającymi pieczołowitej rehabilitacji.

Urodzona w Koninie, znana z działalności studenckiej w – początkowo utajnionym Niezależnym Zrzeszeniu Studentów. Zawodowo związana z Kliniką Rehabilitacji oraz licznymi działaniami podejmowanymi samodzielnie i ze znajomymi w ramach jednostek niepublicznych. W ostatnich latach współtworzyła Oddział Rehabilitacji w Szpitalu Bonifratrów w Piaskach koło Gostynia, koordynowała dział rehabilitacji w budynku przy ul. Serbskiej w Poznaniu, a także pomagała pacjentom w Hospicjum Palium Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego.

Zawsze pełna inwencji i aktywna. Uczestniczyła w wielu dziełach. Radosna i otoczona przyjaciółmi, mimo nie najbardziej spokojnego charakteru i wielu emocji, które nieraz wzbudzała. Nade wszystko jednak pełna dobroci i bezinteresownego błysku lekarskiego posłannictwa, podejmowanego szczególnie wobec wielu, którymi nie chcieli lub nie umieli zaopiekować się inni. Nie można pominąć też rysu szczególnej wrażliwości i zawierzenia.

W gronie przyjaciół – w dużej części lekarzy – staraliśmy się w bezpośredniej bliskości próbować przekraczać samotność nieuleczalnej choroby nowotworowej swą obecnością w ostatnich dniach życia. Czas dziesięciu miesięcy jej choroby stał się dla nas szczególnym wyzwaniem: błogosławnym doświadczeniem dotykania tego, co w życiu istotne.

Marlena pozostawiła szczególne ślady swojego życia, które świadczą o jej wrażliwości i spełnieniu się – mimo śmierci w tak młodym wieku.

SZCZEPAN COFTA



Wspomnienie o Teresie Budner

Urodziła się w 1929 r. w Poznaniu. Przed wojną rozpoczęła naukę w szkole Sióstr Urszulanek. W czasie wojny, mając 14 lat, została z matką aresztowana i uwięziona w obozie karnym w Żabikowie za udział w rozmowie krytykującej władzę okupacyjną.

W 1946 r. podjęła naukę w Gimnazjum Jana Kantego. Po zdaniu matury, w latach 1946–1953 studiowała na Uniwersytecie Poznańskim i byłej Akademii Medycznej.

W 1952 r. zawarła związek małżeński.

Po zakończeniu studiów otrzymała przez władze uczelni nakaz podjęcia pracy w Przychodni Lekarskiej i Ośrodku Zdrowia PKP w Świdwinie na Pomorzu Zachodnim. W 1954 r. mąż po ukończeniu studiów podjął pracę w Akademii Medycznej w Poznaniu i wskutek tej okoliczności Ministerstwo Zdrowia anulowało nakaz dalszego obowiązku pracy w Świdwinie.

W 1955 r. powróciła do Poznania i po niedługim oczekiwaniu rozpoczęła pracę w nowocześnie urządzonej gabinecie stomatologicznej Poznańskiej Fabryki Maszyn Żniwnych. Wyniki całego zakresu pracy stomatologicznej wielokrotnie były wzorowo oceniane przez nadzór specjalistyczny. Pracę swoją lubiła. Była szanowana przez pacjentów, jak i tych nieznanymi, których spotykała w życiu codziennym.

Za wzorową pracę otrzymywała odznaczenia i dyplomy uznania. W 1987 r. zakończyła ostatni etap pracy, który trwał 32 lata.

Z nieuleczalną chorobą zmagająca się kilka tygodni. Do końca, mimo ciężaru cierpienia, pozostała wyrozumiała i pogodna.

Zmarła 30 sierpnia 2009 r.

Żegnamy Ciebie, Tereso, pozostaniesz na zawsze w naszej pamięci.

DR MED. STANISŁAW BUDNER



TU INTER Polska S.A., Oddział w Poznaniu
Al. Niepodległości 2, 61-874 Poznań
Tel. (061) 856 71 80 do 81
interpolska@interpolska.pl
<http://www.interpolska.pl>

Szanowni Państwo Członkowie Wielkopolskiej Izby Lekarskiej,

Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. od wielu lat jest partnerem ubezpieczeniowym środowisk medycznych współpracując na wielu płaszczyznach z Okręgowymi Izbami Lekarskimi.

Dzisiaj – odpowiadając na potrzeby środowiska lekarskiego – chcielibyśmy zaproponować Państwu **nowatorskie rozwiązanie w zakresie profilaktyki ekspozycyjnej. Inter Ochrona HIV/WZW jest pierwszym i jedynym produktem ubezpieczeniowym chroniącym w tak szerokim zakresie przed skutkami ekspozycji na materiał zakaźny podczas wykonywania czynności medycznych.**

Inter Ochrona HIV/WZW jest skierowany do wszystkich osób pracujących w branży medycznej: lekarzy, lekarzy dentyistów, pielęgniarek i położnych, ratowników medycznych, a także do osób wykonujących w placówkach służby zdrowia czynności pomocnicze (np. rehabilitacja i pielęgnacja pacjentów, opieka nad nimi (np. w ramach wolontariatu) czy utrzymywanie czystości w zakładach opieki zdrowotnej). Ochrona ubezpieczeniowa polega na refundacji kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego na badania w kierunku obecności wirusów HIV lub WZW, kurację antyretrowirusową oraz na wypłacie jednorazowego świadczenia w przypadku zakażenia wirusami HIV lub WZW. Ochronę można także rozszerzyć o ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków.

Inter Ochrona HIV/WZW występuje w dwóch wariantach: Wariant A zapewnia ochronę w przypadku ekspozycji oraz świadczenia umożliwiające dalsze leczenie, zaś Wariant B został wzbogacony dodatkowo o ochronę przed skutkami nieszczęśliwych wypadków (NNW). Dla osób posiadających inne ubezpieczenie oferowane przez TU INTER Polska proponujemy specjalne, preferencyjne stawki.

Szanowni Państwo, coraz większa świadomość środowiska medycznego w zakresie skutków przypadkowych zakażeń wirusami HIV i WZW oraz profilaktyki ekspozycyjnej powoduje, że dyskusja na temat konieczności finansowania przez pracodawców testów i leków jest coraz bardziej żywa i aktualna. Niestety, my wiemy, że realia w tym temacie są bardzo różne: często lekarze, ratownicy czy personel pomocniczy w szpitalach pozostawieni są zupełnie samym sobie. Idealnym rozwiązaniem jest proste, a zarazem skuteczne ubezpieczenie, które może wykupić każdy, kto czuje się narażony na przypadkowe zakażenie.

Zachęcamy Państwa do współpracy przy propagowaniu idei ubezpieczenia skutków przypadkowego zakażenia wirusami HIV i WZW. Wszystkich zainteresowanych wykupieniem ubezpieczenia **Inter Ochrona HIV/WZW** zapraszamy do kontaktu z najbliższym Oddziałem lub Przedstawicielstwem INTER Polska. Lista oddziałów i przedstawicielstw znajduje się na stronie internetowej www.interpolska.pl

Z poważaniem,

Hilary Nowak
Dyrektor Oddziału Poznań
Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A.

Spotkajmy się w Filharmonii



5 lutego 2010 r. (piątek)
godz. 19, Aula Uniwersytecka

ROZWAŻNIE I ROMANTYCZNIE

Nami Ejiri – fortepian
Michael Sanderling – dyrygent
Orkiestra Filharmonii Poznańskiej

6 lutego 2010 r. (sobota)
godz. 11, Aula Uniwersytecka

PRO SINFONIKA – STOPIEŃ TĘCZOWY FANTAZJA POLSKA OPUS 2010 – WIOSENNE KWIATY DLA FRYDERYKA

Danuta Paplacyk – scenariusz i reżyseria

6 lutego 2010 r. (sobota)
godz. 15, Aula Uniwersytecka

PRO SINFONIKA – STOPIEŃ BŁĘKITNY FANTAZJA POLSKA OPUS 2010 – WIOSENNE KWIATY DLA FRYDERYKA

Danuta Paplacyk – scenariusz i reżyseria

13 lutego 2010 r. (sobota)
godz. 18, Aula Uniwersytecka

401. KONCERT POZNAŃSKI KLASYCZNIE I PASTORALNIE

Freddy Kempf – fortepian
Łukasz Borowicz – dyrygent
Orkiestra Filharmonii Poznańskiej
Krzysztof Szaniecki – prowadzenie koncertu

21 lutego 2010 r. (niedziela)
godz. 13, Bazylika Archikatedralna,
Ostrów Tumski

MSZA ŚWIĘTA W INTENCJI FRYDERYKA CHOPINA W 200. ROCZNICĘ URODZIN

21 lutego 2010 r. (niedziela)
godz. 18, Aula Uniwersytecka

CHOPIN NASZ WSPÓŁCZESNY 2010. W 200. ROCZNICĘ URODZIN – GENIUSZ PODWÓJNIE NARODZONY – INAUGURACJA FESTIWALU

Aimi Kobayashi – fortepian
Marek Pijarowski – dyrygent
Orkiestra Filharmonii Poznańskiej

22 lutego 2010 r. (poniedziałek)
godz. 19, Aula Uniwersytecka

CHOPIN NASZ WSPÓŁCZESNY 2010. W 200. ROCZNICĘ URODZIN – Z ŻELAZOWEJ WOLI DO PARYŻA

Anna Mikołajczyk-Niewiedzial
– sopran
Filip Wojciechowski – fortepian
Marcin Sompoliński – dyrygent
Orkiestra Collegium F

23 lutego 2010 r. (wtorek)
godz. 19, Aula Uniwersytecka

CHOPIN NASZ WSPÓŁCZESNY 2010. W 200. ROCZNICĘ URODZIN – CHICAGO SOUND

Grażyna Auguścik – śpiew
Jarosław Bester – akordeon
Matt Ulery – kontrabas
The Chicago International Trombone
Ensemble:
Arkadiusz Górecki
Zsolt Szabo
Thomas Stark

24 lutego 2010 r. (środa)
godz. 19, Aula Uniwersytecka

CHOPIN NASZ WSPÓŁCZESNY 2010. W 200. ROCZNICĘ URODZIN – JAZZ, POP SONGS

Natalia Kukulska – śpiew
Jarosław Śmietana – gitara
Classic Jazz Quartet:
Lidia Sieczkowska
Piotr Kałużny
Zbigniew Wrombel
Krzysztof Przybyłowicz

25 lutego 2010 r. (czwartek)
godz. 19, Aula Uniwersytecka

CHOPIN NASZ WSPÓŁCZESNY 2010. W 200. ROCZNICĘ URODZIN – Á LA MUSETTE, CZYLI MAZUREK IDZIE W TANGO

Krzysztof Pelech – gitara
Alexander Morsey – kontrabas
Piotr Rangno – akordeon

26 lutego 2010 r. (piątek)
godz. 19, Aula Uniwersytecka

CHOPIN NASZ WSPÓŁCZESNY 2010. W 200. ROCZNICĘ URODZIN – SWING, SWING...

Leonid Chizhik – fortepian
Leszek Żądło – saksofon
Łukasz Borowicz – dyrygent
Orkiestra Filharmonii Poznańskiej

27 lutego 2010 r. (sobota)
godz. 18, Aula Uniwersytecka

CHOPIN NASZ WSPÓŁCZESNY 2010. W 200. ROCZNICĘ URODZIN – POWRACAJĄCE GWIAZDY

The Swingle Singers

28 lutego 2010 r. (niedziela)
godz. 18, Aula Uniwersytecka

CHOPIN NASZ WSPÓŁCZESNY 2010. W 200. ROCZNICĘ URODZIN – BIG CHOPIN BAND & MALICKI SHOW

Waldemar Malicki – fortepian
Paweł Joks – dyrygent
Orkiestra Reprezentacyjna Sił
Powietrznych

Komisja Kultury zaprasza

GIEŁDA OGŁOSZEŃ

www.wil.org.pl

Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o.o.

zatrudni na dobrych warunkach

LEKARZA

W DZIALE POMOCY DORAŻNEJ

Zainteresowane osoby prosimy o kontakt telefoniczny lub osobisty w siedzibie administracji w Rawiczu

Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o.o.

ul. Gen. Grota Roweckiego 6, 63-900 Rawicz

tel.: 065-546-24-13 do 16 (centr.) w. 322; 065-545-21-62 (sekret.); faks: 065-546-70-61

e-mail: sekretariat@szpitalrawicz.pl kadry@szpitalrawicz.pl

NZOZ nawiąże współpracę
z lekarzami o specjalizacji:

**CHIRURG PLASTYCZNY
DERMATOLOG ESTETYCZNY
KARDIOLOG**

tel. 606 167-054

NZOZ w Poznaniu

**zatrudni
stomatologa**

tel. 061/8721 583, 0501 141 050

W Pleszewie do wynajęcia

lokal 70 m² na parterze
do adaptacji
na działalność
medyczną
oraz na I piętrze
mieszkanie 60 m²
tel. 667994501

Sprzedam NZOZ gabinet stomatologiczny dwustanowiskowy w Poznaniu

w pełni wyposażony.
RTG, mikroskop
tel. 602 662 982

FILO
biuro rachunkowe

**RZETELNOŚĆ
 FACHOWOŚĆ
 WIELOLETNIE
 DOŚWIADCZENIE**

60-651 Poznań
 ul. Gen. St. Maczka 14
 Tel./faks 61 840 13 71
 e-mail: filobiuro@filobiuro.pl
www.filobiuro.pl

N.Z.O.Z. w Poznaniu zatrudni:
 okulistę, laryngologa (1-2 x w tyg.)
 neurologa (2-3 x w tyg.)
 poszukuje dermatologa
 i innych specjalistów do współpracy
 wynajmie gabinety lekarskie

506-081-771

Gabinet lekarski
w Lubaniu
 ul. Wschodnia
 zaprasza do współpracy
 lekarzy specjalistów
 (na zasadach najmu lokalu)
 Tel. 501 724 011

**SPRZEDAM
 PRAKTYKĘ
 STOMATOLOGICZNĄ**

**dwustanowiskową
 wraz ze sprzętem
 w Poznaniu**

tel. 509 911 434

**NZOZ „ALFA”, Wronki
 zatrudni
 lekarza w POZ**

- ▲ Wynagrodzenie 6 tys. brutto plus premie i dodatki
- ▲ 35 dni urlopu
- ▲ Gwarantujemy mieszkanie lub zwrot kosztów dojazdu
- ▲ Możliwość dorabiania
- ▲ Inne profity i granty

Tel. 601 91 03 76
 67 2540 541
 67 2543 125

**ZATRUDNIMY
 STOMATOLOGÓW**

(B. DOBRE WARUNKI)

**NZOZ – STOMATOLOGICZNY
 DENT**

Poznań

tel. **602 233 222**

Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu z siedzibą w Poznaniu przy ul. Długiej 1/2

**zatrudni
 lekarzy specjalistów**
 na potrzeby Hospicjum Paliu

Oferujemy możliwość specjalizowania się w dziedzinie medycyny paliatywnej, atrakcyjne zarobki, możliwość rozwoju naukowego.

Wszystkich zainteresowanych prosimy o składanie listów motywacyjnych wraz z CV w Sekcji Kadr lub drogą elektroniczną na adres szpital@skpp.edu.pl

**NZOZ KOLMED
 w Kole**
 woj. wielkopolskie
 poszukuje

**LEKARZA
 DO PRACY W POZ**

kontakt telefoniczny
0-63 26 19 805

PRZYCHODNIA LEKARSKA
MEDICUS
 W SZAMOTUŁACH
 zatrudni

**LEKARZA
 CHORÓB
 WEWNĘTRZNYCH**
 LUB
**LEKARZA
 MEDYCYNY
 RODZINNEJ**

Tel. 604 421 363
 602 137 296

 Prywatna Lecznica CERTUS
 poszukuje lekarzy specjalistów:

**Chirurga
 Anestezjologa**
 na etat/kontrakt i dyżury

**Kardiologa dla dorosłych
 Kardiologa dla dzieci
 Okulistę
 Neurologa
 Chirurga naczyniowego**
 konsultacje w Ambulatorium

Prosimy o kontakt pod nr tel. 86 04 261, 507 003 855
 lub o przesłanie oferty na adres e-mail: kierownik.dp@certus.med.pl

NZOZ w Poznaniu
 zatrudni lekarza internistę
 med. rodzinnej
 lub w trakcie specjalizacji
 w wymiarze 2-3 godz. dziennie.
 Także emeryta
 tel. 602 389 022, 602 389 026

NZOZ MEDICUS s.c.
 w Stęszewie
 zatrudni
 lekarza
 do pracy w POZ

nr tel. 604 509 172

**Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej
 w Jarocinie**
 przyjmie lekarzy do pracy w oddziałach:

internistycznym, chirurgicznym, anestezjologii i intensywnej terapii, szpitalnym oddziale ratunkowym z zespołami ratownictwa medycznego, ginekologiczno-położniczym, noworodkowym, dziecięcym oraz do ambulatoryjnej i wyjazdowej, nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej

Warunki wynagrodzenia i forma zatrudnienia do uzgodnienia.
 Kontakt: Zastępca dyrektora ds. lecznictwa, tel. 62 747 03 52

**Przychodnia Lekarska
 w Swarzędzu**
 zatrudni:

**lekarza
 do pracy
 w POZ**
 interna,
 medycyna rodzinna

tel. 0601 70 88 92
 lub 0602 23 26 94

PRYWATNY, DROGI,
 W PEŁNI WYPOSAŻONY
GABINET STOMATOLOGICZNY
 PODEJMIE WSPÓŁPRACĘ
 Z AMBITNYM STOMATOLOGIEM
 602 662 992

Sprzedam

**Kompletny zestaw
 do artroskopii
 z bogatym osprzętem**

tel. 0-61 879 32 45, kom. 501 237 650

Wiersze



JAN A. TOMASZEWICZ

Sobek

Nektar, którym A. Mickiewicz
w romantycznej pasji swojej
chciał z innymi się podzielić,
ja raczyłem się we dwoje.

Śladem Michała Anioła

Czy wiesz, że samczej miłości szkoła
zmusiła panie nieomal wszystkie,
by jak ten, co kaplicę malował
geniusz, na wznak lubiły pozycję?

Sic transit gloria mundi

Kiedyś jurny, krzepki, zdrowy,
o uroku Apollina,
przyciągałem ciepłe wdowy,
a dziś węgla nawet nie mam.

Malkontent

Odkąd głowa moja biała,
wiele trzeba polskich złotych,
aby któraś chętnie chciała
do łózkowej przyjść roboty.

Wiedz, że kobiet miłosierdzie
nadzwyczajne wprost zjawisko,
się ujawnia, gdy bezwzględnie
sznur na szyi twój zaciska.

Jesteś pani mądra, miła,
masz urodę Afrodyty...
pora, byś męża zdobyła,
bo on szczęściem jest kobity?

Chłodnym dniem i nocą parną
kłamstwo wciąż po ziemi pełza
nienawiści siejąc ziarno
chce, by Polska w kłótniach szczęła.



WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA

BIULETYN INFORMACYJNY WYDAWANY PRZEZ RADĘ OKRĘGOWĄ WIL W POZNANIU

ISSN 1233-2216 Nakład 13 000 egz.

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

centrala tel. (061) 852 58 60; prezes (061) 851 87 66; praktyki indywidualne (061) 851 87 62
rejestr lekarzy (061) 851 87 58; księgowość (061) 851 87 59, faks/tel. (061) 851 87 62

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

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

ADRESY DELEGATUR WIELKOPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ:

DELEGATURA W KALISZU

62-800 Kalisz, ul. Nowy Świat 1-5
przewodniczący – dr Krzysztof Hajdo
tel./faks (062) 766 41 43, tel. (062) 502 66 16
sekretarki – Maria Linkowska, Ilona Błaszczuk
kalisz@wil.org.pl

DELEGATURA W KONINIE

62-502 Konin, ul. Makowa 2
przewodniczący – dr Krzysztof Poleć
tel./faks (063) 245 66 10, 0 783 993 909
sekretarka – Izabela Tomaszewska
konin@wil.org.pl, www.wil.konin.pl

DELEGATURA W LESZNIE

64-100 Leszno, ul. Sygietyńskiego 47
przewodniczący – Przemysław Kozanecki
tel. (065) 526 67 44, tel./faks (065) 526 65 59
sekretarka – Hanna Krukowiecka
leszno@wil.org.pl, www.wil.leszno.pl

DELEGATURA W PILE

64-920 Piła, ul. Kryniczna 2
przewodnicząca – Teresa Kwiecińska-Koźmińska
sekretarki – Bogumiła Janitz, Małgorzata Szyliniec
tel./faks (067) 212 04 87
pila@wil.org.pl, www.delegaturapiiska.poznet.pl

DELEGATURA OSTROWSKO-KROTOSZYŃSKA

63-400 Ostrów Wlkp., ul. Kolejowa 24A
przewodniczący – Wiesław Wawrzyniak
tel. (062) 735 44 80, 0 600 027 035

kolegium redakcyjne Biuletynu Informacyjnego WIL

redaktor naczelny: Andrzej Baszkowski

członkowie redakcji: Janusz Skowronek, Piotr Śliwiński, Krzysztof Ożegowski,
Andrzej Cisło, Krzysztof Hajdo, Krzysztof Poleć, Przemysław Kozanecki,
Wiesław Wawrzyniak

zdjęcie na okładce: Krzysztof Ożegowski

Na zlecenie WIL wydany przez

TERMEDIA Wydawnictwo Medyczne, ul. Wenedów 9/1, 61-614 Poznań
tel./faks +48 61 822 77 81, e-mail: termedia@termedia.pl, <http://www.termedia.pl>
druk: drukarnia interak

Profesjonalistom dajemy szybką gotówkę od ręki

Specjalna oferta dla lekarzy, prawników, księgowych, architektów,
lekarzy weterynarii i nauczycieli.

- wystarczy dyplom ukończenia studiów
lub poświadczenie wykonywania zawodu*
- bez poręczycieli, decyzja nawet w 10 minut
- możliwość zamiany starych rat na jedną niższą



Przyjdź lub zadzwoń do Placówki db kredyt:

Gdańsk, Włók: ul. Długiok 25, tel. (062) 737 64 60

Koźmin, ul. Chopina 17, tel. (063) 240 20 60

Kalisz, ul. Długiok Główny 2, tel. (062) 767 92 70

Leszno, ul. Słowiańska 21, tel. (065) 525 46 00

Gdańsk, ul. Chrobrego 8, tel. (061) 424 84 30

Poznań, ul. Polowajska 25, tel. (061) 858 46 20

ul. Głogowska 55, tel. (061) 886 49 80

ul. Dąbrowskiego 49, tel. (061) 844 16 00

Deutsche Bank PBC S.A. Główna, ul. Armii Łubowej 2B, 00-009 Warszawa

*Zawarty: sekretarz, notariusz, lekarz, notariusz wraz z poszczególnymi, które wykonują zawody w zakresie sfery działalności
prawniczej - przedsiębiorcy i agencje z siedzibą lub dyplom ukończenia studiów zawodowych, księgowi - dyplom ukończenia
studiów o kierunku ekonomicznym/finansowym lub certyfikat IAB, Technicy dyplom ukończenia kierunku ekonomicznego, architekt,
weterynarz - dyplom ukończenia studiów, Nauczyciel zawodowy, nauczyciel - do zakresu stopnia nauczycielskiego.

WYSTAWA PRAC MALUJĄCYCH LEKARZY

ARTYŚCI:

Katarzyna Bartz - Dylewicz
Irena Bowbelska
Grażyna Omyluk
Ewa Piczman
Włodzisława Poprawska
Solanta Sińska - Halupka
Ewa Smogulecka
Grażyna Szukalska
Barbara Żyła

PRZEWODNICZĄCA
KOMISJI KULTURY
lek. stom.
KATARZYNA BARTZ
-DYLEWICZ

INSTRUKTOR KOŁA
PLASTYCZNEGO
art. plast.
MARIA PELEC
-GAŚTOROWSKA



Grażyna Szukalska

Barbara Żyła

