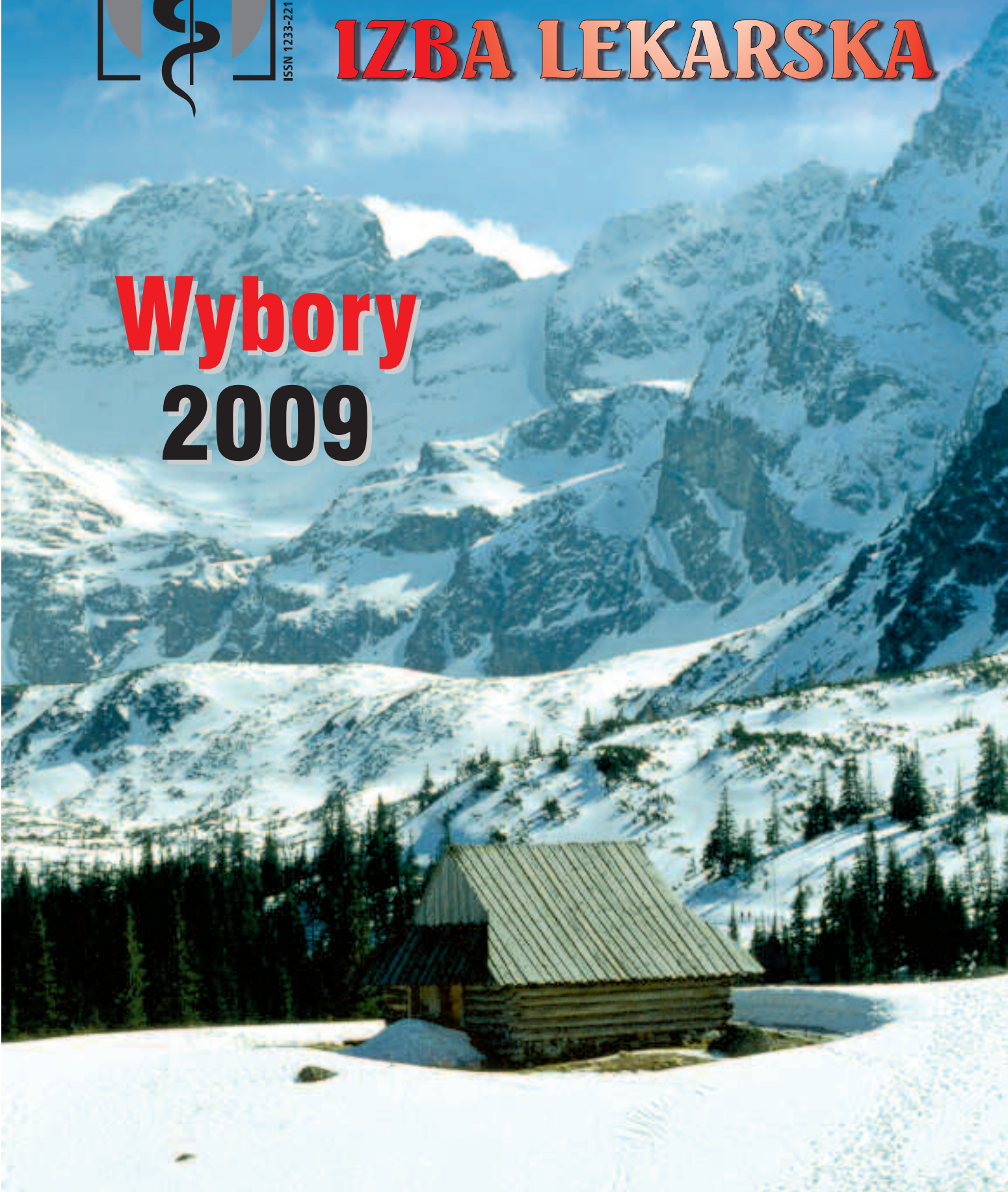




WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA

Wybory 2009



TERMEDICA

NSZ
POZ

Zespół Gabinetów Specjalistycznych
Poradnia Lekarza Rodzinnego

os. B. Chrobrego 101

rejestracja telefoniczna

061 822 56 03 / **BUDYNEK 1**

061 820 80 60 / **BUDYNEK 2**

Czynne codziennie od 8.00–19.00

www.termedica.pl

Szanowni Państwo!

Zapraszamy do poradni TERMEDICA!

Miło nam poinformować, że w tym roku mamy do Państwa dyspozycji
aż 25 poradni specjalistycznych zakontraktowanych przez NFZ!



Poradnie na



Pracownia Gastroskopii / dr Malewski / dr Garstecki / dr Niziołek

Pracownia Kolonoskopii / dr Malewski / dr Garstecki / dr Niziołek

Poradnia Kardiologiczna / dr Cegłowska / dr Chyrek / dr Rutkowska /
dr Kaźmierczak

Poradnia Laryngologiczna / dr Lemańska / dr Głowczewska

Poradnia Dermatologiczna / dr Wawrzyniak / dr Lula / dr Adamska

Poradnia Pulmonologiczna / dr Jazdon

Poradnia Reumatologiczna / dr Żuchlewski

Poradnia Ginekologiczna / dr Dembińska / dr Tokarski / dr Rzymski

Poradnia Chirurgii Naczyń / doc. dr hab. Krasieński / dr Wachal

Poradnia Chirurgiczna / dr Garstecki / dr Niziołek / dr Demut

Pradnia Proktologiczna / dr Demut

Poradnia Neurologiczna / dr Stefański

Poradnia Endokrynologiczna / dr Stangierski / dr Słomko

Poradnia Ortopedyczna / dr Sewehli / dr Reszelski / dr Grala

Poradnia Preluksacyjna / dr Sewehli

Poradnia Alergologiczna / dr Szymański / dr Kazecka

Poradnia Urologiczna / dr Krawczyński / dr Koziczak

Poradnia Geriatryczna / dr Łyczkowska

Poradnia Zaburzeń Metabolicznych / dr Szabłowska

Poradnia Gastroenterologiczna / dr Malewski

Poradnia Medycyny Sportowej / dr Kopaczyk

Pracownia USG, Echo serca / dr Kulesza / dr Rutkowska /

dr Kaźmierczak

Poradnia Zdrowia Psychicznego / dr Wojańska

dr Kasińska / mgr Majewska-Mocek / mgr Karolczyk

mgr Koput / mgr Przekop / dr Hanć / dr Łukaszewicz

Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży

dr Rybakowski / dr Barteczka / mgr Karolczyk / mgr Cwojdziańska

dr Wojańska / mgr Groth

Gastroskopia
i kolonoskopia na



Stomatologia
– pełen zakres usług

Od stycznia 2009 r.
pracownia RTG na miejscu!

Diagnostyka:

– badania RTG

– gastroskopia

– kolonoskopia

– USG doppler, echo serca, holter EKG

– badania laboratoryjne

Diagnoza wstępna

Spis treści

Zdaniem prezesa	4
Wybory 2009	5
Niekończący się konflikt...	6
Spotkanie w setną rocznicę urodzin profesora Romana Drewna	8
Apel w sprawie czytelności recept	9
Uwaga, uwaga – ważne	9
Prawo do krytyki lekarzy w kodeksie etyki lekarskiej	10
Spotkanie z biskupem	13
„Tak to robią w Ostrowie...”	14
Pomaga czy naraża?	16
Doktor Stefan Walski	16
Nie będę kanibalem	18
Spotkanie sędziów i rzeczników	20
SHORT CUTS	22
Karykaturówka Tytusa	23
Dawka mediów	24
Pierwsze takie zabiegi w Polsce	26
Pionier onkologii, autorytet	26
Wiersze	30

Obyczaje



Czasy się zmieniają, a my razem z nimi – twierdzili starożytni. Jeżeli o mnie chodzi, to uważam, że zmieniają się za szybko i ja nie nadążam. Szczególnie szybko zmieniają się obyczaje. Pamiętam, jak matka strofowała mnie, żeby nie trzymać rąk w kieszeni, a już w ogóle, gdy z kimś rozmawiam. Dziś bez żenady Hubert Urbański w „Milionerach” ma obie ręce w kieszeniach i przemawia do całej Polski. W dodatku wszystkim mówi na „ty”. Nic tu nie ma do rzeczy, że to amerykański styl. Jesteśmy w Polsce i nie ma powodu, by ustalone tu obyczaje zastępować obcymi. Takie zachowanie to żaden luz, to brak wychowania!

Dziś nie ma też wyrazów tabu. Można w radiu czy w telewizji mówić co się chce. Łącznie z – do niedawna uważanymi za obsceniczne – wszystkimi wyrazami na „d” i „k”. Popadają w tę manierę rodem z magla najwięksi. Wydaje im się, że tak jest trendy. Że tylko tak pobiją konkurencję, że tylko tak można zaistnieć... Dlaczego błyskotliwie inteligentny Kuba Wojewódzki ucieka się do zwykłego chamstwa? Może telewizyjni twórcy myślą, że my, widzowie, tak już zgłupieliliśmy, że wszystko powyżej chamstwa jest już dla nas niezrozumiałe?

Są przepisy, które przewidują za publiczne używanie wyrazów z rymsztoka sankcje karne. Ale co z tego, jeżeli w radiu puszcza się raperów, których teksty składają się głównie z wulgarnych zwrotów. Już widzę te prawnicze dyskusje, czy d...a to duża szkodliwość społeczna, czy żadna...

Prezydent tego kraju nie jest moim idolem. Jego zachowania i niektóre decyzje są dla mnie niezrozumiałe. Ale prezydent RP jest wybierany w wyborach bezpośrednich przez miliony Polaków. I ma konstytucyjny, demokratyczny mandat do reprezentowania Najjaśniejszej Rzeczypospolitej. Jej majestatu. Można prezydenta krytykować, nawet usunąć z urzędu, ale nie wolno ośmieszać, jak często dziś to się dzieje. Bo to tak, jakbyśmy ośmieszali Polskę. Nas samych.

Nie lekceważmy obyczajów.

„Cóż warte prawa bez obyczajów?”

Andrzej Baszkowski

Zdaniem prezesa



STEFAN
SOBCZYŃSKI

Trwa karnawał. Lekarze też ludzie i potrafią się świetnie bawić...

To prawda. Niedawno miałem okazję przekonać się o tym naocznie, goszcząc na balu karnawałowym zorganizowanym przez Delegaturę Leszczyńską Wielkopolskiej Izby Lekarskiej wspólnie z Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Lekarzy.

Spotkanie odbyło się w przepięknym XVIII-wiecznym pałacu Mielżyńskich w Pawłowicach, szczytującym się jedną z najwspanialszych sal balowych w Polsce. Była to ze wszech miar udana impreza, a wielkie wrażenie wywarły na mnie sama atmosfera spotkania i znakomita organizacja. Tutaj należą się szczególnie słowa uznania dla koleżanek i kolegów z regionu leszczyńskiego, za piękny pokaz tego, jak środowisko lekarskie może się doskonale integrować. Oby takich inicjatyw było jak najwięcej.

Równie udana impreza – tym razem o charakterze szkoleniowym – odbyła się w Poznaniu. Mam na myśli Targi Medycyny Rodzinnej...

Było to wielkie spotkanie lekarzy rodzinnych zrzeszonych w Porozumieniu Zielonogórskim. Wzięli w nim udział przedstawiciele z całej Polski. Muszę powiedzieć, że serce rośnie na widok liczby lekarzy wypełniających ogromną salę Centrum Konferencyjnego Międzynarodowych Targów Poznańskich. Program trzydniowych Targów Medycyny Rodzinnej był zresztą niezmiernie ciekawy, szkolenia obejmowały bowiem zagadnienia dotyczące wszystkich grup pacjentów, którymi zajmują się na co dzień lekarze rodzinni.

Wśród wielu niezwykle ważnych zagadnień poruszanych w Poznaniu na plan pierwszy wybiła się współpraca lekarzy rodzinnych z lekarzami specjalistami i związane z tym problemy.

Podczas spotkania kładziono nacisk na znaczenie tej współpracy, podkreślano, że w dzisiejszych czasach medycyny nie da się zasufladkować do poszczególnych, hermetycznych specjalności. Trzeba też pamiętać o tym, że rola lekarza rodzinnego w zamysłach organizacyjnych systemu zdrowia jest niezwykle ważna, by nie powiedzieć – kluczowa. Na tym polu jest jeszcze dużo do zrobienia. Zagadnienia te pojawiły się także w wystąpieniu prof. Witolda Lukasa, krajowego konsultanta medycyny rodzinnej.

Było to więc kolejne z serii udanych szkoleń i jako prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej cieszę się niezmiernie, że owe doskonalenia zawodowe, obejmujące lekarzy rozmaitych specjalności, coraz dynamiczniej rozwijają się w całej Wielkopolsce. Wyraźnie widać, że szkolenia zaczynają być przyjmowane przez samorząd lekarski i samych lekarzy jako rzecz oczywista, do której nie trzeba dzisiaj chyba już nikt nie przekonywać.

Rozmowa z prezesem Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
Stefanem Sobczyńskim

W 2009 r. odbędą się wybory do organów izb lekarskich. Szykuje się więc prawdziwy maraton wyborczy...

Pierwszy krok został już poczyniony. Odbyło się zebranie naszej okręgowej komisji wyborczej w składzie, który przy wymaganym kworum gwarantował ważność posiedzenia. Po rezygnacji z przewodniczenia komisji przez koleżankę Karinę Buxakowską, jej obowiązki przejął kolega Stefan Domański. Decyzje, które zapadły na posiedzeniu komisji sprawiły zaś, że harmonogram akcji wyborczej rozpoczął się zgodnie z przewidywaniami Krajowej Komisji Wyborczej. W związku z tym w ustawowym terminie, a więc 16 stycznia, w internetowym Biuletynie Informacji Publicznej ukazał się spis nazwisk 13 tys. lekarzy, z których każdy został zaszeregowany do określonego rejonu wyborczego. Tych rejonów w Wielkopolsce jest 82. Każdy lekarz otrzyma też wraz z aktualnym numerem *Biuletynu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej* informację o swoim rejonie wyborczym.

Jeśli jednak którekolwiek z koleżanek czy kolegów stwierdzi, że jego zaszeregowanie nie odpowiada stanowi faktycznemu, będzie miał czas do końca lutego, aby przepisać się do innego rejonu. Wystarczy pisemnie poinformować WIL o takim zamiarze. Po tym terminie będzie to już jednak niemożliwe.

Dlaczego zdecydowano się właśnie na takie rozwiązanie?

Uznaliśmy, że wielu lekarzy pracuje na kilku kontraktach i trudno precyzyjnie ustalić, w którym rejonie niektórzy z nich faktycznie chcieliby głosować. Problem jest o tyle poważny, że większość lekarzy nie stosuje się do naszych wielokrotnie powtarzanych próśb o to, by na bieżąco informować Izbę o zmianach miejsca pracy. Dlatego Wielkopolska Izba Lekarska nie dysponuje stuprocentowo aktualną bazą danych.

Postanowiliśmy zatem pójść lekarzom na rękę i pozostawić im samym decyzję o tym, w jakim rejonie wyborczym chcieliby zostać umieszczeni.

Mamy przed sobą gorący czas wyborów, ale równie emocjonująco zapowiada się bój o kształt nowej ustawy o izbach lekarskich...

Projekt tej ustawy wszedł już pod obrady Komitetu Stałego Rady Ministrów, za chwilę zaś stanie się przedmiotem debaty sejmowej. Niestety, kilka jego punktów budzi nasze bardzo poważne zaniepokojenie. Jest to o tyle dziwne, że pierwotny kształt ustawy zaproponowany przez resort zdrowia był w przeważającej części tożsamy z koncepcją forsowaną przez samorząd lekarski. Wydawało się więc, że wszystko idzie w dobrym kierunku. Tymczasem podczas niedawnej konferencji uzgodnieniowej Naczelna Rada Lekarska ze zdziwieniem dowiedziała się, że w projekcie ustawy doszło do wielu zmian i to takich, które dotyczą wewnętrznych spraw naszego samorządu.

W nowej propozycji brakuje przede wszystkim podkreślenia ciągłości w funkcjonowaniu obecnego samorządu z poprzednim samorządem lekarskim, funkcjonującym do 1950 r., a więc od momentu jego likwidacji przez system komunistyczny.

Brak takiego stwierdzenia o ciągłości prawnej powoduje zaś, że nieruchomości należące do przedwojennych izb lekarskich, które były kupowane ze składek lekarskich, nie mogą być przez nas dziś odzyskiwane. Sytuacja ta dotyczy dwóch izb okręgowych: małopolskiej i właśnie wielkopolskiej. W Poznaniu chodzi o cztery budynki stanowiące przed wojną naszą własność. Jako prezes WIL od początku działalności na tym stanowisku rozpocząłem prawną próbę odzyskania tych nieruchomości. W świetle nowego projektu ustawy może się to jednak okazać niemożliwe.

Jeśli więc ostatecznie zwycięży projekt w koncepcji lansowanej dziś przez Ministerstwo Zdrowia, będzie to wielka moralna krzywda wyrządzona naszemu samorządowi, bo jeszcze raz to podkreślę, chodzi o budynki kupione ze składek lekarskich.

Ale to nie jedyny zapis w projekcie ustawy wywołujący tyle kontrowersji...

Nasze zastrzeżenia budzi także pomysł, aby struktura izb pokrywała się z podziałem administracyjnym kraju, czyli 16 województwami. Uważamy, że należy utrzymać dotychczasową geografie okręgowych izb lekarskich. Obecnie na terenie tych mniejszych izb wykształciły się bowiem doskonale zorganizowane i zaktywizowane lokalne społeczności lekarskie. Takie izby, jak bielsko-bialska, częstochowska czy plocka, świetnie sobie radzą, bo odpowiadają specyfice tych terenów. Po co więc wtlaczać je na siłę w szerszą strukturę? Takie odgórne narzucanie i ingerowanie państwa w sprawy dotyczące wewnętrznej organizacji samorządu lekarskiego budzi więc nasze nieklamane zdziwienie.

Nasze zastrzeżenia budzi pomysł, aby struktura izb pokrywała się z podziałem administracyjnym kraju. Uważamy, że należy utrzymać dotychczasową geografie okręgowych izb lekarskich. Obecnie na terenie tych mniejszych izb wykształciły się bowiem doskonale zorganizowane i zaktywizowane lokalne społeczności lekarskie

Szkoda też, że w projekcie nowej ustawy nie znalazły się proponowane przez Naczelną Izbę Lekarską zapisy, umożliwiające włączenia sędziów zawodowych w stanie spoczynku do składów orzekających Naczelnego Sądu Lekarskiego. W tej chwili składają się one wyłącznie z lekarzy – co prawda dobrze zorientowanych w prawie lekarskim, ale niemających wykształcenia prawniczego. A uważamy, że pomoc fachowców byłaby nam bardzo przydatna, bo przyczyniłaby się do zapewnienia poprawności formalnej i merytorycznej, co w konsekwencji prowadziłyby do zwiększenia profesjonalizacji sądownictwa lekarskiego. Naczelna Izba Lekarska chciała przekazać wszystkie swoje zastrzeżenia do projektu nowej ustawy podczas spotkania z ministrem zdrowia. Niestety, do takiego spotkania ostatecznie nie doszło. Naczelna Izba Lekarska skierowała więc w tej sprawie list do premiera Donalda Tuska. I w tej chwili z niepokojem czekamy na odpowiedź premiera.

ROZMAWIAŁ ŁK

Wybory 2009

Szanowne Koleżanki, Szanowni Koledzy!

Rozpoczynamy kolejny cykl wyborów do organów samorządu lekarskiego. Jako insert do *Biuletynu Informacyjnego* prezentujemy spis poszczególnych rejonów wyborczych – gorąco prosimy o odszukanie swojego nazwiska i sprawdzenie, czy umieszczenie Koleżanki/Kolegi w danym rejonie wyborczym jest satysfakcjonujące.

Zgodnie z § 16 ust. 10 uchwały Nr 16-08-V Naczelnej Rady Lekarskiej z 19 września 2008 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izby lekarskiej i delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy oraz trybu odwołania członków tych organów i tych delegatów, każdy z nas może zmienić rejon wyborczy i przenieść się do innego rejonu wyborczego, w terminie ostatecznym do 30 (trzydziestu) dni od daty publikacji imiennych list członków rejonów wyborczych, nie później jednak niż do 28 lutego 2009 r. oraz wyłącznie z zastosowaniem formy pisemnej.

Przy przenoszeniu się do innego rejonu wyborczego nie ma restrykcji związanych z wymogiem tworzenia oddzielnych rejonów wyborczych dla lekarzy i lekarzy dentyistów, dlatego też każdy lekarz czy lekarz dentyista może wystąpić o umieszczenie go na liście dowolnego rejonu wyborczego. Jedynym ograniczeniem może być odmowa okręgowej komisji wyborczej umieszczenia na liście innego rejonu w przypadku, gdy skreślenie członka rejonu wyborczego skutkowałoby likwidacją rejonu (§ 16 ust. 11 wyżej wskazanej uchwały).

Jako insert dołączony jest również wniosek – oświadczenie woli o wpis na listę członków rejonu wyborczego. Takie oświadczenie woli należy przesłać na adres Wielkopolskiej Izby Lekarskiej (ul. Nowowiejskiego 51, 61-734 Poznań) z dopiskiem „Okręgowa Komisja Wyborcza” lub dostarczyć osobiście do siedziby Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

Po upływie wyżej wskazanego terminu do przeniesienia się do innego rejonu wyborczego dokonywanie jakichkolwiek zmian jest prawnie niemożliwe.

Ponadto powyższe imienne listy członków rejonów wyborczych są również na stronie internetowej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej (www.wil.org.pl), w Biuletynie Informacji Publicznej w zakładce *Wybory 2009*.

Zwracam się z gorącym apelem do Koleżanek i Kolegów o sprawdzenie swego umiejscowienia w rejonie wyborczym. Brak wniosku o zmianę rejonu wyborczego jest równoznaczny z akceptacją naszej opublikowanej imiennej listy członków rejonów wyborczych. Demokratyczne wybory do organów samorządu lekarskiego są szansą na wybór odpowiednich przedstawicieli oraz ich aktywność społeczną.

Z poważaniem

ZASTĘPCA PRZEWODNICZĄCEGO
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
WIELKOPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ
STEFAN DOMAŃSKI

Niekończący się konflikt...

Konflikt pomiędzy lekarzami dentystami a technikami dentystycznymi, jak wszystkim zainteresowanym wiadomo, trwa od dawna.

Istota sporu jest oczywista: technicy swoimi działaniami wkraczają w kompetencje lekarzy, co można sprowadzić (pomijając wszystkie argumenty o bezpieczeństwie pacjentów, koniecznych studiach uniwersyteckich, zaleceniach Unii Europejskiej itp., itd.) do konkurencyjnej walki o pacjenta. Liczba gabinetów (?) czy pracowni, w których technicy

przyjmują pacjentów, rośnie lawinowo. Technicy już nawet specjalnie się z tym nie kryją. Przyjmują pacjentów, pobierają wyciski i wykonują wszystkie czynności konieczne przy robieniu protez dentystycznych. Działania izby lekarskiej w obronie pozycji lekarzy dentystów są nieskuteczne. Prokuratury na doniesienie o nielegalnych praktykach niezmiennie odpisują, że czyn ma niewielką szkodliwość społeczną i odstępują od ścigania winnych. Z kolei sami lekarze też jakby pogodzili się z tymi praktykami, a niektórzy wręcz współpracują z technikami, korzystają z ich pomocy i udostępniają im swoje gabinety...

Historycznie konflikt techników i lekarzy dentystów sięga pierwszej połowy XIX wieku. Nie wiemy, jak przebiegał w latach poprzednich, ale musiał nabrzmiewać przez dłuższy czas, bo w 1842 r. podjęto w Galicji jedną z pierwszych prób regulacji kompetencji techników dentystycznych. Ustawa z 10 września tego roku zakazywała technikom wykonywania zabiegów w jamie ustnej, dopuszczając jedynie czynności im zlecone, polegające na wyrobieniu sztucznych zębów i szczęk. W praktyce niewiele się zmieniło. Technicy nadal wykonywali czynności, do których nie mieli uprawnień. Lekarze nie ustępowali, ślali protesty do ministerstwa, na które urząd odpowiedział 11 listopada 1865 r. Przypomniał ustawę z 1842 r. i wyjaśnił, że w ramach „wolnego przedsiębiorstwa” zęby mają być „zastosowane” w ustach przez lekarzy dentystów, natomiast technicy mogą przygotowywać protezy według wskazówek lekarza, pod jego nadzorem i z daleka od pacjenta.

Potem jeszcze kilka razy ministerstwo przypominało o obowiązujących przepisach. Nadal dozwolano technikom na wykonywanie sztucznych zębów, jednak nie wolno było łączyć tych zajęć ze wstawianiem i osadzaniem sztucznych zębów w ustach pacjentów lub innymi świadczeniami dentystycznymi. Technicy nie bardzo przejmowali się zakazami i robili swoje. Łagodząc poprzednie przepisy, w 1892 r. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych w porozumieniu z Ministerstwem Handlu wprowadziło obowiązek ubiegania się przez techników o koncesję. W zamian, po jej uzyskaniu, technicy stawali się rzemieślnikami uprawnionymi do wyrobu sztucznych uzębień, mogli pobierać wyciski oraz „przystosowywać samodzielne zęby uzupełniające” w jamie ustnej, ale tylko – co podkreślono – całkowicie zdrowej. Nadal nie wolno było im wykonywać szlifowania, oczyszczania, konserwowania i usuwania korzeni ani zajmować się schorzeniami jamy ustnej. Te zabiegi traktowane były jako tzw. partactwo dentystyczne...

Konflikt techników z lekarzami trwa. Dyskusje w obu środowiskach toczą się nadal ślamazarnie i – niestety – nic nie wskazuje na postępowanie w rozumieniu, że dalej tak być nie może. Nie można wykraczać przeciw prawu, zwłaszcza że materia jest delikatna, bo dotyczy zdrowia. Ciekawe, że są kraje, gdzie wykonywanie czynności nienależących do kompetencji nikomu nawet nie przychodzi do głowy. Polska zdecydowanie do nich nie należy...

ANDRZEJ BASZKOWSKI



Dla lekarzy kredyt bez zbędnych formalności!

**Bez zaświadczenia
o zarobkach!**



Wystarczy **dyplom** lekarza lub dyplom ukończenia studiów medycznych!

- niskie, równe raty
- bez poręczycieli i innych zabezpieczeń
- kwota nawet do 100 000 złotych
- na okres nawet do 6 lat
- z atrakcyjnym ubezpieczeniem Kredytobiorcy
- oprocentowanie już od 9,94%*

Placówki db kredyt w Poznaniu:

ul. Półwiejska 25, (061) 858 46 20;

ul. Głogowska 65, (061) 886 49 80

ul. Dąbrowskiego 49, (061) 844 16 00

Infolinia db kredyt:



0801 801 390

Koszt jednego impulsu taryfy lokalnej.



www.dbkredyt.pl

To bank dobrych kredytów.

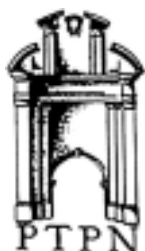
Grupa Deutsche Bank



Komisja Historii i Filozofii Medycyny

Wydziału IV Lekarskiego Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk

Spotkanie w setną rocznicę urodzin profesora Romana Drewsa



Kolejne zebranie Komisji Historii i Filozofii Medycyny Wydziału Lekarskiego Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk odbyło się 1 grudnia 2008 r. W związku z przypadającą w bieżącym roku (6 sierpnia) setną rocznicą urodzin profesora Romana Drewsa, jednego z najwybitniejszych polskich chirurgów i diagnostów XX wieku,

posiedzenie zostało poświęcone Jego pamięci. Z tej okazji zaproszono specjalnych gości, syna wielkiego chirurga prof. Krzysztofa Drewsa oraz dawnych współpracowników.

Po otwarciu spotkania i przywitaniu zebranych, w tym licznych uczniów prof. Romana Drewsa, odczytano sprawozdanie z poprzedniego posiedzenia Komisji, które miało miejsce 6 października 2008 r.

Następnie przewodniczący prof. Roman Meissner wspominał o dwóch istotnych dla Poznania i Komisji wydarzeniach. Pierwsze z nich miało miejsce na Lateranie, gdzie odbyły się uroczystości poświęcone biskupowi Jordanowi, założycielowi pierwszego biskupstwa w naszym mieście. Fakt ten okazał się znaczący nie tylko dla historii Kościoła, ale i dla rozwoju medycyny, ponieważ po utworzeniu biskupstwa do Poznania przybyli benedyktyni, którzy na Ostrowie Tumskim założyli pierwszy na ziemiach polskich szpital. Drugie dotyczyło z kolei zorganizowanego 8 listopada Konwentu Związku Polskich Kawalerów Maltańskich Zakonu Szpitalników św. Jana Jerozolimskiego, którego pierwszym wiceprezydentem jest członek naszej Komisji dr Maciej Koszutski. Ostatni taki konwent odbył się w Poznaniu w roku 1939, w międzyczasie bowiem gospodarzami takich zjazdów były Warszawa i Kraków.

Po tej dygresji przewodniczący zaprosił zebranych do wysłuchania pierwszego z zaplanowanych na to spotkanie referatów „Szkic do portretu profesora Romana Drewsa”, który wygłosiła dr Katarzyna Surdyk.

Po tym wystąpieniu głos zabierali zaproszeni na spotkanie goście, dzieląc się wspomnieniami związanymi z prof. Drewsem.

Doktor Lukrecja Sitarz zapamiętała profesora nie tylko jako znakomitego fachowca i znawcę rzemiosła, ale również jako humanistę, odnoszącego się do wszystkich pacjentów w jednakowy sposób. Przedstawiła też szczególną atmosferę panującą na zebraniach chirurgów oraz rodzinny charakter spotkań dla asystentów organizowanych w domu profesora.

Doktor Jan Markowski opowiedział o współpracownikach prof. Drewsa, o odwadze w przeprowadzaniu nieraz bardzo trudnych operacji, w których stosował metody jego zdaniem najwłaściwsze, nigdy nie poddawszy się modzie. Podkreślił wielką maestrię oraz wyjątkową sprawność w wykonywaniu zabiegów chirurgicznych. Zwrócił też uwagę na spokój, jakim profesor odznaczał się w trakcie wykonywanych zabiegów nawet w przypadku pojawiających się nagle komplikacji. Podobnie jak dr Sitarz zauważył równe traktowanie przez prof. Drewsa wszystkich pacjentów.

Doktor Marian Twardowski opowiedział o swoim stażu u profesora, o jego zachowaniu w trakcie operacji i życzliwości w trakcie egzaminów oraz o gotowości do niesienia pomocy kolegom chirurgom, szczególnie tym pracującym poza Poznaniem.

Profesor Stanisław Malinger wspominał wykłady prof. Drewsa, na których ten dzielił się ze studentami swoją rozległą „nieksiążkową” wiedzą i bogatym doświadczeniem popartym konkretnymi przypadkami.

Profesor Roman Meissner mówił o gotowości profesora do niesienia pomocy i uczestniczenia w konsultacjach o każdej porze. Wspominał także o odwadze w przystępowaniu do operacji, czego przykładem może być operacja wyrostka u własnego syna. Podzielił się ponadto wspomnieniami z pogrzebu prof. Drewsa, w którym uczestniczył wielotysięczny tłum poznaniaków.

Profesor Krzysztof Drews opowiedział o przypadkowym wyborze profesji ojca, o jego walce z chorobą, o wynajdowaniu chorych nawet w tramwaju, oraz o wspaniałym stosunku do pacjentów, interesowaniu się nimi, codziennym odwiedzaniu i doskonałej ich znajomości, nie tylko pod kątem medycznym.

Kolejnym punktem posiedzenia Komisji był referat główny prof. Meissnera na temat „Walka z zakażeniem na sali operacyjnej” wygłoszony ku czci prof. Romana Drewsa.

Po swoim wystąpieniu przewodniczący przedstawił interesujące wydawnictwa, które ukazały się w ostatnim czasie. Profesor Meissner przypomniał ponadto o kolejnym zebraniu Komisji, które zgodnie z planem wyznaczone zostało na pierwszy poniedziałek lutego, zachęcił do składania propozycji kolejnych referatów oraz podziękował zaproszonym gościom. Na tym zakończyło się zebranie Komisji Historii i Filozofii Medycyny PTPN.

DR KATARZYNA SURDYK

W numerze 12. *Biuletynu Informacyjnego WIL* z 2008 r. wydrukowano fragmenty artykułu prof. Romana Drewsa pt. *Lekarz-pacjent*. Artykuł ten w pełnej wersji wydrukowany został w *Zeszytach Naukowych Kaliskiego Towarzystwa Lekarskiego* nr 1 z 1972 r.



W grudniowym numerze *Biuletynu WIL*, w artykule *Polska Grupa Badań Nowotworów Głowy i Szyi*, nie zamieszczono zdjęcia prof. Golusińskiego. Przypominamy przy okazji, że prezesem Polskiej Grupy Badań Nowotworów Głowy i Szyi jest prof. dr hab. n. med. Wojciech Golusiński, ordynator Oddziału Nowotworów Głowy i Szyi Wielkopolskiego Centrum Onkologii.

Koleżanki i Koledzy absolwenci Akademii Medycznej w Poznaniu Wydziału Lekarskiego I z roku 1984

Jak wiecie, nasz rocznik nie miał dotąd żadnego zjazdu – najwyższa pora to zmienić!

Planujemy spotkać się z okazji 25. rocznicy uzyskania dyplomu w Hotelu Trawiński w Poznaniu w dniu 26 września 2009 r.

Prosimy o kontakt:

Izabela Kucharczyk-Bauman:

tel. 0501 57 43 82, e-mail: iza.bauman@wp.pl

Maria Łabędzka-Gardy:

tel. 0501 71 72 75, e-mail: małaga21@interia.pl

Apel w sprawie czytelności recept

Do Koleżanek i Kolegów ordynujących leki refundowane i pełnopłatne.

W związku z częstymi skargami farmaceutów pracujących w aptece na nieczytelne pisanie recept i na błędy formalne w ich treści, biorąc pod uwagę dobrą współpracę z farmaceutami oraz potrzebę jej zwiększenia w związku z rozwojem działań związanych ze stopniowym wprowadzaniem opieki farmaceutycznej, zwracamy się do wszystkich Koleżanek i Kolegów z prośbą o dołożenie starań, aby recepta była nie tylko czytelna, lecz także odpowiadała szczegółowym, formalnym wymogom Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 17 maja 2007 r. w sprawie recept lekarskich (z następnymi ewentualnymi zmianami).

Równocześnie apelujemy do farmaceutów pracujących w aptekach, prosząc o kontynuowanie dobrego obyczaju bezpośredniego porozumiewania się z lekarzem ordynującym dla wyjaśnienia ewentualnych niedociągnięć, braków czy nawet błędów formalnych recepty.

Koleżanki i Koledzy lekarze i farmaceuci, pracujący w Departamencie Gospodarki Lekami NFZ oraz w Wydziałach Gospodarki Lekami Oddziałów Wojewódzkich NFZ są proszeni o staranne odróżnianie drobnych uchybień, wynikających niewątpliwie z chwilowej nieuwagi lub pośpiechu, od poważnych błędów, które mogą spowodować nieprawidłową realizację recepty.

Apelujemy również do Koleżanek i Kolegów lekarzy pracujących w Departamencie Polityki Lekowej i Farmacji MZ, aby w kolejnej nowelizacji rozporządzenia w sprawie recept uwzględnili uzupełnianie lub poprawianie przez farmaceutę pracującego w aptece na recepcie danych formalnych zawartych w dowodzie osobistym lub innych wskazanych w rozporządzeniu dokumentach pacjenta oraz umieścili sformułowania wyjaśniające tryb postępowania w razie ustalania odpowiedzialności za poszczególne błędy formalne.

Za Zespół Polityki Lekowej

Naczelnej Rady Lekarskiej

PROF. DR MED. TADEUSZ L. CHRUSCIEL, PRZEWODNICZĄCY

Uwaga, uwaga – ważne

Wszyscy już wiemy o nowych zasadach ubezpieczenia lekarzy, także dentystów. Polisy trzeba wykupić zarówno na zabiegi wykonywane w ramach kontraktu z NFZ, jak i na leczenie pacjentów spoza Funduszu, tzw. prywatnych.

Warto jednocześnie zwrócić uwagę na pewną specyficzną sytuację. Jeżeli pracujemy na kontrakcie z NFZ, mamy stosowną polisę, to nie ma ona zastosowania do zabiegów wykonywanych z DOPLATAMI! Jeżeli więc chcemy pobierać dopłaty, dla bezpieczeństwa musimy mieć również dodatkowe ubezpieczenie, takie jak dla pacjentów prywatnych... AB

Z medycznej wokandy

Prawo do krytyki lekarzy w kodeksie etyki lekarskiej



JĘDRZEJ
SKRZYPCZAK

Warto raz jeszcze powrócić do kwestii art. 52 kodeksu etyki lekarskiej, tym bardziej, że jest ku temu doskonała okazja. Najpierw bowiem 23 kwietnia 2008 r. zajmował się nim polski Trybunał Konstytucyjny, a 16 grudnia 2008 r. Europejski Trybunał Praw Człowieka.

Przypomnijmy, iż w pierwotnym brzmieniu KEL (tj. od 1991 do 2003 r.) przepis, który formułował wspomnianą powyżej regułę (art. 52 KEL), uzyskał następujące brzmienie: „Lekarze powinni okazywać sobie wzajemny szacunek. Lekarz nie powinien wypowiadać wobec chorego i jego otoczenia, a także wobec personelu asystującego lub publicznie, niekorzystnej oceny działalności zawodowej innego lekarza lub dyskredytować go w jakikolwiek sposób. Wszelkie uwagi o dostrzeżonych błędach w postępowaniu innego lekarza powinien przede wszystkim przekazać zainteresowanemu lekarzowi. Poinformowanie organu izby lekarskiej o zauważonym naruszeniu zasad etycznych i niekompetencji zawodowej innego lekarza nie godzi w zasady solidarności zawodowej”. W tej wersji przepisu zakazywano więc wypowiadania publicznie jakiegokolwiek niekorzystnej oceny działalności innego lekarza. Dodatkowo piętnowano wypadki dyskredytowania innego lekarza. Na Krajowym Zjeździe Lekarzy w 2003 r. dokonano istotnej zmiany KEL, w tym art. 52. I tak od 1 stycznia 2004 r. obowiązuje on w następującym brzmieniu: „Art. 52. Lekarze powinni okazywać sobie wzajemny szacunek. Szczególny szacunek i względy należą się lekarzom seniorom, a zwłaszcza byłym nauczycielom. Lekarz powinien zachować szczególną ostrożność w formułowaniu opinii o działalności zawodowej innego lekarza, w szczególności nie powinien publicznie dyskredytować go w jakikolwiek sposób. Lekarz wszelkie uwagi o dostrzeżonych błędach w postępowaniu innego lekarza powinien przekazać przede wszystkim temu lekarzowi. Jeżeli interwencja ta okaże się nieskuteczna albo dostrzeżony błąd lub naruszenie zasad etycznych powodują poważną szkodę, konieczne jest poinformowanie organu izby lekarskiej. Poinformowanie organu izby lekarskiej o zauważonym naruszeniu zasad etycznych i niekompetencji zawodowej innego lekarza nie stanowi naruszenia zasad etyki. Jeżeli błąd popełniony przez innego lekarza ma niekorzystny wpływ na stan zdrowia pacjenta, należy podjąć działania dla odwrócenia jego skutków”. Jak wynika z powyższego, redakcja tego przepisu uległa „złagodzeniu”. Mowa jest o konieczności zachowania szczególnej ostrożności w prezentowaniu sądów o innych członkach samorządu lekarskiego, ale już nie

zabrania się wypowiadania się o innych kolegach. Ciągłe natomiast przepis uniemożliwia dyskredytowanie innych lekarzy. Wyjaśnić należy, iż pojęcie „dyskredytowanie” należy rozumieć jako pomniejszanie czyjegoś autorytetu, czyjejs wartości, podważanie zaufania do kogoś lub czegoś, albo jako skompromitowanie, zdyskwalifikowanie lub psucie komuś opinii. Określenie „publiczny” użyte w art. 52 KEL należy rozumieć w taki sposób, jaki temu pojęciu nadaje doktryna i judykatura na gruncie art. 216 kk. Zatem przesłanka publicznego zdyskredytowania będzie spełniona wówczas,

W tej wersji tego przepisu zakazywano wypowiadania publicznie jakiegokolwiek niekorzystnej oceny działalności innego lekarza. Dodatkowo piętnowano tu przypadki dyskredytowania innego lekarza

gdy wypowiedź lub gest może być rzeczywiście odebrany przez bliżej nieokreśloną liczbę osób. Jak słusznie zauważył Trybunał Konstytucyjny w uzasadnieniu wyroku z 23 kwietnia 2008 r., zakresy znaczeniowe pojęcia „dyskredytować” i „krytykować” krzyżują się, ale nie pokrywają. Wskazano, że „krytyka w ścisłym znaczeniu tego słowa zakłada zawsze element analizy i oceny prawidłowości zachowania podmiotu krytykowanego, co z kolei umożliwiła późniejszą obiektywną ocenę jej prawidłowości i prawdziwości. Krytyka nie musi ponadto – przynajmniej z pojęciowego punktu widzenia – angażować uwagi osób trzecich, ale może ograniczać się do wymiany poglądów pomiędzy krytykującym a krytykowanym. Tymczasem istota dyskredytacji (...) wiąże się ze skutkiem w postaci podważenia autorytetu, spowodowania ujemnej oceny postawy lub działalności określonej osoby w oczach innych. Wskazany negatywny skutek może być związany z obiektywną uzasadnioną albo nieuzasadnioną, albo w każdym razie weryfikowalną oceną czyjegoś działania, albo ze sposobem traktowania danej osoby”. Podsumowując ten wątek, TK stwierdził, iż dyskredytacją będzie „krytyka dla samej krytyki”, albo reakcja nieadekwatna do wykniętego błędu oraz zamierzonych pozytywnych skutków społecznych.

Warto tu odnotować, że podobne regulacje zawierały np. przedwojenne kodeksy etyki lekarskiej. I tak „Zbiór zasad deontologii lekarskiej” z 16 czerwca 1935 r. (zasada nr 18)

stanowił, iż: „Lekarzowi nie wolno wypowiadać wobec chorego lub jego otoczenia niekorzystnej oceny działalności zawodowej kolegi. Lekarzowi nie wolno zachowywać się w sposób, który może zdyskredytować poprzedniego lekarza”. Podobne zasady funkcjonowały w „Kodeksie deontologii lekarsko-dentystycznej” z 1 maja 1948 r. (zasada nr 16). Z kolei w zasadzie 39 „Zbioru zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza” z 22 czerwca 1984 r. stanowiono: „Stosunki między lekarzami powinny opierać się na wzajemnym szacunku, lojalności i koleżeństwie, wynikających ze wspólnych celów i poszanowania trudu, wysiłku oraz odpowiedzialności, jaką lekarz ponosi w swojej działalności zawodowej”, a w art. 40 przewidziano: „Lekarz nie powinien nigdy pochopnie oceniać działalności i umiejętności innego lekarza, a zwłaszcza opierać swych sądów na informacjach pochodzących od chorych i osób postronnych, gdyż informacje takie bywają często wynikiem nieporozumienia lub ubocznych względów”, a w art. 41: „Jeżeli zachodzi konieczność wydania opinii o pracy zawodowej innego lekarza, opinia taka może być wydana tylko na pisemne żądanie powołanych do tego władz, a także może być wyrażona w dyskusji naukowej lub na prośbę zainteresowanego lekarza. Opinia taka powinna być zgodna z zasadami etyczno-deontologicznymi i wydana w sposób bezstronny” oraz w art. 42: „Lekarz powołany do wydania urzędowej opinii o postępowaniu innego lekarza powinien dokładnie zapoznać się ze wszystkimi materiałami i okolicznościami koniecznymi do wyjaśnienia sprawy, a swą opinię kształtować i wyrażać w sposób obiektywny i ostrożny. Opinie te powinny być w miarę możliwości opracowywane kolektywnie z udziałem właściwych specjalistów”.

Z kolei podobne europejskie zbiory zasad deontologii lekarskiej zawierają nieco inne rozwiązania. I tak w art. 28 „Europejskich zasad etyki lekarskiej” z 6 stycznia 1987 r. stanowi się: „Obowiązujące lekarzy reguły koleżeństwa są ustanowione w interesie pacjentów i mają na celu zapobieżenie sytuacji, w której pacjenci staną się ofiarami nieuczciwej konkurencji między lekarzami”, a w art. 30: „Nie uchybia obowiązkowi koleżeństwa zgłoszenie przez lekarza właściwemu organowi zawodowemu faktu uchybienia regułom etyki lekarskiej i uprawnień zawodowych, o których lekarz się dowiedział”, a w punkcie B6 załącznika do tego dokumentu: „Lekarz może uczestniczyć w reportażach publicznych w prasie, radiu i telewizji w zakresie, w jakim służą one informowaniu społeczeństwa w dziedzinie zdrowia. Lekarz, który uczestniczy w akcji informowania opinii publicznej o charakterze edukacyjnym lub bez względu na środek komunikacji, powinien powoływać się jedynie na potwierdzone dane, wykazywać ostrożność i troskę o konsekwencje swoich wypowiedzi do opinii publicznej”.

Przy tej okazji warto podkreślić, że prawo do krytyki i wolność wypowiedzi gwarantują oprócz oczywiście Konstytucji Rzeczypospolitej z 2 kwietnia 1997 r. (art. 54) także akty rangi międzynarodowej. Wymienić tu należy chociażby Europejską Konwencję Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z 4 listopada 1950 r., ratyfikowaną przez Polskę 15 grudnia 1992 r.

Przypomnieć w tym miejscu należy, że zgodnie z art. 54 ust. 1 Konstytucji: „Każdemu zapewnia się wolność wyraża-

nia swoich poglądów oraz pozyskiwania i rozpowszechniania informacji”. Zarówno w doktrynie, jak i w judykaturze panuje ugruntowany pogląd, iż przepis ten normuje trzy odrębne, choć powiązane ze sobą wolności, a mianowicie wolność rozpowszechniania informacji, wolność wyrażania poglądów oraz wolność pozyskiwania informacji. Linia orzecznicza TK jest w tym punkcie zgodna z judykaturą Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, która podkreśla szczególne znaczenie, jakie wolność słowa ma dla kształtowania się postaw i opinii w sprawach budzących publiczne

Warto tu odnotować, że podobne regulacje zawierały np. przedwojenne kodeksy etyki lekarskiej. I tak „Zbiór zasad deontologii lekarskiej” z 16 czerwca 1935 r. (zasada nr 18) stanowił, iż „Lekarzowi nie wolno wypowiadać wobec chorego lub jego otoczenia niekorzystnej oceny działalności zawodowej kolegi. Lekarzowi nie wolno zachowywać się w sposób, który może zdyskredytować poprzedniego lekarza”

zainteresowanie i zatroskanie. TK podkreślił, że problematyka ochrony zdrowia i funkcjonowania służby zdrowia – zwłaszcza w zakresie, w jakim dotyczą kwestii istotnych dla bezpieczeństwa pacjentów – należą do tego typu spraw. Należy zatem z całą mocą podkreślić, iż granicami legalności krytyki jest rzetelność i zgodność z prawem oraz zasadami współżycia społecznego. Nie będzie zatem uchodzić za dopuszczalną krytykę postępowanie, wpływające z chęci zniesławienia lub naruszenia godności osoby napiętnowanej. W doktrynie podkreśla się przy tym zasadnie, iż przyznanie prawa do krytyki nie oznacza zwolnienia z konieczności dochowania odpowiedniej formy krytyki. Dlatego też niezasadny wydaje się pogląd zakładający, iż krytyka niezgodna z prawdą pozostaje w ramach dozwolonych przez prawo. Podawanie bowiem nieprawdy, zwłaszcza w sposób świadomy i celowy, na pewno nie może uchodzić za postępowanie zgodne z zasadami współżycia społecznego, a zarazem będące rzetelnym.

Zważywszy na powyższe, należy podkreślić, że w obecnym kształcie art. 52 KEL piętnuje tylko publiczne dyskredytowanie innego lekarza, a więc pomniejszanie, podważanie czyjegoś autorytetu, kompromitowanie kolegi z korporacji zawodowej. Przy czym, co należy podkreślić, przewiduje jednocześnie stosowny tryb zmierzający do wykrycia i ukarania błędów w postępowaniu innego lekarza, stąd też obowiązek poinformowania organów izby lekarskiej. Analogicznie, mimo istnienia art. 54 Konstytucji, kodeks karny penalizuje zniesławienie i znieważenie.

W konsekwencji Trybunał Konstytucyjny w wielokrotnie tu cytowanym wyroku z 23 kwietnia 2008 r. podkreślił, iż:

Peryskop

Janusz Skowronek

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

Jedna osoba na 100 ma w sobie groźny gen

Co setny mieszkaniec świata jest nosicielem wrodzonej mutacji genu MYBPC3 prowadzącej do formowania się w organizmie nieprawidłowych białek, wywołujących niewydolność pracy serca i atak – wynika z badań na Uniwersytecie Maduraj Kamaraj w Indiach.

Osoby takie, których w świecie jest łącznie 60 mln, mogą cieszyć się dobrym zdrowiem do późnych lat, ale doświadczają objawów dolegliwości sercowych. W najgorszych przypadkach umierają na skutek zatrzymania pracy serca.

Nosiciele są najliczniejsi wśród Indusów z Indii, gdzie co 25. mieszkaniec odziedziczył mutację genu, lub ich potomków – wynika z ustaleń ośrodka badań nad biologią komórek i cząsteczek w Hajderabadzie opublikowanych w specjalistycznej publikacji *Nature Genetics*.

– *Mutacje genu prowadzą do formowania się w organizmie nieprawidłowych białek. Organizm młodych ludzi może je rozłożyć i pozostać zdrowy, ale u osób starszych takie białka kumulują się, wywołując z czasem objawy sercowej niewydolności* – uważa dr Kumarasamy Thangaraj, lekarz prowadzący badania.

– *Złą wiadomością jest to, iż nosiciele mutacji genu nie zostali ostrzeżeni przed tym, iż są w niebezpieczeństwie, ale dobrą jest to, iż obecnie wiemy, jaki jest wpływ mutacji na ich zdrowie* – wskazuje współprowadzący badania dr Perunduraj Dhandapany z Uniwersytetu Madurai Kamaraj. W ocenie Marka Walporta zajmującego się badaniem nad genomem z ramienia Fundacji Wellcome, ustalenia naukowców z Hajderabadu mają duże znaczenie, ponieważ torują drogę specjalistycznym badaniom na dużą skalę, tzw. przesiewowym i rozwojowi nowych terapii. Według dr. Chrisa Tylera-Smitha, również z Fundacji Wellcome, który uczestniczył w pracach ośrodka w Hajderabadzie, mutacja

„Trybunał uznaje potrzebę istnienia pewnych ograniczeń wolności słowa i prawa do krytyki w relacjach pomiędzy lekarzami, ze względu na konieczność ochrony zaufania pacjentów do służby zdrowia, niezbędnego do prawidłowego funkcjonowania tej profesji jako całości, specyfikę relacji pacjent–lekarz, oparte na zaufaniu pacjenta do lekarza, wreszcie specyfikę decyzji diagnostycznych i terapeutycznych, podejmowanych z reguły w warunkach braku pełnego rozeznania wszelkich uwarunkowań danego przypadku. Uzgodnieniu tych konkurujących z sobą wartości służy procedura informacyjna usytuowana w art. 52 ust. 3 KEL. Nie znaczy to jednak, że opisany tam mechanizm zawsze będzie wystarczający i dostatecznie skuteczny, aby zapewnić ochronę wartości podstawowej w analizowanym zakresie – tj. zdrowia i życia pacjentów. W granicach podyktowanych ochroną tej wartości oraz – co oczywiste – prawdziwością formułowanych twierdzeń, może zaistnieć konieczność wystąpienia z publiczną krytyką innego lekarza. Interpretacja zakwestionowanego art. 52 ust. 2 KEL zgodna z aprobowanym konstytucyjnie systemem wartości nie może zatem zmierzać w kierunku uznania całkowitej niedopuszczalności publicznej krytyki lekarza przez innego lekarza i zwolnienia sądów lekarskich z przeprowadzania dowodu prawdy przy dokonywaniu ocen wartościujących konkurujące ze sobą w konkretnym wypadku interesy”. W konsekwencji TK przesądził, że nie ma konieczności zmiany ani aktów normatywnych, ani kodeksu etyki lekarskiej (art. 52). Jak stwierdził TK „osiągnięcie pożądanego rezultatu może nastąpić przez zmianę wykładni art. 52 ust. 2 KEL, dokonywanej w orzecznictwie sądów lekarskich (...), tj. uznania, że pojęcie *dyskredytowanie* oznacza publiczną wypowiedź niezgodną z prawdą lub bez związku z ochroną interesu publicznego, wyłącznie lub przede wszystkim w celu podważenia autorytetu (zaufania do) innego lekarza”.

Z kolei 16 grudnia 2008 r. kwestią zgodności art. 52 KEL z art. 10 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka i Podstawowych Wolności zajmował się Europejski Trybunał Praw Człowieka. Sprawa została wytoczona Polsce przez dr. Frankowicza – ginekologa, prezesa Stowarzyszenia Ochrony Prawa Pacjenta (dane osobowe są tu jawne), który wydał na zlecenie pacjenta w 1996 r. krytyczną pisemną opinię o postępowaniu innego lekarza. Stwierdził w niej, że szpital w Tarnowie przyczynił się do pogorszenia stanu jego zdrowia, odmawiając wykonania biopsji, przez co w porę nie zdiagnozowano, że ma marskość wątroby i jego zdaniem nie rozpoczęto prawidłowego leczenia. Doktor został ukarany przez sądy lekarskie (I i II instancji) naganą, co jego zdaniem uniemożliwiło mu przez kilka lat awans zawodowy. Europejski Trybunał Praw Człowieka podkreślił wprawdzie w uzasadnieniu, iż relacja lekarza z pacjentem powinna bazować na wzajemnym zaufaniu, co może się wiązać z koniecznością zachowania solidarności członków samorządu zawodowego lekarzy, ale pacjent ma prawo do informacji na temat postępowania lekarskiego, które jego dotyczyło. Podkreślono, iż nie można za rzetelne opinie o postępowaniu innego lekarza karać, bo w ten sposób odstraszy się innych lekarzy od wydawania opinii o rzeczywistym stanie zdrowia i prawidłowości leczenia pacjenta.

Zdaniem ETPCz, opinia wydana przez lekarza była rzetelna (choć był ginekologiem, a wypowiadał się o postępowaniu innego specjalisty) i nie była publicznym dyskredytowaniem, ponieważ sporządził ją na zlecenie pacjenta i przekazał mu bezpośrednio, a nie podał do wiadomości publicznej. Nie miał przy tym na celu dyskredytowania lekarzy i działał w obronie interesu publicznego, a sąd lekarski nawet nie zbadał słuszności opinii sporządzonej przez lekarza. Dlatego ukaranie lekarza za taką opinię stanowi naruszenie art. 10 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka.

Europejski Trybunał Praw Człowieka w rezultacie zasądził 3000 euro od Polski na rzecz lekarza. Na koniec warto odnotować jednak dwie kwestie. Mianowicie stan faktyczny w tej sprawie dotyczył roku 1996 r. i nieaktualnego dziś brzmienia KEL, natomiast trybunał nie podzielił zarzutu skarżącego, że postępowanie przed sądem lekarskim nie spełnia wymogów prawa do rzetelnego sądu. I to ma dla sądów lekarskich ogromne znaczenie. W ten sposób Europejski Trybunał przesądził w istocie legalność funkcjonowania tego „lekarskiego wymiaru sprawiedliwości”, co niektórzy w Polsce kwestionowali.



Spotkanie z biskupem

Remont budynków Okręgowej Izby Lekarskiej przysparza wielu kłopotów. Ostatnie posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej WIL trzeba było przenieść poza Izbę. Odkonane ono w Auli Wydziału Teologicznego UAM w Poznaniu na Ostrowie Tumskim 9 stycznia 2009 r. Połączone było z opłatkowym spotkaniem z biskupem Zdzisławem Fortuniakiem.

Po omówieniu spraw bieżących, wydaniu praw wykonywania zawodu i obsadzeniu konkursów przeszliśmy do drugiej sali, gdzie czekał na nas ks. biskup i kolacja. Były noworoczne życzenia od naszego prezesa, a także od biskupa Fortuniaka. Biskup mówił, jak zawsze serdecznie, o posłannictwie zawodu lekarza, o tym, jak ważna jest odpowiedzialność za jego wykonywanie i życzył nam wszystkim satysfakcji z pracy. A w całym roku nam i naszym rodzinom samych szczęśliwych zdarzeń, zdrowia, szczęścia i pomyślności. Potem były życzenia, wzajemne łamanie się opłatkiem i nadzieja, że tym razem życzenia spełnią się w stu procentach...

Wieczór uświetnił koncert naszej orkiestry kameralnej. To jedyny tego typu zespół w Polsce, zorganizowany pod egidą izby lekarskiej...



Peryskop

genu MYBPC3 rozwinęła się w Indiach ok. 30 tys. lat temu i rozprzestrzeniła się po tym, jak ludzie osiągnęli wiek dojrzały, a więc nie umarli w młodym wieku w wyniku naturalnej selekcji gatunku.

Zgubne skutki palenia podczas ciąży

Kobiety, które palą papierosy w czasie ciąży, mogą poważnie uszkadzać tarczycę swojego nienarodzonego dziecka.

Najnowsze badania dowodzą, że palenie nie tylko hamuje rozwój płodu i zwiększa prawdopodobieństwo śmierci łóeczkowej, ale także zaburza funkcjonowanie tarczycy – zarówno u matki, jak i dziecka.

– Nasze badania wykazały, że niezależnie od fazy ciąży, palenie wiąże się z niekorzystnymi zmianami w wydzielaniu hormonów tarczycowych – mówi dr Bjay Vaidya ze szpitala królewskiego w Devon i Exeter.

Lekarze opracowali przełomową terapię

Grupa lekarzy ze szpitala Southern General w Glasgow przystąpi do badań nad wykorzystaniem przeszczepu komórek macierzystych pobranych z ludzkiego płodu do leczenia pacjentów po udarze mózgu – donosi BBC.

Komórki będą wszczepiane do mózgu pacjenta po udarze w nadziei, iż zregenerują uszkodzone obszary, zwiększając zakres jego ruchów fizycznych i pobudzą funkcje umysłowe.

Badania pod kierunkiem dr. Keitha Muira rozpoczną się w połowie br. Będą prowadzone w czterech grupach po trzech pacjentów przez 2 lata. Na pierwszym etapie idzie o ustalenie, czy terapia jest bezpieczna, a na dalszych, czy przynosi pacjentom pożytek.

Pierwsza grupa ma otrzymać niską dawkę 2 mln płodowych komórek macierzystych. Dawka będzie stopniowo zwiększana w trakcie prac badawczych. W przypadku ostatniej grupy sięgnie 20 mln komórek. Lekarze sądzą, iż taka właśnie dawka wymagana jest do zapoczątkowania regeneracji.

Peryskop

– Jeżeli wyniki badań przeprowadzonych wcześniej na zwierzętach potwierdzą się na ludziach, to terapia umożliwi rozwój nowych komórek nerwowych, lub regenerację istniejących, prowadząc do odzyskania funkcji ruchowych i umysłowych, które w przeciwnym razie byłyby utracone – cytuje BBC dr. Muira, konsultanta z Southern General Hospital.

Jako pierwsza terapię opracowała firma Reneuron, która przed dwoma laty wystąpiła o licencję na badania kliniczne na pacjentach po udarze w USA, ale jej nie uzyskała. Brytyjska agencja regulująca badania medyczne badania dopuściła. Wykorzystanie ludzkiego płodu (uzyskanego w wyniku aborcji) do wytworzenia komórek macierzystych wywołało sprzeciw ze strony przeciwników wykorzystania ludzkich zarodków do badań medycznych. Rzecznik Towarzystwa Ochrony Praw Nienarodzonych Dzieci porównał proponowaną terapię do kanibalizmu.

Zastrzeżeń nie podzielił dr John Sinden, główny naukowiec Reneurona, który wskazał, iż opracowanie terapii wymagało pobrania tkanki tylko z jednego płodu, zaś dostępna technologia umożliwia uzyskiwanie dużej liczby komórek potrzebnych do leczenia tysięcy pacjentów z pojedynczej komórki. Według niego nieetyczne byłoby odmawianie terapii tym, którym może ona pomóc. Około 1/3 pacjentów w pełni dochodzi do siebie po udarze, ale reszta albo umiera, albo jest niepełnosprawna. Obecnie udar leczy się głównie fizjoterapią.

Krótką listą ratuje życie

Stosowanie przez chirurgów podczas poważnych operacji prostej listy czynności do sprawdzenia może zmniejszyć ryzyko zgonu i poważnych komplikacji o ponad 40 proc. – informuje *New England Journal of Medicine*.

Lista została opracowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) i przetestowana w ośmiu miastach w różnych częściach świata – Ammanie, Auckland, Ifakarze (Tanzania), Londynie, Manili, New Delhi, Seattle i Toronto. Badania objęły ogółem 7688 pacjentów – 3733 przed, a 3955 po wprowadzeniu listy. Odsetek poważnych komplikacji



„Tak to robią w Ostrowie...”

czyli spotkanie opłatkowo-integracyjne lekarzy Delegatury Ostrowsko-Krotoszyńskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

Nie zważając na pokryte gołoledzią drogi, co koń wyskoczy – a tak właściwie to w grubo ponad 200 koni – popędziliśmy z Andrzejem Baszkowskim, w sobotę 10 stycznia 2009 r., do Ostrowa Wielkopolskiego. Celem naszej wyprawy było tradycyjne już spotkanie opłatkowo-integracyjne lekarzy tamtejszej Delegatury. Impreza odbyła się w gościnnych salach restauracji „Komeda” i była połączona z prezentacją drugiego wydania *Historii szpitalnictwa w Ostrowie Wielkopolskim 1602–2002–2008* autorstwa dr. n. med. Antoniego Sukiennickiego. Książka ta została wydana przez Wielkopolską Izbę Lekarską w Poznaniu przy finansowym wsparciu TU Inter Polska. To oficjalni dobroczyńcy. Ale tak naprawdę oprócz autora do jej powstania przyczynili się dr Urszula Siedlicka – inicjatorka wznowienia i dr Wiesław Wawrzyniak, który ideę koleżanki przemienił w materialny twór, między innymi namawiając do sponsorowania wydania dyrektora poznańskiego oddziału





Peryskop

spadł z 11 do 7 proc., a zgonów z 1,5 do 0,8 proc., co stanowi spadek o ponad 40 proc. We wszystkich szpitalach wyniki były podobne. Cała lista mieści się na jednej kartce, a sprawdzenie wszystkich czynności trwa parę minut. Chodzi o przestrzeganie rutynowych zaleceń przed znieczuleniem, przed otwarciem pacjenta i przed opuszczeniem przez niego sali operacyjnej. Stosowanie listy ma poprawiać skuteczność działania zespołu operacyjnego i zapobiegać takim problemom, jak zakażenia czy utrata krwi. Zdaniem prowadzącego badania dr. Atula Gawande z Harvard School of Medicine, stosowanie listy powinno się stać równie powszechne, co użycie stetoskopu, bo zarówno w krajach bogatych, jak i ubogich eksperyment wykazał niedociągnięcia w pracy zespołów operacyjnych. Biorąc pod uwagę liczbę przeprowadzanych na świecie operacji, liczba uratowanych dzięki liście mogłaby iść w miliony.

Trudny wybór dla nałogowych palaczy

Palenie papierosów albo smukła figura – wybór należy do nastolatków. Młode kobiety, które jako nastolatki paliły przynajmniej 10 papierosów dziennie, mają większy obwód talii niż ich niepalące rówieśniczki.

Dziewczęta, które paliły jako nastolatki miały w wieku dwudziestu kilku lat średnio o ok. 3,5 cm grubszą talię niż młode kobiety, które nie paliły tytoniu w wieku szkolnym. Szkolne palaczki miały też dwa razy wyższe ryzyko otyłości od niepalących koleżanek. To wyniki badania przeprowadzonego wśród ponad dwóch tys. par fińskich bliźniąt.

Może to być dodatkowy bodziec dla nastolatków, by wystrzegać się nałogu. Jednak groźba przytycia nie zmotywuje nastoletnich chłopców do zdrowego trybu życia: w badaniu nie znaleziono takiego związku między paleniem a tyciem u płci brzydkiej.

Naukowcy nie są pewni, skąd się bierze ta nierówność pomiędzy płciami, jeśli chodzi o konsekwencje palenia. Według Suomy Saarni z departamentu



TU Inter Polska Hilarego Nowaka. Uczestnicy spotkania zostali obdarowani egzemplarzami książki, a chętni mogli dodatkowo uzyskać dedykację autora, z czego wielu skorzystało, w tym piszący te słowa.

Samo spotkanie, w eleganckim anturażu wewnątrz ostrowskiego hotelu i restauracji „Komeda”, otworzył przewodniczący Delegatury Ostrowsko-Krotoszyńskiej dr Wiesław Wawrzyniak.

Po nim, zgodnie z „opłatkowym” zwyczajem, parę słów powiedział kapelan ostrowskiej służby zdrowia ks. Ryszard Jaśkiewicz. Wystąpieniom tym oprócz przedstawicieli lekarskiej braci przysłuchiwali się starosta ostrowski Władysław Jędrzejak i wiceprzewodniczący Rady Miejskiej Ostrowa Wielkopolskiego Jarosław Lisiecki (prywatnie lekarz dentysta).

Nieco później „opłatek” nawiedził poseł na Sejm RP Maciej Orzechowski, notabene nasz kolega z Krotoszyna (to wyjaśnienie dla tych, co nie czytają gazet, w tym *Biuletynu*). Jak spostrzegawczy zauważyli, w nazwie spotkania oprócz „opłatka” jest też drugi człon – „integracja”. Jest to autorski pomysł ostrowian, którzy na spotkania lekarskich seniorów zapraszają także najmłodszych lekarzy, którzy właśnie podjęli pracę oraz ordynatorów oddziałów, tak by seniorzy wiedzieli, co w trawie piszczy, a młodszy koledzy mogli posłuchać „życiowych uwag” – do wykorzystania w przyszłości.

Spotkanie to w miłej atmosferze, początkowo przy biesiadnym stole, potem w mniejszych podgrupach przy stolikach, toczyło się do późnych godzin popołudniowych, niekiedy przy wodzie mineralnej, z tym, że to już na koszt uczestników, jak niesie fama. Dziękując za zaproszenie w imieniu swoim i Andrzeja, mam nadzieję, że podobne spotkania odbyły się także w innych delegaturach oraz w podobnej atmosferze i otoczeniu godnym lekarza.

KRZYSZTOF OŻEGOWSKI

Peryskop

zdrowia publicznego w Helsinkach, „nie wiemy, dlaczego palenie nie wpływa na wagę mężczyźni, tak jak nie wiemy, dlaczego wpływa na wagę kobiet”.

Zobaczyć chorobę serca

Nowy kompleks technetu pozwala na znacznie lepszą diagnostykę choroby wieńcowej serca. Substancja ta może być wykorzystana jako czynnik kontrastujący do zobrazowania pracy serca, co uwidacznia ewentualne dysfunkcje układu wieńcowego serca, donosi *Dalton Transactions*.

Choroby serca, w tym dusznica bolesna inaczej zwana chorobą wieńcową (ang. *coronary artery disease*) stanowią jedną z głównych przyczyn przedwczesnych zgonów mieszkańców tzw. krajów wysoko rozwiniętych. Obecnie istnieje kilka radiofarmaceutyków, które mogą być stosowane w diagnostyce chorób serca (obrazowaniu), jednakże preparaty te nie są obojętne dla zdrowia osoby badanej, a co więcej, nie tworzą łatwego w interpretacji obrazu układu krwionośnego serca. Wynika to z faktu, iż substancje te z trudem są wymywane z układu krwionośnego oraz z wątroby, a to zaburza obraz i utrudnia interpretację badanego serca.

Naukowcy z Instituto Tecnológico e Nuclear, Estrada Nacional (Portugalia) zsyntetyzowali nowy związek chemiczny – kompleks technetu, „sztuczny” pierwiastka chemicznego z grupy metali przejściowych, który doskonale nadaje się na czynnik obrazujący pracę serca.

Przewaga nowego kompleksu nad dotąd stosowanymi radiofarmaceutykami tkwi w trzy razy większej szybkości wymywania tej substancji z wątroby oraz obwodowego układu krwionośnego, co przyczynia się do powstania bardzo klarownego obrazu układu wieńcowego serca. W ten sposób można określić stan naczyń krwionośnych zaopatrujących mięsień sercowy w krew. Dzięki temu możliwe jest wykrycie zmian w naczyniach krwionośnych, które wskazują na możliwość rozwinięcia się choroby wieńcowej u osoby poddanej badaniu. Atutem nowo opracowanego kompleksu technetu, jest sto-

Pomaga czy naraża?

Homeopatia, zapoczątkowana i popularna w XIX wieku, współcześnie ma zarówno zwolenników, jak i przeciwników. W medycynie na ogół nie znajduje naukowego uzasadnienia. Nie brakuje jednak lekarzy, którzy przepisują pacjentom leki nie tylko syntetyczne, ale i naturalne. Zdaniem dziennika *Rzeczpospolita*, największych wrogów ta metoda leczenia ma w Naczelnej Izbie Lekarskiej.

Zdaniem samorządu lekarskiego z kwietnia 2008 r., które w artykule „Ministerstwo broni homeopatii” przypomina red. Sylwia Szparkowska, „stale narasta liczba dowodów, że homeopatię należy zaliczyć do nienaukowych metod medycyny alternatywnej, która proponuje stosowanie bezwartościowych produktów o niezwyfikowanym działaniu”.

Nie zgadza się z tym wiceminister zdrowia, Marek Twardowski. Jego zdaniem, takie stanowisko jest niezgodne z prawem Unii Europejskiej. Nie można pozbawiać lekarza prawa do przepisywania leków, które są dopuszczone do sprzedaży

Wspomnienie

Doktor Stefan Walski

W dniu 9 lutego 2009 r. minie 20 lat od śmierci dr. Stefana Walskiego – owianego legendą lekarza, charyzmatycznego chirurga, wieloletniego dyrektora szpitala powiatowego w Gostyniu.



Stefan Walski urodził się 24 lipca 1909 r. w Poznaniu. Tu uczęszczał do szkoły średniej im. Marii Magdaleny, a następnie na studia medyczne na wydziale lekarskim poznańskiego uniwersytetu. Po ich ukończeniu w roku 1934 podjął specjalizację z chirurgii i odbywał staże w klinice chirurgii kierowanej przez prof. Nowakowskiego oraz w Berlinie. W 1937 r. uzyskał I stopień specjalizacji. Już w 1936 r. objął posadę w Szpitalu Sióstr Urszulanek w Gostyniu. Tu dokonał przebudowy bloku operacyjnego według nowoczesnych projektów przywiezionych z Berlina i sprowadził aparat rentgenowski najnowszej generacji. Po wybuchu wojny w 1939 r. został powołany jako chirurg do polowego szpitala przy Wielkopolskiej Brygadzie Kawalerii dowodzonej przez gen. Abrahama. Po klęsce kampanii wrześniowej, dzięki ucieczce z transportu na Wschód, uniknął losu polskich oficerów. Wrócił do Gostynia, gdzie czekała żona Anna z dwójką dzieci. W tym czasie szpital został przejęty przez władze okupacyjne, a ludzie wysiedleni do Generalnej Guberni. Rodzina Walskich zabrała się jednym z transportów do Zawoi w Beskidach, by po kilku miesiącach przenieść się do Osielca koło Jordanowa. Tam dr Walski kontynuował pełną poświęcenia działalność lekarską i podjął starania o otwarcie szpitala. Po zgodę od władz okupacyjnych jeździł do Krakowa i uzyskał ją dzięki zapewnieniu, że na terenie szpitala znajdzie się oddział chorób zakaźnych, których Niemcy tak bardzo się obawiali. Do tego celu zaadaptował budynek w Bystrej Podhalańskiej, należący do kuratorium oświaty. Wyposażył go w swój sprzęt chirurgiczny, sprezentowany przez rodziców oraz w rodzinną pościel i koce. Tu do końca wojny ratował ludzi, leczył, operował i odbierał skomplikowane porody. Wielokrotnie po godzinie policyjnej, pod osłoną nocy wędrował w góry, by nieść pomoc rannym partyzantom, narażając własne życie. Dwukrotnie uniknął wydanego przez Niemców wyroku śmierci. Wierzył, że dzięki boskiej interwencji. Innym razem przedzierając się do szpitala podczas intensywnego ostrzału, został ranny. Po dotarciu zoperował najpierw oczekującego poszkodowanego, a dopiero potem zaopatrzył siebie. Na terenie szpitala udzielił schronienia wielu poszukiwanym przez Niemców osobom. Tu

w Polsce. W liście z 5 stycznia 2009 r., skierowanym do NRL, pisze, że homeopatia powinna być stosowana na takich samych zasadach, jak inne leki. Uważa przy tym, iż w żadnej mierze nie narusza to kodeksu etyki lekarskiej.

Ministerstwo Zdrowia, czytamy w artykule, może zakwestionować uchwałę, którą podejmujemy, ale musi w tej sprawie zwrócić się do sądu. Poza tym ten dokument miał status stanowiska, a nie uchwały – irytuje się Konstanty Radziwiłł, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej. – *Nasza opinia jest jednoznaczna i wielokrotnie powtarzana: homeopatia nie jest metodą naukową i lekarze nie powinni takich środków przepisywać. To narażanie pacjenta na zbędne wydatki i marnowanie pieniędzy publicznych.*

Z kolei Wojciech Matuszewicz, szef Agencji Oceny Technologii Medycznych, na pytanie: – *Czy leki homeopatyczne są skuteczne?* odpowiada: – *Moim zdaniem, to jedno wielkie nieporozumienie: rozcieńczanie substancji w proporcji 1 do 10 tysięcy, wielokrotne potrząsanie... To jakaś szarlataneria.*

A. P.

ukrywał się m.in. dr Jamke, archeolog z UJ i prof. J. Kostrzewski, badacz słowiańszczyzny na terenie Wielkopolski. W lutym 1945 roku dr Walski mógł wrócić do Gostynia, by reaktywować działalność szpitala, który został upaństwowiony. Objął stanowisko dyrektora i ordynatora oddziału chirurgii. Jednocześnie nawiązał kontakt ze środowiskiem akademickim w Poznaniu. Przyjeżdżał regularnie na spotkania chirurgów, którym przewodniczył jego przyjaciel Roman Drews. Otworzył przewód doktorski pod kierunkiem prof. Kowalskiego w Klinice Ginekologii i Położnictwa przy ul. Polnej. Tytuł doktora uzyskał w 1949 r. na podstawie rozprawy pt. „O zasadach postępowania w przypadku ściśniętej miednicy”. W 1955 r. zdobył II stopień specjalizacji z chirurgii, kształcąc się przedtem m.in. na kursach chirurgii onkologicznej w Gliwicach i na torakochirurgii u prof. Manteuffla w Warszawie. W tym okresie prowadził też wykłady z historii medycyny w Poznaniu, w zastępstwie prof. Wrzoska. Zainicjował sprowadzanie konsultantów z Poznania do Gostynia, m.in. urologa dr. Szłapińskiego oraz ortopedę dr. Grzesika. W międzyczasie był szykanowany przez władze PRL w związku z wcześniejszym leczeniem partyzantów i za odmowę wykonania aborcji, jak również za głęboką religijność.

Od okresu okupacji utrzymywał przyjazne kontakty z rodzinami góralskimi. Te przyjaźnie kontynuują następne pokolenia, teraz już prawnuki. Wielu górali przyjeżdżało do gostyńskiego szpitala, by leczyć ich dr Walski, który zasłynął jako świetny diagnosta i doskonały chirurg. Przechodząc na emeryturę w 1968 r. wyprowadził się z Gostynia, by zamieszkać w wymarzonym drewnianym domu w Sidzinie u stóp Babiej Góry. Tam przez kilka lat prowadził wiejski ośrodek zdrowia. Dojeżdżał do Makowa Podhalańskiego do poradni chirurgicznej i przez około rok pracował również w Zakopanem.

Mimo intensywnego życia zawodowego znajdował czas na liczne zainteresowania. Pasjonował się kulturą starożytną. Znał wiele języków obcych, w tym grecki, francuski, niemiecki. Interesował się astronomią. Był koneserem muzyki klasycznej. Uprawiał turystykę górską. Kochał góry. Nie rozstawał się z Pismem Świętym.

Wychował czworo dzieci.

Najstarsza córka Krystyna jest archeologiem. Syn Andrzej był ortopedą, ordynatorem oddziału ortopedycznego w Puszczykowie. Syn Michał pracuje w Warszawie, jest profesorem biologii PAN. Córka Danuta jest biologiem. Doczekał się kilkorga wnuków. W rodzinie kontynuowane są tradycje medyczne.

Zmarł 9 lutego 1989 r. i zgodnie z życzeniem, pozostając wierny górom, został pochowany na sidzińskim cmentarzu, obok żony Anny. Żyje we wspomnieniach przekazywanych kolejnym pokoleniom, będąc nadal niezastąpionym autorytetem.

ANNA ANDERSZ-BALWAS

Peryskop

sunkowo łatwa metoda otrzymywania tego związku chemicznego – substancja ta powstaje w reakcji jednoreaktorowej, co znacznie obniża koszty i zmniejsza czas produkcji specyfiku.

Obecnie prowadzone są testy przedkliniczne (na zwierzętach), których wyniki są bardzo obiecujące, co być może zaowocuje w niedalekiej przyszłości nową metodą diagnostyczną dostępną dla lekarzy specjalistów.

Chłodne dni złe dla starszych osób

W chłodne dni osoby starsze są narażone na zbyt wysokie ciśnienie krwi – wynika z pracy na łamach pisma *Archives of Internal Medicine*.

Od 40 już lat naukowcy wiedzą, że sezonowe zmiany temperatury mają wpływ na ciśnienie krwi ludzi – jest ono wyższe w chłodne dni, ponieważ niska temperatura powoduje kurczenie się naczyń. Jednak dotychczas w niewielu badaniach analizowano ten związek u osób starszych, napisali autorzy najnowszego artykułu. Tymczasem, ta właśnie grupa może być szczególnie wrażliwa na zmiany ciśnienia pod wpływem zewnętrznych temperatur. Wiadomo bowiem, że w miarę starzenia sprawność mechanizmów regulujących ciśnienie krwi ulega pogorszeniu.

Naukowcy z Narodowego Instytutu Zdrowia i Badań Medycznych w Paryżu przebadali 8801 osób w wieku od 65 lat wzwyż. Wszyscy mieszkali w dużym mieście. Zmierzono ciśnienie krwi pacjentów w różnych porach roku. Z lokalnych stacji meteorologicznych uzyskano dane na temat temperatury powietrza w dniu, w którym wykonano pomiar. Zarówno ciśnienie skurczowe (wyższa wartość ciśnienia), jak i rozkurczowe (niższa wartość) różniły się u badanych osób w zależności od pory roku i temperatur panujących na zewnątrz. Średnie ciśnienie skurczowe było o 5 mm słu pa rtęci wyższe w zimie niż latem.

Nadciśnienie – które stwierdza się przy skurczowym ciśnieniu 160 mm słu pa rtęci i wyższym lub przy ciśnieniu rozkurczowym 95 mm i wyższym – stwierdzono u ponad 33 proc. pacjen-

Peryskop

tów zimą i niecałych 24 proc. latem. Ogólnie wartości ciśnienia krwi były silnie związane z temperaturami panującymi na zewnątrz. Dotyczyło to zwłaszcza osób w wieku od 80 lat wzwyż. Zdaniem autorów pracy, obserwacje te mogą tłumaczyć, dlaczego zimą stwierdza się więcej przypadków udaru mózgu i zgonów w jego powodu; pęknięć tętniaków i innych problemów z układem krążenia. A ponieważ częściej występują one u osób starszych, naukowcy apelują, aby bardzo zimną porą lekarze lepiej monitorowali ciśnienie krwi ludzi w podsztywnym w i e k u , a gdy zajdzie potrzeba, podawali leki na nadciśnienie.

Jak przypominają badacze, przy niskiej temperaturze dochodzi do aktywacji współczulnego układu nerwowego (kontrolującego procesy niezależne od naszej woli, jak reakcja na stres). Efektem tego jest m.in. wzrost produkcji hormonów nadnerczy o nazwie katecholaminy, które powodują skurcz naczyń, wzrost pracy serca i ciśnienia krwi.

Lek na biegunkę może spowalniać starzenie

Antybiotyk o nazwie kliochoinol, stosowany niegdyś w leczeniu biegunek, może spowalniać procesy starzenia – informację na ten temat zamieszcza pismo *Journal of Biological Chemistry*.

Badania z ostatnich lat, prowadzone na zwierzętach, wskazywały, że kliochoinol – antybiotyk znany od 80 lat i stosowany dziś już tylko zewnątrz – może powstrzymać postępy różnych chorób neurologicznych, jak choroba Alzheimera, Parkinsona czy płasawica Huntingtona.

Naukowcy przedstawiali kilka teorii na wyjaśnienie tego, że jeden związek może dawać podobny efekt w różnych chorobach uszkadzających układ nerwowy. Teraz badacze kanadyjscy z Uniwersytetu McGilla proponują nowe wyjaśnienie tej zagadki.

Jak wykazały ich doświadczenia, kliochoinol bezpośrednio hamuje enzym mitochondrialny o skrótowej nazwie CLK-1 (określany też, jako *clock-1*). Z badań na myszach i bezkręgowcach wynika, że wpływa on na procesy sta-

Mailem z Krotoszyna

Nie będę kanibalem

W Krakowie 16 grudnia mediom oficjalnie przedstawiono *Kartę Praw Lekarza*. Teraz jej tekst został przekazany Ministerstwu Zdrowia i ma być upowszechniany. Na podstawie środowiskowych sondaży i badań okazuje się bowiem, że nasze zawodowe prawa znamy słabo. Ba, część z nas nawet nie wie o ich istnieniu!

To nic nowego. Pewnie z tych samych powodów – w porównaniu choćby z pielęgniarkami, a już na pewno z nauczycielami (o górnikach, transportowcach czy stoczniovcach nie wspominając!) – mamy też słabsze związki zawodowe. Tak, skuteczniej na lekarską rzeczywistość wpływają pragmatyczne zrzeszenia w rodzaju Porozumienia Zielonogórskiego niż nie do końca reprezentatywne, nie zawsze też poważnie odbierane (także przez kolegów), a niekiedy po prostu niekompetentne i niekonsekwentne związki zawodowe lekarzy, z OZZL na czele.

Czasem odnoszę wrażenie, że stosunkowo niewielka siła przebiccia lekarskich związków zawodowych wynika z ich swoistego rozdwojenia jaźni. Z miotania się pomiędzy tym, co dyktuje rozsądek, przyzwoitość i wykształcenie, a tym, co nakazuje związkowy (czytaj: lewicowy) status protestującego. A dyktuje on, upraszczając, konieczność protestowania nawet wtedy, gdy przedmiot dyskusji z założenia pachnie czerwono. Tymczasem nie wierzę, że lekarscy związkowcy, nawet lewicowi, kierują się jedynie prymitywnym konsumpcjonizmem, godnym prostego robotnika albo

Czasem odnoszę wrażenie, że stosunkowo niewielka siła przebiccia lekarskich związków zawodowych wynika z ich swoistego rozdwojenia jaźni. Z miotania się pomiędzy tym, co dyktuje rozsądek, przyzwoitość i wykształcenie, a tym, co nakazuje związkowy (czytaj: lewicowy) status protestującego. A dyktuje on, upraszczając, konieczność protestowania nawet wtedy, gdy przedmiot dyskusji z założenia pachnie czerwono

pyskatej sprzątaczkii: doraźnym, takim na tu i teraz, takim (niestety) zabójczym na dłuższą metę. Sądzę, że w lekarzach związkowcach jednak stale tli się wrażliwość, nazwijmy to, rozsądna. Ta długoplanowa, prawdziwa; wynikająca z charakteru ich zawodu. Czyli taka, która np. nakazuje, żeby zagubionemu, zdesperowanemu bezrobotnemu nie dawać ryby, tylko wędkę – aby powrócił do normalności. Przeciętny prostaczek mógłby załamać nad nim ręce i rozpaczać: „Na co wędka, dajcie mu rybę, jeszcze ją podlejcie maselkiem z ziołami, przecież on głodny, miejcie litość – wszak jesteście lekarzami...”. Tymczasem od człowieka naprawdę wrażliwego on musi dostać właśnie wędkę, a nie gotowe danie! Dla swego własnego dobra. A lekarz właśnie dobro człowieka, nie zaś jego tymczasowo pełen żołądek, ma uważać za priorytet... Bo który doktor jest lepszy, który bardziej wrażliwy: ten mówiący do otępego cukrzyka: „Niech pan je na zdrowie, biedaku, skoro ma pan ochotę” czy ten, który wciąż powtarza pacjentowi: „Wiem, że to wymaga wyrzeczeń, żal mi pana – ale dla własnego dobra musi pan sobie odmówić ulubionych kremówek i pączków”?

Dlatego uważam, że każdy związek zawodowy akurat nas, lekarzy, małe ma szanse zarówno na to, aby skutecznie lewicować (jak niby powinien), jak i na to, aby popierać tendencje liberalne (jak by chciał). Będzie zawsze niejednoznaczny, nijaki, mdły, nieumiejący określić własnej tożsamości i priorytetów.

Czy to dobrze czy źle? Zacznę od wspomnienia. Otóż, w licealnych czasach fascynowały mnie dzieła Stanisława Lema. Ten dziś już klasyk fantastyki nauko-



Maciej R. Hoffmann

wej (europejskiej, a może nawet światowej), wtedy skutecznie konkurował w zdobywaniu okopów mojej nastoletniej wyobraźni z Różewiczem, Witkacym i Joyce'em. Wydaje się to dziwne, to prawda – no, bo czy ściśle myślący wizjoner futurysty może stawać w szranki z humanistami? Dziś wiem, że to był pozorny paradoks. Przecież *Solaris*, *Dzienniki gwiazdowe*, *Szpital Przemienienia*, *Doskonała próżnia*, *Bajki robotów* czy *Opowieści o pilocie Pirxie* są tak samo przepojone humanizmem, jak *Kartoteka*, *Niemyte dusze* albo *Ulisses*. Mimo wszystko: mimo obecności w nich elektroniki, fizyki, kosmosu, cybernetyki, innych cywilizacji, pętli czasu, technologii jutra... Bo w końcu, jakkolwiek by było, Lem był lekarzem. Nie tylko myślał – ale także czuł. Nie tylko czuł – ale także myślał.

Dostrzegał to i doceniał to ks. Stanisław Obirek, z którym Lem korespondował. Ksiądz Obirek, wszak katolicki duchowny, tak pisał do Lema, wszak zadeklarowanego ateisty: „Mimo Pańskiej niewiary upatruję w Panu jednego z najciekawszych, a może najciekawszy właśnie głos moralnego niepokoju. (...) Zastanawiam się nad źródłami jasności Pańskiego widzenia i nad powodami, dla których ludzie wierzący w naszym kraju uczestniczą w ogólnym zaślepieniu”.

Właśnie tak: ludzie wierzący w naszym kraju uczestniczą w ogólnym zaślepieniu... Te słowa księdza Obirka pochodzą z późnych lat 50. lub z lat 60. (nie pamiętam dokładnie), więc można się domyślać, do jakich rodzajów zaślepienia ówczesnych Polaków katolików one się odnoszą. Ale dziś okazuje się, że są ponadczasowe i że opisują utrwaloną już społeczną regułę – naszą, polską, ponadczasową, ponadustrojową, ponadpolityczną... Owo ogólne zaślepienie dużej grupy Polaków, w większości ludzi podobno wierzących, polega na tym, że dostrzegają tylko te opcje, które przynoszą im korzyści. Nie korzyści duchowe, ulotne, eteryczne – ale czysto materialne, jak najbardziej konkretne.

Na przykład: ci ludzie ślepną, gdy mogą poleniuchować kosztem innych, w dodatku dostając za to pieniądze. Co prawda wyznawana przez nich religia katolicka propaguje pracę i wstrzemięźliwość (kiedyś wręcz ascetyczny) tryb życia, ale duża część Polaków tego nie zauważa (lub udaje, że nie zauważa). Czyli właśnie: jest zaślepienia. To inna grupa, choć może niedeklarująca aż tak bardzo swej religijności, stanowi ów głos moralnego niepokoju – jak to określił ks. Obirek w odniesieniu do Stanisława Lema. Doszedłem do tego wniosku, wysłuchując w radiu i TV, z zadziwiającą mnie samego cierpliwością (bo właściwie należało wyłączyć odbiornik – dla zdrowotności), grudniowych wywodów wszystkich skrzywdzonych nowymi przepisami emerytalnymi biedaków: zaharowanych pracowników kultury, straszliwie narażonych urzędników NIK, wypruwających sobie flaki kasjerek kolejowych... I innych związkowców reprezentujących grupy zawodowe przekonane o własnej wyjątkowości. W tym – o swym niepodlegającym dyskusji prawie do wczesnej emerytury. A także o tym, że to ci lżej pracujący Polacy (na przykład nieroby lekarze) powinni ich na tychże wczesnych emeryturach utrzymywać.

Z ust pokrzywdzonych padają efektownie gładkie zdania i pseudoeuropejskie (a tak naprawdę to pieniaczopolskie) argumenty (typu: poruszmy Trybunał w Strasburgu!). Widać, że rozczarowani sejmowym głosowaniem działacze są obcy. W każdym razie: chcą być obcy. Chcą być nowoczesnymi, sprawnymi związkowcami. Postępowymi. Ale to właśnie wspomniany Stanisław Lem retorycznie pytał: *Kiedy kanibal używa noża i widelca, czy jest to oznaką postępu?*

No właśnie. Kanibal zawsze pozostanie kanibalem. Nawet używając srebrnych sztućców, będzie chciał się odżywiać kosztem innych ludzi. Bo przecież jemu się to, jako kanibalowi, należy. W każdym razie on tak myśli, zaślepiiony swym kanibalizmem.

Mam nadzieję, że jako lekarz kanibalem nie zostanę. I nie ulegnę ogólnemu zaślepieniu. Jak nie uległ mu wielki Lem; po prostu wrażliwy wrażliwością lekarza, a nie związkowca.

Peryskop

zenia. Autorzy pracy podejrzewają, że hamując CLK-1 i starzenie tkanek klio-chinol może powstrzymać rozwój schorzeń neurologicznych związanych z wiekiem. Dokładny mechanizm blokowania enzymu CLK-1 przez klio-chinol jest ciągle przedmiotem badań. Zdaniem współautora pracy, dr. Siegfrieda Hekimiego, może to mieć związek ze zdolnością antybiotyku do wiązania metali ciężkich (czyli procesem tzw. chelacji). Badacz zaznacza, że choć klio-chinol mógłby hamować procesy starzenia u ludzi, to w nadmiernych ilościach może być bardzo toksyczny. Dlatego potrzeba znacznie więcej badań nad możliwością wykorzystania go w ramach terapii przeciwstarzeniowej.

Klio-chinol został wycofany z rynku po tym, gdy w latach 60. oskarżono go o wywoływanie w Japonii podostrej neuropatii rdzeniowo-ocznej (SMON). Jednak nie dowiedziono tego wówczas w dobrze zaplanowanym badaniu. Dlatego wielu naukowców uważa, że związek ten trzeba jeszcze udowodnić.

Rak skóry lubi towarzystwo

U pacjentów z rakiem skóry częściej pojawiają się także inne nowotwory – informuje *British Journal of Cancer*.

Jak wykazały badania naukowców z Queen's University w Belfaście, u osób leczonych z powodu czerniaka – najgroźniejszego nowotworu skóry – ponad dwukrotnie częściej pojawiają się inne, niezwiązane z nim rodzaje nowotworów. Także inne rodzaje raka skóry podnoszą ryzyko nowotworów, chociaż nie tak bardzo, jak czerniak – „tylko” o 57 proc. w porównaniu ze średnią dla populacji. Już wcześniej niektóre badania wskazywały, że osoby chorujące na jeden rodzaj nowotworu wcześniej zapadają na inne. Obecne badania przeprowadzono w oparciu o rejestr Northern Ireland Cancer Registry, obejmujący 1837 osób z czerniakiem i 20 823 z mniej agresywnymi rakami skóry

USA: coraz więcej chorych na choroby przewlekłe

Coraz więcej Amerykanów cierpi na choroby przewlekłe, jak cukrzyca czy

Peryskop

nadciśnienie, chorując jednocześnie na ponad trzy choroby tego typu. Powodem to coraz większe wydatki prywatne na leczenie – wynika z opublikowanych we wtorek badań.

Autorzy badań podkreślają, że politycy powinni mieć na uwadze, iż koszty te nieproporcjonalnie obciążają chorych na nie ludzi i zniechęcają do zażywania leków zapobiegających ich postępowi. W leczeniu odgrywają kluczową rolę leki na receptę. Roczne wydatki, niepokrywane przez ubezpieczenie zdrowotne, wzrosły w przeliczeniu na głowę z 427 dolarów w 1996 r. do 741 w 2005 r. – piszą naukowcy w dzienniku *Health Affairs*.

Przy uwzględnieniu inflacji oznacza to, że wydatki te na osobę wzrosły o 39 proc. – pisze Kathryn Paez ze współpracownikami z organizacji badawczej Social & Scientific Systems ze stanu Maryland. Są one o wiele wyższe w przypadku ludzi starszych: osoba z ubezpieczeniem Medicare dla osób od 65. roku życia i cierpiąca na co najmniej trzy choroby przewlekłe wydała rocznie na leczenie przeciętnie 2588 dolarów. Odrębny raport opublikowany we wtorek w *Health Affairs* pokazuje, że amerykańskie wydatki zdrowotne wzrosły w 2007 r. do 2,2 bln dolarów, co oznacza 7421 dolarów na osobę. Raport ten wykazuje w oparciu o dane rządowe, że 44 proc. Amerykanów w 2005 r. chorowało na co najmniej jedną z chorób przewlekłych: cukrzyce, nadciśnienie, wysoki poziom cholesterolu, raka, artretyzm, choroby serca itp. W 1996 r. cierpiało na nie 41 proc. Amerykanów. Chociaż opracowanie nie wskazuje bezpośrednio na przyczyny, wzrost zachorowań wiąże się z coraz powszechniejszym siedzącym trybem życia i nadwagą.

Gwałtowniej rośnie procent Amerykanów z trzema lub więcej chorobami przewlekłymi. Ich liczba na przykład w odniesieniu do ludzi w wieku 45–64 lat skoczyła z 13 proc. w 1996 r. do 22 procent w 2005 r., a w grupie powyżej 80. roku życia – z 38 proc. do 54 proc.

We wszystkich grupach wiekowych liczba chorych na trzy lub więcej chorób przewlekłych wzrosła z 7 proc. w 1996 r. do 13 proc. w 2005 r. – *Cieźzar*

Szkolenie członków Okręgowego Sądu Lekarskiego WIL i zastępców okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej

Spotkanie sędziów i rzeczników



FILIP ŚMIGIELSKI

W restauracji „Powozownia” w Poznaniu 10 stycznia 2009 r. odbyło się szkolenie członków Okręgowego Sądu Lekarskiego oraz zastępców okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu. Szkolenie pierwotnie miało się odbyć w siedzibie Izby, jednak z powodu prac remontowych zdecydowano o zmianie miejsca. Takie spotkania odbywają się co roku, jednak co warto podkreślić, było to dopiero drugie w historii wspólne spotkanie sędziów i rzeczników.

Gośćmi byli przewodniczący Okręgowej Rady Lekarskiej dr Stefan Sobczyński i wiceprzewodnicząca Okręgowej Rady Lekarskiej dr hab. n. med. Anna Kurhańska-Flisykowska.

W tym miejscu warto dodać, że mimo zimowych – niesprzyjających – warunków pogodowych frekwencja członków obu organów naszego samorządu jak zwykle bardzo zadowoliła organizatorów.

Pierwszym punktem programu było wystąpienie prezesa Sobczyńskiego na temat uchwał 163 i 165 ORL WIL w sprawie diet rzeczników i sądu lekarskiego. Prezes mówił o sytuacji finansowej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej związanej z zakupem siedziby delegatury w Kaliszu i gruntownym remontem budynków siedziby w Poznaniu. Podkreślał, że mimo tych ogromnych wydatków, udało się uchwalić wspomnianą uchwałę, która rekompensuje, przynajmniej w części, utracone przez rzeczników i sędziów zarobki w czasie ich odpowiedzialnej pracy na rzecz samorządu lekarskiego.

Głos w sprawie zabrał także przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego dr Grzegorz Wrona. Wyjaśnił istotne zasady funkcjonowania nowych uchwał i zaznaczył, że podstawą wypłaty diet jest w przypadku rzeczników skierowanie wniosku o ukaranie do OSŁ, a w przypadku sędziów – wydanie końcowego orzeczenia w rozstrzyganej sprawie oraz, co należy podkreślić, sporządzenie uzasadnienia do orzeczenia w terminie czternastu dni od daty jego wydania – skutkiem tego jest skrócenie terminów rozstrzygania. Doktor Wrona zwrócił uwagę na fakt, że efektem omawianej uchwały i przewidywanej przez nią diety jest zwiększenie kosztów postępowania, a co za tym idzie – większa kwota, którą obciążony jest na rzecz Wielkopolskiej Izby Lekarskiej obwiniony lekarz w wypadku orzeczenia jego winy. Nie sposób nie zauważyć, że ten element będzie, bo musi być, postrzegany jak składnik kary. I to bardzo wymierny.

Kolejnym mówcą była sędzia Sądu Okręgowego Małgorzata Winkler-Galicka, którą mieliśmy przyjemność gościć na spotkaniu szkoleniowym już po raz trzeci. Tematem jej wykładu była problematyka związania korporacyjnych sądów lekar-





szych wyrokami sądów karnych. Temat ten wywołał burzliwą dyskusję i wiele pytań zarówno członków sądu, jak i rzeczników, którzy w praktyce coraz częściej mają do czynienia z wyrokami sądów powszechnych sprzecznymi z ich odczuciami co do rozstrzyganej sprawy. Sędzia rozwiała wiele wątpliwości i dzieliła się swoją wiedzą oraz doświadczeniem. Podczas wykładu zostało podkreślone, że zgodnie z kodeksem postępowania karnego, który ma zastosowanie w tym wypadku, sąd lekarski, rozstrzygając w kwestii popełnienia zarzucanego czynu, analizuje sprawę samodzielnie i nie jest związany rozstrzygnięciem innego sądu lub organu. Wyrok sądu powszechnego oraz zgromadzone przez sąd i inne organy materiały są, jak mówiła, niezwykle pomocne przy ocenie danego przypadku, ale nie zwalniają członków sądu lekarskiego od wykorzystania własnej wiedzy medycznej i oceny zgodnie z własnym sumieniem. Jest tak tym bardziej z tego powodu, że podczas postępowania dyscyplinarnego mogą wyjść na jaw nowe okoliczności.

W kontekście tych zagadnień podkreślone też zostało, że rzecznik (czasem nawet mimo swojej odmiennej oceny sytuacji) jest związany wyrokiem skazującym sądu powszechnego w tym sensie, że musi w takim wypadku złożyć do sądu lekarskiego wniosek o ukaranie, by umożliwić rozstrzygnięcie podmiotowi do tego uprawnionemu. A tym jest sąd lekarski.

W dalszej części spotkania szkoleniowego dr Jędrzej Skrzypczak omówił sprawę rozstrzygnięcia Trybunału Konstytucyjnego w sprawie art. 52 KEL. Przypomniał zgromadzonym, że Trybunał nie uchylił tego zapisu, a wskazał jedynie, że należy go rozumieć w pewien określony sposób. Doktor Skrzypczak obszernie przedstawił uzasadnienie wyroku TK i przy tej okazji różnice zachodzące między pojęciami „dyskredytowanie” a „dozwolona krytyka”. W tym też kontekście przedstawione zostało rozstrzygnięcie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w Strasburgu w sprawie *Polska vs Frankiewicz*.

Doktor Krzysztof Kordel zajął się w swoim wystąpieniu omówieniem statystycznych danych spraw, którymi zajmowali się rzecznicy w ubiegłym roku. Przedstawił liczby dotyczące wniosków o ukaranie, odwołań do naczelnego rzecznika i jego postanowień o utrzymaniu w mocy oraz podkreślał skuteczność działań jego i swoich współpracowników.

Na szkoleniu tradycyjnie zostały przedstawione sprawy, którymi z powodu odwołań od orzeczeń Okręgowego Sądu Lekarskiego w Poznaniu zajmował się Naczelny Sąd Lekarski. W sposób przystępny, szczegółowy i ciekawy dla audytorium problematykę tę przedstawiła studentka prawa, Joanna Krzyżanowska, będąca jednocześnie wiceprzewodniczącą koła naukowego *Lege Artis* przy Wydziale Prawa i Administracji UAM.

Po wystąpieniu Joanna Krzyżanowska otrzymała z rąk przewodniczącego OSŁ opinię służbową wraz z gorącym podziękowaniem za pracę na rzecz naszego sądu.

Ostatnim punktem programu było szczegółowe omówienie przez dr. Grzegorza Wroneń (w kontekście zbliżających się wyborów do samorządu) uchwały nr 16-08-V NRL z 19 stycznia 2008 r., traktującej o wyborach zastępców OROZ i członków OSŁ na VI kadencję. Zaznaczył on konieczność organizacji w tym celu drugiego w tym roku spotkania w podobnym gronie, najprawdopodobniej we wrześniu.

W czasie spotkania złożono wiele, należnych gościom, członkom organów i pracownikom, podziękowań za wzorowe wypełnianie zadań, za zaangażowanie i za atmosferę. Po spotkaniu do rzecznika i do przewodniczącego sądu wpłynęło wiele niesłychanie pochlebnych opinii o poziomie i o jakości tego szkolenia, czego nie można nie podkreślić.

Peryskop

chorób przewlekłych rośnie. Chorzy cierpią już nie na jedną z nich, ale mają na raz trzy – podkreśliła w wywiadzie Paez.

Wzrost liczby chorych na choroby przewlekłe odnotowano nie tylko w grupie najstarszej, lecz także wśród ludzi w średnim wieku i starzejących się, niezależnie od płci, rasy, pochodzenia etnicznego i poziomu dochodów.

Naukowcy odkryli, dlaczego tak trudno rzucić palenie

Mózg palaczy próbujących zerwać z nałogiem reaguje silniej niż normalnie na widok osoby palącej. Dlatego nawet zdjęcie palącego wystarczy, by ponownie sięgnąć po papierosa – odkryli naukowcy z USA.

Zdaniem autorów pracy zamieszczonej na łamach pisma *Psychopharmacology*, odkrycie to pomoże zrozumieć, dlaczego osobom uzależnionym od nikotyny tak trudno przestać palić.

– *Tylko 5 proc. prób zerwania z nałogiem bez pomocy żadnej metody kończy się sukcesem. Większość palaczy próbujących odstawić papierosy wraca do nich – przypomina prowadzący badania Joseph McClernon z Duke University w Durham (Północna Karolina).*

Aby lepiej zrozumieć, co się dzieje w mózgu palaczy próbujących rzucić nałóg, naukowcy z jego zespołu zastosowali technikę o nazwie funkcjonalny rezonans magnetyczny (fMRI). Badanie mózgu przy pomocy fMRI wykonywano dwa razy – przed rozpoczęciem odwyku i 24 godziny po podjęciu decyzji o abstynencji nikotynowej. Za każdym razem pacjentom pokazywano fotografie osób palących. Okazało się, że na widok tych zdjęć palacze próbujący zerwać z nałogiem mieli znacznie wyższą aktywność w obszarach mózgu (dokładnie: w grzbietowej części pąrkowia) odpowiedzialnych za reakcje automatyczne, tj. takie, które stają się naszymi nawykami, jak mycie zębów czy jazda na rowerze. Oznacza to, że rzucanie palenia uwarunkowuje mózg na sygnały, które kojarzą się z nałogiem. Zerwanie z nim nie jest więc wyłącznie kwestią świadomej kontroli,

Nie wiem, czy Państwo zauważyli, ale tak się jakoś ostatnimi czasy porobiło, że samo prowadzenie przez prokuraturę śledztwa „w sprawie” już powoduje, że osoby w nie zamieszane są obłożone powszechną anatemią. Dawno, dawno temu i to niekoniecznie pod naszymi szerokościami i długościami geograficznymi, na takie traktowanie zasługiwali dopiero ludzie skazani prawomocnym wyrokiem sądowym. Wcześniej byli uważani za niewinnych, z wszystkimi tego konsekwencjami. Wszelki ostracyzm wobec nich był nie tyle niedopuszczalny, co bardzo źle widziany. Niestety, czas sobie płynął i podobnie jak opisany przez Kopernika mechanizm wypierania lepszego pieniądza przez gorszy, zaczął działać „mechanizm” wypierania dobrych obyczajów przez gorsze. Proces ten jest zresztą wprost proporcjonalny do wzrostu liczby gazet i innych mediów, ponieważ nie od dziś wiadomo, że nic tak nie „napędza” sprzedaży tytułu, jak dobra sensacja na pierwszej stronie, mniejsza o to, czy prawdziwa, czy też tylko wydumana przez autora. Niebagatelną rolę w nim (procesie psucia – przyp. autora dla roztargnionych) odgrywają także politycy, którzy często dla uzyskania „ułamka procentu” wzrostu „poparcia”, czy też „rozpoznawalności” przez szarego wyborcę (najczęściej zresztą potencjalnego, gdyż duża część tych osób, które ulegają takim „tanim chwytom”, po prostu na wybory nie chodzi i nie głośnie), często już na początku śledztwa ferują wyroki, tym bardziej „skazujące”, im bardziej „odległa politycznie” jest osoba, której dotyczą lub wrzawa medialna nasilona. Zasady: domniemania niewinności i udowodnienia oskarżonemu winy coraz częściej są wypierane przez żądanie „udowodnienia” niewinności przez oskarżonego, a ostatnio to już nawet będącego tylko obiektem śledztwa lub, co już jest pełnym absurdem, „tylko obsmarowanego” w tym czy innym medium, ze szczególnym uwzględnieniem Internetu. Ktoś powie: Przesadzasz! Widzisz wszystko w zbyt czarnych barwach. Czyżby? Poczytajmy sobie chociażby „Dawkę mediów” z bieżącego numeru *Biuletynu*. Już w pierwszym akapicie dotyczącym portalu oceniającego lekarzy, na którym wielokrotnie

SHORT CUTS

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



zamieszczane są pomówienia i obelgi w stosunku do lekarzy, możemy przeczytać radę znanego adwokata, by lekarze reagowali w obronie swojego imienia. W domyśle, zapewne, wytaczając sprawy pomawiającym, w których musieliby udowodnić, że „nie są wielbłądami”, gdyż taka jest także praktyka naszych sądów, szczególnie wobec lekarzy.

Inny wątek, tamże. Po artykule w gazecie, naszej „ulubionej” ze względu na stosunek do lekarzy, dyrektor szpitala „odsuwa” lekarza od pracy z pacjentami. Podobno „sprawa jest jednoznaczna”. To nic, że nawet jeszcze się nie rozpoczęła rozprawa, o wyroku sądowym nie wspominając. Dyrektor już wie, został jednoosobowym, takim 2 w 1, czyli prokuratorem i sądem, a poniekąd i „katem”, gdyż wykonał także wydany przez siebie (?) wyrok, pozbawiając lekarza pracy, a pacjentów szansy na wyleczenie, gdyż lekarz, którego ten ostracyzm dotyczy, na ich nieszczęście jest jednym z najlepszych specjalistów w Polsce w swojej dziedzinie i zastąpienie go kim innym nie będzie łatwe, gdyż jest ich niewielu. Ktoś powie: No, ale „kaliber sprawy”, „dobro” pacjentów, wreszcie „dowody” – uzasadniają, chyba, decyzję dyrektora. W tym miejscu przypomnę inną sprawę (z zachowaniem proporcji), w której innego lekarza, także wybitnego specjalistę w swoim fachu, urzędujący minister pomówił o zbrodnię i „dożywotnio” pozbawił prawa wykonywania zawodu, przedstawiając „niezbite” dowody winy. Co zostało z tych pomówień, każdy z Państwa dobrze wie. Dlatego wszelcy naśladowcy byłego (na szczęście) ministra, powinni dobrze przerebować tę lekcję, by w przyszłości „nie świecić oczyma”. Aha – wyjaśnienie dla spostrzegawczych! „Pytajnik” przy dyrektorskim wyroku, dotyczy wątpliwości, na ile jest on wynikiem przekonania dyrektora, a na ile wyrazem tzw.

„poprawności politycznej” i chęci „niepodpadania” mediom, gdyż te potrafią być naprawdę „upierdliwe”, jak nie przy mierzając „biedronka na wiosnę” (jak mawiał klasyk).

Wiedzą Państwo, kto jest najbardziej zaskoczony tegorocznymi zasadami rozliczania świadczeń dla NFZ? Ci, którzy myślą, że „tradycyjnie” świadczeniodawcy, są niestety w błędzie. Otóż najbardziej zaskoczoną instytucją jest sam Narodowy Fundusz Zdrowia! Skąd taki wniosek? Ano stąd, że na stronach NFZ pojawił się komunikat z 31.12.2008 r., że „sprawozdanie zestawów świadczeń w ramach realizacji umów zawartych na rok 2009 r., będzie mogło być realizowane dopiero po 31 stycznia 2009 r.”, gdyż obecnie prowadzone są prace związane „z dostosowaniem systemów informatycznych Narodowego Funduszu Zdrowia do obsługi komunikatów XML przewidzianych na 2009 r.” Ciekawe, kto sprawił NFZ taką niespodziankę? Myślę, że to uczyniło to nieznośne tempo życia. Jeszcze wczoraj było lato i tyle czasu na dostosowanie „systemów informatycznych”, a dziś już jest sroga zima i ten cholerny nowy rok – niestety już 2009 – i „systemy” powinny działać. A tu taka niespodzianka! Nie działają. Ciekawe, czy NFZ będzie taki wyrozumiały dla świadczeniodawców, którzy także nie mogli „dostosować systemów informatycznych” na czas? Choć zapewne świadczeniodawcy nie mogli tego uczynić wcześniej, gdyż jak wynika „z międzywierszy” komunikatu, to NFZ jeszcze niedawno sam nie wiedział, czego tak naprawdę chce lub (co bardziej prawdopodobne) czego od niego oczekują polityczni decydenci.

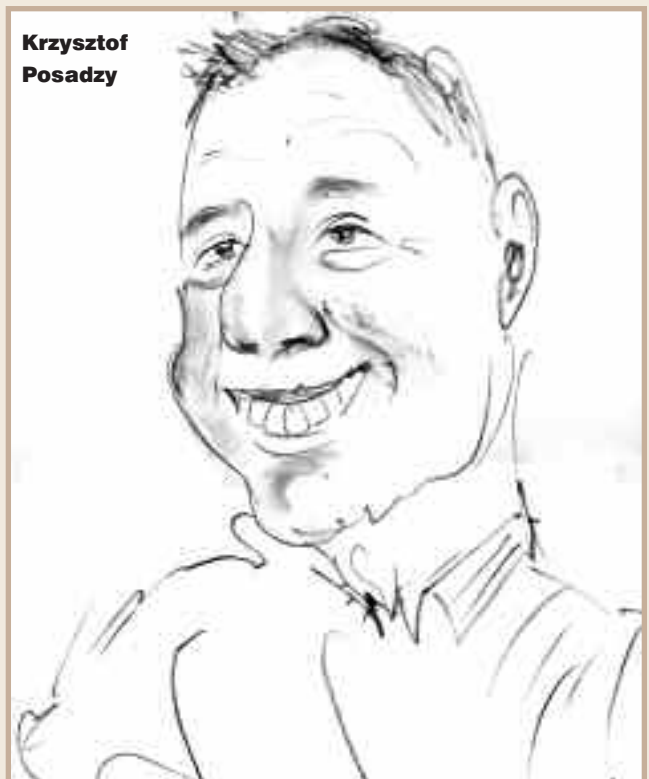
À propos „politycznych decydentów”. W prasie pojawiły się informacje, że od marca nastąpi „koniec oszustw”, gdyż Ministerstwo Zdrowia wprowadzi nowy wzór recept, zabezpieczonych między innymi „znakami wodnymi” i „świecącymi niteczkami”. Ma to być remedium na „liczne” fałszerstwa. Szkopuł w tym, że nikt z ministerstwa nie podał liczb mówiących o skali tego procederu. Zamiast twardych danych do jednego worka wrzuca się rzeczywistość sfalszowane recepty, te recepty, które zostały zakwestionowane przez NFZ, z różnych zresztą powodów oraz „zupełnie prawidłowe” recepty, tylko że wystawione niezgodnie z prawem na „martwą duszę”. Ale ten ostatni przykład to już zupełnie inne przestępstwo. Jak nie wiadomo o co chodzi, to zawsze chodzi o pieniądze. Przedstawiciel ministerstwa zachwalał rozwiązanie informując (między innymi), że bloczek recept będzie kosztował tylko kilkadziesiąt groszy – świadczeniodawcę. Zabrakło informacji, ile będzie kosztował NFZ i kto będzie beneficjentem tego rozwiązania. Nie trzeba mieć wielkiej wyobraźni, by przewidzieć, jaki będzie początkowo zamęt w „zdobywaniu” recept. Bo, że nie będzie to normalna dystrybucja, można być pewnym, ze względu na skalę problemu. Dywagacje, co zrobić, gdy „nagle” zabraknie nam recept, a pod drzwiami gabinetu „dziki tłum” pacjentów, pozostawiam miłośnikom horrorów. A pomyśleć, że na świecie są rozwiązania prostsze i tańsze... no ale tam lekarzom się wierzy, a nie traktuje ich jak złodziei (i to nie potencjalnych).

KARYKATUROTEKA TYTUSA

Uczestnicy zjazdu lekarzy na wesoło! Na zjeździe byli poważni, czasem zaciętrzewieni, roz dyskutowani. Tu pokazują inną twarz, odrobinę przerysowaną, pozbawioną codziennej i zawodowej powagi. A twarz jest odbiciem duszy i charakteru człowieka. Jacy naprawdę jesteśmy? Dziś drukujemy kolejne dwie karykatury. Autorem jest Tytus Byczkowski.



**Katarzyna
Dylewicz**



**Krzysztof
Posadzy**

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.

Powinni zareagować

Na stronie „znanylekarz.pl” znaleźć można drastyczne opinie o medykach. Chorzy wytykają medykom arogancję, lekceważenie, obcesowość, traktowanie pacjentów jak anonimowego tłumu. Ale znaleźć tam można także poważniejsze oskarżenia – o łapówkarstwo, niekompetencję, pazerność na pieniądze. Bywa, że wpisy negatywne sąsiadują z najwyższymi pochwałami, więc nie ma możliwości odróżnienia prawdy od fałszu, ocen obiektywnych od oszczerstw.

– *Lekarze powinni w jakiś sposób zareagować, bo z jednej strony jest osoba anonimowa, a z drugiej ktoś konkretny* – mówi dr med. Krzysztof Kordel, rzecznik odpowiedzialności zawodowej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. – *Internet nie jest dobrym miejscem dla tego rodzaju żalów, istnieje bowiem biuro rzecznika, organ izby lekarskiej, do którego można przyjść i złożyć skargę. Osobom publicznym radzę, aby dbały o swoje dobre imię* – dodaje rzecznik, ale jednocześnie uważa, że sam pomysł utworzenia miejsca na opinie jest dobry, tylko nie tak należy go realizować.

Doktor med. Dariusz Godlewski, dyrektor Ośrodka Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów w Poznaniu uważa, że powinna istnieć jakaś forma weryfikacji lekarzy. Lekarzom radzi, by na internetowe wpisy machnęli ręką.

Z kolei poznański adwokat Przemysław Maciak uważa, że w skrajnych przypadkach, gdy lekarzom stawia się poważne zarzuty przestępstwa, powinni oni reagować w obronie swojego dobrego imienia. To wpływa przecież na ich reputację i zachowanie pacjentów, którzy tracą do nich zaufanie.

DANUTA PAWLICKA
„POLSKA. GŁOS WIELKOPOLSKI”

Co robić?

Kwiaty, słodycze? Gdzie zaczyna się łapówka? Ale co robić, jak pacjenci wciskają koperty? – odpowiedzi na te pytania szukali lekarze podczas ostat-

niego spotkania poznańskiego oddziału Polskiego Towarzystwa Onkologicznego. Gościem spotkania, które odbyło się w Wielkopolskim Centrum Onkologii, był prof. Wiesław Wiktor Jędrzejczak, kierownik Katedry i Kliniki Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Warszawie, który wygłosił wykład na temat: „Co jest, a co nie jest korupcją w służbie zdrowia”. W ten sposób

Już za dwa tygodnie Polskę ogarnie epidemia grypy – ostrzegają eksperci. W całym kraju rośnie liczba zachorowań. W pierwszym tygodniu stycznia grypa dopadła ponad 6,2 tys. osób.

Rok temu w tym samym czasie chorych było 5,5 tys. Polaków

zainspirował dyskusję o łapówkach, czyli tzw. wziętkach.

Wiele uwagi W. Jędrzejczak poświęcił obowiązującym w Polsce przepisom prawa dotyczącym korupcji w służbie zdrowia. Jego zdaniem, regulacje w tej sprawie nie są sprawiedliwe, bo np. ten, kto daje łapówkę, może uniknąć kary, denuncjując tego, co łapówkę wziął. A ten, co łapówkę wziął, nie może liczyć na uniknięcie kary, gdy zadenuncjuje „dawcę”.

W opinii profesora niesprawiedliwe jest też i to, że prawo w tych sprawach tak samo surowo traktuje funkcjonariuszy publicznych i lekarzy jako osoby pełniące funkcję publiczną. – *A moim zdaniem, skoro funkcjonariusz publiczny korzysta z przywilejów, należy stawiać mu wyższe wymagania, a więc i wymierzać ostrzejsze kary za branie łapówek* – tłumaczył.

Ostateczna konkluzja wykładu była taka: lekarz może przyjąć w dowód wdzięczności tylko kwiaty, słodycze i drobne upominki, choć żadne przepisy nie precyzują, jaką wartość mogą mieć „drobne upominki”.

W trakcie dyskusji lekarze, w większości z Wielkopolskiego Centrum Onkologii, narzekali, że pacjenci często sami wciskają prezenty czy pieniądze. – *Czasem po prostu trudno im odmówić, by nie urazić. Chorzy często są też przekonani, że jak lekarz nie weźmie łapówki, to znaczy, że nie widzi już dla nich żadnych szans* – mówili lekarze.

MARIA BIELICKA
WWW.GAZETA.PL

2500 mniej

W ciągu kilku lat z aptek będzie wycofanych ponad 2,5 tys. leków. Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczni-

czych Leszek Borkowski powiedział, że w obrocie pozostaną leki bezpieczne, skuteczne i dobrej jakości. Podkreślił, że wszystkie leki, które nie są już produkowane, mają swoje zamienniki.

W wielu przypadkach chorzy mogą nawet nie odczuć tych zmian. Doktor Wojciech Łuszczyna z Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych zapowiedział, że z aptek będą stopniowo wycofywane głównie preparaty przestarzałe.

Leki, których producenci zrezygnowali z produkcji z końcem 2008 r., będą sprzedawane do wyczerpania zapasów lub utraty daty ważności, czyli nawet do 5 lat. Zmiany na rynku preparatów medycznych są związane z dostosowaniem polskiego rynku farmaceutycznego do wymagań unijnych.

WWW.WP.PL

Wycofano osiem

Główny Inspektor Farmaceutyczny ściga nieuczciwe reklamy leków. Na pierwszy ogień poszły materiały zamieszczane w pismach medycznych i Internecie, a skierowane do lekarzy. Już wycofano z emisji reklamy aż ośmiu specyfików. W reklamach producenci

Andrzej Piechocki

wprowadzali lekarzy w błąd. Zachwalali swoje specyfiki jako przebadane klinicznie lub pod przykrywką zwykłej publikacji prasowej reklamowali leki na receptę, co jest niezgodne z prawem.

– *Konkurencja na rynku farmaceutycznym powoduje, że takich reklam jest coraz więcej. A przecież zabroniona jest reklama wprowadzająca w błąd* – podkreśla Piotr Bitner, główny specjalista w departamencie organizacyjno-prawnym GIF. Natychmiastowy nakaz wstrzymania reklamy otrzymały m.in. Zakłady Farmaceutyczne „Unia” Spółdzielnia Pracy z Warszawy, producent stosowanej przy trudno gojących się skaleczeniach maści dla dzieci Tormentalum. W miesięczniku *Pediatrics po Dyplomie* ukazała się reklama sugerująca, że produkt jako jedyny nie zawiera szkodliwego dla dzieci kwasu bornego, choć to nieprawda.

Z wyjaśnień ZF „Unia” SP wynika, że firma chciała tylko, by ich lek się wyróżniał i została podkreślona jego niepowtarzalność. Producent uznał, że skoro reklama została zamieszczona w czasopiśmie dla pediatrów, to nikt jej mylnie nie odczyta.

Jednak zdaniem dr. Wojciecha Matuszewicza, dyrektora Agencji Oceny Technologii Medycznych, reklamy bez trudu wprowadzają w błąd lekarzy, bo... ci się nie doksztalają. – *Zbyt często zdarza się, że lekarze czerpią informacje jedynie z reklam w pismach medycznych, a nie ze specjalistycznych publikacji* – mówi dr W. Matuszewicz. – *W ulotkach brakuje informacji o działaniach niepożądanym. Reklama bywa manipulacją, a tracą na tym pacjenci, bo otrzymują niekoniecznie najskuteczniejszy preparat.*

WWW.POLSKAGLOSWIELKOPOLSKI.PL

Już nie rada

O przyznaniu habilitacji decydować będzie zewnętrzna komisja, a nie jak do tej pory rada wydziału – mówi *Rzeczpospolitej* minister nauki Barbara Kudrycka. Ma to m.in. ukrócić procedurę odmowy habilitacji przez uczelnie, np. z powodu poglądów naukowca.

Kudrycka wyjaśnia, że w komisji znajdą się eksperci wyznaczeni przez Centralną Komisję ds. Stopni i Tytułów oraz radę wydziału. Kandydat ubiegają-

cy się o tytuł będzie mógł wskazać uczelnię i wydział, z której mogą pochodzić eksperci oceniający jego dorobek.

Minister dodaje, że nie będzie już przymusu pisania rozprawy habilitacyjnej. Zniknie też tzw. kolokwium habilitacyjne. O ocenie decydować będzie dorobek naukowy, liczba publikacji, patenty czy wynalazki. Projekt zmian, według minister nauki, powinien być gotowy w marcu.

WWW.WPROST24.PL

Równie zadowolone

Wiara pomaga nastolatkom radzić sobie z nieswoistym zapaleniem jelit, czyli przewlekłą chorobą, która objawia się nawracającymi bólami brzucha i biegunkami. Do tak zaskakujących wniosków doszli uczeni z University of Cincinnati. Wyniki swojej pracy opisali na łamach *Journal of Pediatrics*. Naukowcy przeanalizowali dane dotyczące kondycji 88 zdrowych nastolatków i 67 nastolatków cierpiących na to przewlekłe schorzenie układu pokarmowego.

Okazało się, że osoby wierzące – mimo choroby – były niemal równie zadowolone z życia, jak ich zdrowi rówieśnicy, a co więcej, były tym bardziej pozytywnie nastawione do życia, im bogatsze było ich życie duchowe. Teraz naukowcy zamierzają sprawdzić, czy stopień rozwoju duchowego może mieć wpływ na jakość życia osób cierpiących na inne choroby przewlekłe.

DR

„NEWSWEEK”

Odsunął od pracy

Po publikacji *Gazety Wyborczej* dyrektor szpitala przy ul. Szamarzewskiego odsunął od pracy chirurga Jarosława A. oskarżonego przez prokuraturę o molestowanie seksualne pięciu małoletnich pacjentów. – *Wiedzieliśmy o śledztwie, ale nie o zarzutach* – bronił się wczoraj przełożeni lekarza.

– *Sprawa jest jednoznaczna. Po zapoznaniu się z zarzutami zdecydowałem o zawieszeniu doktora Jarosława A. we wszystkich obowiązkach do czasu prawomocnego zakończenia sprawy* – poinformował *Gazetę* Aleksander Barinow-Wojewódzki, dyrektor Wielko-

polskiego Centrum Chorób Płuc i Gruźlicy przy ul. Szamarzewskiego. – *Jeżeli lekarz zostanie skazany, definitywnie rozwiążemy z nim kontrakt. Na razie odsunęliśmy go od pracy i szukamy specjalisty na jego miejsce* – dodał przełożony chirurga oskarżonego o seksualne nadużycia.

W artykule *Pedofilia w szpitalu* ujawniono, że prokuratura w Chodzieży na początku roku oskarżyła poznańskiego chirurga Jarosława A. o molestowanie seksualne pięciu małoletnich pacjentów w wieku od 13 do 15 lat.

PIOTR ŻYTNIKI

„GAZETA WYBORCZA”

Szczep H3N2

Już za dwa tygodnie Polskę ogarnie epidemia grypy – ostrzegają eksperci. W całym kraju rośnie liczba zachorowań. W pierwszym tygodniu stycznia grypa dopadła ponad 6,2 tys. osób. Rok temu w tym samym czasie chorych było 5,5 tysiąca Polaków. – *Wirus co roku mutuje. Ten, który pojawił się teraz, jest bardziej zakaźny od pozostałych* – alarmuje prof. Lidia Brydak z Krajowego Ośrodka ds. Grypy.

Ekspert Europejskiego Centrum Kontroli i Prewencji Chorób Zakaźnych w Sztokholmie ostrzegają, że wirus powodujący ostre zakażenia układu oddechowego szaleje już w Wielkiej Brytanii, Irlandii i Portugalii.

Szczyt zachorowań na grypę co roku przypada w Polsce na przełomie lutego i marca. Europę właśnie teraz trawi wirus grypy A H3N2. W ubiegłym roku szczep ten wywołał ostrą epidemię w Stanach Zjednoczonych i na całym kontynencie amerykańskim.

W tym sezonie wirus zaatakował Europę i rozwija się w zatrważającym tempie. Trzy tygodnie temu na grypę zaczęli chorować Portugalczycy i mieszkańcy Wysp Brytyjskich. Choroba rozprzestrzeniła się błyskawicznie, bo tydzień później chorowali już m.in. Francuzi i Włosi. W pierwszym tygodniu stycznia grypa zaatakowała już całą Europę Zachodnią i Skandynawię. Wirus dotarł już do Niemiec i lada moment może pojawić się w Polsce.

SYLV

„POLSKA. THE TIMES”

80–100 ziaren izotopów

Pierwsze takie zabiegi w Polsce



ANDRZEJ PIECHOCKI

Wcześniej takich zabiegów nikt w Polsce ani w tej części Europy nie wykonywał. Nie dziwi zatem, że pierwsze dwa wzbudziły duże zainteresowanie.

W terapii wczesnego stadium nowotworu prostaty wszczepione zostały implanty stałe pod kontrolą ultrasonografii.

18 grudnia 2008 r., w Zakładzie Brachyterapii Wielkopolskiego Centrum Onkologii w Poznaniu, w asyście światowej sławy prof. Jana Battermanna, przeprowadził je zespół kierowany przez doc. Janusza Skowronka (na zdjęciu). W metodzie jednorazowej implantacji wykorzystuje się około 80–100 ziaren izotopów promieniotwórczych, zawierających niewielką ilość radioaktywnego źródła jodu J-125. Izotopy umieszczane w obrębie

chorego narządu, pozostają w nim na stałe. Zabieg polega na tym, że w krocze chorego wbija się kilkadziesiąt igieł, a następnie, pod kontrolą ultrasonografii, przeciska przez nie ziarna izotopów. Są one metaliczne, mają cylindryczny kształt, 4,5 mm długości i 0,8 mm szerokości. Radioaktywny jod ma 60-dniowy okres połowicznego rozpadu. Dzięki temu promieniowanie następuje powoli, a jego dawki są małe. Wystarczająco jednak, aby pokonać nowotwór. Metodę tę stosuje się w leczeniu nie tylko raka prostaty, ale również piersi i niektórych nowotworów głowy, szyi.

Brachyterapia przy pomocy implantów stałych jest najczęściej stosowaną metodą leczenia raka prostaty m.in. w USA, Hiszpanii, Francji. Profesor J. Battermann, specjalista w dziedzinie radioterapii onkologicznej i brachyterapii, kierownik Zakładu Radioterapii Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Utrechcie, przeprowadził ponad 1800 podobnych zabiegów.

Opracował, następnie sukcesywnie usprawniał techniki ich wykonywania. Przeszkolił wielu lekarzy z całej Europy, w tym zespół WCO kierowany przez doc. J. Skowronka.

Dlaczego w Polsce wcześniej nie stosowano tej metody? Nie było ani odpowiedniego wyposażenia, ani przeszkolonego personelu. Przeszkodę stanowił też wysoki koszt zakupu izotopów. Trwają obecnie starania, aby w Narodowym Funduszu Zdrowia jeszcze na rok 2009 wpisać tę procedurę do katalogu świadczeń. W jakim czasie ma ona szansę zastąpić stosowaną obecnie brachyterapię HDR, która polega na naświetlaniu? Jak zostanie wyceniona? Dla porównania, w Berlinie leczenie tą metodą kosztuje około 14 000 euro.

– *Choć dotychczas wykorzystywane techniki leczenia prostaty uznajemy za równie skuteczne* – mówi doc. Janusz Skowronek, kierownik Zakładu Brachyterapii WCO. – Technologia implantacji ziaren izotopów promieniotwórczych

Na konferencji o profesorze Cezarym Ramlau

Pionier onkologii, autorytet

Na zaproszenie doc. Marii Litwiniuk, dr. Piotra Tomczaka z Katedry i Kliniki Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu oraz dr. Rodryga Ramlau z Wielkopolskiego Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii, w sali wykładowej Wielkopolskiego Centrum Onkologii zasiedli znamienici goście. Byli wśród nich przyjaciele, współpracownicy i wychowankowie profesora Cezarego Ramlau, także z Gdańska, Gdyni i Warszawy.

W liście do uczestników konferencji, prof. Jerzy Hołowiecki napisał: „Miałem zaszczyt znać Pana Profesora. Pozostaje On w mojej pamięci jako wybitny lekarz, człowiek pełen energii i osobistego uroku. Był niewątpliwie jednym z pionierów nowoczesnej onkologii i dużym autorytetem w zakresie leczenia chemioterapią w Polsce. Duże osiągnięcia naukowe i organizacyjne Profesora przyczyniły się do rozwoju polskiej onkologii i uratowania życia wielu ludziom,

a uczniowie są gwarancją kontynuacji jego dzieła.”

Konferencja odbyła się 9 stycznia, w dziesiątą rocznicę śmierci Profesora, długoletniego kierownika Kliniki Onkologii Akademii Medycznej w Poznaniu i dyrektora Wielkopolskiego Centrum Onkologii. Jego postać i zasługi do dzisiaj wzbudzają najwyższe uznanie. Mogliśmy się o tym przekonać, słuchając kolejnych wystąpień.

Profesor Jan Bręborowicz, kierownik Katedry i Kliniki Onkologii Uniwersyte-

tu Medycznego przedstawił jej czasy dawne i współczesne. Profesor Julian Malicki, dyrektor Wielkopolskiego Centrum Onkologii, mówił o latach, gdy szefem był prof. C. Ramlau. Doktor Piotr Tomczak, kierownik Oddziału Chemioterapii w Klinice Onkologii Uniwersytetu Medycznego, uczeń Profesora, zatytułował swoje wystąpienie „Przełożony i nauczyciel”. Przypomniwał w nim wiele sytuacji, które zapadły w pamięć współpracowników. Profesor Jacek Jassem, kierownik Katedry i Kliniki Onkologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, przyjaciel prof. Cezarego Ramlau, skoncentrował się na blaskach i cieniach medycyny opartej na dowodach naukowych. Nie wszystkie bowiem badania kliniczne, nawet te prowadzone na szeroka skalę, kończą się powodzeniem.

Konferencję zakończyły dwa wystąpienia: doc. Marii Litwiniuk, adiunkta



dioterapii. Wpływa to na spadek ryzyka powikłań w zdrowych tkankach sąsiadujących w porównaniu z pozostałymi metodami leczenia raka prostaty. Po zastosowaniu tej metody brachyterapii obserwuje się mniej takich powikłań, jak kłopoty z utrzymaniem moczu czy impotencja.

– *Wprowadzenie techniki brachyterapii przy pomocy implantów stałych – dodaje dr Grzegorz Zwierzchowski, fizyk, kierownik pracowni planowania brachyterapii – zdecydowanie poprawia rozkład dawki promieniowania wokół prostaty, gdzie znajdują się wrażliwe na napromieniowanie narządy. Stosowanie tej techniki stawia nasz ośrodek pośród czołowych ośrodków światowych i europejskich.*

To bardzo ważne, bo zachorowalność na raka prostaty wzrasta. Z jednej strony jest to związane ze starzeniem się społeczeństwa. Z drugiej – z coraz lepszą wykrywalnością wczesnych postaci raka prostaty w badaniach przesiewowych. Dzięki tej metodzie rosną szanse wyleczenia. Warunkiem jest, oczywiście, prawidłowa terapia. Tę, nie ma wątpliwości, poznański zespół kierowany przez doc. J. Skowronka zapewnia.

przynosi pacjentowi wiele korzyści. Leży on w szpitalu jeden dzień i w tym czasie wykonuje się zabieg brachyterapii. Trwa on około 1–2 godzin w znieczuleniu podpajęczynówkowym. Pacjent opuszcza szpital najczęściej w tym samym dniu, a w ciągu kilku kolejnych

wraca do normalnego życia. Tak więc, w porównaniu ze standardową brachyterapią, technika ta jest bardzo korzystna zarówno dla pacjenta, jak i szpitala. Ponadto terapia umożliwi podanie większej dawki promieniowania (rozłożonej w czasie) niż w przypadku telera-

w zespole Profesora („*Non progredi est regredi – czy zasada ta bezwzględnie obowiązuje w onkologii?*”) i dr Barbary Czerskiej-Pieńkowskiej („*Jak się buduje autorytet w onkologii?*”).

Wszystkie wystąpienia, także w wolnych głosach, łączyło kilka elementów: szacunek i uznanie dla Profesora, wdzięczna pamięć o wspólnych latach pracy, często o pionierskich zabiegach i metodach postępowania z pacjentami onkologicznymi. A także przekonanie, że dorobek naukowy i prace profesora Cezarego Ramlau, jego zespołów, wyprzedziły tamte czasy, były elementami pewnej wizji, która w ostatnich latach się urzeczywistnia. Niestety, nie bez trudności. Finansowanie onkologii jest dzisiaj niewystarczające. Leki nowej generacji, coraz kosztowniejsze, nie gwarantują spodziewanej efektywności. Późno wykryte nowotwory nadal leczy się z trudem. Dlatego tak ważna jest profilaktyka. Jej zręby, w postaci sieci opieki onkologicznej, w latach siedemdziesiątych tworzył w Wielkopolsce profesor C. Ramlau. A.P.



Konferencja odbyła się w dziesiątą rocznicę śmierci prof. Cezarego Ramlau

Spotkajmy się w Filharmonii



6 lutego 2009

godz. 19
Aula Uniwersytecka

FILM W FILHARMONII

Orkiestra Filharmonii Poznańskiej
Frank Strobel – dyrygent

program:
Charlie Chaplin – *Modern Times*
(Dzisiejsze czasy)
Projekcja filmu wraz z muzyką
Charliego Chaplina

7 lutego 2009

godz. 15
Aula Uniwersytecka

FILM W FILHARMONII

Orkiestra Filharmonii Poznańskiej
Frank Strobel – dyrygent

program:
Charlie Chaplin – *Modern Times*
(Dzisiejsze czasy)
Projekcja filmu wraz z muzyką
Charliego Chaplina

7 lutego 2009

godz. 11
Aula Uniwersytecka

PRO SINFONIKA – STOPIEŃ TĘCZOWY NA GÓRALSKĄ NUTĘ

Kapela góralska Marcina Pokusy ze
Ślemienia
Antoni Hoffmann – lektor
przyśpiewki i przeboje nie tylko
góralskie

7 lutego 2009

godz. 15
Aula Uniwersytecka

PRO SINFONIKA – STOPIEŃ BŁĘKITNY NA GÓRALSKĄ NUTĘ

Kapela góralska Marcina Pokusy ze
Ślemienia
Antoni Hoffmann – lektor
przyśpiewki i przeboje nie tylko
góralskie

20 lutego 2009

godz. 19
Aula Uniwersytecka

GWIAZDY ŚWIATOWYCH ESTRAD

Orkiestra Filharmonii Poznańskiej
Marek Pijarowski – dyrygent
Göran Söllscher – gitara

program:
Wolfgang Amadeus Mozart
– Symfonia C-dur KV 425 Linzka
Joaquin Rodrigo – Concierto
de Aranjuez
Maurice Ravel – Rapsodia hiszpańska

28 lutego 2009

godz. 18
Aula Uniwersytecka

HAYDN NA GŁOSY I INSTRUMENTY

392. KONCERT POZNAŃSKI

Orkiestra Filharmonii Poznańskiej
Chór Chłopięcy i Męski Filharmonii
Poznańskiej Poznańskie Słowiki
Kompania Druha Stuligrosza
Maciej Bolewski – organy
Stefan Stuligrosz – dyrygent
Anna Karasińska – sopran
Katarzyna Holysz – mezzosopran
Tomasz Krzysica – tenor
Jarosław Bręk – bas
Krzysztof Szaniecki – prowadzenie
koncertu

program:
Charles Gounod – Missa brevis in C
(na chór męski z organami)
Joseph Haydn – Missa Cellensis
(„Mariazellermesse”)

*Komisja
Kultury
zaprasza*



Firma Edumedical wspólnie z komisją stomatologiczną
ma przyjemność zaprosić na kurs

Stany nagłe w stomatologii

Szkolenie kierujemy do osób posiadających wykształcenie
medyczne, pracujących na co dzień w gabinetach stomatologicz-
nych. Kurs ma na celu promowanie prawidłowych zachowań
w sytuacjach bezpośredniego zagrożenia życia u osób dorosłych.
Podczas kursu nabędą Państwo praktyczne umiejętności
z zakresu:

- rozpoznawania stanów bezpośredniego zagrożenia życia;
- udrożnienia i zabezpieczenia dróg oddechowych;
- prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej;
- obsługi defibrylatora AED;
- usunięcia ciała obcego z dróg oddechowych;
- wstrząsu anafilaktycznego;
- krwotoku, wstrząsu hipowolemicznego;
- przełomu nadciśnieniowego;
- hipoglikemii, udaru mózgu, padaczki;
- przygotowania pacjentów przyjmujących leki obniżające
krzepliwość do zabiegów stomatologicznych;
- ćwiczenia w zabezpieczeniu dojścia dożylnego, alternatywnych
dróg podawania leków.

Kurs całoniedziowy, o charakterze praktycznym, małe grupy (maks.
8 osób). Prowadzony przez wykwalifikowaną kadrę ratowników.
Wszystkie ćwiczenia odbywają się na manekinach z wykorzystaniem
dostępnego sprzętu w gabinecie stomatologicznym. Wszystkie
czynności są przeprowadzane zgodnie z najnowszymi wytycznymi
Amerykańskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

**Ukończenie kursu jest honorowane certyfikatem AHA na poziomie
BLS-AED po zdanym egzaminie testowym i praktycznym.
Kurs posiada akredytację Krajowego Konsultanta ds. Medycyny
Ratunkowej.**

TERMINY :

6 lub 7 marca 2009, Poznań, 27 lub 28 marca 2009, Poznań
24 lub 25 kwietnia 2009, Poznań, 22 lub 23 maja 2009, Poznań
5 lub 6 czerwca 2009, Poznań, 19 lub 20 czerwca 2009, Poznań

Uczestnicy w ramach kursu otrzymują
12 punktów edukacyjnych.

Informacje oraz rezerwacja miejsc:

Aldona Staniszevska 0663 999 747 lub 0502 181 460
e-mail: info@edumedical.pl
rejestracja on-line: www.edumedical.pl

Inwestycja: 549 złotych

Edumedical, ul. Powstańców Wlkp. 30, 62-300 Września
Nr konta: mBank 33 1140 2004 0000 3302 4823 5426

Badania Rezonansu Magnetycznego

- MR głowy
- MR przysadki mózgowej (wyłącznie z kontrastem)
- MR tyłnego dołu czaszki (patologia nerwów czaszkowych, konflikt naczyniowo-nerwowy)
- MR środkowego dołu czaszki (patologia kompleksów hipokampa)
- MR nerwów wzrokowych i drogi wzrokowej
- MR oczodołów
- MR twarzoczaszki (patologia zatok obocznych nosa, dołu podskroniowego, tkanek miękkich twarzy, mięśni, struktur kostnych)
- MR nosogardła
- MR szyi
- MR siatek barkowego (ramiennego)
- MR śródpiersia
- MR serca
- MR kanału kręgowego i rdzenia w 3 odrębnych odcinkach (C, Th, L-S) 3 odrębne badania
- MR kości
- MR stawów
- MR miednicy mniejszej
- MR narządów jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej (w tym badania w opcji dynamicznej narządów takich jak wątroba, nerki, nadnercza, trzustka)
- Cholangiopankreatografia MR (bez kontrastu)
- Angiografia mózgowa MR (bez kontrastu metodą 3D TOF lub kontrastem 3DT1)
- Angiografia tl. szyjnych (bez kontrastu metodą 3D TOF lub kontrastem 3DT1)
- Angiografia łuku aorty (z kontrastem, z zastosowaniem strzykawki automatycznej)
- Angiografia aorty brzusznej (z kontrastem, z zastosowaniem strzykawki automatycznej)
- Angiografia miednicowo-kończynowa (z kontrastem, z zastosowaniem strzykawki automatycznej)
- Dyfuzja MR mózgu (we wczesnym zawałe niedokrwinnym)
- Perfuzja MR mózgu (we wczesnym zawałe niedokrwinnym)



Wiersze



AŁOŻY ADAMSKI

Meteora

Grecja – piękna kraina;
 ludzie, morza, góry...
 Szczególne walory – szczyty kultury!
 Wzlot myśli i ducha
 poprzez wszelkie wieki –
 jak świat wielki, daleki.
 Myśl zakuta w kamieniu
 i zakłeta w czasie –
 w ruinach Pergamonu,
 żyjąca w Parnasie
 i siejąca zamęt
 w głowach filozofów
 (żądnych „odkrycia prochu”...).

Kiedy sięga szczytów
 (czy obca jej trwoga?) –
 gdy pogardza światem,
 chce być bliżej Boga?
 Meteora to klasztory
 na skalnych iglicach.
 Można długo się wpatrywać,
 nimi się zachwycać
 lub zwyczajnie tam kolejką
 linową się udać
 (a nie w sieci jak onegdaj),
 by podziwiać cuda.
 Górują na szczytach
 „barwne kapelusze”,
 dopieszczając oko –
 uskrzydłają duszę.
 Kontemplując świat ten
 w zadumie i ciszy,
 każdy, kto wrażliwy,
 głos duszy usłyszy.



WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA

BIULETYN INFORMACYJNY WYDAWANY PRZEZ RADĘ OKRĘGOWĄ WIL W POZNANIU

ISSN 1233-2216 Nakład 12 000 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 Połec
 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.delegaturapilska.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 Połec, Przemysław Kozanecki,
 Wiesław Wawrzyniak

zdjęcie na okładce: DiGiTouch

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

GIEŁDA OGŁOSZEŃ

www.wil.org.pl

Specjalistę laryngologa

zatrudnimy w poradni
i na oddziale zabiegowym

Tel. 602 555 441

Do wynajęcia w Kaliszu

- gabinety lekarskie
- sala zabiegowa z możliwością wykonywania zabiegów w znieczuleniu ogólnym

**Całodobowa
rejestracja telefoniczna**

Kontakt: 0784 785 082

NZOZ zatrudni

stomatologa

(kontrakt z NFZ
i gabinet prywatny)

Atrakcyjne warunki współpracy

Informacje – tel. 0-601 884081

Oddam w najem

pomieszczenia 50-90 m²
w których od 10 lat działa

GABINET STOMATOLOGICZNY

Komorniki, tel. 602 251 917

Lekarza stomatologa zatrudnię

w Poznaniu (Grunwald)

Tel. 61 8615 525

Wynajmę na atrakcyjnych warunkach pomieszczenie przychodni lekarza rodzinnego

w Poznaniu
Tel. 608 683 527

Nawiążę współpracę
z

ORTODONTA

Tel. 661 28 28 28

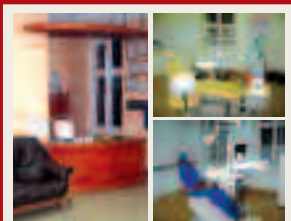
KONFERENCJA ENDODONTYCZNA

SZCZECIN
13-14 MARCA 2009

II MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA ENDODONTYCZNA
KONWENCJONALNE I NIETYPOWE ROZWIĄZANIA W ENDODONCJI
REALNA STOMATOLOGIA
WYSTAWA MATERIAŁÓW I SPRZĘTU STOMATOLOGICZNEGO

Rejestracja uczestników i szczegóły:

www.realna.pl
tel. 0502 652 932



Centrum Stomatologii Nowoczesnej

DENT

w Gnieźnie

podejmie współpracę z lekarzem

STOMATOLOGIEM

Samodzielność na stanowisku.

Wynagrodzenie do uzgodnienia.

Tel. 061 424 32 09

KONFERENCJA PROTETYCZNA

SZCZECIN
3-4 KWIEŹNIA 2009

I MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA PROTETYCZNA
WSPÓŁCZESNE METODY I MATERIAŁY W LECZENIU PROTETYCZNYM
REALNA STOMATOLOGIA
WYSTAWA MATERIAŁÓW I SPRZĘTU STOMATOLOGICZNEGO

Rejestracja uczestników i szczegóły:

www.realna.pl
tel. 0502 652 932

Euro Hernia Clinic
Szpital Przepuklin
Z.J. Pezacki Sp. z o.o.
w Ryczywole
(Wielkopolska)
zatrudni

chirurga

**z II^o specjalizacji
w chirurgii ogólnej**

Mile widziana znajomość
języka angielskiego.

Kontakt pod nr tel. 608 488 033
lub 0-67 283 70 51

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

WITRYNA INTERNETOWA WIL

www.wil.org.pl

Aktualne informacje o pracach izby
Bieżące sprawy pogrupowane tematycznie
Zmiany w przepisach
Przegląd prasy
Newsletter
Serwis stomatologiczny
Giełda ogłoszeń (praca, sprzęt)

