

BIULETYN INFORMACYJNY nr 12 (191) • POZNAŃ, GRUDZIEŃ 2010



WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA



iMed24 – systemy informatyczne dla medycyny



1. Zarządzanie placówką:
od gabinetu do sieci
medycznej

2. Obsługa drukarek
fiskalnych

3. Internetowa
rejestracja wizyt

4. W pełni elektroniczna
dokumentacja medyczna
pacjentów z bezpłatnym
podpisem elektronicznym

6. Kompleksowa obsługa
części białej i szarej

5. Rozliczenia
kontraktów z NFZ

iMed24 to nowoczesne oprogramowanie do zarządzania przychodnią i gabinetem lekarskim, które gwarantuje sprawne funkcjonowanie każdej placówki służby zdrowia zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi.

System iMed24 posiada moduł obsługi drukarek fiskalnych firmy Comarch, będący gwarancją jakości i zadowolenia ponad 30 tysięcy Klientów, którzy od kilkunastu lat z powodzeniem wykorzystują funkcję wydruku paragonów fiskalnych.

iMed24.PL

COMARCH
GRUPA KAPITAŁOWA

iMed24 SA
Al. Jana Pawła II 39 A
31-864 Kraków
Tel. 12 646 10 00
Fax 12 646 11 00
sprzedaz@imed24.pl
www.imed24.pl

Oddział w Katowicach
ul. Krasirskiego 29
40-019 Katowice
Tel. 32 603 39 00
Fax 32 603 39 40

Diagnoza wstępna

Dwie sprawy...



Stała się rzecz niewyobrażalna. Zaginął prawie pełen nakład październikowej Gazety Lekarskiej, a z nim nasz biuletyn. Praca nad biuletynem wygląda w ten sposób, że artykuły składane są w Poznaniu, wysyłane do Włocławka, gdzie spotykają się z GL, dokłada się ewentualne reklamy, wszystko razem jest foliowane, zaopatrzone w naklejkę z adresem i przekazywane firmie zajmującej się kolportażem. Dotąd była to Poczta Polska. W październiku po raz pierwszy sprawą zajął się Axel Springer, z którym NRL podpisała – faktycznie korzystny finansowo – kontrakt i... ślad po przesyłkach zaginął.

Pojedyncza paczka może zapodziać się pod łóżkiem, wypaść z ciężarówki, po prostu się zawieruszyć. Ale cały nakład? Około 165 000 przesyłek, prawie 17 ton (!) zadrukowanego papieru, który zajmuje niemały pokój! Trwa dochodzenie. Na razie bez rezultatu. Axel Springer zobowiązał się na własny koszt wydrukować jeszcze raz cały nakład gazety nr 10 i ponownie rozesłać. Tym razem bez eksperymentów, pocztą. Co jednak z biuletynami? Tu nie ma decyzji. W GL i biuletynach zamieszczane są reklamy, ogłoszenia, czasem terminowe. Poza tym informacje o konkursach, a tu już terminy odgrywają bardzo ważną rolę.

Sprawa pachnie skandalem na odległość. Z niecierpliwością czekamy na wyniki śledztwa. W grudniowym biuletynie zamieszczamy artykuły z numeru październikowego. Przepraszamy Czytelników i Autorów za zwłokę, ale faktycznie to nie wina redakcji...

Druga sprawa jest jeszcze bardziej bulwersująca i przykra: konkurs na kontrakty stomatologiczne na rok 2011 i lata następne. NFZ odrzucił około 160 ankiet konkursowych, zarzucając im, że zawierały nieprawdziwe dane. Ich autorzy zostali odsunięci od konkursu.

Błędy w ofertach, moim zdaniem, wynikały z pomyłek, nieuwagi lub niezrozumienia pytania. Problem w tym, czy NFZ mógł zaprosić pomyłkowców do naniesienia poprawek, czy też zobowiązany był do tak drastycznego postępowania. Prawdą jest, że o takiej ewentualności ostrzegali świadczeniodawców przed rozpoczęciem konkursu. W imieniu tych kolegów Izba w rozmowach z kierownictwem funduszu, a także pisemnie apelowała o rozważenie każdej sprawy indywidualnie i ocenienie, czy w danym przypadku miała miejsce chęć wprowadzenia NFZ w błąd.

Inna sprawa to ci spośród 160 oferentów, którzy dla zapewnienia sobie większej liczby punktów rankingowych zamieścili w ankiecie kłamliwe dane, np. o posiadaniu rentgenów lub o wyposażeniu przychodni w windy i podjazdy dla niepełnosprawnych. Niestety wśród skontrolowanych kolegów kilkadziesiąt procent okazało się oszustami...

Należy zrobić wszystko, aby więcej takich konfliktowych sytuacji nie było. I jest to apel zarówno do kolegów, jak i NFZ.

Za dwa tygodnie Święta Bożego Narodzenia. Życzymy Państwu, żeby były piękne, białe i takie, jakie pamiętamy z naszych rodzinnych domów, gdy mieliśmy po kilka lat. Niech przyniosą też nadzieję, że następny rok będzie lepszy, normalny, a przede wszystkim spokojniejszy.

Andrzej Baszkowski

Spis treści

Moim zdaniem	4
Pierre Fauchard Academy	5
Zgłaszali problemy	5
Na co Wielkopolska Izba Lekarska przeznacza składki	5
W szpitalach będą koordynatorzy	6
CEDE w Poznaniu	7
Profilaktyka zakażeń szpitalnych	8
Co słyszą w Izbie?	10
W poszukiwaniu formuły szpitali klinicznych	10
Niezwykłe spotkanie	11
Po co nam sądy lekarskie?	12
Monitorowanie agresji w ochronie zdrowia	13
V Turniej o Rakiety Delegatury Piłkarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej	14
Nordic walking w lesie	15
Lekarze jadą na Kujawy	16
Nasza recenzja	18
Z redakcyjnej poczty	19
Doktor Maria Siuda-Fizek	19
Karol Marcinkowski – lekarz, społecznik i patriota	20
SHORT CUTS	22
Poznaniacy w Krakowie	23
Dawka mediów	24
I Ogólnopolski Koncert Lekarzy w Olsztynie	25
Byka za rogi	26
Memorandum internistów i pediatrów do ministra zdrowia	28
Komeda ogląda film życia	29
Wiersze	30



Moim zdaniem...



Krzysztof Kordel
prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

...może powinno się zrezygnować z konsultacji społecznych przygotowywanych aktów prawnych. Skoro wszystkie organizacje i samorządy zawodowe działające w ochronie zdrowia skrytykowały proponowane przez rząd akty prawne dotyczące funkcjonowania sektora ochrony zdrowia, a rząd odrzuca jako nietrafione nasze uwagi i propozycje, to przyjmijmy do wiadomości, że jak zwykle władza wie najlepiej. A miało być inaczej.

Moim zdaniem jakoś tę kolejną reformę przeżyjemy. Mam tu na myśli zarówno pacjentów, jak i świat medycyny. W przeszłości, zarówno tej dalszej, jak i niedawnej, również bywało.

Z przeszłości można czerpać rozwiązania i wzorce. Miałem przyjemność uczestniczyć w zorganizowanym przez delegaturę ostrowsko-krotoszyńską wieczornej pamięci w dwudziestą rocznicę śmierci doktora Jankowskiego. Zarówno liczba osób uczestniczących w tym spotkaniu, jak również to, co o tym wspomniał człowieku i lekarzu mówili, a szczególnie co ze współpracy z nim wynieśli, wskazuje, że takie spotkania są nam wszystkim potrzebne. Jakim trzeba być człowiekiem, by za życia zasłużyć sobie na przydomek „papa”, a tak o nim wszyscy mówili.

Moim zdaniem Izba takich spotkań winna robić więcej, bo przecież przyszło nam z takimi ludźmi jak „papa” Jankowski w różnym czasie i miejscach współpracować, a pamięć bywa zawodna.

Jednym z uczestników spotkania w Ostrowie Wlkp. był nestor lekarzy kaliskich dr Zbigniew Kledecki, któremu miałem okazję złożyć najlepsze życzenia z okazji 90. urodzin. Ponownie czynię to w tym miejscu. Doktorze, zdrowia i dalszej aktywności na niwie Kaliskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Kiedy będziecie te słowa czytali, będziemy już po pierwszej imprezie zorganizowanej w „klubie lekarza” w siedzibie WIL. Czekamy na propozycje imprez.

Moim zdaniem nasza Izba w coraz mniejszym stopniu jest biurem, a coraz częściej jest miejscem spotkań kulturalnych i naukowych lekarzy. Cieszy coraz większe zainteresowanie kursami językowymi – informacja o nich zarówno w biuletynie, jak i na stronie internetowej. Zapraszamy do korzystania.

Chciałbym wszystkim koleżankom i kolegom życzyć spokojnych Świąt i wszystkiego najlepszego oraz spełnienia marzeń w nadchodzącym 2011 r.

Na okładce wykorzystano, dzięki uprzejmości Księdza Stefana Cegłowskiego, Dyrektora Muzeum Diecezjalnego w Płocku, obraz zatytułowany „Madonna Arabska”, znany także jako „Sen Dzieciątka na pustyni” Alberta Aubleta. Obraz Alberta Aubleta z 1898 wykonany w technice olejnej na płótnie. Znajduje się w Muzeum Diecezjalnym im. bł. abpa Antoniego Juliana Nowowiejskiego w Płocku, w dawnym opactwie pobenedyktynskim naprzeciwko katedry. Albert Aublet – malarz francuski (1851–1938) ur. w Paryżu, wielokrotnie nagradzany na wystawach w Paryżu (Salon 1873 i 1889); określany jako: impresjonista, realista, orientalista. Obraz w płockim muzeum powstał w wyniku zafascynowania się Orientem. Artysta podróżował po Bliskim Wschodzie (Konstantynopol, Tunis). Ostatecznie osiedlił się w Tunisie w 1905 r. w zakupionym przez siebie pałacu. W uznaniu zasług otrzymał medal Legii Honorowej. Odznaczony również złotymi medalami na wystawach w Madrycie Londynie i Amsterdamie.

© Muzeum Diecezjalne w Płocku



Pierre Fauchard Academy

22 września w Poznaniu odbyło się doroczne zebranie stowarzyszenia Akademia Pierre'a Faucharda, Sekcja Polska. Stowarzyszenie zrzesza osoby fizyczne, które wniosły szczególny wkład w rozwój nauki i praktyki stomatologicznej oraz zostały zaproszone do zrzeszenia się w nim przez dwóch jego członków. Celem stowarzyszenia jest między innymi:

- promowanie nowoczesnego modelu kształcenia przed- i podyplomowego,
- promowanie nowoczesnego modelu praktyki stomatologicznej,
- kształtowanie i propagowanie zasad etyki zawodowej lekarzy dentyków,
- podejmowanie inicjatyw korzystnych dla środowiska zawodowego lekarzy i inicjatyw zmierzających do podnoszenia stanu zdrowia społeczeństwa we

współpracy z samorządem zawodowym lekarzy oraz zawodów współpracujących, towarzystwami naukowymi i innymi organizacjami społecznymi zrzeszającymi lekarzy.

Na ostatnim spotkaniu, oprócz spraw organizacyjnych, zebrani wysłuchali referatu „Aktualne problemy stomatologiczne dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia”, wygłoszonego przez prof. dr hab. Barbarę Adamowicz-Klepalską, konsultanta krajowego w dziedzinie stomatologii dziecięcej.

Wnioski przedstawione przez prelegenta nie były wesołe. Dzieci w wieku przedszkolnym nie są praktycznie leczone. Mamy w Polsce najniższy poziom leczenia stomatologicznego dzieci i młodzieży w Europie. W dodatku z roku na rok obniża się on coraz bardziej. AB

Omówienie posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej Zgłaszali problemy

22 listopada odbyło się kolejne posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej, któremu przewodniczył prezes Krzysztof Kordel. Uchwały na nim podjęte dotyczyły przede wszystkim spraw administracyjnych: udział w konkursach na ordynatorów, przyznanie prawa wykonywania zawodu cudzoziemcom itp. Najważniejsza dyskusja – jak już nieraz – rozwinęła się po wyczerpaniu porządku obrad, kiedy zabrali głos koledzy:

● **Krzysztof Musiałek**, który opisał kłopoty z odbywaniem stażu w POZ na terenie miasta Poznania. Poza Poznaniem nie ma problemu, stażyści są wręcz pożądani i chętnie zatrudniono by ich także po zakończeniu stażu – ale oni chcą w Poznaniu! Sprawa rozwiązana jest w szpitalach np. w 111 Wojskowym, który posiada swoje poradnie POZ. Te szpitale, które prowadzą staż, a nie mają swoich poradni powinny podpisać stosowne umowy, a podobno tak nie jest. Będziemy wyjaśniać sytuację z Urzędem Marszałkowskim.

● **Stefan Sobczyński**, który jako członek Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej uczestniczył 21 listopada w posiedzeniu sygnatariuszy wszystkich

podmiotów ochrony zdrowia w Polsce (poza MZ), oświadczył, że wszyscy jednomyślnie (!!!) nie zgadzają się z zapisami w nowych ustawach forsowanych przez minister Ewę Kopacz. Stanowisko z posiedzenia zostało przesłane Radzie Ministrów oraz parlamentarzystom.

● **Halina Bobrowska** w uzupełnieniu dodała, że OZZL szykuje się do protestów i strajków, bo tam gdzie dokonuje już się przekształceń SPZOZ-ów (np. w Biłgoraju), odbija się to niekorzystnie na sytuacji lekarzy.

● **Wiesław Wawrzyniak** przedstawił problemy występujące w kontraktowaniu usług stomatologicznych. Oferty, a zwłaszcza ankiety, są tak sformułowane, że wielu dentyków podało błędne informacje. Okręgowa Rada Lekarska WIL uchwaliła „Apel” do Komisji Konkursowej WOW NFZ o potraktowanie informacji przekazanych w ofertach jako błędy, a nie świadome podanie nieprawdziwych danych, i umożliwienie lekarzom uczestniczenie w obecnym lub następnym (jak najszybciej ogłoszonym) konkursie.

SEKRETARZ ORL
IWONA JAKÓB

Na co Wielkopolska Izba Lekarska przeznaczona składki?

Wielokrotnie zadawano mi powyższe pytanie, a zamieszczone w biuletynie informacje z wykonania budżetu są – jak rozumiem – mało czytelne. Dlatego chciałbym wyjaśnić, na co przeznaczane są składki. Standardowa czterdziestozłotowa wpłata dzielona jest – w przybliżeniu – w następujący sposób:

- 1) składka na Naczelną Izbę Lekarską 6,6 zł
- 2) wynagrodzenie pracowników i osób funkcyjnych 9,8 zł
- 3) materiały i energia 1,6 zł
- 4) usługi: poczta, komunikacja, czyszcze, komunalne, catering, sprzątnięcie 6,0 zł
- 5) fundusze pomocowe dla członków izby (różne formy zapomóg) 6,0 zł
- 6) sąd i rzecznik odpowiedzialności zawodowej 2,40 zł
- 7) koszt utrzymania delegatur 3,20 zł
- 8) wydawanie i kolportaż *Biuletynu WIL* 2,40 zł
- 9) koszt organizacji zjazdu WIL 0,80 zł
- 10) pozostałe wydatki 1,20 zł

Przypominam, że emeryci mający niskie dochody płacą składkę w wysokości 10 zł.

Jednocześnie zwracam się z prośbą o kierowane do mnie lub do Komisji Finansowej WIL sugestii odnośnie do przyszłorocznego budżetu Izby.

JERZY SKROBISZ
SKARBNIK WIL

Informacja o ubezpieczeniu

Prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej dr n. med. Krzysztof Kordel informuje, iż od 1 stycznia 2011 r. na terenie izby w Poznaniu będzie możliwość ubezpieczenia się w Inter Polska i w PZU SA.



Partnerstwo dla transplantacji

W szpitalach będą koordynatorzy



ANDRZEJ
PIECHOCKI

Na świecie żyje już ponad milion osób z wszczepionym narządem. W europejskich statystykach liczby przeszczepów zajmujemy odległe miejsce. Dość powiedzieć, że w Hiszpanii na milion mieszkańców przypada 35 dawców, w Wielkiej Brytanii – 25, a w Polsce – 11. Lepszy wskaźnik ma Wielkopolska, tutaj na milion mieszkańców jest 25 dawców. I właśnie ona przystąpiła do programu „Partnerstwo dla transplantacji”.

Pierwsza ustawa transplantacyjna uchwalona została przez Sejm RP piętnaście lat temu, kolejna z 2005 r. (o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów) znowelizowana została w 2009 r. Od dziesięciu lat mamy Centralny Rejestr Niepokrewnionych Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej POLTRANSPLANT.

Aby zostać potencjalnym dawcą komórek krwiotwórczych, trzeba spełniać określone warunki i poddać się specjalistycznym badaniom krwi. Procedura trwa kilka miesięcy. Kończy ją oficjalne pismo. Następującej – w wypadku mojego syna – treści: „Uprzejmie zawiadamiamy, że został pan wpisany na listę potencjalnych dawców komórek krwiotwórczych Centralnego Rejestru Niepokrewnionych Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej POLTRANSPLANT, a tym samym pana dane immunofenotypowe umieszczone w światowym rejestrze dawców szpiku Bone Marrow Donor Worldwide są dostępne dla ośrodków poszukujących dawców szpiku dla pacjentów z całego świata. W każdej chwili, jeżeli otrzymamy informację, że jest pan wstępnie zgodny z chorym zakwalifikowanym do transplantacji szpiku, możemy zwrócić się do pana o pomoc. Dzięki dobrej

woli naszych dawców możemy uratować życie wielu chorych. Serdecznie dziękujemy za zgłoszenie się do naszej bazy”.

W Polsce nie prowadzi się natomiast rejestru dawców, którzy zdecydowani są oddać swoje narządy po śmierci. w artykule Alicji Krauze* (Prywatnezdrowie.pl) czytamy „Zgodnie z ustawą z 1 lipca 2005 r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, nie istnieje możliwość ofiarowania za życia nerki, wątroby ani innego organu osobie anonimowej ani odpłatnie. Komórki, tanki lub narządy mogą być pobierane od żywego dawcy w celu przeszczepienia innej osobie przy zachowaniu następujących warunków: pobranie następuje na rzecz krewnego w linii prostej, rodzeństwa, osoby przysposobionej lub małżonka oraz na rzecz innej osoby, jeżeli uzasadniają to względy osobiste. Według prawa polskiego, jak i prawa innych krajów, sprzedaż narządów do przeszczepienia jest karalna. Problemy wynikające ze wzrostu liczby osób oczekujących na przeszczepienie i niedobór narządów istnieją we wszystkich państwach członkowskich UE. Z tego względu Komisja Europejska opracowała strategię zwiększenia dostępu ludzi chorych do procedur transplantacyjnych na lata 2009–2015”.

Pobranie narządów od dawcy

zmarłego ustawowo obwarowane

jest czterema warunkami.

Pobranie narządów od dawcy zmarłego ustawowo obwarowane jest czterema warunkami. Według naszego prawa, każdy zmarły może być potencjalnym dawcą narządów, jeżeli nie zgłosi za życia sprzeciwu, który zostanie ujęty w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów. Na stronie internetowej www.poltransplant.org.pl czytamy: „Sprzeciw należy zgłosić osobiście lub listownie w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów w Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnym ds. Transplantacji w Warszawie przy ulicy Lindleya 4 na formularzu, który można otrzymać w zakładach opieki zdrowotnej lub na stronie internetowej www.poltransplant.org.pl. Po dokonaniu zgłoszenia w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów osoba zgłaszająca otrzyma listem poleconym potwierdzenie wpisu do rejestru. Sprzeciw jest skuteczny od daty wpisu do rejestru, która będzie uwidoczniona na potwierdzeniu. Jeżeli formularz będzie źle wypełniony, sprzeciw nie zostanie zarejestrowany, o czym osoba zainteresowana zostanie powiadomiona listownie. Moc prawną ma również noszone przy sobie własnoręcznie podpisane oświadczenie sprzeciwu lub oświadczenie ustne złożone w obecności dwóch świadków, pisemnie przez nich potwierdzone. W wypadku małoletniego lub innej osoby, która nie ma





pełnej zdolności do czynności prawnych, sprzeciw może wyrazić za życia przedstawiciel ustawowy tej osoby. Małoletni powyżej lat 16 lub inne osoby, które nie mają pełnej zdolności do czynności prawnych, mogą same wyrazić sprzeciw”.

W uchwale Sejmu RP z 13 czerwca 2008 r. w sprawie akceptacji transplantacji jako metody leczenia czytamy między innymi: „Biorąc pod uwagę, że przeszczepianie narządów wykonywane jest w Polsce od ponad 40 lat, a polscy transplantolodzy należą do światowej czołówki w tej dziedzinie, że jest to potrzebna, skuteczna i bezpieczna metoda leczenia, stanowiąca dla wielu pacjentów jedyną szansę przedłużenia życia, Sejm zwraca się do społeczeństwa o powszechną akceptację tej metody leczenia. Jednocześnie apelujemy do władz rządowych i samorządowych wszystkich szczebli o wsparcie moralne i pomoc materialną we wszelkich akcjach o charakterze edukacyjnym w zakresie przeszczepiania narządów, komórek, tkanek i szpiku”.

Mając powyższe na uwadze, czytamy na stronie Umww.pl: „Marek Woźniak – marszałek województwa wielkopolskiego, Piotr Florek – wojewoda wielkopolski, Jacek Wysocki – rektor Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu i Wojciech A. Rowiński – konsultant krajowy ds. transplantologii oraz kilkunastu innych sygnatariuszy podpisało 8 września list intencyjny dotyczący »Partnerstwa dla transplantacji«”.

Jest to odpowiedź władz województwa wielkopolskiego na apel Ministerstwa Zdrowia w sprawie realizacji projektu, który ma na celu podnieść świadomość społeczną w zakresie znaczenia i roli transplantologii. – *Nasze zamierzenia to podniesienie liczby przeszczepów, dlatego przystępujemy do działania. Przy współpracy z samorządami zawodów medycznych chcemy problemy dawców i biorców poddać jak najszerszej dyskusji w środowiskach lekarskim i pielęgniarskim, tych związanych i niezwiązanych z transplantologią, mających wpływ na indywidualne decyzje i kształtujących społeczne nastawienie* – mówi marszałek Marek Woźniak.

*Alicja Krauze (www.prywatnezdrowie.pl). Żeby pobrać narządy od dawcy zmarłego, muszą zostać spełnione 4 warunki (Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów – Dz. U. Nr 169, poz. 141):

1. Pobranie komórek, tkanek lub narządów do przeszczepienia jest dopuszczalne po stwierdzeniu trwałego i nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierci mózgu) (art. 9.1.). Pobranie komórek tkanek lub narządów do przeszczepienia jest dopuszczalne po stwierdzeniu zgonu wskutek nieodwracalnego zatrzymania krążenia (art. 9.1.a – nowelizacja ustawy transplantacyjnej; zespół ds. resuscytacji opracowuje kryteria ws. zgonu wskutek nieodwracalnego ustania krążenia).
2. Pobrania komórek, tkanek lub narządów można dokonać, jeżeli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu (art. 5.1.).
3. Jeżeli zachodzi podejrzenie, że zgon nastąpił w wyniku czynu zabronionego stanowiącego przestępstwo, pobrania można dokonać po uzyskaniu od właściwego prokuratora informacji, że nie wyraża sprzeciwu (art. 8.1.).
4. Nie istnieją medyczne przeciwwskazania do pobrania i przeszczepienia narządów (wirus HIV, uogólnione zakażenie czy rozsiana choroba nowotworowa).



CEDE w Poznaniu

Dwadzieścia lat temu prof. Włodzimierz Józefowicz wymyślił CEDE – Środkowoeuropejską Wystawę Produktów Stomatologicznych. Po kilku latach dołączył Zjazd Zespołów Stomatologicznych. Przez 17 lat obie imprezy odbywały się w Łodzi, natomiast od trzech lat organizowane są w Poznaniu. W tym roku, we wrześniu, 20. jubileuszowe spotkanie odbyło się w stolicy Wielkopolski, na Międzynarodowych Targach Poznańskich. W porównaniu z Łodzią w Poznaniu jest więcej miejsca, pawilony są nowocześniejsze, prościej je zagospodarować, zwiedzającym łatwiej dopchać się do stoisk. Ponad 400 wystawców z Polski i z kilku innych krajów (między innymi z Chin i Japonii) przedstawiło różne szczoteczki i pasty potrzebne do higieny i profilaktyki jamy ustnej, a także bardziej inte-

Omawiano między innymi

zagadnienia związane z okluzją,

implantologią, pierwszą pomocą,

periodontologią, stomatologią

zachowawczą i wiele innych.

resujące lekarzy stomatologów nowoczesne materiały dentystyczne, sprzęt i aparaturę. Wszystko można było oglądać, dotknąć, wypróbować i kupić. Choć niektórzy narzekali, że z kupowaniem nie było tak prosto. Duża różnorodność oferty utrudniała decyzję, co właściwie chcieliby mieć. W ramach wykładów omawiano między innymi zagadnienia związane z okluzją, implantologią, pierwszą pomocą, periodontologią, stomatologią zachowawczą i wiele, wiele innych.

Tradycyjnie przyznano Grand Prix czterem wyrobom spośród zgłoszonych i prezentowanych na targach. Musiały się one wyróżniać funkcjonalnością, nowoczesnością rozwiązań konstrukcyjnych i technologicznych, jakością, niezawodnością, dostępnością na rynku polskim i wreszcie siecią serwisową. Nagrody przyznano produktom z czterech grup ekspozycji. Z „materiałów” wyróżniono preparat osłaniający miazgę zęba Biodentine firmy Septodont-Polska; z grupy „materiały pomocnicze, preparaty i urządzenia profilaktyczne” VIDEOTEKĘ Nowoczesnego Technika Dentystycznego; z grupy „sprzęt stomatologiczny” CEREC – urządzenie do wykonywania obudów pełnoceramicznych w gabinecie stomatologicznym firmy AMADAR sp. z o.o.; z grupy „sprzęt techniczny” – system wtrysku MULTIPRESS.

Zainteresowanie targami było tak duże, że organizatorzy z firmy Exactus z Łodzi zapowiedzieli rozszerzenie wystawy w roku przyszłym.

ANDRZEJ BASZKOWSKI



Międzynarodowa Konferencja Naukowa

Profilaktyka zakażeń szpitalnych



W Centrum Kongresowo-Dydaktycznym Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (UMP) 26 października 2010 r. odbyła się Międzynarodowa Konferencja Naukowa „Profilaktyka zakażeń szpitalnych” pod honorowym patronatem JM rektora UMP prof. dr. hab. Jacka Wysockiego.

Konferencja ta została zorganizowana przez Zakład Higieny Katedry Medycyny Społecznej UMP, Polskie Towarzystwo Higieniczne (PTH) – Oddział Poznański i Zarząd Główny w Warszawie, Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Poznaniu oraz Europejski Instytut Miedzi w Brukseli (ECI).

Współprzewodniczącymi komitetu organizacyjnego byli dr n. biol. Aneta Klimberg, adiunkt Zakładu Higieny UMP, i mgr Michał Ramczykowski z agendy ECI w Polsce.

Referat wprowadzający wygłosił **dr n. med. Tomasz Szkoda** z Głównego Inspektoratu Sanitarnego w Warszawie, przedstawiając sytuację epidemiologiczną zakażeń szpitalnych w Polsce na podstawie wyników kontroli przeprowadzonych przez Państwową Inspekcję Sanitarną w całym kraju. Sytuacja prawna w zakresie kontroli zakażeń radykalnie się zmieniła po wejściu w życie w 2001 r. ustawy o zakażeniach i chorobach zakaźnych wraz z rozporządzeniami wykonawczymi. Po wprowadzeniu nowych przepisów powstał jeden z najbardziej zaawansowanych systemów nadzoru epidemiologicznego nad szpitalami w Europie. W latach 2001–2009 głównym problemem było wdrażanie przepisów prawa do codziennej praktyki medycznej. Doświadczenia z tego okresu znalazły odbicie w ustawie o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z 5 grudnia 2008 r. Nowa regulacja prawna zdecydowanie podniosła rangę profilaktyki zakażeń szpitalnych, zwiększyła wymagania wobec jednostek ochrony zdrowia w tym zakresie, rozszerzyła problem monitorowania zakażeń na wszystkie obszary udzielania świadczeń zdrowotnych zarówno w lecznictwie zamkniętym, jak i otwartym. Z przeprowadzonych analiz wynika, że szpitale, które mają system zarządzania jakością, charakteryzują się lepszą organizacją i większą efektywnością systemów kontroli zakażeń, co jest ważnym

argumentem na rzecz zwiększania liczby placówek ubiegających się o certyfikat jakości w obszarze świadczeń medycznych. Istotnym warunkiem prawidłowego nadzoru nad zakażeniami szpitalnymi jest istnienie zespołu i komitetu kontroli zakażeń szpitalnych powołanego zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia z 27 maja 2010 r. w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych. Należy odnotować korzystne zjawisko realizacji kontroli wewnętrznej w zakresie procedur kontroli zakażeń szpitalnych, którą prowadzi 85 proc. placówek. Wykazano niedostateczne wykorzystanie nowych, bezpiecznych technologii zapobiegających zakażeniom związanym z terapią dożylną oraz duże zróżnicowanie w zakresie sterylizacji sprzętu medycznego i kontroli skuteczności tych procedur, co potwierdza konieczność uregulowania tych zagadnień w odrębnym rozporządzeniu dotyczącym sterylizacji medycznej. Stwierdzono ponadto niedostateczną liczbę automatycznych urządzeń do dekontaminacji sprzętu endoskopowego.

Mikrobiolog prof. Bill Keevil (University of Southampton, School of Biological Sciences) w referacie *New insights into the antimicrobial properties of copper alloy surfaces* przedstawił historię stosowania miedzi w celach prozdrowotnych, a następnie wyniki badań mikrobiologicznych porównujących przeżywalność najistotniejszych w profilaktyce zakażeń szpitalnych patogenów na sprzętach wykonanych z różnych metali (stal nierdzewna, cynk, nikiel, srebro, brąz, miedź). Główny wniosek z jego badań jest taki, iż miedź wykazuje silne działanie antimikrobiologiczne przeciwko bakteriom, wirusom i grzybom.

Profesor Tom Elliott (University Hospitals Birmingham, NHS Foundation Trust, Aston University Birmingham) w referacie *Copper for the prevention of microbial contamination of the clinical environment* omówił epidemiologię zakażeń szpitalnych, a następnie studia kliniczne nad używaniem miedzi, ilustrując wykład licznymi fotografiami pokazującymi sale operacyjne i sale zabiegowe wyposażone w sprzęt wykonany z użyciem miedzi – poręczce łóżek, elementy do sterowania różnego rodzaju urządzeniami (np. pokrętła, uchwyty), blaty wózków, tace do podawania leków, klamki w drzwiach. Bardzo istotne są np. długopisy, włączniki światła w salach chorych, armatura umywalk, najczęściej dotykane elementy wind, siedziska i oparcia sedesowe w toaletach. We wnioskach końcowych znalazło się podkreślenie, że stosowanie elementów miedzianych w różnego rodzaju sprzęcie, zwłaszcza tym najczęściej dotykanych przez personel i chorych, wyraźnie zmniejsza ryzyko zakażeń szpitalnych.

Profesor Jacek Wysocki (Katedra Profilaktyki Zdrowotnej UMP, Oddział Obserwacyjno-Zakaźny Specjalistycznego ZOZ nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu) w referacie *Grypa jako nowy problem w zakażeniach szpitalnych* przedstawił dane epidemiologiczne, w szczególności związane z kolejnymi pandemiemi grypy. Omówił aspekty kliniczne grypy, m.in. łatwość szerzenia się, co sprzyja masowym zachorowaniom, grupy ryzyka, powikłania, dodatkowe zachorowa-



nia i zgony, leczenie i zapobieganie. Podkreślił, że wzrastająca liczba hospitalizacji osób starszych w związku z grypą jest przynajmniej częściowo związana ze starzeniem się populacji. Choroba ta jest najbardziej groźna dla dzieci poniżej 5 lat oraz ludzi starszych. Groźne są powikłania, takie jak grypowe zapalenie płuc oraz pneumokokowe zapalenie płuc. Najwyższe wskaźniki hospitalizacji w sezonie grypowym odnotowuje się w odniesieniu do kobiet ciężarnych chorujących na astmę. Działania ograniczające szerzenie się epidemii w populacji mają na celu opóźnić i spłaszczyć szczyt epidemii, ograniczyć skutki epidemii i niepokój, zmniejszyć liczbę zachorowań, zyskać na czasie. Grypa powoduje duży napływ pacjentów do placówek ochrony zdrowia – ambulatoryjnych i szpitalnych, dotyka zarówno pacjentów, jak i pracowników ochrony zdrowia. Placówki ochrony zdrowia mogą odegrać dużą rolę w rozprzestrzenianiu się grypy w populacji. Bardzo ważna jest strategia zapobiegania grypie w placówkach ochrony zdrowia, która – wg CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) – obejmuje: 1) coroczne szczepienie personelu i pacjentów z grup ryzyka, 2) wprowadzenie zasad zapobiegania zakażeniom kropelkowym, 3) edukację personelu i pacjentów, 4) aktywny nadzór i badania przesiewowe nowo przyjmowanych pacjentów, 5) ograniczania odwiedzin i ruchu personelu, 6) szybkie wdrażanie leków przeciwwirusowych w wypadku powstawania ognisk epidemicznych, 7) system ostrzegania. Profesor Wysocki szczególnie podkreślił znaczenie szczepień przeciwko grypie, zwracając uwagę na fakt, że odsetek zaszczepionych pracowników ochrony zdrowia w USA w 2010 r. jest szacowany na 60 proc., podczas gdy w Polsce jest znacznie niższy. O ile odsetek zaszczepionych w 5 krajach tzw. starej UE (Francja, Hiszpania, Niemcy, Wielka Brytania, Włochy) wynosi około 24 proc. całej populacji, ale jest znacznie wyższy wśród osób powyżej 65. roku życia, gdzie wynosi około 63 proc., o tyle w Polsce, według sprawozdań, odsetek zaszczepionych to zaledwie około 3,6 proc. populacji. Według danych dotyczących sprzedaży szczepionek jest wyższy – ok. 8,2 proc.

Profesor Ewa Florek (Laboratorium Badań Środowiskowych, Katedra i Zakład Toksykologii UMP) omówiła aspekty fizjologiczne i toksykologiczne miedzi. Podkreśliła, że miedź – w dużych ilościach – występuje w mięsie (wątroba), owocach morza, ziarnach, orzechach, pieczywie pełnoziarnistym, deserach czekoladowych, suszonych owocach, ziemniakach. Najlepszym źródłem miedzi są ostrygi. Miedź jest niezbędna do normalnego funkcjonowania organizmu, ponieważ jest koenzymem w ponad 50 enzymach, bierze



Jerzy T. Marcinkowski oraz Michał Ramczykowski

ucział we wchłanianiu żelaza niezbędnego do syntezy hemoglobiny, uczestniczy w budowie elastyny i kolagenu, zapobiega degeneracji stawów i osteoporozie, jest niezbędna do prawidłowego działania insuliny. Do wchłaniania miedzi przez skórę dochodzi w czasie szlifowania malachitu i niektórych innych kamieni jubilerskich, kontaktu z miedzią rozpuszczoną w rozpuszczalnikach lub oleju, pływania w wodzie, do której dodano związków miedzi w celu eliminacji glonów. W kontekście tych faktów wspomniane wyżej używanie sprzętu wykonanego z miedzi nie powinno stanowić istotnego zagrożenia zawodowego.

Profesor Andrzej Szkaradkiewicz (Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej UMP) przedstawił ciekawie istotę zakażeń szpitalnych, omawiając kolejno początki koncepcji zakażeń (przypomniął zasługi takich postaci, jak Ignaz Philipp Semmelweis, Joseph Lister, Ernst von Bergmann, William Stewart Halsted), definicje zakażenia szpitalnego, jego determinanty i najważniejsze patogeny. Wykład zakończył omówieniem kontroli nad zakażeniami, która obejmuje ich bierną rejestrację (czułość metody: 14–34 proc.), system czynnej rejestracji (czułość metody: 58–90 proc.) i nadzór mikrobiologiczny (czułość metody: 30–70 proc.).

O sukcesie konferencji, którą prowadził Jerzy T. Marcinkowski, świadczy obecność ponad 300 słuchaczy i długotrwałe dyskusje z autorami wystąpień.

JERZY T. MARCINKOWSKI

* pol. Centrum Zwalczania i Zapobiegania Chorób – jedna z agencji rządu federalnego Stanów Zjednoczonych wchodząca w skład Department of Health and Human Services (DHHS) (pol. Ministerstwo Zdrowia i Usług Społecznych). Jej siedziba główna znajduje się w Atlancie w Georgii.



Bill Keevil i Tom Elliott



Uczestnicy konferencji



Publiczność dopisała



Co słyszeć w Izbie?

Listopad minął w Izbie równie szybko jak październik. Szczególnie początek miesiąca był niezwykle trudny. 31 października lekarze zakończyli staż podyplomowy, więc należało wydać im pełne prawo wykonywania zawodu. Część z nich musiała bowiem dostarczyć ten dokument do Centrum Zdrowia Publicznego do 10 listopada, aby bez przeszkód rozpocząć specjalizację, a pozostali – aby rozpocząć pracę. Takich praw wydano ponad 200. Między innymi w tym celu 5 listopada odbyło posiedzenie Prezydium ORL WIL. Oprócz tej tematyki zajmowano się również problemami w postępowaniu konkursowym na świadczenia dentystryczne na 2011 r. oraz podjęto decyzję o udzielaniu pomo-

cy finansowej lekarzom seniorom, którzy rozpoczęli 90. rok życia.

6 listopada w sali konferencyjnej odbyła się konferencja organizowana przez studenckie koła naukowe w ramach cyklu *Prawo a medycyna*. Tematyka jak zwykle była bardzo interesująca, o czym świadczy to, że sala wypełniona została do ostatniego miejsca. 8 listopada natomiast WIL oraz Marszałek Województwa Wielkopolskiego i Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu rozpoczęli cykl konferencji naukowo-szkoleniowych *Partnerstwo dla transplantacji*. Tym razem spotkanie odbyło się w Gnieźnie, ale wszyscy uznali, że jest to dopiero początek tego przedsięwzięcia.

20 listopada to dzień obrad Okręgowej Rady Lekarskiej (szersze omówienie przez sekretarza) oraz kolejne posiedze-

PO IX FORUM

W poszukiwaniu formuły szpitali klinicznych

Od ośmiu lat w Poznaniu spotykają się dyrektorzy szpitali klinicznych w gronie osób zainteresowanych specyfiką szpitali, dla których organem założycielskim są uczelnie medyczne. W dniach 26 i 27 października zgromadziło się w Poznaniu około dwustu uczestników spotkania, w tym dyrektorzy niemalże wszystkich szpitali klinicznych.

W trakcie czterech sesji plenarnych oraz warsztatowych przedstawiono „gorące tematy” naszych szpitali. Szczególną uwagę poświęcono zmianom legislacyjnym dotyczącym szpitalnictwa, związanym ze spodziewaną – w przypadku uchwalenia zapowiadanych ustaw – obligacją przekształcenia szpitali w spółki prawa handlowego.

Ważnym wątkiem spotkania były wykłady i dyskusja dotyczące spraw jakości oraz bezpieczeństwa, a także budowania kultury organizacyjnej (czy też kultury współdziałania) w szpitalach klinicznych. Duże zaciekawienie oraz emocje wzbudziły prezentacje ukazujące zmiany organizacyjne dokonujące się w wybranych szpitalach klinicznych w ostatnich latach. Śledziliśmy losy radykalnych zmian – co prawda wymuszonych dramatyczną sytuacją – w Bydgoszczy, w której złamano tradycyjną formułę zarządzania.

Wykład *Szpital kliniczny w optyce rektora* wygłosił rektor poznańskiej uczelni, prof. Jacek Wysocki, a w sposób czynny w spotkaniu uczestniczyli także: prorektor ds. klinicznych – prof. Grzegorz Oszkinis oraz kanclerz, p. Bogdan Poniedziałek. Dyskusji grona Gości przewodniczyli m.in.: dr hab. Maciej Kowalczyk, dr Wojciech Bienkiewicz, prof. Tomasz Opala oraz dr Jan Talaga – reprezentujący dyrektorów szpitali klinicznych.

Ewolucja poznańskich spotkań potwierdza nieustanny wzrost zainteresowania tematyką oraz wzrost świadomości związanej z wyzwaniem szpitali klinicznych. Ukazują one

konieczność nowych regulacji prawnych zapewniających bezpieczeństwo szpitali, przed którymi stoi trojaki wyzwanie: służba, nauczanie, nauka. Prawodawstwo w tym zakresie wydaje się będzie ich niespójne i krzywdzące.

Niestety wydaje się że w gremiach decyzyjnych nie dochodzi do pogłębionej dyskusji dotyczącej szpitali klinicznych. Zapewne negatywne doświadczenia dotyczące kilku spośród tych szpitali utwierdziły kształtujących prawo w determinacji, aby wtłoczyć je na tory spółek prawa handlowego.

Nie wiadomo jednak, jaki będzie ich los, gdy nie przewiduje się wzięcia pod uwagę innych niż ekonomiczne kryteriów oceny działania tych szpitali, których misją – obok opieki nad pacjentami – jest dydaktyka zapewniająca medycznych profesjonalistów na następne lata, a także nauka. Odcięcie pieniędzy diagnostyczno-leczniczych przekazywanych przez NFZ czy ministerstwo z rygorami gospodarki spółki może się odbić na pełnionych funkcjach dydaktycznych czy naukowych. Nie uda się zreformować skutecznie szpitali klinicznych bez uregulowania w sposób odpowiedzialny odrębnego finansowania dydaktyki i nauki. Dotychczasowa praktyka przenikania się finansowania tych trzech nurtów w przypadku przybrania formy spółek prawa handlowego może rodzić nieprzewidywalne napięcia i dylematy.

Szpitalom klinicznym bez dostrzeżenia ich specyfiki i problemów oraz bez uzupełniających regulacji prawnych – przy innych dynamicznie rozwijających się lecznicach – zagraża w ciągu kilku lat przeżycie istotnej próby oraz drenażu kadr mimo niesienia ciężaru wielu wysokospecjalistycznych procedur oraz kapitalnej pozycji wyjściowej wynikającej z posiadania znaczącego potencjału ludzkiego. Problem wydaje się tym bardziej istotny, że szpitale te odpowiedzialne są za olbrzymią część bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa.



nie Prezydium ORL WIL. I tym razem nie obyło się bez rozmów na temat kontraktowania świadczeń dentystycznych. Dyskutowano także o wyposażeniu klubu lekarza, organizowanego w siedzibie WIL (25 listopada odbyło się jego prapremierowe otwarcie – szersza relacja za miesiąc). 20 listopada przeprowadzono również szkolenie *Neuropatie uciskowe kończyny górnej – diagnostyka i leczenie*.

24 listopada rozpoczęliśmy kurs języka angielskiego dla lekarzy. Zajęcia odbywać się będą w każdą środę. Mamy już następnych chętnych, ale namawiamy do dalszych zgłoszeń. Nie wykluczamy bowiem zorganizowania grup poza Poznaniem. Niezbędne jest zebranie 10 osób. Planujemy ponadto rozpocząć naukę języka niemieckiego. Więcej informacji na stronie internetowej WIL oraz w biurze WIL.

Zakończono prace izolacyjne budynku. Były one bardzo kłopotliwe, kosztowne, ale niezbędne. Na finiszu są również prace związane z adaptacją garażu do celów użytkowych oraz prace modernizujące przyłączy wodociągowe.

Tradycyjnie odbyły się posiedzenia komisji problemowych: 3 listopada – Komisji Etyki Lekarskiej, 16 listopada – Komisji ds. Konkursów, 17 listopada – Komisji Bioetycznej, 18 listopada – Komisji ds. Emerytów i Rencistów, 19 listopada – Komisji ds. Kształcenia. 6 listopada odbyło się natomiast posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej.

Grudzień będzie z pewnością równie pracowity jak poprzednie miesiące, zwłaszcza że z powodu świąt będzie mniej dni pracy.

SPRAWOZDAWCA (MS)

Niezwykłe spotkanie



W 1857 r. w Poznaniu zawiązało się Towarzystwo Przyjaciół Nauk. Od 1865 r. funkcjonowała w nim sekcja lekarska. Towarzystwo wydawało swój organ pod tytułem *Roczniki Towarzystwa Przyjaciół Nauk Poznańskiego*. Publikowano w nim także teksty przygotowywane przez lekarzy, a w 1874 r. wydano tom VIII poświęcony wyłącznie naukom lekarskim.

PTPN istnieje do dziś. Ta szacowna instytucja prężnie działa, publikuje, organizuje spotkania. Stanowi jednak przede wszystkim punkt odniesienia dla nauki poznańskiej. Przecież to między innymi dzięki staraniom towarzystwa w 1919 r. powstał w Poznaniu uniwersytet – Wszechnica Piastowska, a urząd rektora powierzono jednemu z członków wydziału lekarskiego, prof. Heliodorowi Święcickiemu.

Nie ulega wątpliwości, że siedziba PTPN przy ul. Mielżyńskiego 27/29 w Poznaniu odznacza się szczególnym *genius loci*. W dobie nowoczesnej architektury – często bardziej funkcjonalnej, ale pozbawionej ducha – takie miejsca, naznaczone patyną czasu i tradycji, cenione są coraz bardziej.

Dlatego dobrze się stało, że staraniem Wydziału IV – Lekarskiego Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk oraz Wielkopolskiej Izby Lekarskiej właśnie w gmachu PTPN zorganizowano 24 października 2010 r. niecodzienne spotkanie z okazji 200. rocznicy urodzin Fryderyka Chopina. Zatytułowano je *Medycy w holdzie Chopinowi*.

W historycznej sali posiedzeń PTPN zagrała Orkiestra Kameralna WIL *Operacja Musica* pod dyrekcją Dobrochny Martenki. Zagrała... mazurki Chopina, które dla potrzeb orkiestry zaaranżowała dyrygentka, a także utwory innego polskiego kompozytora, Mieczysława Karłowicza.

Następnie profesorowie Witold Młynarczyk i Wojciech Cichy opowiadali o życiu Fryderyka Chopina, ale w kontekście ciągłej walki z nękającą go chorobą, która po zaledwie 39 latach doprowadziła do śmierci genialnego kompozytora. Prelegenci zastanawiali się, co to była za choroba. Wiele wskazuje na to, że była to mucowiscydoza. A może jednak gruźlica? Nie ma pewności. Problem rozstrzygnęłoby badanie wycinka z serca artysty, przechowywanego w kościele pw. Świętego Krzyża w Warszawie. Nie ma jednak zgody na pobranie preparatu.

Miłą niespodzianką na koniec spotkania był koncert dr. Hermana Gnarowskiego, który zagrał kilka kompozycji bohatera wieczoru. Kolejny raz mogliśmy się przekonać, jak blisko jest medycynie do sztuki. Zwłaszcza do tej najpiękniejszej – do muzyki. Recital dr. Gnarowskiego, lekarza chirurga, potwierdził to dobitnie.

Później, przy lampce wina, zebrani mieli okazję wymienić wrażenia z niezwykłego wieczoru, podziękować dr. Katarzynie Bartz-Dylewicz i prof. Jerzemu Sowińskiemu za zorganizowanie tego wyjątkowego spotkania, a także rozważyć, czy nie można by stworzyć tradycji podobnych spotkań raz na jakiś czas, oczywiście w szacownych pomieszczeniach PTPN.

AB





PERYSKOP

onet.pl

Janusz Skowronek

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

Ostrzeżenie: żaloba jest niebezpieczna dla serca

W ciągu pierwszych kilku miesięcy żaloby po dziecku lub małżonku dochodzi do zmian w pracy serca, które mogą grozić zawałem i zgonem – wykazali naukowcy z Australii.

Wyniki swoich badań zaprezentowali na kongresie American Heart Association (AHA), który w dniach 13–17 listopada odbywał się w Chicago.

– *Najważniejszym wnioskiem, jaki płynie z naszych badań – dla pacjentów, ich bliskich, przyjaciół oraz lekarzy pierwszego kontaktu – jest to, że żaloba jest bardzo ryzykownym okresem. Dlatego przeżywające ją osoby, zwłaszcza te, które mają podwyższone ryzyko chorób sercowo-naczyniowych, powinny szybko zgłosić się do lekarza, gdy zaobserwują jakiegokolwiek zaburzenia w pracy serca* – powiedział na konferencji prasowej dr Thomas Buckley z Uniwersytetu w Sydney, który kierował badaniami.

Wśród najistotniejszych zmian zaobserwowanych przez jego zespół znalazły się wzrost częstości akcji serca oraz spadek jej zmienności. Z wcześniejszych prac wynika, że czynniki te znacznie zwiększają ryzyko zawału serca i zgonu z przyczyn sercowych.

Naukowcy przeprowadzili swoje badania w grupie 78 osób, które utraciły współmałżonka (partnera) lub dziecko. Zmarli byli leczeni w szpitalach na oddziale intensywnej opieki medycznej. W pierwszych dwóch tygodniach żaloby u pacjentów wykonano 24-godzinne badanie rytmu serca (za pomocą monitora holterowskiego EKG) i inne testy. W ramach kontroli przebadano też grupę 79 osób, które nie straciły nikogo bliskiego, ale których małżonek lub dziecko przebywali w szpitalu. Badania powtórzono po ok. 6 miesiącach.

Okazało się, że przeżywającym żalobę serce biło szybciej (średnio

Z medycznej wokandy

Po co nam sądy lekarskie?



JĘDRZEJ
SKRZYPCZAK



GRZEGORZ WRONA

Pytanie jest prowokacyjne, ale takie padło na ostatnim Okręgowym Zjeździe Lekarzy WIL. Jest ono o tyle sensowne, że dotyka istoty odpowiedzialności zawodowej, natomiast uzasadnienie tego pytania świadczy o nieznaności zasad odpowiedzialności zawodowej. Jeżeli bowiem pada argument, że wystarczy rzecznik odpowiedzialności zawodowej, a można zlikwidować sądy lekarskie, to odpowiedź na taki wywód mogłaby być krótka. Zlikwidujemy zatem wszystkie sądy (w tym powszechnie), przecież wystarczy urząd prokuratora. Jednak w cywilizowanym kraju wszyscy raczej się zgadzają, że oprócz oskarżyciela konieczne są niezależne sądy. Rzecznik odpowiedzialności zawodowej jest oskarżycielem, a winę (a w konsekwencji karę albo uniewinnienie) ustala niezależny sąd i do tego momentu każdy obwiniony korzysta z dobrodziejstwa zasady domniemania niewinności. Dodajmy, że sporo jest takich spraw, w których OSŁ uniewinnił obwinionego lekarza, mimo iż sądy karne wyrokowały winę. I dla dobra wszystkich niech tak pozostanie.

No to może trzeba zadać inne pytanie: po co nam odpowiedzialność zawodowa? Przypomnijmy, że zgodnie z obowiązującym art. 53 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związa-

nych z wykonywaniem zawodu lekarza, czyli za tzw. przewinienia zawodowe. Mogą to być czyny przestępcze albo tylko wypadki naruszenia deontologii zawodowej. Tego typu postępowania toczą się niezależnie (a więc odrębnie) od odpowiedzialności karnej, cywilnej, administracyjnej i pracowniczej. Trzeba dodać, że inne zawody zaufania publicznego są traktowane podobnie. Dotyczy to zwłaszcza zawodu radcy prawnego (niżej podpisani to lekarz i radca prawny). Wymaga się od takich osób odpowiedniej postawy etycznej. Kontrolę w tym zakresie przekazuje się organom samorządu zawodowego, w tym wypadku lekarskiego. Zatem sami lekarze eliminują albo tylko piętnują (np. orzeczenie kary upomnienia albo nagany) „czarne owce” (które występują przecież w każdym środowisku), aby nie szargały dobrego imienia szlachetnego zawodu.

Odrębnym problemem jest to, iż zlecając wykonanie takich zadań, powinno się przeznaczać odpowiednie fundusze na realizację tego celu. A nie dzieje się tak zawsze, choć w istocie budżet państwa finansuje ten rodzaj aktywności samorządu lekarskiego. Alternatywnym rozwiązaniem jest oczywiście przekazanie takich uprawnień innym organom lub podmiotom (np. prokuraturze). Wydaje się jednak, że najlepiej, aby kontrolę przestrzegania zasad deontologicznych sprawowali sami lekarze, a nie inne osoby. Tak właśnie było przed 1989 r. I między innymi widząc konieczność zmian w tym zakresie, dwadzieścia lat temu odtworzono samorząd lekarski.

Chęci ograniczenia roli naszego samorządu zawodowego dostrzegamy coraz częściej. Bo czy nie tak należy czytać proponowane zmiany w ustawie o prawach pacjenta i o rzeczniku praw pacjenta? Bo czy nie świadczą o tym proponowane zmiany w projekcie nowej ustawy o działalności leczniczej?



Problemy

Monitorowanie agresji w ochronie zdrowia

Jak podaje *Słownik języka polskiego PWN*, agresja to „działanie (fizyczne, słowne, symboliczne) zmierzające do spowodowania szkody, wyrządzenia krzywdy fizycznej lub psychicznej, skierowane na inną osobę lub przedmiot. Agresja to także zamiar takiego działania lub względnie trwała tendencja do takich działań”. Ze zjawiskiem agresji spotykamy się dość często, choć przybiera ona zróżnicowane i często niejednoznaczne, trudne do rozpoznania formy. Jednym z ważniejszych powodów przemocy są zawiedzione oczekiwania i niezaspokojone potrzeby.

Coraz częściej dochodzą do nas informacje, że personel medyczny jest znieważany, straszony lub atakowany fizycznie w okolicznościach związanych z wykonywaniem zawodu. Dane te potwierdzają badania, które przeprowadziła Naczelna Izba Lekarska. Na pytanie „Czy kiedykolwiek padł(a) pan(i) ofiarą agresji lub przemocy fizycznej ze strony pacjenta lub osób występujących w jego imieniu?” ponad połowa badanych udzieliła odpowiedzi twierdzącej. Inne badania wskazują, że tylko w ciągu ostatnich 12 miesięcy akty agresji dotyczyły co czwartej pielęgniarki i co ósmego lekarza.

Naczelna Izba Lekarska we współpracy z Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych rozpoczęła projekt *Monitorowanie agresji w ochronie zdrowia*. Narzędzie to zostało udostępnione wszystkim lekarzom oraz pielęgniarkom i położnym, aby ułatwić zgłaszanie wypadków agresji w miejscu pracy.

Zjawiska takie są coraz częstsze i stają się uciążliwe dla personelu medycznego. Wszystkie szczegóły można znaleźć na stronie www.agresja.hipokrates.org.

System działa dopiero od początku października. W tym czasie wpłynęło kilka doniesień o aktach agresji. Sądźmy, że w miarę jak informacja o możliwości zgłaszania agresji stanie się powszechna wśród personelu medycznego, wzrośnie liczba tych zgłoszeń.

System został stworzony po to, by personel medyczny mógł liczyć na wsparcie w trudnych momentach. Samorząd lekarski będzie mógł stworzyć swoistą mapę agresji w ochronie zdrowia. Pomoże to przeciwdziałać tego typu zachowaniom.

Dla osób dotkniętych aktami agresji stworzono też możliwość bezpośredniego kontaktu z rzecznikiem praw lekarzy. Dzięki temu będą one mogły uzyskać indywidualną pomoc.

TOMASZ KORKOSZ

PERYSKOP

onet.pl

75 uderzeń na minutę) niż tym, którzy nie stracili bliskiej osoby (niecałe 71 uderzeń). Osoby te miały również mniejszą zmienność akcji serca i dwukrotnie częściej występowały wśród nich epizody arytmii – np. częstoskurcz nadkomorowy (czyli szybki rytm serca pochodzący z przedsionków lub węzła przedsionkowo-komorowego). Jednak po 6 miesiącach odnotowano powrót do normy – częstość akcji serca spadła i była porównywalna z grupą kontrolną, a zmienność rytmu serca wzrosła. Zmniejszyła się też liczba epizodów arytmii. Zdaniem autorów pracy, wyniki te mogą tłumaczyć, dlaczego w początkowym okresie żałoby przeżywający ją ludzie są bardziej narażeni na zawał i zgon z powodów sercowych. Jak podkreślają, bardzo ważne jest, by lekarze pierwszego kontaktu zdawali sobie z tego sprawę i podejmowali odpowiednie działania profilaktyczne. Naukowcy zaznaczają zarazem, że wyniki ich badań nie muszą odnosić się do osób, których bliscy zmarli w domu lub hospicjum.

Jak wyjaśnił dr Buckley, w badaniu nie udało się wykazać jakichkolwiek różnic między osobami przeżywającymi żałobę po utracie dziecka a tymi, którzy cierpieli po stracie partnera. Jednak – jak zauważył – w całej grupie znalazło się zaledwie 6 osób, którym zmarło dziecko, co nie pozwala uzyskać różnic statystycznie.

Naukowcy poznali enzym przedłużający życie

Amerykańscy naukowcy poznali mechanizm działania enzymu Sirt3, tłumiącego niekorzystne działanie wysokokalorycznej diety i chroniącego komórki przed starzeniem się. O swym odkryciu piszą w internetowej publikacji *Cell* omawianej przez prasę brytyjską.

Według tych ocen, odkrycie przybliża nas to do odpowiedzi na pytanie, dlaczego jedząc mniej wysokokalorycznych potraw, można być zdrowszym i żyć dłużej. A zrozumienie, w jaki sposób enzym oddziałuje na cząsteczki wewnątrz komórki

Monitorowanie Agresji
w
Ochronie Zdrowia

Zgłaszanie zdarzeń

System MAWOC umożliwia dodawanie zdarzeń agresji na dwa sposoby:

PERYSKOP

onet.pl

przybliży z kolei perspektywę wyprodukowania pigułki na przedłużenie życia. Taka pigułka – wynika z badań – imitowałaby działania enzymu, nie wymagając ścisłego stosowania się do dyscypliny niskokalorycznej diety.

– *Wiedza o cząsteczkowym podłożu działania enzymów może zaowocować produkcją leków spowalniających proces starzenia się. Jest nadzieja, iż uda się wyprodukować pigułkę naśladującą efekty niskokalorycznej diety bez potrzeby ścisłego stosowania się do jej wymogów* – sędzi prof. John Denu z Uniwersytetu Wisconsin-Madison.

– *Jesteśmy coraz bliżsi poznania sposobu działania mechanizmu ograniczania nadmiaru kalorii w organizmie* – dodaje prof. Tomas Prolla, genetyk uczestniczący w badaniach w Wisconsin. – *Nasze badania są pierwszym namacalnym dowodem, iż u podłoża biologicznego procesu zapobiegającego starzeniu występuje ten sam mechanizm, co przy redukcji wchłanianych kalorii* – tłumaczy.

W wyniku badań na myszach, które z powodu wieku miały trudności ze słuchem (na skutek uszkodzenia ucha wewnętrznego przez tzw. wolne rodniki), naukowcy wykryli, iż Sirt3 chroni komórki również przed nimi. Wolne rodniki powstają w organizmie w wyniku reakcji metabolicznych, a zwłaszcza w procesie spalania wielonienasyconych kwasów tłuszczowych. Mogą również pochodzić z zewnątrz – ze skażonego powietrza, dymu z papierosów, występują w zjonizowanym powietrzu, wysoko przetworzonej lub zepsutej żywności, lekach itp. Wolne rodniki (ang. *free radicals*) tworzą się w wielu produktach spożywczych, takich jak: wyroby cukiernicze o długich terminach przydatności do spożycia, produkty mięsne i roślinne. Naukowcy szacują, iż zmniejszenie ilości kalorii o ok. 60 proc. przy równoczesnym utrzymaniu witamin, minerałów i innych istotnych składników odżywczych może przedłużyć średnią życia do 40 proc. Inną korzyścią jest zmniejszenie ryzyka zachorowania na raka, choroby układu krążenia, cukrzycę

V Turniej o Raketę Delegatury Pilskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

Jacek Gęsicki, lekarz z OIOM-u Szpitala Powiatowego w Złotowie, wygrał turniej lekarzy w tenisie ziemnym, który odbył się 4 września w Pile. Tegoroczny turniej był absolutnie wyjątkowy – jubileuszowy i to podwójnie: dziesiąty z kolei, a piąty o Raketę Delegatury Pilskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. Wyjątkowy – bo jak nigdy dotąd trudny do zorganizowania. Na przełomie maja i czerwca lato, więc trudno było wyjść na korty, lipiec i sierpień to, jak wiadomo, sezon urlopowy, wrzesień z kolei zwykle zarezerwowany jest na zjazdy, sympozja i konferencje naukowe. Ale na szczęście udało się znaleźć wolny dzień, a aura wynagrodziła wszystkie wcześniejsze kłopoty. Pogoda była fantastyczna.

Turniej niezmiennie sędziowany jest przez tę samą osobę – kolegę Mieczysława Rybę. Zawody rozgrywane były na kortach przy nowo otwartym Aquaparku oraz w dobrze nam znanym obiekcie przy ul. Okrzei. Do walki o laur zwycięstwa stanęło dwudziestu zawodników z Piły, a także z Chodzieży, Wągrowca, Złotowa i Czarnkowa. Rozgrywki odbywały się w trzech grupach, w systemie każdy z każdym. Najlepsi stoczyli między sobą bój o miejsca finałowe. W pierwszym meczu kol. Jacek Gęsicki pokonał kol. Marka Andrzejewskiego 6:3, 6:4. W drugim meczu kol. Jacek Gęsicki pokonał kol. Jarka Politowskiego, a o zwycięstwie zadecydował tie-break 6:2, 1:6, 10:8.

W meczu decydującym o drugim miejscu kol. Marek Andrzejewski musiał skreczować już w trakcie pierwszego seta, co ustaliło ostateczny wynik turnieju:

- I miejsce – kol. Jacek Gęsicki,
- II miejsce – kol. Jarek Politowski,
- III miejsce – kol. Marek Andrzejewski.

Na szczególne podkreślenie zasługuje fakt, że w szranki sportowej walki na korcie stanęły także panie – koleżanki Iwona Leśniewska i Bogna Politowska. Zwyciężyła Iwona Leśniewska 6:4, 7:5.

Puchary oraz nagrody wręczała zawodnikom dr Aldona Pietrysiak reprezentująca Izbę Lekarską.

DARIUSZ NOWAKOWSKI
WSPÓŁORGANIZATOR TURNIEJU



J. Politowski, I. Leśniewska, J. Gęsicki, B. Politowska i M. Andrzejewski

Nordic walking w lesie



Kolejny raz z okazji Światowego Dnia Serca, 26 września 2010 r., Polskie Towarzystwo Leśne Oddział Wielkopolski, Zakład Rehabilitacji Kardiologicznej AWF w Poznaniu, Polskie Towarzystwo Kardiologiczne Oddział w Poznaniu, Urząd Gminy Przemęt, Nadleśnictwo Kościan i Wielkopolska Izba Lekarska zorganizowali imprezę „Nordic walking w lesie”.

Jak zawsze była wspaniała wycieczka po pięknych wielkopolskich lasach. Organizatorzy przygotowali dwie trasy – krótszą i dłuższą. Większość uczestników, a było ich około 80, wybrała tę drugą. Marsz po lesie i brzegiem jeziora z Wyspą Konwaliową, w najbliższym kontakcie z przyrodą był jak zawsze wspaniałym przeżyciem. Do tego z kijkami Nordic walking – samo zdrowie.

Na koniec, tradycyjnie, było ognisko i między innymi pieczone prosiaki. A że po marszu apetyt dopisywał, zjedzono ich aż 4 sztuki! Przygrywał

zespół akordeonistów. Można było kupić miejscowy miód i woskowe świece. Uczestnicy dziękowali organizatorom i zobowiązali ich do urządzenia spotkania za rok.

Podziękowania kierowali szczególnie do Jurka Flisykowskiego, reprezentującego leśników, i Piotra Dylewicza, naszego specjalistę od serca... A więc do zobaczenia we wrześniu 2011 r.! AB



PERYSKOP

i udar, a także zapobieżenie chorobom wieku starczego: degeneracji mózgu i układu nerwowego.

W Polsce są bakterie równie groźne jak te z genem NDM-1

Dotychczas nie stwierdzono w Polsce przypadków zakażenia opornymi na większość antybiotyków bakteriami z genem NDM-1. W ciągu ostatnich 2,5 roku potwierdzono jednak 300 przypadków zakażeń równie niebezpiecznymi pałeczkami zapalenia płuc. Bakterie z genem NDM-1 po raz pierwszy opisano w grudniu 2009 r.; wykryto je u pacjenta leczonego w szpitalu w New Delhi. Gen NDM-1 koduje karbapenemazy – enzymy rozkładające wszystkie karbapenemy, czyli antybiotyki uważane do niedawna za leki „ostatniej szansy” w leczeniu zakażeń wywołanych przez pałeczki Gram-ujemne. Jak powiedziała PAP przewodnicząca Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków w Narodowym Instytucie Leków prof. dr hab. med. Waleria Hryniewicz, od tej pory zakażenia tymi bakteriami potwierdzono u pacjentów m.in. w Austrii, Chorwacji, Czechach, Serbii, Grecji, Wielkiej Brytanii, Belgii i USA.

W jej ocenie jest więc tylko kwestią czasu, kiedy pojawią się one w Polsce. Hryniewicz podkreśliła, że choć w Polsce dotychczas nie stwierdzono zakażeń bakteriami z genem NDM-1, to notowane są liczne przypadki zakażeń pałeczkami zapalenia płuc wytwarzającymi karbapenemazy typu KPC. W ciągu ostatnich 2,5 roku potwierdzono 300 przypadków – najwięcej w Warszawie i w innych szpitalach na Mazowszu. Jak oceniła Hryniewicz, zakażeń może być jednak nawet dwukrotnie więcej. Bakterie z genem NDM-1 i pałeczki KPC są szczególnie niebezpieczne ze względu na sekwencje DNA znajdujące się na ruchomym elemencie genetycznym. Może on być przekazywany innym bakteriom, które nabywają w ten sposób oporność na antybiotyki. Jak powiedziała Hryniewicz, w leczeniu zakażeń bakteriami rozkładającymi karbapenemy skuteczne są tylko dwa antybiotyki


PERYSKOP **onet.pl**

– kolistyna i tygecyklina. Podkreśliła jednak, że kolistyna jest lekiem z lat 50. XX w. i obecnie nie jest stosowana. Tygecyklina ma zaś bardzo ograniczony zakres rejestracji – może być stosowana jedynie w leczeniu skóry, tkanki podskórnej i jamy brzusznej.

Hryniewicz zaznaczyła, że w Polsce występują też inne lekooporne bakterie, m.in. pneumokoki. – *Barczo duża jest oporność szczepów izolowanych, coraz mniej mamy możliwości leczenia pneumokokowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Mamy też w środowisku pozaszpitalnym gronkowce odporne na metycylinę, które powstały od nadużywania antybiotyków* – powiedziała. W październiku ub.r. Narodowy Instytut Leków opracował wytyczne postępowania w przypadku wykrycia szczepów pałeczek wytwarzających karbapenemazy typu KPC. Jak powiedziała PAP Hryniewicz, są one ważne dla wszystkich bakterii rozkładających karbapenemy, więc także dla bakterii z genem NDM-1, gdyby te pojawiły się w kraju.

W wytycznych podkreślono, że w przypadku podejrzenia lub potwierdzenia ich obecności wskazane jest monitorowanie osób, które miały kontakt z zakażonymi pacjentami, w tym także personelu szpitalnego. – *Zakażeni powinni być poddani natychmiastowej izolacji kontaktowej. Do opanowania sytuacji może być konieczne oddelegowanie personelu wyłącznie do tych chorých* – napisano w dokumencie.

W rozmowie z PAP Hryniewicz zaznaczyła, że w najbliższym czasie nie ma szans na pojawienie się nowych antybiotyków, których skuteczność maleje m.in. na skutek ich nadużywania. – *Dlatego tyle mówimy, żeby je oszczędzać i stosować rozsądniej* – powiedziała. W całej Europie nadmierne używanie antybiotyków jest zjawiskiem powszechnym, a według statystyk uzyskanych w Europejskim Programie Monitorowania Konsumpcji Antybiotyków ESAC (European Surveillance of Antibiotic Consumption), Polska zajmuje pod tym względem miejsce w ścisłej czołówce. Pneumokoki, gronkowce, pałeczki zapalenia płuc

Lekarze jadą na Kujawy

Przy pięknej słonecznej pogodzie we wrześniu odbyła się trzydniowa (24–26 września) wycieczka na Kujawy. Uczestnikami byli lekarze seniorzy Poznańskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. Wycieczkę prowadził profesjonalny przewodnik, który w sposób barwny i interesujący przypominał dzieje – znane i nieznanne – mijanych miejscowości oraz związanych z nimi ludzi – od pierwszych książąt i królów polskich po współczesne, znane z mediów osoby.

Od początku wśród uczestników panowała miła, koleżeńska atmosfera, sypały się żarty i dowcipy. Podziwialiśmy piękno krajobrazów w jesiennej szacie, zadbane wsie i miasteczka. W Gnieźnie, ze wzgórze, na którym usytuowana jest wspinała katedra, słowa otuchy i błogosławieństwa dla całego narodu polskiego przekazał ongiś Papież Jan Paweł II.

Miejscowa przewodniczka opowiedziała nam szczegółowo o dobrze zabezpieczonych, romańskich Drzwiach Gnieźnieńskich z płaskorzeźbami przedstawiającymi żywot św. Wojciecha. Jeszcze chwila w dostojnym wnętrzu katedry, chwila głębokiej zadumy przy konfesji św. Wojciecha.

Następnym przystankiem był unikatowy pałac z malowniczym parkiem w Lubostroniu, położony w dolinie Noteci, wybudowany przez hrabiego Fryderyka Skórzewskiego ok. 1800 r., wzorowany na pałacu Merliniego w Królikarni (pałac na rzucie kwadratu z trzykondygnacyjną rotundą przykrytą kopułą). Okrągła sala pod kopułą oraz otaczające ją pomieszczenia pozostawiają niezatarte wrażenia artystycznego piękna. W 1928 r. pałac wraz z zespołem parkowym został uznany za zabytek, a obecnie jest instytucją kultury udostępnioną zwiedzającym.

W Bydgoszczy odwiedziliśmy kościół pod wezwaniem Męczenników Polskich, w którym ks. Jerzy Popiełuszko odprawił swoją ostatnią mszę świętą. W nowoczesnej świątyni najbardziej interesujący jest ogromnych rozmiarów fryz na zewnątrz budowli, przedstawiający współczesne ważne postacie polskiego Kościoła.

We Włocławku podziwialiśmy ogromny most i największą zaporę na Wiśle. Szeroki na kilometry zbiornik wodny robi ogromne wrażenie. Przy tej zaporze znaleziono ciało zamordowanego w 1984 r. ks. Jerzego Popiełuszki. Na brzegu świeże kwiaty, znicze i biało-czerwone symbole. W pobliżu stoi sięgający nieba krzyż – dar Jana Pawła II.

Wyciszeni, pogrążeni w kontemplacji udaliśmy się do Ciechocinka. Przez okna autokaru widać było jeszcze dużo soczystej zieleni, zwłaszcza piękne w zachodzącym słońcu łąki. W Ciechocinku, w małym domu wczasowym prowadzonym przez uroczę małżeństwo czekała na nas znakomita obiadokolacja. W jadalni gwar rozmów. Dzieliliśmy się wrażeniami i umawialiśmy się na wieczorny spacer po parku. Niezwykle gościnni gospodarze rozpieszczali nas frykasami.

Następnego dnia zwiedzaliśmy Ciechocinek położony w Kotlinie Toruńskiej na lewym brzegu Wisły. Zachwyciły nas dywany kwiatowe w krajobrazowym Parku Zdrojowym założonym jeszcze w XIX w. Spacerowaliśmy w okolicach tężni, gdzie panuje specyficzny mikroklimat. Weszliśmy nawet wąskimi, drewnianymi schodami na zadaszenie tężni, skąd można obserwować krajobraz Niziny Ciechockińskiej.

Z Ciechocinka pojechaliśmy do Szafarni, gdzie Fryderyk Chopin dwukrotnie spędzał letnie wakacje jako 14- i 15-latek (w latach 1824 i 1825), wówczas w dworku modrzewiowym u rodziny swego kolegi szkolnego Dziewanowskiego. Właśnie w Szafarni i okolicznych wsiach młody Fryderyk zetknął się z polską muzyką ludową. Obecnie w miejscu dworku stoi eklektyczna budowla z końca XIX w. otoczona parkiem krajobrazowym, a staw w parku ma kształt fortepianu. W 1949 r., w 100. rocznicę śmierci Chopina odbył się tutaj pierwszy koncert chopinowski. Od 2004 r. znajduje się tu Ośrodek Chopinowski prowadzący m.in. ożywioną działalność koncertową. W kameralnej sali koncertowej słuchaliśmy ciekawych anegdot o pobycie genialnego kompozytora w Szafarni, a młoda pianistka grała fragmenty wczesnych utworów mistrza. Nieśmiało zdradzę, że nasza grupa zaśpiewała chóralnie „Życzenie” Chopina.



Pełni muzycznych wrażeń przenieśliśmy się do pobliskiego zamku krzyżackiego z przełomu XIII/XIV wieku w Golubiu-Dobrzyniu, przepięknie położonego na wyniosłej skarpie, u której podnóża położone jest malownicze miasteczko. Zamek został odnowiony w stylu gotycko-renesansowym. Odbywają się w nim m.in. turnieje rycerskie.

I wreszcie Toruń! Na przystani wiślanej lekko kołysał się statek wycieczkowy. Przywitały nas bramy starego miasta, jednego z najbogatszych w zabytki miast polskich. Gotycki ratusz i na jego tle pomnik Mikołaja Kopernika dłuta Tiecka (1853 r.). W tym mieście urodził się Mikołaj Kopernik. Cudowne budowle, m.in. Dwór Artusa, obecnie *Collegium Maximum*, Uniwersytet Mikołaja Kopernika. Ileż tu historii Polski! Spacerowaliśmy w sobotnie popołudnie pięknymi deptakami w atmosferze spokoju i radości, bo ulice były pełne roześmianej młodzieży. Oczywiście trzeba kupić toruńskie pierniki jako prezent z wycieczki.

Wieczorem, już w Ciechocinku, odbyło się spotkanie integracyjne z koleżeństwem z Ostrowa Wielkopolskiego. Mieliśmy okazję spotkać się jeszcze dwukrotnie podczas wycieczki.

Rano w niedzielę wyruszyliśmy w drogę powrotną, zwiedziliśmy jeszcze Inowrocław – piękny park zdrojowy z kolorowymi dywanami jesiennych kwiatów i bajecznymi figurami jakby z kryształów lodu. Atrakcją tego uzdrowiska są wybudowane w ostatnich latach tężnie solne zamknięte w okrąg.

Uczestniczyliśmy we mszy świętej w sanktuarium w Markowicach, gdzie znajduje się słynąca cudami gotycka figura Matki Bożej z Dzieciątkiem. Kościół i zabytkowy klasztor otoczone są pięknym drzewostanem.

Z Markowic droga zawiadła nas do wspaniałego ponorbertańskiego zespołu klasztornego położonego na niewielkim wzgórzu św. Wojciecha w Strzelnie. Tu historia odcisnęła swe piętno już od XII w. Zostały zabytki: kościół poklasztorny pw. św. Trójcy i NMP oraz rotunda romańska pw. św. Prokopa. W kościele na szczególną uwagę zasługują jedno z najcenniejszych zabytków sztuki romańskiej w Polsce – cztery kolumny, w tym dwie zdobione płaskorzeźbą figuralną. Podobne kolumny można podziwiać tylko w bazylice św. Marka w Wenecji oraz w Santiago de Compostella w Hiszpanii. Naszą uwagę przykuł ołtarz św. Krzyża z krucyfiksem z XIV w. (Chrystus na krzyżu jest przedstawiony jako martwy – rzadkość). Kościół św. Prokopa jest największą romańską rotundą w Polsce zbudowaną z ciosów granitowych. W niektórych miejscach grubość ściany wynosi 2,4 m.

Jeszcze tylko rzut oka na niezwykle ciekawy kościół w Trzebnicy – różne style: romański, gotycki i renesansowy. Tu też odsłaniane są kolumny, bo być może ich wnętrze kryje romańskie tajemnice. Mała ozdobna trumienka z postacią św. Wojciecha przypomina, że święty ten w tym kościele oczekiwał przez rok na przeniesienie do Gniezna.

Zapadł ciepły, niedzielny wieczór 26 września 2010 r. Pora się rozstać. Żegnamy się serdecznie przed *Collegium Maius* w Poznaniu.

To była wspaniała wycieczka po pięknej polskiej ziemi. Jej uczestnicy dziękują Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej za sfinansowanie opłaty za autokar.

DANUTA KORYTOWSKA-MIKUSIŃSKA

PERYSKOP

onet.pl

i inne bakterie błyskawicznie uodporniają się na antybiotyki. Zakażenia szerzą się zwłaszcza w szpitalach. Naukowcy coraz częściej mówią o erze postantybiotykowej.

Raport: wiedza na temat cukrzycy wśród Polaków jest bardzo mała

W Polsce na cukrzycę cierpi ok. 2,6 mln osób, a liczba ta stale wzrasta. Mimo to 35 proc. Polaków nie potrafi wymienić żadnego z jej powikłań, a jedna piąta nigdy nie badała stężenia glukozy we krwi – wynika z raportu Koalicji Na Rzecz Walki z Cukrzycą. Badania pt. „Społeczny obraz cukrzycy” zostały wykonane na zlecenie Koalicji przez TNS OBOP z okazji Światowego Dnia Walki z Cukrzycą, który obchodzimy 14 listopada. Objęto nimi 2010 osób po 15. roku życia, z którymi przeprowadzono wywiady na temat znajomości przyczyn cukrzycy, możliwości jej zapobiegania, diagnozowania, towarzyszących jej objawów i powikłań. Dodatkowo, za pomocą ankiety, przebadano 435 chorych na cukrzycę.

Do najbardziej niepokojących obserwacji autorzy raportu zaliczyli fakt, że jedna piąta Polaków nie badała nigdy stężenia glukozy we krwi i tylko jedna czwarta wykonuje takie badanie co roku. Tymczasem szacuje się, że spośród 2,6 mln Polaków z cukrzycą aż 750 tys. nie wie o chorobie i nie jest leczona. Poza tym podobna liczba mieszkańców naszego kraju cierpi na zaburzenia tolerancji glukozy, które określa się jako stan przedcukrzycowy. Co trzeci z nich zachoruje na cukrzycę w ciągu 6–8 lat. O nikłej świadomości Polaków na temat potrzeby regularnego kontrolowania stężenia glukozy świadczy też fakt, że aż u 57 proc. diabetyków biorących udział w badaniu została ona wykryta przypadkowo – u 36 proc. podczas rutynowej lub kontrolnej wizyty u lekarza, a u 21 proc. podczas pobytu w szpitalu w związku z inną dolegliwością. – *Aż u jednej trzeciej chorych cukrzycę rozpoznano na podstawie objawów klinicznych, co oznacza, że*


PERYSKOP **onet.pl**

pacjenci ci przez długie miesiące i lata żyli z cukrzycą, nie będąc jej zupełnie świadomi – podkreślił diabetolog dr hab. Leszek Czupryniak, z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, członek rady naukowej Koalicji na Rzecz Walki z Cukrzycą. Jego zdaniem, wskazuje to na konieczność prowadzenia intensywnych badań przesiewowych w kierunku cukrzycy w całej populacji osób dorosłych. Co czwarty uczestnik badania nie umiał wskazać ani jednego z objawów mogących świadczyć o zachorowaniu na cukrzycę. Pozostali wskazywali najczęściej na uczucie senności w ciągu dnia (28 proc.), zwiększone pragnienie (26 proc.), zmęczenie (25 proc.) i zwiększony poziom cukru we krwi (25 proc.). Wiedza polskiego społeczeństwa na temat przyczyn cukrzycy również pozostawia wiele do życzenia. Według jednej piątej badanych (i aż jednej czwartej diabetyków), cukrzyca nie można zapobiec, a przecież w 85–90 proc. przypadków jest to tzw. cukrzyca typu 2, w dużym stopniu związana ze zbyt kaloryczną dietą, nadwagą lub otyłością oraz brakiem aktywności fizycznej, podkreślają autorzy raportu. Co dwudziesty badany błędnie ocenił, że cukrzycą można się zarazić. Cukrzyca – tj. zaburzenie metaboliczne, któremu towarzyszy zbyt wysokie stężenie glukozy we krwi – prowadzi do poważnych powikłań, jak zawały, udary, niewydolność nerek, amputacje nóg, utrata wzroku, nawracające zakażenia grzybicze i bakteryjne. Z najnowszego raportu wynika jednak, że aż 35 proc. Polaków nie potrafi wymienić nawet jednego z nich. – *Dane przedstawione w raporcie świadczą o dramatycznym stanie społecznej wiedzy o cukrzycy, jej przyczynach i skutkach. Bardzo niepokojące jest nikłe kojarzenie złego stylu życia z ryzykiem rozwoju choroby i jej powikłań, gdyż ta niska świadomość bardzo utrudnia działania profilaktyczne* – skomentował dr hab. Leszek Czupryniak. Jak oceniają autorzy raportu, wyniki te dowodzą, jak ogromna jest potrzeba edukacji społecznej na temat cukrzycy i prowadzenia szeroko zakrojonej profilaktyki tej choro-

Nasza recenzja

MOSTY ADHEZYJNE. Doktor hab. n. med. Mariusz Pryliński kieruje Zakładem Technik i Technologii Dentystycznych w Katedrze Biomateriałów i Stomatologii Doświadczalnej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Efektem wielu lat jego pracy jest podręcznik, który dziś prezentujemy.

W przedmowie autor przedstawia zaskakujące dane mające uzasadnić propozycje jego „oszczędnościowych” uzupełnień protetycznych. Co roku lekarze stomatolodzy w wyniku szlifowania zębów pod klasyczne i popularne „mostki” usuwają na świecie setki ton szkliwa i zębiny... Czy jest to konieczne? Okazuje się, że nowoczesne metody leczenia protetycznego z wykorzystaniem najnowszych materiałów pozwalają pomagać pacjentom z utraconymi zębami poprzez stosowanie zmodyfikowanych mostów adhezyjnych. Bez konieczności drastycznego i długotrwałego stosowania narzędzi szlifujących. W dodatku nowoczesne uzupełnienia swą trwałością dorównują mostkom klasycznym. Autor podkreśla, że dla uzyskania dobrych efektów w protetyce stomatologicznej wielkie znaczenie ma ścisła współpraca lekarza z technikami dentystycznymi. Powinna ona być oparta nie tylko na kompetencji obu stron, ale i na wzajemnym zaufaniu, co pozwala na partnerską współpracę.

W podręczniku można znaleźć wprowadzenie teoretyczne do omawianych rozwiązań protetycznych, analizie ich zalet i możliwości zastosowań, postępowanie techniczno-laboratoryjne a także kliniczne. Wiele starannie wykonanych zdjęć i rycin instruktażowych podnosi wartość książki. Z pełnym przekonaniem można polecić podręcznik wszystkim lekarzom stomatologom zainteresowanym stosowaniem nowoczesnej i małoinwazyjnej metody leczenia protetycznego.

Na koniec warto zauważyć sympatyczny fragment przedmowy, który autor poświęcił swojemu nauczycielowi, znanemu i szanowanemu przez wszystkich, Profesorowi Stefanowi Włochowi. Po to „aby wyrazić Mu swoją wdzięczność, podziw dla Jego wiedzy oraz podziękować za pokazanie, jak być dobrym lekarzem, nauczycielem, a nade wszystko prawym człowiekiem”. To miło, gdy uczeń po wielu latach potrafi docenić i wyrazić szacunek swojemu profesorowi...

ANDRZEJ BASZKOWSKI



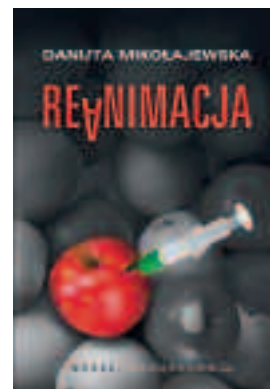
DANUTA MIKOŁAJEWSKA. REANIMACJA.

Lata 80., prowincjonalny szpital. Młoda lekarka po dobrej klinicznej szkole w imię godności i zasad staje przeciwko ordynatorowi i jego poplecznikom. Mąż wyjeżdża w żeglarski rejs, Ewę zaczynają otaczać zalotnicy. Ordynator i dyrektor szpitala szykują się do rozprawy z podwładną. Nadchodzi III RP. Małżeństwo powraca do korzeni, przeprowadzając się do Metropoli. Ewa podejmuje pracę w klinice pod skrzydłami znanego z wysokich wymagań profesora. Mąż Ewy dobrze wykorzystuje szanse, jakie stwarza transformacja i przy pomocy brata żony, niegdysiejszego lidera opozycji staje się zamożnym człowiekiem, który coraz mniej rozumie swoją ambitną żonę, spalającą się w pracy za pół darmo. Świat lekarski, w jakim obraca się Ewa to realia środowiska klinicznego, wpływy producentów leków. Afera łowców skór osobiście dotyka głównych bohaterów. Ewa zbyt późno zaczyna rozumieć, że samą pracą żyć się nie da.

Czy cena ambicji nie okaże się zbyt wysoka? Na ile lekarze są beneficjentami transformacji? Powieść o Polsce i Remoncie, który nie ma końca. Alegoryczny obraz Czasu Metamorfozy.

DOSKONAŁY PREZENT POD CHOINKĘ

– Oprawa twarda, stron 412, cena 49,90 zł.





Z redakcyjnej poczty

Od mojego wypadku mija właśnie 9 lat i chcę na łamach naszej gazety podziękować wszystkim, którzy przyczynili się do mojego wyzdrowienia. Dziękuję koleżankom i kolegom z WIL, Narodowej Radzie Lekarskiej, rehabilitantom, pielęgniarkom, paniom salowym z wszystkich szpitali, w których byłem leczony, operowany, rehabilitowany i uczony nowego życia. Dzięki ogromnej, szeroko rozumianej pomocy i wsparciu mogłem wrócić do aktywnego życia i rozwijać się na wielu płaszczyznach. Ten rozwój stał się sposobem na moje nowe życie.

Obecnie mam otwarty przewód doktorski na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu i piszę pracę na temat uzależnień. Dziś już nie zaprzeczam, tylko wiem, co było przyczyną mojej zycio-

wej klęski. Ten doktorat ma być próbą optymalizacji terapii, zwłaszcza w obszarze uzależnienia w naszej grupie zawodowej. Mam sygnały, że spojrzenie na ten problem przez pryzmat moich doświadczeń może zoptymalizować proces terapii.

Ukończyłem Studium Pomocy Psychologicznej (Warszawa) oraz Studium Terapii Uzależnień (Warszawa i Czarny Bór). Pracuję w Śremie, Wąsosz i Górze. Mam zarejestrowany Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej, w którym leczę pacjentów uzależnionych, również lekarzy. Z uporem czekam na kontrakt z NFZ. Będę bardzo wdzięczny za wszelkie sugestie, a może i ktoś na takiej wymianie poglądów skorzysta. Zapraszam więc do dyskusji.

MACIEJ FRĄCKOWIAK

Wspomnienie

Doktor Maria Siuda-Fizek



Urodziła się 31 sierpnia 1939 r. w Poznaniu i mieszkała z rodzicami w Buku. Jej ojciec, dr med. Lech Siuda, pracował tam jako lekarz i był znanym społecznikiem oraz kolekcjonerem obrazów. W Buku jest szkoła jego imienia.

Liceum Ogólnokształcące im. Dąbrówki ukończyła w Poznaniu w 1956 r. W latach 1956–1963 studiowała na Akademii Medycznej w Poznaniu. Dyplom lekarza otrzymała 29 października 1963 r. W roku 1961 wyszła za mąż za Albina Fizka. Z tego związku urodziły się trzy córki: Jadwiga, Tamara i Anna. W 1964 r. rozpoczęła pracę w Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym, później pracowała w Szpitalu Miejskim im. J. Strusia w Ośrodku Walki z Gruźlicą oraz Wielkopolskim Centrum Onkologii, uzyskując w tym czasie specjalizację drugiego stopnia z zakresu radiodiagnostyki. 1 stycznia 1994 r. przeszła na emeryturę, pracowała w niepełnym wymiarze godzin aż do ostatnich miesięcy życia.

Razem ukończyłyśmy studia na Akademii Medycznej, ale nasze bliższe kontakty rozpoczęły się dopiero na kolejnych zjazdach koleżeńskich naszego

roku, organizowanych w ostatnich latach prawie corocznie. W ostatnim naszym spotkaniu na Florydzie Marylka (bo tak ją nazywaliśmy) ze względu na swoją chorobę już nie uczestniczyła. Jednak jeszcze sześć miesięcy przed śmiercią zorganizowała w swoim domu w Kiekrzu spotkanie koleżeńskie, które na zawsze zapamiętają jego uczestnicy.

Marylkę zapamiętam nie tylko jako cenionego lekarza, bardzo często bezinteresownie pomagającego chorym, ale i wspaniałego organizatora wielu wspólnych wyjazdów oraz spotkań towarzyskich. Potrafiła skupiać wokół siebie ludzi. Wraz z mężem prowadziła otwarty, gościnny i ciepły dom. Była również całym sercem oddana rodzinie. Umiała słuchać, udzielać rad i chętnie służyła pomocą w potrzebie.

Z chorobą walczyła dzielnie przez prawie trzy lata, znosząc ją cierpliwie i z pokorą. 7 sierpnia 2010 r. zmarła w swoim domu w Kiekrzu w otoczeniu rodziny.

Pożegnaliśmy Ją w bardzo licznym gronie bliskich, przyjaciół, znajomych i pacjentów 11 sierpnia 2010 r. na cmentarzu w Kiekrzu.

OPRACOWAŁA ANNA HANDSCHUH

PERYSKOP

onet.pl

by. Działania te powinny być skierowane nie tylko do osób zdrowych, ale także do samych chorych. Koalicja na Rzecz Walki z Cukrzycą reprezentuje największe polskie organizacje podejmujące pracę na rzecz osób z tym schorzeniem: Polskie Towarzystwo Diabetologiczne, Polską Federację Edukacji w Diabetologii, Polskie Stowarzyszenie Diabetyków, Górnośląskie Stowarzyszenie Diabetyków oraz organizacje działające na rzecz promocji zdrowia, jak Dziennikarski Klub Promocji Zdrowia, Ogólnopolska Federacja Organizacji Pomocy Dzieciom i Młodzieży Chorym na Cukrzycę.

Amatorzy gorzkiej czekolady mogą mieć zdrowsze serca

Jedzenie umiarkowanej ilości gorzkiej czekolady zamiast innych słodkich przekąsek pomaga obniżyć ryzyko chorób serca – informują naukowcy w piśmie *Archives of Internal Medicine*. Badania przeprowadzone wśród kobiet powyżej 70. roku życia wykazały, że panie, które jadły czekoladę przynajmniej raz w tygodniu były o 35 proc. mniej narażone na zgon lub hospitalizację z powodu choroby niedokrwiennej serca, a także aż o 60 proc. mniej narażone na niewydolność serca w ciągu kolejnych 10 lat. Jak zauważa autor badań dr Joshua Lewis ze Szpitala Sir Charlesa Gairdnera w Australii, korzystny wpływ był zauważalny już przy niewielkiej ilości spożywanego smakołyku.

– *Otrzegamy jednak przed regularnym konsumowaniem produktów o wysokiej zawartości cukru i tłuszczu. Nasze wyniki są związane raczej z umiarkowanym niż częstym spożywaniem czekolady* – mówi Lewis.

Wraz ze swoim zespołem Lewis zebrał dane na temat spożycia czekolady wśród 1216 starszych kobiet. Około połowa z nich jadła mniej niż jedną porcję czekolady tygodniowo (równowartość kubka gorącego kakao). W tej grupie prawie 90 proc. kobiet w ciągu 10 lat trwania obserwacji było hospitalizowanych lub zmarło z powodu chorób serca, a 35 proc. z powodu niewydolności serca.



PERYSKOP

onet.pl

Wśród kobiet, które jadły czekoladę częściej niż raz w tygodniu, było to odpowiednio 65 proc. i 18 proc. O potencjalnych korzyściach płynących z delektowania się czekoladą świadczą również wyniki poprzednich analiz, m.in. badań przeprowadzonych przez włoskich naukowców, którzy zaobserwowali, że regularne spożywanie gorzkiej czekolady może redukować stany zapalne powiązane z chorobami układu krążenia.

Alarmujące dane: tyjemy coraz szybciej

Metro: Nie zrezygnowaliśmy ze schabowych, tylko dołożyliśmy hamburgery i frytki. Efekt: nasze dzieci tyją trzy razy szybciej niż mali Amerykanie. Alarmujące dane wynikają z badań dietetyków z Instytutu Żywności i Żywienia. Ocenili oni, że otyłych chłopców jest teraz trzy razy więcej niż 40 lat temu (3 proc.), a otyłych dziewczynek 10 razy więcej niż w 1970 r. (skok z 0,3 proc. do 3,5 proc.). Plagą jest też nadwaga: ma ją 20 proc. chłopców i 15 proc. dziewczynek w wieku szkolnym. Oznacza to, że w ekspresowym tempie gonimy Amerykanów, światowych rekordzistów w nadwadze. Z opracowań Instytutu wynika bowiem, że w USA liczba otyłych dzieci wzrosła trzykrotnie (z 4 do 15 proc.).

Dlaczego młodzi Polacy tyją szybciej? – *W diecie dzieci jest za dużo tłuszczu, cukrów oraz kalorii ukrytych w słodkich napojach i sokach. Co gorsza, coraz więcej z nich nie ćwiczy na WF-ie* – wyjaśnia prof. Mirosław Jarosz, dyrektor Instytutu.

Rewolucyjny pomysł polskich lekarzy

Kardiochirurdzy ze Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu wpadli na pomysł, który może zrewolucjonizować światową medycynę: chcą hodować w laboratorium żyły do by-passów. Ich pomysł przybrał już kształt realnych planów, w czym wydatnie pomogła współpraca z amerykańską firmą Cytograf.

Lekarze – patroni wielkopolskich ulic

Karol Marcinkowski – lekarz, społecznik i patriota

Karol Marcinkowski urodził się 23 czerwca 1800 r. w Poznaniu na Wzgórzu Świętego Wojciecha, w rodzinie drobnomieszczańskiej. Jego ojciec, Józef, był m.in. szewcem, przewoźnikiem, piwowarem, a w końcu otworzył karczmę. Matka, Agnieszka z Kopicich, urodziła czworo dzieci. Trzecim z kolei był Karol. Po ukończeniu Gimnazjum św. Marii Magdaleny Karol podjął studia medyczne na Uniwersytecie w Berlinie (gdzie miał okazję słuchać wykładów m.in. Hegla), które kontynuował w latach 1817–1821. W 1819 r. utworzono w Berlinie tajne patriotyczne stowarzyszenie Polonia. Jego członkami poza Marcinkowskim, który pełnił przez pewien czas funkcję przewodniczącego, byli m.in. Gustaw Potworowski, Antoni i Erazm Stablewscy, Adam Loga. Po uzyskaniu absolutorium w 1821 r., jednak jeszcze przed egzaminem doktorskim i egzaminem praktycznym, w lutym 1823 r. Marcinkowski został aresztowany za działalność w Polonii i skazany na 3 miesiące twierdzy w Wisłoujściu pod Gdańskiem. Po zwolnieniu z więzienia uzyskał doktorat na podstawie dysertacji *O wskazaniach lekarskich*.

Następnie Marcinkowski przeniósł się do Poznania, gdzie otworzył praktykę. Pracował w pierwszym nowoczesnym szpitalu w Poznaniu – w Zakładzie Sióstr Miłosierdzia (przy ul. Długiej) i stał się w szybko wziętym lekarzem. Żył niezwykle skromnie pomimo bardzo wysokich zarobków (jego roczne honoraria sięgały 10 000 talarów). Mieszkał w domu aptekarza Augustyna Kolskiego na Starym Rynku (obecnie mieści się tam apteka *Pod Złotym Lwem*), gdzie wynajmował dwa małe pokoje. Ogromne dochody przeznaczal na rozległą działalność społeczną, w tym utrzymanie Zakładu Sióstr Miłosierdzia oraz wspieranie ubogich pacjentów.

Po wybuchu powstania listopadowego przyłączył się do powstańców i brał udział wraz z ks. Logą, Potworowskim i Mielżyńskim w wyprawie gen. Chłapowskiego na Litwę. Dosiążył się stopnia kapitana i został odznaczony Krzyżem Wirtuti Militari. Po upadku powstania udał się na emigrację, najpierw do Szkocji, potem przez Londyn do Paryża. Wszędzie trzymał się z daleka od polityki i zajmował się rozwijaniem wiedzy i umiejętności medycznych. Już wtedy był uznawany za wybitnego specjalistę w zakresie zwalczania cholery, co znalazło odzwierciedlenie w przyznaniu mu przez francuską Królewską Akademię Nauk złotego medalu wraz z 1000 franków. Marcinkowski medalu nie przyjął, a pieniądze przeznaczył na wsparcie Stowarzyszenia Naukowej Pomocy zajmującego się pomocą materialną dla uczącej się młodzieży. Po powrocie do Poznania w 1835 r. zamieszkał w domu przy ul. Podgórznej (obecnie ul. Podgórna 7). Władze pruskie jednak wytoczyły mu proces za udział w powstaniu listopadowym i skazano go na 9 miesięcy twierdzy, odbycie dwuletniej służby wojskowej i konfiskatę majątku. Wywołało to oburzenie i protest mieszkańców Poznania – zarówno Polaków, jak i Niemców oraz Żydów. Magistrat i Rada Miejska, a także znany z polityki germanizacyjnej naczelny prezes prowincji Eduard von Flottwell wystąpili o złagodzenie kary, a król zgodził się na 3 miesiące więzienia.





W kolejnych latach Marcinkowski zajmował się głównie działalnością medyczną i społeczną. Brał aktywny udział we wszelkich ważnych inicjatywach społecznych, w tym w powołaniu Spółki Akcyjnej Bazar oraz Towarzystwa Naukowej Pomocy (TNP), wspierającego rozwój zdolnej i ubogiej młodzieży. Mało kto pamięta, że towarzystwo to przetrwało do 1939 r. oraz że – jak się szacuje – w do 1924 r. udzielono prawie 20 000 stypendiów, co umożliwiło uzyskanie wykształcenia wyższego 6650 osobom. Trzeba jeszcze dodać do tego młodzież kształcąca się w innych typach szkół. Szacuje się, że liczba beneficjentów towarzystwa wynosiła co najmniej kilkanaście tysięcy.

W 1845 r. Marcinkowski powołał Towarzystwo Wspierania Ubogich i Biednych, które już w pierwszych 6 miesiącach działalności wydało ponad 47 000 obiadów, zorganizowało pomoc świadczoną przez 20 lekarzy oraz udzieliło wsparcia materialnego 159 rodzinom.

W 1841 r. Marcinkowski został radnym miejskim Poznania, a w 1843 r. nawet wiceprzewodniczącym rady. Wszystkie obowiązki społeczne i pracę medyczną wykonywał kosztem stale pogarszającego się zdrowia. Gruźlica, na którą chorował od lat, czyniła coraz większe spustoszenie i doprowadziła do jego śmierci 7 listopada 1846 r. w Dąbrówce Ludomskiej pod Obornikami.

Marcinkowski pozostawił testament, który doskonale odzwierciedla, jakim był człowiekiem, w co wierzył i co dla niego było ważne w życiu. Pełny tekst testamentu dostępny jest jako reprint w *Nowinach Lekarskich* z 1996 r. Poniżej cytuję fragmenty tego bardzo przejmującego dokumentu. Najpierw dyspozycja dotycząca samego pogrzebu: *Zaplaciwszy z zebranych, co się któremu z mych ludzi zasług należy, dać każdemu jeszcze po talarów 50, z reszty opłacić pogrzeb, którego kosztą mają być, jak przy ubogim człowieku. Byłem całe życie nieprzyjaznym okazałościom pogrzebowym, razi mnie dreszcz, kiedy myślę, że mogliby mnie z pompą pochować... Pochować ciało prosto w ziemię, gdzie kolej wypadnie, nie kłaść żadnego znaku na grobie. A jaki tylko grosik się oszczędzi, rozdać pomiędzy ubogich.*

Następnie fragment znakomicie opisujący cechy charakteru Marcinkowskiego: *Co on robił z dochodami, jakie np. w ostatnich latach Magistrowi Poznańskiemu wykazywał? Wystawcie sobie – opowiada rozrzutnego człowieka, który skoro rzecz jaką zobaczy, co pasji jego dogodzi, nie pyta, czy rozsądnie by kupić, ale dogadzając swej chuci, wyrzuca pieniądze. Otóż taką samą chuci wlał Pan Bóg w mą duszę. Kiedyś wiedział, że wydatkiem pieniędzy na pożyteczne, jak mnie się zdawało, cele mogłem dogodzić tej żarliwości mej duszy, z jaką przyjemnością wydawałem, ciesząc się zawsze, że to moja prawdziwa własność, mój że tak powiem utwór, którym dysponuję. Nie pojmowałem nigdy tych ludzi, którzy skwapliwie skarby zbierają, nie zostawiając dzieci dobrze wychowanych, bo się ich wychowaniem nie trudnią, tylko zbieraniem majątku, lub umierając bezdzietnie, nie wiedzą, jaki z ich zbiorów nastąpi użytek. Zwykle to marnie bywa roztrwonione. Mnie miło było dogodzić sobie natychmiast i patrzeć za życia na skutki mych usiłowań. I dobrze mi tak było.*

Drugie pytanie, dlaczego ten człowiek jak zapamiętały pracował do upadłego, uparty, niezważający na żadne udzielone mu rady. To tylko ten odgadnie i zrozumie, kto kiedykolwiek w swej duszy żywo czuł, co to jest pełnić powinność. Tego żądla, tej niespokojności, którą Pan Bóg wlał w duszę moją (boć ja sobie nic nie dałem, wszystko, co we mnie było, są Jego dary przez wychowanie ludzkości na szczegółowy jej pożytek skierowane), inaczej poskromić nie mogłem, jak ciągle zajmując się pracą – mnie jeść i spać choćbym był bardziej zmęczony nie prędzej smakowało, ażem całodzienną pracę ukończył. Prawda, że nieraz Bóg wiele po mnie wymagał; nigdy się na to nie oburzałem, zawsze równie ochoczy byłem, gdy chodziło o to, aby drugiemu dopomóc... Całe me życie najwyższe me szczęście zakładałem na zupełnej niezawisłości od świata, wszystkie sobie odmówić byłem w stanie, i dziś, gdy się z tym światem rozstaję, odchodzę bez żalu do wczoraj, bez życzenia na jutro.

Na zakończenie przytaczam fragment raportu szefa policji pruskiej oddającego szacunek, jakim cieszył się Marcinkowski, również wśród oponentów politycznych: *Dr Marcinkowski nie żyje. Choć rząd w ten sposób uwolnił się od wpływowego przeciwnika, to jednak sprawiedliwość zmusza nas do uszanowania i należytego uznania nawet w przeciwniku szlachetności, prawności i dobroczynności.*

Spacerując ulicami naszych miejscowości, nie zastanawiamy się, kim byli ich patroni. Może politykami, pisarzami, działaczami społecznymi, wynalazcami, naukowcami? Okazuje się, że czasem za nic niemówiącymi nazwiskami kryją się osoby wybitne, wielce zasłużone dla regionu lub kraju, mające swoje miejsce w historii. Postanowiliśmy prezentować lekarzy, których nazwiskami nazwane są ulice i osiedla. O większości z nich wiemy niewiele, czasem zgoła nic, a przecież godni są naszej pamięci i najwyższego szacunku...

REDAKCJA

Podjąłem się tego zadania, licząc w duchu na pomoc koleżanek i kolegów z całej Wielkopolski. Szybko się okazało, jak skomplikowane jest to przedsięwzięcie. Nie ma żadnego rejestru „zawodowego” patronów ulic, a informacje na temat wielu są bardzo fragmentaryczne. Wynika z tego, że bez pomocy lekarzy z poszczególnych miejscowości ustalenie kompletnego spisu lekarzy – patronów ulic może być bardzo trudne. Dlatego proszę o pomoc przy redagowaniu tego działu poprzez zgłaszanie zarówno informacji dotyczących lekarzy – patronów ulic w państwa miejscowości, jak i przesyłanie gotowych materiałów do publikacji. Ostatecznie może uda nam się przygotować całkiem oryginalne opracowanie niedostępnej dziś wiedzy. Niektóre z nazwisk widniejących na tabliczkach budzą w nas oczywiste skojarzenia, inne są mniej znane. Będziemy je kolejno na łamach *Biuletynu WIL* przypominać i omawiać. Dziś postać pierwsza.

DR HAB. MED. ANDRZEJ GRZYBOWSKI



SHORT CUTS

REAKTYWACJA



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

Informatyzacja ochrony zdrowia jest, podobno, jednym z priorytetów ministerstwa zdrowia. Co jakiś czas ogłaszane są z wielką pompą coraz to ambitniejsze projekty rozwiązań informatycznych, które mają zrewolucjonizować „obrót” pacjentami. Tym, którzy w tym miejscu oburzyli się na słowo „obrót”, pragnę zwrócić uwagę, że informatyzacja dehumanizuje pacjenta i zamienia go w ciąg cyferek, kodów procedur i rozpoznań. W efekcie, często nie jest istotne na co rzeczywiście choruje pacjent, tylko za jakie rozpoznanie zapłaci płatnik. Że tak jest, doskonale wiedzą ci, którzy mają „przyjemność” pracować z JGP i sprawozdawać to do NFZ. Ale to tylko dygresja – wróćmy do tematu, czyli działań ministerstwa zdrowia przybliżających informatyzację. A z tym dobrze nie jest. W ministerstwie, najwyraźniej, działania odbywają się w myśl zasady „nie wie prawica, co czyni lewica” i nie mam na myśli polityki. Gdy jedno jego komórki, głowią się kiedy i jak „zwirtualizować” opiekę zdrowotną, inne działają tak, jakby to nigdy nie miało nastąpić. By nie być gołosłownym posłużę się przykładem aktu prawnego wydanego niedawno, który (przynajmniej teoretycznie) powinien już być przystosowany do przyszłej informatyzacji. Jaki akt mam na myśli? Otóż naszym „klinicznym przykładem” będzie rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycyny pracy z lipca br. Logicznym byłoby oczekiwanie, że rozporządzenie zostało tak napisane, by po wprowadzeniu komputerów można było nadal używać dokumentacji wytworzonej w myśl zasad w nim określonych. Niestety, tak nie jest. Nie będę przy tym analizował

zawartości merytorycznej dokumentacji, choć byłoby do niej wiele zastrzeżeń. Zajmę się tylko „formą graficzną”. Tak, to nie pomyłka, bowiem wzór dokumentacji jest, po raz kolejny zresztą, załączony do rozporządzenia w formie graficznej (sic!), gdzie są określone dokładnie, krótkie, rubryczki, czy wzór czcionki oraz o zgrozo format. A ten jest dziwaczny. I to nie tylko w dobie dokumentacji cyfrowej, ale nawet dziś, jeszcze w dobie dokumentacji papierowej, choć często już wspomaganą wydrukiem komputerowym. A ten, o czym wiedzą wszyscy, najczęściej odbywa się na kartkach formatu A4. Tak, o tym wiedzą wszyscy, poza urzędnikami ministerstwa zdrowia, bo ci, po raz kolejny, postanowili narzucić dokumentację w formacie A5, a tak właściwie to 2xB5 i to złączonych wzdłuż krótszego boku. Jak wszystkim wiadomo, poza ministerstwem, nie ma w sprzedaży papieru o takim formacie, a drukarkę go obsługującą także trudno kupić. Ale co tam trudności lekarzy! Urzędnik w ministerstwie miał fantazję, uwag zgłoszonych podczas opiniowania rozporządzenia nie przyjął, ponieważ wysłał je podmiot nieuprawniony, czyli ja. Czy inni zwrócili uwagę na ten „drobiaz” nie wiem. Ale sądząc po efektach – chyba nie. Jakby mało było kłopotów z formatem, to sposób rozmieszczenia poszczególnych informacji, ich kształt graficzny woła o pomstę do nieba. Nie wiem czy to arogancja, czy też przekonanie o własnych wybitnych zdolnościach osoby „tworzącej” formularz dokumentacji, ale efekt jest tragiczny. A przecież, wystarczyłoby zatrudnić plastyka, który ma pojęcie o składzie i projektowaniu formularzy, które w prosty sposób mogą być zamienione w wer-

sję elektroniczną. No ale to zapewne kosztowałyby i pieniędzy tych nie dostałby urzędnik w ministerstwie, tylko jakaś osoba z zewnątrz i zapewne jeszcze chciałaby zachować prawa autorskie i czerpać z nich korzyści. Czy tak było – nie wiem. Ale zapewne mogło być. A w efekcie mamy gniota, który, o ile dojdzie do informatyzacji, ponownie będzie musiał być zmieniony. A informatyzacja wciąż pozostaje tylko zbiorem pustych haseł.



Jak co roku jesień jest koszmarnym okresem dla świadczeniodawców, ponieważ NFZ, albo rozpisuje nowe konkursy, albo przynajmniej przeprowadza tak zwaną „aktualizację ofert”. Różnica pomiędzy jednym, a drugim działaniem funduszu jest tak naprawdę semantyczna, gdyż ilość papieru, którą należy funduszowi dostarczyć jest w zasadzie taka sama. Teoretycznie podmioty „aktualizujące” już mają kontrakty i powinny tylko negocjować: „cenę i ilość świadczeń” na nowy rok, ale w praktyce niedostarczenie jakiegoś papierka skutkuje „niemożnością” podpisania aneksu na nowy rok, Ci, którzy startują w nowym konkursie, wypełniają dokładnie takie same ankiety, z tą różnicą, że są one oceniane i ustawiane w rankingu, a w efekcie oceny, ktoś z nich może nie dostać kontraktu na nowy okres. Oczywiście, w konkursie biorą udział także nowe podmioty, które dopiero starają się o kontrakt, w odróżnieniu od „recydywistów”, którzy mają nadzieję na jego odnowienie. Tu zresztą mała ciekawostka. Otóż za „kontynuację kontraktu” nie ma dodatkowych punktów, bo byłoby to „niezgodne z zasadą równości podmiotów”. Spyta się ktoś przytomny, to po co w ankietach pytania dotyczące dotychczasowego kontraktu? Hm mm... tu sprawa się komplikuje. Bo jeśli były wcześniej do oferenta jakieś zastrzeżenia, szczególnie skutkujące wystąpieniami pokontrolnymi lub co gorsza karami, to jednak okazuje się, że rzutują one na punktację i wtedy to nie jest „niezachowanie” zasady równości. Ale to już takie „zbójceckie prawo” funduszu.



À propos „zbójceckiego prawa”, a właściwie „zbójceckiego funduszu”.



Być może niektórych zaskoczy to stwierdzenie, ale fundusz to pasożyt żerujący na naszej lekarskiej pracy i do tego szarogęszący się. My bez niego poradziłibyśmy sobie doskonale, on bez nas nie ma racji bytu. Niestety, ludziom wmówiono, że to bez funduszu nie ma żadnych świadczeń, że pomoc lekarzy jest niemożliwa. Przeświadczenie to, pogłębiają coraz to bardziej ekscentryczne wymagania funduszu, którym my poddajemy się praktycznie bez protestu. Nie wiem czego jest to efektem. Może tych lat zniewolenia lekarzy, którym wmówiono, że sam fakt wykonywania zawodu jest zaszczytem i służbą wobec społeczeństwa, a domaganie się godziwych warunków pracy i płacy „inteligentką” fanaberią. W efekcie to my zabiegamy o kontrakt z funduszem, Ba, wielu zachowuje się jak ten słowik z bajki Andersena, który już nie wyobraża sobie życia poza klatką, na wolności. Oni już nie wyobrażają sobie, że pomiędzy nimi, a pacjentem wcale nie musi być pośrednika, szczególnie tak bezdusznego (i to w obie strony) jak fundusz. Niestety zbyt wiele osób żyje z naszej pracy, „grzeje się” przy naszym ogniu, by sprawy zdrowia oddać bezpośrednio w ręce medyków i by stosunek lekarz – instytucja ubezpieczeniowa – pacjent, zastąpić zdrowszym stosunkiem lekarz – pacjent, w którym ten ostatni jest nie tylko podmiotem, ale także bezpośrednim płatnikiem. A to czy dostanie zwrot kosztów leczenia to już jego problem, a nie lekarza. Bo to pacjenta powinno obchodzić by otrzymać całkowity zwrot, rzeczywistych kosztów leczenia, a nie nas lekarzy. A sytuacja, że my udowadniamy, że mieliśmy prawo przyjąć takiego pacjenta, choć profil naszej poradni jest inny jest dla nas uwłaczająca. No ale to są marzenia, które można sobie posnuć przy bożonarodzeniowej choince, a potem się budzimy i...



Poznaniacy w Krakowie

Tradycyjnie w czerwcu 2010 r. odbyły się w Krakowie na kortach Wawelu Jubileuszowe XX Letnie Mistrzostwa Polski Lekarzy w tenisie ziemnym NEXTER CUP 2010 pod patronatem Naczelnej Izby Lekarskiej, Polskiego Stowarzyszenia Tenisowego Lekarzy, Małopolskiego Związku Tenisowego. Wśród ponad 130 uczestników imprezy, środowisko poznańskie reprezentowane było zarówno przez panie – lekarki, jak i panów w różnych kategoriach wiekowych.

Pomimo braku kilku uznanych mistrzów tenisowych w najmłodszej kategorii (Open) reprezentanci Wielkopolskiej Izby Lekarskiej zdobyli 9 medali (4 złote, 1 srebrny i 4 brązowe).

W grze pojedynczej medale zdobyli:

- kategoria OPEN – Doni Allecou – srebrny medal,
- kategoria powyżej 45 lat – Ryszard Stawicki – złoty medal (mistrz Polski),
- kategoria powyżej 60 lat – Ryszard Koczorowski – złoty medal (mistrz Polski),
- kategoria powyżej 65 lat – Bogdan Struk – brązowy medal.

W grze podwójnej medale zdobyli:

- w kategorii OPEN pań: Hanna Marciniowska – brązowy medal (z D. Grudzień z Warszawy),
- w kategorii 35–45 – Przemysław Marcinowski – brązowy medal (z M. Kowalikiem z Zielonej Góry),
- w kategorii 45–55 – Ryszard Stawicki – złoty medal (z M. Wrońskim z Krakowa),

- w kategorii 55–65 – Ryszard Koczorowski – złoty medal (z L. Gajosem z Katowic),

- w kategorii powyżej 65 – Bogdan Struk – brązowy medal (z P. Behnke z Łodzi).

Podczas mistrzostw odbyła się także sesja IV Forum Medycyny Klinicznej, gdzie wykłady prowadzili również przedstawiciele WIL, a najbardziej aktywni gracze udekorowani zostali złotymi (autentycznie) odznakami Polskiego Stowarzyszenia Tenisowego Lekarzy.

Skromniejsza niż w zeszłorocznych poznańskich mistrzostwach Polski grupa lekarzy z Wielkopolskiej Izby Lekarskiej tradycyjnym zwyczajem należała do ścisłej czołówki zawodów. Należy mieć nadzieję, iż w przyszłorocznych mistrzostwach w Warszawie, nasi izbowi wielkopolscy koledzy również nie zawiodą, tym bardziej że liczna grupa lekarzy systematycznie trenuje m.in. na pięknych kortach Uniwersytetu Medycznego. RWK

Miłość francuska nietoperzy...

Jak co roku na jesieni, oprócz Nagród Nobla, przyznano tak zwane antyNoble. Tradycyjnie w sali Anders Theater szacownego Harvard University ogłoszono, kto w tym roku otrzymał nagrody za prace naukowe niegodne „prawdziwego” Nobla. Organizatorzy tej pogodnej uroczystości określają, że honorują „osiągnięcia badawcze wywołujące u ludzi początkowo śmiech, a następnie skłaniające ich do myślenia”. Kogo ten zaszczyt spotkał w tym roku?

- W dziedzinie inżynierii nagrodzono badaczy z W. Brytanii i Meksyku za „udoskonalenie helikoptera pozwalającego na pobranie próbek smarków wielorybów, bez zwracania im głowy”...
- Inni Brytyjczycy zostali nagrodzeni za potwierdzenie powszechnego przekonania, że solidne przekleństwo uśmierza ból...
- W medycynie Holendrzy za udowodnienie, że jazda na roll-coasterze w wesołym miasteczku przynosi ulgę chorym na astmę...
- Włosi nagrodzeni zostali z udowodnienie, że wydajność działania organizacji jest wyższa, jeśli jej pracownicy są awansowani przez losowanie...
- Chińczycy i Brytyjczycy zostali nagrodzeni za obserwacje, które udowodniły, że nietoperze owocożerne uprawiają miłość francuską...

NA PODSTAWIE WIEDZY I ŻYCIA AB



Dawka mediów

Andrzej Piechocki

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

Statek flagowy

Osiem nowoczesnych sal operacyjnych oraz tyle samo łóżek i stanowisk intensywnej terapii. Tyle zyskają pacjenci i lekarze ze Szpitala Wojewódzkiego przy ulicy Lutyckiej w Poznaniu. W piątek Jacek Łukomski, dyrektor szpitala, z wyraźną satysfakcją oprowadzał gości po nowym bloku operacyjnym. – *Praktycznie wszystko jest już gotowe* – mówi J. Łukomski. – *Czekamy jeszcze na meble i musimy przetestować wszystkie urządzenia. W połowie grudnia na nowym bloku pojawią się pierwsi pacjenci. Ten oddział będzie naszym okrętem flagowym.*

Inwestycja została wykonana wyjątkowo szybko, kamień węgielny położono w czerwcu ubiegłego roku, a pierwotnie budowa planowana była na prawie trzy lata. Co najważniejsze, placówka cały czas przyjmowała pacjentów. Nowy blok operacyjny pomieścił 8 klimatyzowanych sal: po dwie chirurgiczne i ortopedyczne oraz ginekologiczno-urologiczną, transplantologii, laryngologii i okulistyki. Gdy wszystko będzie już działało, stary oddział operacyjny stanie się zapleczem nowego. W kompleksie, obok sal operacyjnych i stanowisk intensywnej terapii (w sumie w szpitalu będzie ich 19), jest również centralna sterylizatornia.

Inwestycja warta 48 mln zł została sfinansowana częściowo z pieniędzy samorządu wojewódzkiego, sprzedaży budynków Szpitala Grunwaldzkiego oraz kredytu. To jednak nie koniec inwestycji przy ulicy Lutyckiej. W przyszłym roku ma się zacząć modernizacja lądowiska dla śmigłowców. Wkrótce ruszą też prace przy termomodernizacji szpitalnych budynków. Ściany zostaną ocieplone, dach wymieniony (pojawią się na nim kolektory słoneczne), wymieniony będzie też system ogrzewania.

ANDRZEJ JANAS
POLSKA. GŁOS WIELKOPOLSKI

Klaster zaprasza

W Poznaniu powstał Wielkopolski Klaster Medyczny. Tworzy go na razie pięć firm. To poznańskie prywatne szpitale i placówki medyczne, firma doradcza i Instytut Logistyki.

Wszystkie przedsiębiorstwa należą do Wielkopolskiego Klubu Kapitału. Klaster to sieć przedsiębiorstw, które konkurując, chcą jednocześnie współpracować. Stawiają na innowacyjność i rozwój. Chcą też mówić wspólnym głosem o problemach branży medycznej. Tego typu klastry istnieją już między innymi w Warszawie, Wrocławiu i Lublinie.

Wielkopolski chce działać przede wszystkim z myślą o pacjentach, a co za tym idzie – za główny cel stawia sobie zwiększenie dostępności do świadczeń medycznych. Placówki służby zdrowia należące do klastra zamierzają razem negocjować kontrakty z NFZ.

Wielkopolski Klaster jest otwarty dla wszystkich zainteresowanych – także publicznych placówek służby zdrowia w regionie. W najbliższych dniach jego inicjatorzy wyślą zaproszenie do współpracy do wszystkich potencjalnych udziałowców klastra. Obok placówek służby zdrowia i firm medycznych liczą na udział naukowców i ośrodków badawczych.

WWW.RADIOMERKURY.PL

Nikt nic nie wie

Koncepcję przekształceń podległych miastu zakładów opieki zdrowotnej poznański magistrat zamówił w połowie grudnia ubiegłego roku. Jednak do dziś nie wiadomo, co przychodnie i szpitale czeka. – *Prezydent Ryszard Grobelny nie chciał tego ujawnić przed wyborami* – twierdzi jeden z radnych minionej już kadencji. Nikt oficjalnie nie chce mówić.

A chodzi o przyszłość największego w Poznaniu zespołu przychodni specjalistycznych na Winogradach, szpitala Raszei przy ul. Mickiewicza, szpitali przy ul. Szkolnej i Kurlandzkiej oraz zakładu opiekuńczo-leczniczego przy ul. Mogileńskiej. Na razie oficjalnie miasto mówiło tylko o przyszłości szpitala przy ul. Szkolnej i przychodni na Winogradach przy al. Solidarności. W kwietniu informacje o planach sprzedaży budynku przy ul. Szkolnej potwierdził nam wiceprezydent Mirosław Kruszyński. Ma to nastąpić w 2012 r. Miasto nie ukrywa też, że planuje zrezygnować z dalszego prowadzenia winogradzkich przychodni – chce wydzierżawić budynek i przekazać jego kontrakt z NFZ niepublicznej placówce lub spółce pracowniczej. A to oznacza prywatyzację. Jaki los czeka pozostałe placówki? Tego wciąż nie wiadomo.

Wiceprezydent Jerzy Stępień, odpowiedzialny za funkcjonowanie miejskich placówek służby zdrowia powiedział nam wczoraj, że nie jest upoważniony do udzielania informacji na temat tego dokumentu: – *Nie uzgodniliśmy jeszcze w tej sprawie stanowiska wewnątrz urzędu. Zresztą proszę pytać o to opracowanie wiceprezydenta Kruszyńskiego. Z prezydentem Kruszyńskim rozmawialiśmy na ten temat dwukrotnie. W połowie października prezydent zapewniał, że pokaże przygotowaną koncepcję, gdy tylko zapozna z nią prezydenta i wszystkich jego zastępców, co miało się zdarzyć na jednym z czwartkowych spotkań władz miasta. Ale dotąd się nie zdarzyło. W ubiegłym tygodniu prezydent Kruszyński przyznał, że na pewno do spotkania w tej sprawie nie dojdzie przed wyborami. Pytany o treść dokumentu powiedział, że jej nie zna.*

Ryszard Grobelny też twierdzi, że nie wie, co dokument zawiera i dlaczego wciąż jest tajny.

MARIA BIELICKA
GAZETA WYBORCZA



I Ogólnopolski Koncert Lekarzy w Olsztynie

Niezwykle wydarzenie miało miejsce 16 października 2010 r. Muzyczne? Medyczne? W zasadzie trudno powiedzieć – chyba jedno i drugie. Zespół instrumentalny działający przy WIL wziął udział we wspaniałym i wyjątkowym koncercie. Wyjątkowym dlatego, iż był to I Ogólnopolski Koncert Lekarzy, na którym grupa ponad 90 medyków spotkała się w przepięknej Katedrze Olsztyńskiej i wykonała wspólnie ujmujące dzieło wokalnoinstrumentalne Josepha Haydna – *Missa Sancti Nicolai in G* pod batutą Jacka Kraszewskiego. Ci medycy to nikt inny jak: Chór Kameralny Lekarzy *Remedium* Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie, Chór Kameralny Lekarzy *Medici pro Musica* Okręgowej Izby Lekarskiej w Olsztynie, Zespół Instrumentalny Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej i Orkiestra Kameralna Uniwersytetu Medycznego w Warszawie.

Było to możliwe dzięki temu, że Ci medycy już się kiedyś spotkali... Pomysł wspólnego muzykowania zrodził się już podczas ubiegłorocznego koncertu Europejskiej Orkiestry Lekarzy w Poznaniu, gdzie do wykonania IX Symfonii L. van Beethovena zostały zaproszone obydwa lekarskie chóry działające w Polsce. Do tego wystarczyło dodać pierwszą w Polsce lekarską orkiestrę kameralną (czyli nasz zespół WIL z Poznania) i determinację kilku fantastycznych osób i... stało się! Doszedł do skutku pierwszy koncert polskich lekarzy. Wydarzenie o niepowtarzalnym klimacie, magiczne, wspaniałe... Wszystko w atmosferze przyjaźni, radości i niesamowitej energii, jaka zawsze towarzyszy ludziom, których łączy wspólna pasja. Po prostu niepowtarzalne! A jednak... wszyscy chcemy to powtórzyć i to już niedługo – w przyszłym roku w Poznańskiej Farze. Już czekamy na to spotkanie!

A sam koncert? Licznie zgromadzona publiczność, wśród której można było odnaleźć wspaniałe osobistości, oraz niepowtarzalny klimat Katedry Olsztyńskiej sprawiły, że pasja muzykujących polskich medyków udzieliła się wszystkim obecnym. Były owacje, było wzruszenie – jednym słowem niezapomniane przeżycie. Dla nas osobiście niezwykle cenna była obecność na koncercie dwóch jeszcze osób – niezmiennie od wielu lat wspierającej nasze inicjatywy przewodniczącej Komisji ds. Kultury WIL dr Katarzyny Bartz-Dylewicz oraz dyrygentki nowo powstałego Chóru Kameralnego Lekarzy WIL dr Justyny Chełmińskiej.

Jest jeszcze coś... spotkanie z prof. Woy-Wojciechowskim zaowocowało realizacją kolejnego ciekawego pomysłu, który powstał już rok temu w szeregach naszego Zespołu Instrumentalnego WIL – pomysłu stworzenia Polskiej Orkiestry Lekarzy. Zostaliśmy zaproszeni do Warszawy w kwietniu 2011 r. do Teatru Muzycznego *Roma*, gdzie obok takich sław jak: Prof. Szczeklik czy Prof. Torbicki po raz pierwszy wystąpi właśnie Polska Orkiestra Lekarzy, której załączkiem jest nasz zespół kameralny! Jest to dla nas wielka radość i wielki zaszczyt, dlatego z tego miejsca chcielibyśmy zaprosić naszych muzykujących Koleżanki i Kolegów z Wielkopolski do współtworzenia tego wydarzenia. Wszystkie osoby chętne są proszone o kontakt, e-mail: elaczech@interia.pl. Tak więc jakże wiele jest jeszcze przed nami!

ELŻBIETA CZECHOWSKA



Podziękowanie

W imieniu członków Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej w Olsztynie serdecznie dziękujemy Orkiestrze Kameralnej *Operacja Muzyka* pod dyrekcją Dobrochny Martenki, działającej przy Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej w Poznaniu, za udział w I Ogólnopolskim Koncercie Lekarzy, który odbył się 16 października 2010 r. w Bazylice konkatedralnej pw. św. Jakuba Apostoła w Olsztynie. Połączone chóry *Medic pro Musica* z Olsztyna, *Remedium* ze Szczecina, *Medicantus* z Warszawy, z towarzyszeniem Orkiestry Kameralnej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz solistów, pod dyrekcją Jacka Kraszewskiego, wykonali utwór *Missa Sancti Nicolai* Józefa Haydna.

Koncert spotkał się z serdecznym odbiorem wiernej, licznie zgromadzonej publiczności, jaką jest środowisko lekarskie. Było nam niezmiernie miło podziwiać i okłaskiwać utalentowanych wykonawców.

Mamy nadzieję, że zainicjowana w Olsztynie współpraca zespołów muzycznych lekarzy zaowocuje koncertami ogólnopolskimi w następnych latach.

PREZES ORL W OLSZTYNIE

LEK. MAREK ZABŁOCKI





BYKA za ROGI

**Krzysztof
Ożegowski**

Odkrywanie Ameryki?

Czyli o celowym eliminowaniu ogromnej grupy lekarzy z systemu ochrony zdrowia w Polsce

Do kolejnego „brania się z bykiem za rogi” zainspirowała mnie konferencja *Miejsce interny i pediatrii w polskim systemie opieki zdrowotnej*, która odbyła się 5 października w Krakowie. Zorganizowało ją Towarzystwo Internistów Polskich, Polskie Towarzystwo Pediatryczne oraz Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie. W konferencji, oprócz przedstawicieli tych towarzystw oraz krakowskiej Izby Lekarskiej, wzięli także udział konsultanci krajowi w dziedzinie interny i pediatrii, oraz prezes Naczelnej Rady Lekarskiej (dla przypomnienia też internista). Niestety konferencji nie raczyli zaszczyścić przedstawiciele ani Ministerstwa Zdrowia, ani Narodowego Funduszu Zdrowia – no, ale takie postępowanie tych instytucji to nic nowego, gdyż arogancja jest ich znakiem firmowym. Efektem konferencji jest „Memorandum internistów i pediatrów do ministra zdrowia”, przesłane także do wiadomości prezydenta, premiera, komisji zdrowia sejmu i senatu (**zamieszczamy je na stronie 28**).

List ten jest głosem rozpaczliwej przedstawicieli ogromnej grupy specjalistów, systemowo od lat eliminowanej z systemu ochrony zdrowia, którzy wreszcie doszli do wniosku, że tak dalej być nie powinno. Czy przyniesie pożądaną efekt? Osobiście wątpię, gdyż przeciwnik jest silny, okopany na „wielu szańcach” i przede wszystkim nie przyjmując żadnych, nawet najbardziej słusznych uwag. Nie wiem czy Państwo pamiętacie, ale w pierwszej ustawie z 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym nie było w ogóle definicji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, zamiennie używano zresztą terminu lekarz rodzinny (definicji ambulatoryjnej opieki specjalistycznej zresztą też). Wymagania doprecyzowano dopiero w warunkach konkursu ofert i uczyniła to Kasa Chorych. Tak naprawdę to na tym poziomie, a nie w drodze zapisu ustawowego, rozpoczęła się eliminacja interny i pediatrii, choć gwoździem prawdy internści i pediatrzy mogli pracować w POZ, czyli być lekarzami rodzinnymi. Zresztą było to wymogiem chwili, gdyż specjalistów medycyny

rodzinnej było jak na lekarstwo. W 2003 r. wraz z ustawą o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia pojawiła się definicja „lekarza POZ”, którym mógł być lekarz medycyny rodzinnej, medycyny ogólnej, chorób wewnętrznych lub pediatrii, udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. W nowej ustawie z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych definicja lekarza POZ nieco się rozrosła, bowiem obecnie lekarz POZ, to lekarz:

- posiadający specjalizację co najmniej pierwszego stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, chorób wewnętrznych lub pediatrii lub
- posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej, chorób wewnętrznych lub pediatrii – udzielający świadczeń w POZ, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę. Jak widać oprócz kryterium specjalizacji i miejsca pracy, doszedł warunek pracy „na kontrakcie z Funduszem”.

Definicja ta nie była ostateczną i ciachaczem ewoluowała, aż do obecnej formy, gdzie lekarz POZ to lekarz:

- posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej lub
- odbywający szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej, lub
- posiadający specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej
- udzielający świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń POZ.

Jak Państwo widzą nie ma tu już miejsca dla internistów i pediatrów. I to nie tylko jako świadczeniodawców, ale nawet podwykonawców u kogoś, kto ma kontrakt (podobnie jest zresztą z lekarzami bez specjalizacji). Gdyby „literalnie” stosować ten zapis, to nie mogliby oni pracować nawet na szeroko rozumiane „zastępstwo”, co dzieje się zresztą dość powszechnie. Ktoś spyta: Dlaczego tak się stało? Odpowiedź nie będzie prosta. Z jednej strony przyczy-



niło się do tego silne lobby lekarzy rodzinnych, którzy forsowali takie rozwiązania w imię hasła: „Osiemdziesiąt procent potrzeb za dwadzieścia procent środków” (który to „procent” dziś jest zresztą tylko marzeniem), nie bacząc w swoim zaślepieniu na długofalowe efekty. Niewątpliwie działania te ułatwiała bierna postawa zarówno środowisk internistów, jak i pediatrów, choć ci ostatni nieco wcześniej zaczęli artykułować konieczność „przywrócenia pediatrii”. Być może na taką postawę miało wpływ przekonanie niektórych „medycznych prominentów”, że sama praca w szpitalach i klinikach wystarczy, by te „królewskie” specjalizacje przetrwały i miały się dobrze. Dodatkowym elementem zaciemniającym obraz był fakt, że większość „starych” lekarzy rodzinnych w tle miała specjalizację bądź z interny, bądź z pediatrii, co skutkowało tym, że dorosłymi zajmowali się pierwotnie internści, dziećmi – pediatrzy. Niejako efektem ubocznym tego stanu rzeczy było lekceważenie przez „rodzinnych” internistów i pediatrów jako osobnej i potrzebnej specjalizacji, gdyż większość z nich była wcześniej jednym lub drugim. Sprawa zaczęła wyglądać nieco inaczej, gdy pojawiła się większa liczba specjalistów medycyny rodzinnej bez innej specjalizacji w tle. Oczywiście, wszelkie uogólnienia niosą ze sobą przekłamania, ale jak przyznają to nawet „starzy rodzienni”, jakość opieki spadła. Przyczyna jest prozaiczna. Nie można znać się na wszystkim bardzo dobrze. A niestety „guru” medycyny rodzinnej w Polsce wmawiają to jej adeptom, a ci, „niestety”, w to wierzą i wielokrotnie powtarzają na wielu forach, wyrażając pogardę i kompletny brak zrozumienia dla interny i pediatrii. Ich wypowiedzi były zresztą dodatkowym bodźcem, by zająć się tą sprawą. By być sprawiedliwym, to postawa „szpitalnych” internistów i pediatrów nie ułatwiała dialogu, gdyż ci wielokrotnie określali „rodzinnych” mianem „wypisywaczy skierowań”. Te animozje, początkowy brak zainteresowania tuzów interny i pediatrii oraz lobbying KLR były wodą na młyn polityków forsujących takie, a nie inne rozwiązania ustawowe. Działanie te doskonale uzupełniała, by nie stwierdzić wręcz, że torowała działalność Narodowego Funduszu Zdrowia, który

z sobie tylko znanych względów, kompletnie nie zauważał interny i pediatrii, forsując coraz bardziej zawężony POZ i coraz węższą specjalistkę. Jego działania poszły tak daleko, że obecnie zagrożony istnieniu oddziałów ogólnointernistycznych i ogólnopediatrycznych, gdyż między innymi dzięki Jednorodnym Grupom Pacjentów, ich działalność jest coraz bardziej deficytowa (ale patologiczny wpływ działań Funduszu na szpitale, to temat na zupełnie inny tekst). Jestem ciekaw ile czasu zajmie jeszcze decydom dojście do wniosku, że internści i pediatrzy są potrzebni i to nie tylko w szpitalach, ale także w poradniach specjalistycznych – internistycznych i pediatrycznych. Mam świadków, że postuluję za takim rozwiązaniem od lat „w imię medycyny holistycznej”

Mam świadków, że postuluję za takim rozwiązaniem od lat „w imię medycyny holistycznej” nie tylko pośród słuchaczy moich wykładów, ale także wielokrotnie postulowałem to na łamach *Biuletynu*.

mam świadków nie tylko pośród słuchaczy moich wykładów, ale także wielokrotnie postulowałem to na łamach *Biuletynu*. A co do memorandum, to generalnie zgadzam się z nim, choć nie do końca z jego wizją organizacyjno-finansową, czyli „POZ zapewniającym specjalistyczną opiekę internistyczną i pediatryczną (czyli zatrudniającym internistę i pediatrę), a mającym dodatkowe środki na leczenie i konsultowanie w ramach kompetencji specjalisty chorób wewnętrznych lub pediatrii (byłoby to możliwe np. po wprowadzeniu rozliczania świadczeń w opiece ambulatoryjnej i POZ według JGP), ponieważ według mnie internści w POZ powinni zajmować się głównie dorosłymi, a pediatrzy dziećmi (dlatego głównie, że w nagłych przypadkach mogliby, ale nie musieli, zająć się tą drugą grupą chorych), czyli postulowałbym powrót do wdrażanego kiedyś tandemu internista – pediatra jako podstawy POZ, a nie utopijnego i nieprzystającego do oczekiwań i wymagań pacjenta w XXI wieku modelu lekarza rodzinnego znaczącego się na wszystkim (to co spraw-

dziło się kiedyś na antypodach, niekoniecznie sprawdza się w Polsce, ale to znowu inna bajka). Ale podkreślam, gdy internista lub pediatra pracuje w POZ, to nie można tego traktować jako poradni specjalistycznej. Specjalistyczne poradnie internistyczne i pediatryczne powinny być nowym tworem, nie szczeblem pośrednim pomiędzy POZ, a wąską specjalistyką, tylko przynajmniej na równi z nimi traktowanym sposobem na kompleksową opiekę specjalistyczną, z odpowiednim instrumentarium diagnostycznym i odpowiednio do tego finansowanym. I tu kolejna moja rozbieżność z memorandum. Taka opieka nie może być tańsza. To jest fałszywy trop. Argumentem za powstaniem specjalistycznych poradni internistycznych i pediatrycznych nie powinna być wizja

potaniania systemu, tylko wizja systemu o wyższej jakości opieki nad pacjentem, który, jak dobrze wiemy, nie jest tylko zbiorem pojedynczych organów lub chorób, ale zazwyczaj w pewnym wieku ma kilka chorób w różnym stadium, które atakują cały organizm, a nie wybrany organ, jak to szczególnie ostatnio widzi NFZ, wymyślając coraz to bardziej kuriozalne poradnie i oddziały specjalistyczne i im dając wyłączne prawo do leczenia tych chorób, etc. A świat, po okresie fascynacji „zawężaniem”, idzie ponownie w odwrotnym kierunku i przywraca należne miejsce zarówno interny, jak i pediatrii. Na koniec jeszcze jedna uwaga. Czasami, pytany o przyczynę marginalizowania interny, mówię, że to, dlatego iż decyzje zapadają w Warszawie. A tam internista (bo przecież nikt normalny nie używa określenia lekarz specjalista chorób wewnętrznych) jest synonimem nawet nie lekarza ogólnego, ale wręcz lekarza bez specjalizacji, który zajmuje się wszystkim, bo na wszystkim się „nie zna”. Ale to żart, choć może tam za taki nie jest uważany.



Memorandum internistów i pediatrów do ministra zdrowia

Obecnie w Polsce pracuje kilkanaście tysięcy dobrze wykształconych i doświadczonych internistów oraz 7 tysięcy pediatrów, którzy przez przyjęte rozwiązania systemowe zostali praktycznie wykluczeni z podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i ograniczeni w uprawianiu zawodu do szpitalnych oddziałów pediatrycznych i internistycznych. Oznacza to, że szerokie kompetencje tej grupy lekarzy nie są w pełni wykorzystane. Brak perspektyw zatrudnienia zniechęca absolwentów studiów lekarskich do podejmowania specjalizacji w chorobach wewnętrznych i pediatrii.

Uważamy, że specjaliści pediatrii i chorób wewnętrznych są niezbędni do zapewnienia sprawnego funkcjonowania całego systemu opieki zdrowotnej. W zakresie podstawowej opieki zdrowotnej nad dzieckiem matki mają trudny dostęp do pediatrii. Wprawdzie istnieją zakłady podstawowej opieki zdrowotnej, w których każde dziecko jest badane przez pediatrę i objęte właściwą profilaktyką, ale w większości placówek nie ma pediatrów i opiekę nad dzieckiem sprawuje np. chirurg będący lekarzem rodzinnym po 6-miesięcznym szkoleniu. W zakresie opieki nad dorosłymi należy zwrócić uwagę na fakt, że na skutek starzenia się populacji coraz więcej osób cierpi na kilka chorób jednocześnie (już dziś stanowią one około 2/3 wszystkich chorych hospitalizowanych na oddziałach internistycznych) i wymaga kompetentnej, kompleksowej opieki lekarskiej. Do zapewnienia odpowiedniej opieki nad takimi chorymi przygotowuje jedynie specjalizacja z chorób wewnętrznych. Leczenie tych chorych nie polega bowiem na zajmowaniu się każdym narządem osobno, choćby na najwyższym poziomie.

Szybki postęp medycyny sprawia też, że coraz trudniej jest utrzymać kompetencje w zakresie opieki nad dziećmi i nad dorosłymi jednocześnie, co uzasadnia jej rozdzielenie na pediatrię i internistykę. Korzyści z dopuszczenia do podstawowej opieki nad chorymi internistów i pediatrów w ramach praktyki grupowej wydają się oczywiste, przede wszystkim z punktu widzenia pacjentów, ale także całego systemu. Pacjenci nie będą musieli wędrować do różnych specjalistów i czekać nieraz miesiącami na wizytę, gdyż większość ich problemów zdrowotnych załatwiałby jeden lekarz (internista albo pediatra). Tylko w naprawdę trudnych przypadkach wymagaliby oni pomocy (konsultacji i/lub przejścia leczenia) specjalisty w określonej wąskiej dziedzinie. Opieka podstawowa stałaby się więc szersza i pogłębiona, a zarazem częściowo specjalistyczna. Poszerzenie kompetencji internistów i pediatrów o zagadnienia specyficzne dla podstawowej opieki zdrowotnej wymaga-

łoby jedynie niewielkiej modyfikacji dzisiejszych programów specjalizacji.

Równocześnie uzasadnione jest reaktywowanie specjalistycznych poradni internistycznych i pediatrycznych. Spowodowałyby to skrócenie kolejek do lekarzy wąskich specjalności i pozwoliłyby im skoncentrować się na diagnozowaniu i leczeniu trudnych przypadków z ich dziedziny. Należy w tym miejscu podkreślić, że nie jest dobrym rozwiązaniem przyspieszone kształcenie rzesz specjalistów w wąskich dziedzinach ani tym bardziej dokładanie nowych specjalizacji.

Zwracamy też uwagę na jeszcze jeden ważny problem. Sytuacja, w której specjalizowanie się w pediatrii i chorobach wewnętrznych z powodu niekorzystnych uwarunkowań systemowych przestaje być dla młodych lekarzy atrakcyjne, sprawia, że w niedalekiej przyszłości może zabraknąć kadry lekarskiej do szkolenia nawet w podstawowym module internistycznym i pediatrycznym, będącym – w myśl nowego, modułowego systemu specjalizacji – podstawą do dalszego specjalizowania się w węższych dziedzinach. Problem ten dodatkowo pogłębia niepokojąca tendencja do likwidowania szpitalnych oddziałów internistycznych i pediatrycznych; może więc też zabraknąć miejsc do realizacji modułu podstawowego z chorób wewnętrznych.

Aby można było rozszerzyć udział internistów i pediatrów w opiece zdrowotnej, powinny zostać spełnione następujące warunki:

- zniesienie ustawowej bariery uniemożliwiającej pracę w POZ internistom i pediatrom,
- takie finansowanie opieki w ramach POZ, które dałoby placówkom zapewniającym specjalistyczną opiekę internistyczną i pediatryczną (czyli zatrudniającym internistę i pediatrę) dodatkowe środki na leczenie i konsultowanie w ramach kompetencji specjalisty chorób wewnętrznych lub chorób dzieci (byłoby to możliwe np. po wprowadzeniu rozliczania świadczeń w opiece ambulatoryjnej i POZ według JGP),
- przywrócenie specjalistycznych poradni internistycznych i pediatrycznych,
- priorytetowe kształcenie internistów i pediatrów poprzez zwiększenie liczby rezydentur.

Jesteśmy przekonani, że wprowadzenie wyżej zaproponowanych zmian w obecnym systemie opieki zdrowotnej w Polsce przyniesie wymierne korzyści pacjentom. Jednocześnie nie zwiększy to ponoszonych kosztów, lecz w sytuacji ograniczonych środków pozwoli na lepsze ich wykorzystanie.

Spotkajmy się w Filharmonii

Komisja Kultury zaprasza



3 grudnia 2010 r. (piątek)
godz. 19, Aula Uniwersytecka

KLASYCY NIE TYLKO

WIEDEŃSCY

Eldbjørg Hemsing – skrzypce
Michael Sanderling – dyrygent
Orkiestra Filharmonii Poznańskiej
Bartosz Michałowski – wprowadzenie słowne do koncertu

4 grudnia 2010 r. (sobota)
godz. 10, Aula Uniwersytecka

PRO SINFONIKA

4 grudnia 2010 r. (sobota)
godz. 14, Aula Uniwersytecka

PRO SINFONIKA

6 grudnia 2010 r. (poniedziałek)
godz. 9, Aula Uniwersytecka

KOLOROWE NUTKI

6 grudnia 2010 r. (poniedziałek)
godz. 11, Aula Uniwersytecka

KOLOROWE NUTKI

11 grudnia 2010 r. (sobota)
godz. 18, Aula Uniwersytecka

408. KONCERT POZNAŃSKI

RADOSNE WYZWOLENIE

Krzysztof Urbański – dyrygent
Orkiestra Filharmonii Poznańskiej
Krzysztof Szaniecki – prowadzenie koncertu

17 grudnia 2010 r. (piątek)
godz. 19, Aula Uniwersytecka

GWIAZDA PRZED GWIAZDKĄ

Julian Rachlin – skrzypce, dyrygent
Orkiestra Filharmonii Poznańskiej
Marlena Gnatowicz – prowadzenie koncertu

27 grudnia 2010 r. (poniedziałek)
godz. 19, Aula Uniwersytecka

KONCERT MARSZAŁKOWSKI

W 92. ROCZNICĘ WYBUCHU POWSTANIA WIELKOPOLSKIEGO

Aleksandra Lewandowska – sopran
Marzena Michałowska – sopran
Poznański Chór Chłopięcy

Chór Akademicki UAM
Poznański Chór Kameralny
Jacek Sykułski – dyrygent, przygotowanie chóru
Bartosz Michałowski – przygotowanie chóru
Orkiestra Filharmonii Poznańskiej

28 grudnia 2010 r. (wtorek)
godz. 19, Aula Uniwersytecka

SŁOWICZE KOŁĘDOWANIE

Stefan Stuligrosz – dyrygent
Chór Chłopięcy i Męski
Filharmonii Poznańskiej Poznańskie Słowiki

29 grudnia 2010 r. (środa)
godz. 19, Aula Uniwersytecka

SŁOWICZE KOŁĘDOWANIE

Stefan Stuligrosz – dyrygent
Chór Chłopięcy i Męski
Filharmonii Poznańskiej Poznańskie Słowiki

31 grudnia 2010 (Piątek)
godz. 20, Aula Uniwersytecka

WIECZÓR SYLWESTROWY Z MUZYKĄ, TAŃCEM I NIESPODZIANKAMI

Elena Xanthoudakis – sopran
Paul Featherstone – tenor
Łukasz Borowicz – dyrygent
Orkiestra Filharmonii Poznańskiej
Krzysztof Zanussi – prowadzenie koncertu

Komeda ogląda film życia

Długa jest lista sukcesów Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu i jego absolwentów. Okazja do zaprezentowania osiągnięć była szczególna. W 90-lecie studiów lekarskich przed gmachem Centrum Stomatologii stanął pomnik Krzysztofa Komedy Trzczińskiego, a w Centrum Kongresowo-Dydaktycznym UMP otwarto okolicznościową wystawę. Podczas konferencji prasowej dziennikarze zostali poinformowani przez władze uczelni także o planach rozwoju w różnych dziedzinach.

Międzynarodowa renoma poznańskiego Uniwersytetu Medycznego wyraża się liczbą studentów zagranicznych. Jest ich obecnie tysiąc, łącznie z tymi, którzy studiują w ramach programu Erasmus. Pochoǳą między innymi z USA, Kanady, Tajwanu, z Hiszpanii, Portugalii i Włoch. Krajowa renoma wyraża się liczbą kandydatów na jedno miejsce. W tym roku w pierwszym eta-

pie rekrutacji było ich 17, a ostatecznie 10.

Wybitnymi absolwentami uczelni są dr Wanda Błęńska, która ponad 40 lat zajmowała się trędotowymi, prof. transplantologii Maria Siemionow z kliniki w Cleveland, prof. pediatrii Marian Rewers z uniwersytetu w Denver, profesorowie Andrzej Jakubowiak i Mirosław Górny z USA.

Zdolnym studentem był Krzysztof Komeda-Trzcziński (1931–1969). Gdy ukończył studia w 1956 r., prof. Aleksander Zakrzewski zaproponował mu asystenturę. Wnet uzyskał I stopień specjalizacji, samodzielnie zaczął wykonywać operacje laryngologiczne. Na trzyletni staż do Pragi (w dziedzinie foniatryi) już się nie wybrał. Dała o sobie znać jego wielka pasja do muzykowania. Pionier nowoczesnego jazzu w Polsce, pianista, kompozytor, twórca muzyki filmowej, aranżer. Jego pomnik, pierwszy na świecie, stanął przed gmachem poznańskiego Centrum Stomatologii. W uroczystości odsłonięcia uczestniczyła dr Irena Orłowska, siostra Krzysztofa.

TEKST I ZDJĘCIA: ANDRZEJ PIECHOCKI



Wiersze



ALOJZY ADAMSKI

Cicha Noc...

RZECZPOSPOLITA (pospolita?) –
 To nasza дума, nadzieja!
 Trwa „braterska” walka ostra:
 „PATRIA nostra?” – „PARTIA nostra?”
 Fanaberie, uzurpacje –
 księżycowe aberracje...
 Łatwo w zgiełku i zamęciu
 Wypaść z toru na zakręcie.
 Czy Ojczyzna to igrzyska
 i prywatne harce?
 To wspólnota krwią zdobyta,
 hartowana w walce!
 Tu nie pole na popisy,
 układziki i szarady,
 by buszował instynkt dziki –
 od zwady do zwady.
 Niech nas Gwiazda Betlejemka
 prowadzi do chwały –
 niechaj żyje cel szlachetny,
 a szczególnie zuchwały.
 Oby zaczął los odmieniać
 Dzień Bożego Narodzenia.
 Radosnych Świąt!

N.Z.O.Z. w Poznaniu
 (Jeżyce) zatrudni

OKULISTĘ, NEUROLOGA

Wynajmiemy wyposażone
 gabinety lekarskie
 506 081 771

Sprzedam wyposażenie

biurowe i medyczne
 gabinetu ginekologicznego
 605-414-355

Specjalista pulmonolog pediatra

poszukuje pracy
 513 170 416



WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA

BIULETYN INFORMACYJNY WYDAWANY PRZEZ RADĘ OKRĘGOWĄ WIL W POZNANIU

ISSN 1233-2216 Nakład 13 000 egz.

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

centrala tel. 61 852 58 60; prezes tel. 61 851 87 66;
 praktyki indywidualne tel. 61 851 87 62, rejestr lekarzy tel. 61 851 87 58;
 księgowość tel. 61 851 87 59, faks/tel. 61 851 87 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. Poznańska 64
 przewodniczący – lek. dent. Jacek Zabielski
 tel./faks 62 766 41 43, tel. kom. 783 993 908
 sekretarki – Maria Linkowska, Ilona Błaszczyk
wikalisz@neostrada.pl

DELEGATURA W KONINIE

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

DELEGATURA W LESZNIE

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

DELEGATURA W PILE

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

DELEGATURA OSTROWSKO-KROTOSZYŃSKA

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

kolegium redakcyjne Biuletynu Informacyjnego WIL

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

Na zlecenie WIL wydany przez

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



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

**Księgowość i podatki
Doradztwo podatkowe
Kasy fiskalne
Rozliczenia NZOZ**

Przejmujemy pełną odpowiedzialność za prowadzenie spraw firmy przed urzędami skarbowymi i ZUS.
Posiadamy wieloletnie doświadczenie i grupę zadowolonych klientów.

PODATKI TO NASZA SPECJALNOŚĆ

**ZATRUDNIMY
STOMATOLOGÓW**

(B. DOBRE WARUNKI)

NZOZ – STOMATOLOGICZNY

DENT
Poznań

tel. 602 233 222

**Lekarz
ze specjalizacją
z medycyny rodzinnej**
10 lat w POZ,
szuka pracy w okolicy Poznania
tel. 509 974 084 po 16.00

**NZOZ zatrudni
lekarzy
dentystów
w gabinetach
stomatologicznych
w Poznaniu
i okolicznych
miejscowościach
(do 60 km)**

**Oferujemy dobre
warunki finansowe
tel. 601 93 56 68**

NZOZ w Poznaniu
zatrudni
**Lekarza
do pracy w POZ**
tel. 606 812 141

**BIURO
RACHUNKOWE**
SALDO
ul. Prądnicka 4
tel./faks 61 843 26 16

- Lekarze na kontraktach
- Prywatne praktyki i NZOZ-y
- Pełna obsługa księgową (ZUS i podatki)
- Doradztwo
- Wyprowadzanie zaległości
- Obsługa kas fiskalnych

N.Z.O.Z. PRZYCHODNIA STOMATOLOGICZNA

KA-DENT
STOMATOLOGIA
we Wschowie

**ZATRUDNI
lekarza stomatologa**

umowa z NFZ oraz prywatnie
(oferujemy dobre warunki pracy)

kontakt z kierownikiem - 509 502 611

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



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

Tel. kontaktowy 667 67 29 29

 **Prywatna Lecznica
CERTUS**

Poszukuje lekarzy specjalistów do pracy
w Swarzędzu:
**lek. medycyny pracy, okulistę
laryngologa, radiologa**
(kontakt w Kierownikiem POZ w Swarzędzu, tel. 507 003 843)

oraz do pracy w Poznaniu
**anestezjologa na etat w szpitalu
specjalistę kardiologa i onkologa do ambulatorium**
(kontakt w Kierownikiem Dz. Personalnego 507 003 855
e-mail: kierownik.dp@certus.med.pl)

Wielkopolska Izba Lekarska Delegatura w Koninie
serdecznie zaprasza na

BAL LEKARZA
który odbędzie się 15 stycznia 2011 r.
(sobota) o godz. 20.00
w Hotelu „Mikorzyn” w Mikorzynie k. Konina.

**Będzie to bal kostiumowy,
tematyka przebrania dowolna!**

Szczegóły dotyczące balu w siedzibie Delegatury WIL,
Konin, ul. Makowa 2
tel. 63 245 66 10, kom. 783 993 909

Przedstawiamy ofertę sprzedaży lokalu usługowego
**Lokal idealny na gabinety lekarskie/przychodnię lekarską
w ŚCISŁYM CENTRUM MIASTA POZNANIA
z MIEJSCAMI PARKINGOWYMI
(ul. Długa 4, przy fontannie)**

Powierzchnia 280 metrów kwadratowych z możliwością dalszej rozbudowy, lokal dwupoziomowy z wejściem bezpośrednio z ulicy (parter około 70 m² i piętro około 210 m², wewnętrzna klatka schodowa), w zabytkowej kamienicy, po generalnym remoncie w 2008 roku, c.o. indywidualne gazowe, KLIMATYZACJA, dogodny rozkład pomieszczeń, media rozprowadzone po całym lokalu.

Kontakt: 607 745 961

**Lekarza stomatologa
z doświadczeniem
w pracy z mikroskopem
stomatologicznym – zatrudnię**
tel. 61 656 97 97
tel. kom. 509 579 160
e-mail: gabinet@stomatologiaoptimo.pl

**Do wynajęcia lokal 70 m²
Centrum w Poznaniu
– pasaż Piekary-Ogrodowa
na usługi medyczne
lub inne propozycje**
tel. 607 641-665

Administracja
Osiedla Raszyn
informuje, że posiada
**do wynajęcia
lokal użytkowy
do zaadaptowania
na gabinet lekarski**
w pawilonie
przy ul. Palacza 141/143
o pow. 56,20 m² z wod.-kan. i c.o.
Informacje tel. 61 64 74 248

PRENUMERATA

Menedżera Zdrowia na 2011 r.!
(10 wydań)

110 zł

Dziesięć pierwszych osób otrzyma książkę **Ceny i refundacja leków** autorstwa Tomasza Bochenka i Adama Kozierkiewicza oraz weźmie udział w losowaniu **dwóch elektrokardiografów**.

Dzięki prenumeracie zyskują Państwo:

- 5 punktów edukacyjnych,
- zniżki na wybrane konferencje organizowane przez *Termedia*,
- dostęp do najnowszej wiedzy z 28 czasopism, które ukazują się nakładem naszego wydawnictwa.

Prenumeratę można zamówić:

- wypełniając formularz na stronie www.termedia.pl,
- wysyłając faks: +48 61 656 22 00,
- dzwoniąc: +48 61 656 22 00,
- wysyłając e-mail: prenumerata@termedia.pl.



Liderzy opinii partnerami lekarza praktyka

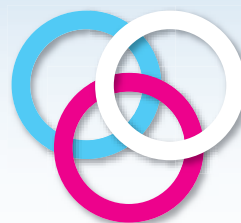
Zapraszamy na **V Jubileuszowy Kongres**

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

Wykłady inauguracyjne:

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

TOP MEDICAL TRENDS



2011

Poznań, 11–13 marca

Międzynarodowe Targi Poznańskie, paw. 15

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

termedia
wydawnictwa
medyczne



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

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



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

www.topmedicaltrends.pl