



# WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA

**OKRĄGŁY STÓŁ II**

**Pakiet  
w rękach postów**

**Obowiązek  
informowania**

**EDM wymaga e-podpisu**

Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie  
– Klinika Chorób Infekcyjnych i Alergologii  
oraz wydawnictwo *Termedia*



Pulmonologia  
i alergologia 2008

Warszawa 10–11 kwietnia 2008 r.

zapraszają na konferencję do  
Courtyard by Marriott Warsaw International Airport Hotel,  
ul. Żwirki i Wigury 1, Warszawa

## Program konferencji

**czwartek, 10 kwietnia, godz. 14.00**

*Co to jest alergia i skąd się bierze – prof. dr hab. Jerzy Kruszewski*

*Czy alergia jest dużym problemem? – prof. dr hab. Bolesław Samoliński*

*Alergeny w alergicznym nieżycie nosa i astmie oskrzelowej – dr Piotr Rapiejko*

*Alergiczne nieżyty nosa – prof. dr hab. Bolesław Samoliński*

*Zasmarkane dziecko: problem czy banal – prof. dr hab. Marek Kulus*

**Zakończenie godz. 19.30**

**piątek, 11 kwietnia, godz. 9.00**

*Atopowe zapalenie skóry – prof. dr hab. Wiesław Gliński*

*Astma wg GINA – prof. dr hab. Piotr Kuna*

*Anafilaksja. Wstrząs anafilaktyczny – prof. dr hab. Jerzy Kruszewski*

*Pokrzywki – problem diagnostyczny i terapeutyczny  
– prof. dr hab. Zbigniew Samochocki*

**Zakończenie godz. 13.30**

**Uczestnicy otrzymują 9 punktów edukacyjnych**

Opłata konferencyjna: 90 zł. **CENA PROMOCYJNA: 50 zł!**  
Prosimy o wpłatę na konto:  
Termedia sp. z o.o.  
ul. Kleeberga 8, 61-615 Poznań  
30 1090 1359 0000 0001 0559 9169  
(z dopiskiem *Pulmonologia i alergologia 2008*)

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

Komitet Naukowy:  
prof. dr hab. Jerzy Kruszewski

**termedia**  
wydawnictwa  
medyczne

www.termedia.pl

## Program ramowy

- Epidemiologia chorób układu krążenia i cukrzyca
- Prewencja chorób układu krążenia i cukrzyca
- Edukacja i pielęgniarstwo kardiodiabetologiczne
- Pacjenci kardiodiabetologiczni w praktyce lekarza rodzinnego
- Stopa cukrzycowa
- Kardiodiabetologia u kobiet
- Farmakologia w kardiodiabetologii
- Nadciśnienie tętnicze a cukrzyca
- Wybrane problemy z farmakoterapii
- Kardiologia
- Zespół metaboliczny
- Problemy ginekologiczne i endokrynologiczne u kobiet z cukrzycą
- Diabetologia
- Kardiologia inwazyjna u chorych z chorobą niedokrwienną serca i cukrzycą
- Kardiodiabetologia wieku rozwojowego
- Aktywność fizyczna w prewencji i leczeniu pacjentów z chorobami sercowo-naczyniowymi i cukrzycą
- Zasady leczenia dietetycznego
- Leczenie dietetyczne chorych kardiodiabetologicznych
- Leczenie cukrzyca u chorych z chorobami sercowo-naczyniowymi
- Stan psychiczny a ryzyko sercowo-naczyniowe u chorych na cukrzycę
- Leczenie kardiologiczne pacjentów z chorobą niedokrwienną serca i cukrzycą
- Opieka nad pacjentem z cukrzycą i chorobami sercowo-naczyniowymi
- Cukrzyca i choroba niedokrwienna serca – aspekty patogenetyczne
- Niewydolność serca a cukrzyca

II Ogólnopolski Zjazd  
Polskiego Towarzystwa  
Kardiodiabetologicznego

## Kardiodiabetologia XXI wieku

Poznań, 17–19 kwietnia 2008 r.  
Międzynarodowe Targi Poznańskie

Przewodnicząca komitetu naukowego: prof. dr hab. Ida Kinalska  
Przewodnicząca komitetu organizacyjnego: prof. dr hab. Danuta Pupek-Musialik  
Organizatorzy: Polskie Towarzystwo Kardiodiabetologiczne, Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Zaburzeń Metabolicznych i Nadciśnienia Tętniczego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, wydawnictwo *Termedia*, wydawca czasopisma *Przegląd Kardiodiabetologiczny*

Patroni medialni:

Przegląd  
Kardiodiabetologiczny

PL  
przewodnik  
lekarza

radio Merkur  
POLSKIE RADIO

DIABETYK

Śłużba Zdrowia

TERAPIA  
WIEDZĄCZNA DLA LEKARZY FARMACEUTÓW

Lekarz  
MAGAZYN DLA POZ

**Biuro organizacyjne**

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

www.termedia.pl

## Diagnoza wstępna

## Spis treści

## Nostalgia



Przykro to pisać, ale władza doktorów nie lubi. Co prawda sami jesteśmy sobie winni. Przez tyle lat naprzykrzaliśmy się zapracowanej administracji z naszymi, pożałuj Boże, problemami, że każdy cierpliwość by stracił. Żeby to jeszcze było coś ważnego! Ale nie. Takie tam marudzenie, że służba zdrowia źle zorganizowana albo że czegoś tam za mało, że kolejki czy wreszcie, to najbardziej żalodne – że mało zarabiamy. A kto zarabia dość?! Władza poświęcała swój cenny czas i tłumaczyła doktorom jak komu dobru, że raczej nie wystarczą, potrzeba jeszcze pieniędzy, a skąd je brać? Ale doktory swoje. I że jak nie dostaną tego, co chcą, to nie będą pracować. To jest dopiero tupet: nie będą pracować! A pacjenci? A kodeks etyki? Brak forsy powinna zastąpić im świadomość powagi sprawy, zawodu i zawodu, jaki sprawiają władzy. Ale doktory okazali się tępi i głusi na mądre wywody. Oni chcą, żeby lepiej im się pracowało i więcej zarabiali. I co im zrobisz?

Jeszcze ta idiotyczna ustawa o czasie pracy. Resort zdrowia nie brał jej poważnie, bo kto by ją brał. Dotąd przez lata doktory pracowały, jak im się kazało, i było dobrze. Ale lekarze uparli się, że jak jest takie prawo, to oni mogą pracować jak każdy inny „etatowiec” w tym kraju.

No, moi drodzy, święty by nie wytrzymał! Na pokazówkę wybrano Radom – znów ten Radom... Lekarze nie chcą pracować więcej, to błyskawicznie zaczęto likwidować ich oddziały. Jak w ogóle nie będą mieli gdzie pracować, to się wreszcie nauczą. Niech nikt nie mówi, że to szantaż. To po prostu edukacja obywatelskiej postawy. Ministerstwo z NFZ nie kochają się za bardzo, ale w tym wypadku, co zupełnie zrozumiale, wystąpili razem i odpowiedzialnie...

Administracja i tak wykazywała się wielką cierpliwością. Ale są granice. To marzenie doktorom już nie wystarczą?! To oflagowania mało?! To stanowiska, apele, memoriały, opinie, wnioski, uchwały i co tam sobie co jakiś czas pisali – to nic?! Przecież nikt im nie zabraniał. Władza nie ma czasu na jakieś konferencje, sesje czy zebrania, a jednak dla lekarzy była skłonna zwołać jeszcze jeden szczyt, tym razem biały. I zwołała. Ale czy doktorom kto dogodzi – szczyt skrytykowali (także w tym biuletynie).

No i doktory mają, czego chcieli. Nie tylko będzie likwidowało się oddziały. Wraca temat kas fiskalnych. Koniec z ukrywaniem dochodów. Ministerstwo już nawet nie udaje, że chodzi mu o dochody szarej strefy. Chodzi o „dowalenie” lekarzom podatkami i tyle. Niech sobie nie myślą! Koniec z łączeniem pracy w szpitalu i prywatnym gabinecie. Ministerstwo chce, żeby było albo albo. Ten pomysł też po to, żeby wstrząsnąć lekarzami i pokazać, kto tu rządzi.

No i jeszcze szczegółowa kontrola, kiedy lekarze wychodzą ze szpitala do innej pracy. A więc powrót do starej praktyki. W dawnych ZOZ-ach to nie dyrekcja, związki, POP i lekarze byli najważniejsi. Najważniejszy był kadrowiec. On sprawdzał listę obecności. To były czasy, że nieważne było, co zrobiłeś w pracy, tylko czy odsiedziałeś swoje. Jak cię złapali na spóźnieniu czy wcześniejszym wyjściu – draka. Oczywiście nieoficjalnie wszyscy wiedzieli, że tak się dzieje, i przymykali oczy, bo przecież wiadomo, ile ten lekarz zarabia i musi dorobić. W przychodni, pogotowiu, prywatnym gabinecie. Na ten ostatni musiał zgodzić się twój dyrektor. Rzecz musiała być odnotowana w kadrach. Dlaczego? Bo tak. A dlaczego na kwestionariuszu paszportowym musiała być adnotacja kadr i dyrekcji? Przecież to był twój urlop? No i co z tego. Nikomu nie przychodził do głowy strajk. Czy wyjazd do roboty za granicę. Można było protestować, byle być punktualnie w pracy, swoje odsiedzieć i przyjmować pacjentów. Był porządek i tyle. Takie to były czasy.

U niektórych daje się zauważyć narastanie nostalgii za nimi...

Andrzej Baszkowski

Zdaniem prezesa	4
Omówienie posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej	5
Okragły Stół II – wołanie na puszczy	6
Top Medical Trends 2008	8
„Polish jokes”	8
Doktor – po wielkopolsku	10
Pakiet w rękach posłów	11
EDM wymaga e-podpisu	12
Kilka myśli po zburzeniu muru	14
Obowiązek informowania	16
Zebranie stomatologiczne	16
Symposium w Brześciu Białoruskim	18
Dawka mediów	20
Pamięci Profesora	22
SHORT CUTS	24
Nauczycielem jest pacjent	26
Wiersze	30

# Zdaniem prezesa

Rozmowa ze Stefanem Sobczyńskim, prezesem Wielkopolskiej Izby Lekarskiej



STEFAN  
SOBCZYŃSKI

## Jaka jest Pańskim zdaniem kondycja lekarskiego etosu we współczesnym świecie?

W ostatnim stuleciu nastąpił ogromny rozwój medycyny, można wręcz mówić o skoku do innej epoki medycznej, ale pomimo tego *Primum non nocere* i inne podstawowe zasady etyki lekarskiej nie straciły nic ze swej aktualności. I choć od czasów Hipokratesa minęły całe wieki, to dobro pacjenta pozostaje najważniejszą zasadą naszego zawodu. Można jed-

nak mówić o pewnej dehumanizacji medycyny, bo w tym zabieganym świecie i przy coraz większym postępie technicznym najzwyczajniej zaczyna nam brakować czasu i okazji do rozmów z pacjentami.

Podczas niedawnych targów medycznych SALMED 2008 przyglądałem się konkursowi na najlepszego lekarza rodzinnego w Wielkopolsce. I z cytowanych w jego trakcie wypowiedzi pacjentów wyłaniał się obraz środowiska lekarskiego jako tego, które wręcz unika rozmów z chorymi. Zwycięzcami konkursu okazali się zaś właśnie ci lekarze, którzy wyróżniali się największą komunikatywnością.

## Ale to chyba naturalne, że pacjenci chcieliby wiedzieć, co im dolega, na jaką chorobę chorują, jak ją leczyć itp.

Chorzy mają do tych wiadomości absolutne prawo. To są proste pytania, ale dla pacjentów niezmiernie ważne. Jeszcze istotniejsze od pytań są jednak lekarskie odpowiedzi. Jakość tej komunikacji zależy zaś od doświadczenia lekarza – w ilu i w jakich słowach potrafi on przekazać informację, tak żeby nie budziła ona wątpliwości albo żeby na jej tle nie doszło do

dalszego niezrozumienia i narastającego konfliktu między pacjentem a lekarzem. W skrajnych przypadkach zdarza się bowiem, że skutkuje to nawet skierowaniem sprawy do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

## A lekarzom, podobnie jak księżom, wybacza się mniej od innych grup zawodowych...

Środowisko lekarskie od zawsze było na świeczniku. Generalnie jednak uważam, że mamy solidnie wypracowane podstawy właściwego postępowania w postaci Kodeksu Etyki Lekarskiej, uchwalonego 14 grudnia 1991 roku podczas II Krajowego Zjazdu Lekarzy. Moim zdaniem obecny kodeks jest bardzo dobry i świetnie wytrzymuje próbę czasu.

## Etyczne podstawy są, gorzej z tymi bytowymi...

W przysiędze Hipokratesa jest wyraźnie mowa o tym, że lekarz powinien być godziwie wynagradzany.

Tymczasem cały czas większość naszych Koleżanek i Kolegów zmuszona jest pracować na upokarzających warunkach finansowych. I taka sytuacja ciągnie się od kilkudziesięciu lat. Już w czasach komunistycznych państwo, które w ostatecznym rozrachunku jest przecież zawsze odpowiedzialne za funkcjonowanie całej służby zdrowia, uznało, że praca lekarzy nie jest warta godziwego wynagrodzenia. Między wierszami stwierdzono wręcz, że powinni oni radzić sobie sami.

Lekarz został więc niejako zagoniony, zmuszony przez warunki bytowe do rozmaitych prac dodatkowych. Przykładowo, kiedy ja po stażu rozpoczynałem pracę w szpitalu, dostałem pensję w wysokości 1200 zł i bardzo niewielkie perspektywy na przyszłość. Ot, 1500 złotych po kilku latach. Dlatego po dniu spędzonym w szpitalu, szedłem jeszcze do

## Kalendarium prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej

Luty-marzec 2008

- |                  |          |   |
|------------------|----------|---|
| <b>23 lutego</b> | – Poznań | – udział w posiedzeniu Okręgowej Komisji Rewizyjnej WIL wybranej na XXVII Nadzwyczajnym Okręgowym Zjeździe Lekarzy WIL.   |
| <b>29 lutego</b> | – Poznań | – udział w posiedzeniu Prezydium ORL.   |
| <b>7 marca</b>   | – Poznań | – udział w posiedzeniu Prezydium ORL oraz spotkanie z panią Marszałek Województwa Wielkopolskiego Krystyną Poślednią.   |
| <b>13 marca</b>  | – Poznań | – uczestnictwo w uroczystym obiedzie zorganizowanym z okazji Międzynarodowego Salonu Medycznego SALMED 2008 z udziałem przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia.    |
| <b>13 marca</b>  | – Poznań | – udział w Wieczorze Branżowym Międzynarodowego Salonu Medycznego SALMED 2008.  |
| <b>14 marca</b>  | – Poznań | – udział w uroczystości rozstrzygnięcia i wręczenia honorowych dyplomów laureatom konkursu „Mój Doktor” podczas Międzynarodowego Salonu Medycznego SALMED 2008. |
| <b>14 marca</b>  | – Poznań | – udział w posiedzeniu Prezydium ORL i Okręgowej Radzie Lekarskiej.   |
| <b>25 marca</b>  | – Poznań | – udział w XV Okręgowym Zjeździe Sprawozdawczo-Budżetowym Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu.  |
| <b>28 marca</b>  | – Poznań | – udział w posiedzeniu Prezydium ORL.   |

poradni, a w nocy jeździłem w pogotowiu. We własnym łóżku praktycznie nie sypiałem. Podobnie funkcjonowali inni koledzy. Jednocześnie zaś ze wszystkich stron słyszeliśmy napomnienia o ciężającej na nas odpowiedzialności oraz o konieczności etycznego zachowania. Częstość niektórzy z nas zadawali sobie wówczas pytanie: w imię czego mamy się tak poświęcać?

I dziś sytuacja wygląda podobnie. Lekarze zarabiają nadal bardzo różnie, ale refren o odpowiedzialności lekarskiej powtarzany jest cały czas. Te apele brzmią zaś szczególnie zabawnie w ustach polityków, których odpowiedzialność, w przeciwieństwie do ich zarobków, jest często zerowa. A przecież to właśnie oni decydują o takiej, a nie innej organizacji całej naszej służby zdrowia.

### **Dlatego współczesny doktor Judym coraz częściej szuka pracy za granicą...**

Środowisko lekarskie znalazło się dziś w takiej sytuacji, w której wiele Koleżanek i Kolegów wybiera chleb i godniejsze życie, a dopiero potem myśli o innych kwestiach, i ja to w pełni rozumiem. Bo to jest po trosze nadrabianie tego wszystkiego, co nie mogło być udziałem naszego pokolenia.

Ale masowa migracja lekarzy stawia też nowe wyzwania przed Izbami Lekarskimi. Ja zawsze twierdziłem – chociaż miałem w tej materii wielu adwersarzy – że nasz samorząd oprócz zajmowania się sprawami etyki, powinien także bezwzględnie walczyć o godne zarobki dla lekarzy. I w tej chwili nasza Izba prowadzi taką działalność na dość szeroką skalę, dołączając w tym niejako do związków zawodowych. Ale chyba dopiero dzięki temu można powiedzieć, że jest to samorząd z prawdziwego zdarzenia.

**Mamy dziś sytuację skrajnie patologiczną – ta sama praca wykonywana w jednym szpitalu, jest zupełnie inaczej wyceniana w drugim. Przyzna Pan, że ma to niewiele wspólnego z jakąkolwiek etyką...**

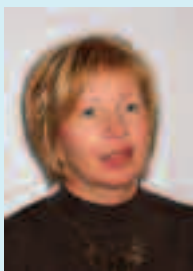
To zróżnicowanie jest w ogóle bardzo symptomatyczne dla obecnego stanu naszej służby zdrowia. Brakuje dobrej organizacji – w każdej jednostce panuje inny model zarządzania, bo nie można się odwołać do jakiegoś jednolitego, ustalonego sposobu funkcjonowania. To między z innymi z tego powodu bierze się to niesamowite zróżnicowanie lekarskich wynagrodzeń, które jest przyczyną coraz większych podziałów w naszym środowisku. Tymczasem wielu dyrektorów szpitali publicznych zachowuje się tak, jakby byli szefami placówek prywatnych. Wysokie zarobki forsowane są nawet w niektórych bardzo zadłużonych szpitalach. Narzuca się więc pytanie: o co tutaj chodzi? Czy aby nie o doprowadzenie tych placówek do upadłości? A co z personelem medycznym, co z pacjentami?

Wielkopolska Izba Lekarska stara się monitorować na bieżąco sytuację w tych zagrożonych jednostkach, przede wszystkim poprzez angażowanie profesjonalnych sił prawniczych.

Nasza Izba korzysta w tej chwili z usług dobrej kancelarii prawnej i z dobrych prawników, którzy orientują się w najróżniejszych dziedzinach ochrony zdrowia i przez to mogą być równorzędnym partnerem w rozmowach z szefami placówek medycznych. WIL stopniowo staje się więc coraz bardziej zawodową strukturą i taką też widzę jej przyszłą rolę. Widać również, jak bardzo Izba zaczyna być potrzebna lekarzom w tych nowych czasach.

ROZMAWIAŁ ŁK

## **Omówienie posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej**



IWONA JAKÓB

Posiedzenie prowadził przewodniczący ORL WIL, kol. Stefan Sobczyński. Zatwierdzono program posiedzenia, a następnie prezes przedstawił obecnych na sali: przewodniczącą nowej Okręgowej Komisji Rewizyjnej, kol. Marlenę Knapczyk i wiceprzewodniczącego (dentystę), kol. Juliusza Pogorzelskiego. Drugim wiceprzewodniczącym został (lekarz) kol. Tomasz Smukowski. Pozostali członkowie OKR to: kol. Bożena Urban, Mariusz Fischbach, Marcin Karolewski i Andrzej Masłowski. Przewodnicząca OKR omówiła plan pracy komisji oraz poinformowała o konieczności przeprowadzenia audytu, ponieważ członkowie poprzedniej OKR, mimo że pracowali do 17 grudnia ubiegłego roku, nie złożyli sprawozdania z działalności i nowa komisja musi się zapoznać z finansami WIL bez ich pomocy. Z tego powodu prace komisji nie zakończą się przed ustaloną datą zjazdu (29 marca). Rada podjęła uchwałę o zmianie terminu zjazdu na 31 maja.

Kolega Wiesław Wawrzyniak przedstawił sprawozdanie ze spotkania lekarzy z Radą Powiatu i Starostą w Śremie.

Toczy się tam nadal batalia właścicieli budynku przychodni (starostwo) z lekarzami wynajmującymi lokale na leczenie w ramach kontraktów z NFZ. Starostwo chce zbyć lokale, najlepiej poprzez przetarg nieograniczony, za jak najwyższą cenę. Trudno się dziwić, ale czy lekarze otrzymają kredyty na ich zakup, jeśli średnia wieku wynosi 55 lat? Można co prawda przeznaczyć pomieszczenia na inne usługi, tylko gdzie będzie się leczyć 41 tys. mieszkańców? Końca sporu na razie nie widać.

Przyjęto uchwały dotyczące spraw osobowych, m.in.:

- kandydatów na członków wchodzących w skład Państwowej Komisji Specjalizacyjnej w medycynie podstawowej i szczegółowej,
- wyznaczenia członków komisji konkursowych.

Koleżanka Anna Tarajkowska w imieniu członków Komisji Kultury zaprosiła wszystkich lekarzy do Teatru Nowego na spektakl „Burza” Williama Shakespeare’a, 25 kwietnia, o godz. 19.00. W ramach (rozszerzonych czasowo) obchodów Dnia Służby Zdrowia zarezerwowano wszystkie miejsca dla lekarzy, po przedstawieniu odbędzie się spotkanie w „Zapadni” przy lampce wina lub kawie.

Spotkajmy się!

# Okrągły Stół II – wołanie na puszczy



**Dla niepoznaki przewodnicząca Maria Ochman zmieniła fryzurę.**

Zgodnie z moimi obawami (a nie chciałem przed miesiącem psuć Koleżeństwu świątecznego nastroju, dlatego piszę to dopiero teraz) idea „okrągłego stołu” służy jedynie poprawieniu dobrego samopoczucia rządzącym i odwróceniu uwagi wszystkich zainteresowanych „graczy” na boisku pod szyldem „Naprawa Systemu Ochrony Zdrowia w Polsce” od „piłki”, która jest już w zupełnie innym miejscu.

Dokładnie tak – za dwa dni 18 marca, na posiedzeniu plenarnym sejmiku, odbędzie się pierwsze czytanie projektów najważniejszych ustaw zdrowotnych, gdzie ani słowem nie wspomni się o rekomendacjach konferencji „białego szczytu” zawartych choćby w tym projekcie z 13 marca. Pozwolę sobie w tym miejscu spore fragmenty tego dokumentu redakcyjnego przytoczyć, mając gorzką świadomość, że wypracowane opinie wcale nie będą w aktualnym procesie legislacyjnym brane pod uwagę... Jak to zawile próbował malkontentem wytłumaczyć profesor Marek Safjan: teraz jest trochę za późno, ale nic straconego, przecież wszystko jest w toku, jeszcze nic nie jest postanowione... Czy na pewno? Czy może rządzący znowu wiedzą lepiej, co dla kraju, dla was, dla nas jest dobre? Obym się mylił, ale kontrowersyjne zachowania i wypowiedzi ministra Boniego (który jest tu z namaszczenia premiera) dają wiele do myślenia...

## **Fragmenty (hasła?) z rekomendacji konferencji „białego szczytu”**

I Zasady systemu ochrony zdrowia:

1. Pacjent znajduje się w centrum systemu ochrony zdrowia, bezpieczeństwo pacjenta jest podstawowym priorytetem reformy i zasadniczym celem dalszych prac ustawodawczych.
2. Konieczne jest uczynienie z reformy ochrony zdrowia jednego z głównych kierunków polityki społecznej państwa.
3. Należy stworzyć transparentne zasady obowiązujące w systemie ochrony zdrowia. Realizacją tego zadania będzie m.in. wprowadzenie jednakowych reguł postępowania wobec sektora publicznego i prywatnego.
4. Niezbędne jest zbudowanie mocnych podstaw finansowych systemu ochrony zdrowia. Jest to warunek prawidłowego funkcjonowania systemu, dostępności i jakości udzielanych świadczeń oraz zapewnienia godziwych warunków pracy i płacy jego pracownikom.
5. Warunkami prawidłowego funkcjonowania systemu są także: precyzyjne określenie zakresu gwarancji powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz opracowanie zgodnych z zasadami gospodarki i ekonomii form organizacji i zarządzania zakładami opieki zdrowotnej.



**Niezawodna dr Bożena Janicka z Wielkopolskiego PZ.**



**Prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych Elżbieta Buczkowska też z Wielkopolski.**



**Wieczny malkontent profesor Adam Sandauer ze Stowarzyszenia Obrony Praw Pacjenta.**

II „Biały szczyt” w pierwszej kolejności objął swoją analizą cztery obszary tematyczne konieczne do realizacji celów określonych w punkcie pierwszym obejmujące:

1. Status zakładów opieki zdrowotnej przekształcenia własnościowe – formy organizacyjne publicznych ZOZ nie przystają do obecnych realiów i wyczerpały swoje możliwości – spółki prawa handlowego, warunkiem jest restrukturyzacja zadłużenia, przenoszenie własności sp. ZOZ na szczebel wojewódzki nieobligatoryjnie, równość podmiotów.
2. Finanse i ubezpieczenia – dopłaty do świadczeń w celu racjonalizacji zachowań pacjentów i świadczeniodawców, prawo do sprzedaży świadczeń w ramach „wolnych mocy”, koszyk świadczeń gwarantowanych, prywatne

ubezpieczenia zdrowotne, ubezpieczenie zdrowotne rolników – tak jak innych obywateli, elektroniczne rejestrowanie zdarzeń medycznych.

3. Prawa pacjenta – rzecznik praw pacjenta, podstawowe prawa pacjentów, prawo do informacji.
4. Pracownicy ochrony zdrowia – gwarancje wynagrodzeń pracowników medycznych, brak ograniczeń do jednego miejsca zatrudnienia, czas pracy zgodny z dyrektywą unijną.

Pełna zgodność wszystkich uczestników konferencji co do konieczności zwiększenia publicznych nakładów na ochronę zdrowia.

MAREK WALKIEWICZ, ORL POZNAŃ  
OBSERWATOR Z RAMIENIA WLKP POROZUMIENIA ZIELONOGÓRSKIEGO



**Dr Krzysztof Tuczapski, Prezes Zarządu Spółki Zamojskiego Szpitala Niepublicznego – ewidentny dowód.**



**Naczelną Radę Lekarską reprezentował tym razem dr Romuald Krajewski.**

**Najbardziej eksploatowani Markowie – Safjan i Twardowski, oraz minister Michał Boni, który nie mógł pod stołem znaleźć żadnej pomocy.**





# Top Medical Trends 2008

Największe wydarzenie szkoleniowe organizowane przez wydawnictwo *Termedia* zakończyło się w Poznaniu 9 marca. Trwający trzy dni II Kongres *Top Medical Trends 2008*, na którym gościło ponad 3100 osób, okazał się wielkim sukcesem. Nie tylko lekarze rodzinni i interniści, ale również lekarze innych specjalności podczas 25 godzin sesji głównych i 13 godzin sesji satelitarnych mieli okazję zapoznać się z najnowszymi trendami w medycynie, przedstawionymi podczas autorских wykładów przez 77 wybitnych naukowców, reprezentujących 18 dziedzin medycyny.

Podczas tych sesji konsultanci krajowi i wojewódzcy oraz liderzy naukowych towarzystw medycznych podzielili się wiedzą i doświadczeniem. Po sesji głównej, w mniejszym gronie, uczestnicy mieli również możliwość dyskusji – naj-



dłuższa trwała ponad dwie godziny – i wymiany poglądów z wykładowcami.

Uroczystą inaugurację uświetniły wykłady prof. Antoniny Harłodzińskiej-Szmyrki, prof. Franciszka Kokota, prof.

## „Polish jokes”

„Polskie żarty” to określenie pochodzące z kultury amerykańskiej, utożsamiane z wyśmiewaniem głupoty i absurdu. Dawno temu, będąc w Nowym Jorku, zauważyłem w sklepie z pamiątkami półkę z gadżetami „polish jokes”, a tam kubek z uchem w środku. Obok stał dzbanek do kawy i herbaty (dwa w jednym) z dwoma dzióbkami, a dalej leżał niezbędny – nóż i widelec osadzone na przeciwległych końcach wspólnej rękojeści. Kubek byłbym kupił, ale czym zasłużył nasz naród, aby ten kubek nazwać polskim?

Wyszedłem pospiesznie – wzburzony i zawstydzony...

### Biały szczyt

Doniesień na ten temat było wystarczająco dużo, więc ograniczę się skrótowo do zdarzeń, których byłem świadkiem jako przedstawiciel OZZL w „zespolu ds. finansowania i ubezpieczeń dodatkowych”. Spotkania były trzy. Istotne były dwa: pierwsze i ostatnie. Przedmiotem dyskusji był: konieczny wzrost nakładów na leczenie publiczne oraz tematy (dla mnie) pochodne, tj. szukanie dodatkowych źródeł przychodu dla systemu na drodze dobrowolnych ubezpieczeń dodatkowych, a także na drodze współpłacenia pacjenta. Istotną dyskusji, już na jej wstępie, przedstawił prezes Konstanty Radziwiłł w skondensowanej formie 23 punktów. Kiedy przyjęto, że jest to doskonały materiał na protokół końcowy „zespołu”, prezes oznajmił, iż w rzeczy samej jest to protokół końcowy odbywającego się przed laty „okrągłego stołu”, zorganizowanego przez ministra Balickiego, z którego pozwolił sobie wykreślić 3 już zrealizowane postulaty... W intencji organizatora „szczytu” mieliśmy skupić się nad ewentualnymi poprawkami (a więc akceptacją) projektu ustawy o ubezpieczeniach. Nie wyraziliśmy na to zgody, gdyż w naszej opi-

nii najpierw należy określić standardy postępowania medycznego, a następnie na tej podstawie wycenić procedury. Po wycenieniu procedur ukonstytuować koszyk gwarantowany, w którym powinny znaleźć się wszystkie procedury ze wskazań życiowych. Pieniądze, które (jeśli w ogóle) pozostaną, podzielić na procedury koszyka częściowo gwarantowanego według wskazań medycznych. W ten sposób sam ukształtuje się koszyk świadczeń niegwarantowanych. Dowiedzieliśmy się jednak, że koszyk gwarantowany istnieje, ale nie jest do końca zdefiniowany. Będzie on ujawniony w czerwcu. Pytanie z sali – to po co my tu właściwie przyjechaliliśmy – pozostało bez odpowiedzi uzasadnionej merytorycznie. Z wystąpienia przedstawicieli Agencji Oceny Technologii Medycznych, podsumowującego dotychczasowe (blisko 2-letnie) prace, dowiedzieliśmy się, że wycena procedur jest trudna tak bardzo, że aż niemożliwa. Spośród wszystkich szpitali, które otrzymały ofertę współpracy, wybrano 20 najlepszych (wszystkie te, które zgodziły się na przesyłanie danych). Z powodu różnorodności danych (brak określenia jakiegokolwiek metodologii) nie udało się określić ceny żadnej procedury. Analiza doprowadziła ekspertów do wniosku, że winny temu jest katalog ICD-9, który mało, że istnieje w dwóch wersjach, to do tego jedna jest tylko w wersji drukowanej, a druga tylko w wersji elektronicznej. Pewnie dlatego nie można ich porównać... Ale, uwaga – już rozwiązano ten problem i jest akceptacja ministerstwa do utworzenia naszego, polskiego, przystającego do rodzimych warunków katalogu procedur. Potem wszystko powinno pójść szybko. Spodziewanego efektu – wyceny procedur najczęściej wykonywanych – należy oczekiwać w przyszłym roku... Stało się więc jasne, że koszyk gwarantowany wprowadzany w czerwcu br. będzie po raz kolejny polityczny, tzn. uwzględniający wszystkie inne czynniki poza możliwościami finansowymi. W momencie, w którym doszło do proklamowania stanowisk





Ryszarda J. Gryglewskiego oraz prof. Zbigniewa Lwa-Starowicza.

Na piątkowy wieczór organizatorzy zaprosili iluzjonistę, który po całodziennym wysiłku szkoleniowym zapewnił uczestnikom doskonałą zabawę.

W sobotę – drugi dzień Kongresu – wykłady trwały do godziny 20.00. Po nich, z okazji 15-lecia wydawnictwa *Termedia*, organizatorzy zaprosili uczestników na koncert zespołu Boney M, który specjalnie na tę okazję przyleciał z Londynu.

Uczestnicy bawili się przy muzyce lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych do późnych godzin nocnych. II Kongres TMT zakończył się w niedzielę. Warto podkreślić, że prawie do samego końca sala była wypełniona po brzegi.

Na zakończenie prof. Andrzej Steciwko – prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, oraz Janusz Michalak – prezes zarządu wydawnictwa *Termedia*, zaprosili uczestników na III Kongres *Top Medical Trends*, który odbędzie się w marcu 2009 r.

reprezentatywnych przedstawicieli społecznych i innych organizacji „pacjenckich”, że chorym należy się wszystko za darmo, należy podnieść nakłady bez wzrostu składki zdrowotnej i że nie ma zgody na współpłacenie i ubezpieczenia dodatkowe – wstałem i ukloniłem się sali po staropolsku.

Wyszedłem pospiesznie – wzburzony i zawstydzony...

### Czas pracy lekarzy

Zastosowanie europejskich norm czasu pracy w stosunku do lekarzy jest niewątpliwym sukcesem środowiska. Od stycznia br. (z przeszło 3,5-letnim opóźnieniem) czas dyżuru medycznego jest czasem pracy w nadgodzinach, a lekarz nie może być zmuszany do pracy ponad 48 godzin na tydzień. Niestety brak jednolitej interpretacji wydawałoby się jednoznacznie napisanej ustawy spowodował powstanie kolejnego polskiego bigosu. Można przyjąć, że każdy z dyrektorów szpitali rozumie przepisy prawa inaczej, a nawet wbrew już istniejącym opiniom PIP czy też orzeczeniom sądów. W znacznej części placówek praca ponad ww. limit, w ramach opt-out, jest wykorzystywana jako odrabianie zejścia po dyżurze (ramach stawki podstawowej), które teraz jest obowiązkowe, choć niemile widziane. W ten sposób lekarz za dyżury otrzymuje mniej pieniędzy aniżeli według przepisów z roku ubiegłego. We wczorajszym (21.03.2008) „Dzienniku” ukazał się artykuł: „Wojewoda zamknął dwa oddziały szpitala w Radomiu. Pacjentów ewakuowano. Protestujący lekarze zostali bez pracy”. Dalej w tekście: „Lekarze z Radomia nie chcieli pracować ponad limit godzin. Żądali podwyżek. Zdeterminowani zdecydowali, że nie będą przychodzić do pracy. W mazowieckim urzędzie marszałkowskim, który jest organem założycielskim szpitala, usłyszeliśmy od jednego z członków zarządu mocne słowa: – Zrobimy teraz wszystko, by nikt z protestujących lekarzy nie znalazł pracy w naszym województwie”. Wcześniej w tekście: „A wicemi-

nister A. Włodarczyk przyznaje wprost, że radomski precdens jest ostrzeżeniem dla wszystkich szpitali”. Czy w ramach ocieplenia stosunków z Rosją powrócą wspomnienia o Syberii? Protestujący lekarze przez blisko 4 godziny prowadzili jeszcze rozmowy w resorcie z Panią Minister.

Wyszli wzburzeni i zaskoczeni.

### Rezydenci

Uwierzyli, że są osiłą przemian w tym kraju jako młodzi (już za chwilę) specjaliści. W tym przekonaniu byli utwierdzeni w ramach ostatniej kampanii wyborczej. Dowiedzieli się w końcu, że są warcy (według polityków) nie mniej niż 70 procent przeciętnego Polaka i to jest ich miejsce na drabnie prestiżu społecznego w tym kraju. Po tym incydencie jeden bardzo popularny zespół wylansował piosenkę z tekstem: „...wielkie słowa mówią wszystko, lecz nie zmieniają nic...” Po obradach parlamentarnych na swój temat rezydenci – wyszli wzburzeni i zaskoczeni.

Niestety pomiędzy tym, co mówimy, że zrobimy, a tym, co w końcu zrobimy, jest czasami duża różnica. Możemy spierać się, iż to jest to, o co właśnie nam wszystkim chodziło (kubek z uchem w środku), a nad obsługą tego będzie trzeba popracować – tak aby przy normalnym używaniu po prostu się nie sparzyć... Ludzie pełniący władzę w to większości ludzie ukształtowani przez poprzednią epokę. Na kursach poznali nowe atrakcyjne hasła, ale mentalność pozostała ta sama i wychodzi jak słoma z butów, ilekroć przyspieszą kroku. Stąd tkwimy w martwym punkcie historii, czekając na wymianę pokoleń.

Nadzieja w młodych nie tylko ciałem, ale przede wszystkim mentalnością – Panie Prezydencie, Panie Premierze – zróbcie coś (ale na poważnie), niech nie uciekają!

I lepiej, żebyśmy na tym skończyli.

PIOTR ŚLIWIŃSKI

# Doktor – po wielkopolsku



## A oto ci lekarze, których kochają Wielkopolanie

**W tegorocznej edycji do grona nominowanych weszli:  
(w porządku alfabetycznym):**

- Przemysław Bąk – „VENA”, Damasławek
- Beata Brzozowska – Przychodnia Rodzinna w Poznaniu
- Dorota Ciesielska – „MEDJAST”, Jastrowie
- Maciej Hoffmann – „FAMILIA”, Krotoszyn
- Tadeusz Grześkowiak – „FORTIS”, Poznań
- Zenon Jelonek – „ZDROWIE”, Poznań
- Hanna Krauss – „PRO FAMILIA”, Koziegłowy
- Jolanta Linkiewicz – „ZDROWIE”, Poznań
- Barbara Rękosiewicz – Naramowice
- Barbara Szymańska – Przychodnia „HIPOKRATES” w Opalenicy
- Tadeusz Waligóra – Przychodnia Lekarzy Rodzinnych „NAD POTOKIEM”, Poznań

Po lekturze kilkuset listów i kuponów – kolejny, dziewiąty już raz wybrano tych lekarzy, których Wielkopolanie lubią i u których chcą się leczyć.

Konkurs na najlepszego lekarza domowego ogłaszany na łamach „Głosu Wielkopolskiego”, a organizowany we współpracy z wydawnictwem Termedia, Radiem „Merkury”, Międzynarodowymi Targami Poznańskimi i Stowarzyszeniem „Dziennikarze dla Zdrowia”, pozwolił i w tym roku wskazać na tych lekarzy, których Wielkopolanie lubią i cenią najbardziej i o których mówią z sympatią, po wielkopolsku: „Mój doktor”.

W ramach plebiscytu powstała lista dziesięciu nominowanych. Spośród nich jury wybrało laureata. Została nim Barbara Szymańska, lekarz rodzinny przychodni „Hipokrates” z Opalenicy. Ją wczoraj uhonorowano tytułem „Mój Doktor 2007”. Stało się to podczas spotkania na Międzynarodowym Salonie Medycznym Salmed, w obecności przedstawicieli władz Urzędu Miasta, Urzędu Marszałkowskiego, a także przedstawicieli władz samorządowych z miejscowości wielkopolskich, z których pochodzili wyróżnieni lekarze. Na tym forum najlepszych lekarzy rodzinnych wyróżniono dyplomami i upominkami, również ufundowanymi przez redakcję „Polska. Głos Wielkopolski”.



Oddał widmo „białej” gorączki?

# Pakiet w rękach posłów

Dwa miesiące temu pisałem: czarno to widzę. W lutym nie stało się nic takiego, abym mógł zmienić zdanie. W marcu, tuż przed świętami, opinia publiczna poznała ustalenia „białego szczytu”. Podpisany został dokument końcowy. Pakiet ustaw trafił do Sejmu. Zaczyna się coś dziać. Nareszcie. Ale po kolei.



ANDRZEJ PIECHOCKI

Wiedziony ciekawością, włączyłem telewizor. Na ekranie – sala obrad Sejmu. Ależ pustka. W godzinach południowych dziennikarka RMF FM doliczyła się 60 posłów. Czyżby temat debaty był tak nieciekawym? Skądże, w porządku dziennym lutowego posiedzenia figuruje sytuacja służby zdrowia. Jaka ona jest, każdy wie i widzi. Zarazem oczekuje, że może wreszcie pojawi się jaskółka zwiastująca reformę systemu.

I znów nie tym razem.

Tymczasem gdzieś brakuje lekarzy, gdzieś wstrzymuje się planowane operacje i zabiegi, gdzieś gremialnie bierze urlopy na żądanie, gdzieś już po miesiącu od pierwszej podwyżki płac pojawia się żądanie drugiej. Telewizje pokazały kolejne ewakuacje z oddziałów szpitalnych. Kolejne grupy zawodowe przedstawiają swe żądania płacowe. Jak hierarchizować kolejność podwyżek? Ktoś zaproponował, aby według wagi tak zwanego dobra społecznego i... wyników pracy.

## Jak zakłęcie

Z mównicy sejmowej znów usłyszałem to, co – jak zakłęcie – powtarzają kolejne ekipy rządzące. „Zastaliśmy system opieki zdrowotnej w dramatycznej sytuacji. Podejmujemy obowiązek systemowych zmian. Wiemy, jak naprawić system, mamy wolę polityczną, by to zrobić”. Te trzy zdania, jak klamra, spięły wystąpienie minister zdrowia, Ewy Kopacz. Jej zdaniem nie ma sensu dokładanie pieniędzy do dziurawego systemu, bo wyciekną i zawsze będzie ich za mało. Jedną z desek ratunku miałyby być ustawa o przekształceniu szpitali w podmioty z większościowym kapitałem samorządów. Aktualnie na 742 szpitale ogólne tylko 153 to podmioty niepubliczne. W sumie ich zadłużenie przekracza 9 miliardów złotych. Nie brakuje wszakże polityków, którzy przestrzegają przed przekształceniami, bo – ich zdaniem – uwłaszczyliby się lekarze i mogłoby dojść do wielu nieprawidłowości.

Ewa Kopacz uważa, iż gwarantując bezpłatne świadczenia, trzeba zagwarantować także ich dostępność. Bo w systemie zdrowia najważniejszy jest pacjent. Tymczasem teraz w Zachodniopomorskiem czeka on na przyjęcie na oddział okulistyczny 357 dni, a w Pomorskiem na przyjęcie na oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej 366 dni. Jak wzmocnić w takiej sytuacji pozycję pacjenta? Uchwalić ustawę o jego prawach, a następnie ją egzekwować – mówią politycy Platformy Obywatelskiej. Zdaniem minister zdrowia trzeba rozwiązać pro-

blem starych długów i stworzyć mechanizmy blokujące powstawanie nowych.

## 10 razy dłużej

Na razie jednak obywatele czekają średnio 10 razy dłużej niż w innych krajach Unii Europejskiej. I nie znajdując rychłej pomocy w publicznych placówkach, coraz liczniej odwiedzają prywatne. Coraz więcej osób wykupuje abonament w firmach medycznych. Mieści się on także w niektórych pakietach bonusów, jakie oferują pracodawcy. Najwięcej pacjentów, bo aż 245 000, korzysta z usług Lux-Medu. Medcover ma ich 210 000, a Centrum Medyczne LIM prawie 160 000.

Niestety, i tutaj trzeba swoje odczekać w kolejce. – Dawniej – czytamy w „Gazecie Wyborczej” – w CM LIM na konsultacje specjalisty czekało się góra dwa dni. Teraz według dyrektora medycznej, Barbary Gad-Karpierz, średni czas oczekiwania może wynieść i tydzień. Skąd ten korek? Firmy medyczne przerzucają winę na pogarszającą się kondycję publicznej służby. Na darmowego okulistę, laryngologa czy neurologa trzeba czekać w większości przychodni kilka tygodni, a nawet kilka miesięcy. Osoby, które mają pieniądze, zamiast czekać, leczą się prywatnie. – Coraz więcej jest klientów z ulicy, którzy przychodzą do nas, nie mając naszego ubezpieczenia – potwierdza Bartosz Maciejewski z Medcovera.

Nie można wykluczyć, że już od przyszłego roku powszechnie dostępne będą dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne. Nie takie wszakże, o jakich do niedawna mówiono (najtańsze: 32 zł miesięcznie). Teraz mówi się o polisach, których zasady określiła firma ubezpieczeniowa wespół ze szpitalami. Powstałaby nowa jakość w systemie ochrony zdrowia: prywatny pacjent już w pełni oficjalnie badany i leczony w publicznym szpitalu. Według Katarzyny Bartman z „Dziennika” najślabszym ogniwem takiego systemu jest brak skutecznego zabezpieczenia pacjentów, których nie stać na dodatkowe polisy. Szpitale, które będą miały podwójne źródło finansowania: z firm ubezpieczeniowych i NFZ, mogą obniżyć standardy leczenia pacjentów zakontraktowanych za o wiele niższe stawki przez fundusz. Jak się dowiedzieliśmy, aby uniknąć takiej dyskryminacji, Ministerstwo Zdrowia rozważa w przyszłości wprowadzenie podziału szpitalnych oddziałów na „prywatne” i „publiczne”. A jakości opieki nad pacjentami płacącymi tylko składki do ZUS ma strzec NFZ.

## Same siebie uzdrowiły

Zdaniem Zbigniewa Religi minister zdrowia nie przedstawiła ani nic nowego, ani nic konkretnego. – Byłem – mówił – nastawiony na dyskusję. Na to, że z ust pani minister usłyszymy propozycje, wizję rozwiązań. Jednak nie usłyszałem ani jednego kierunku, w którym mamy pójść do rozwiązań problemów opieki zdrowotnej. Jego zdaniem, Platforma Obywatelska nie jest w stanie uzyskać poprawy w dwa lata, bo pierwszych efektów można się spodziewać dopiero za dziesięć. Zbigniew

**dokończenie ze str. 11**

Religa przeciwstawił się projektowi podziału Narodowego Funduszu Zdrowia na kilku płatników, a podniesienia poziomu jakości leczenia upatruje między innymi w zwiększeniu finansowania systemu opieki zdrowotnej i... publikowaniu wyników działalności szpitali. Uważa, że na przekształceniu szpitali w spółki prawa handlowego pacjenci niewiele skorzystają. Taka zmiana, jego zdaniem, prowadzi do tego, że zdyscyplinuje się dyrektorów szpitali do przestrzegania budżetu i nienarażania ich na długi. A to nie zawsze idzie w parze z dobrem pacjentów.

W mediach co jakiś czas pokazuje się szpitale, które same siebie uzdrowiły. Ostatnio (www.gazeta.pl) poznaliśmy efekty kilkuletniej pracy dyrektora w Wałbrzychu, który „nie uległ strajkom, głodówkom, łzom. Połączył trzy szpitale, zwolnił 40 proc. pracowników. Wygrał wojnę z komornikami. W ciągu czterech lat uratował przed bankructwem wałbrzyską służbę zdrowia”.

Podobnie jak Z. Religa, czyli krytycznie, wypowiadał się Marek Balicki, były minister zdrowia. Mówił o chaosie w szpitalach, o tym, że uszczelnianie w istocie odbywa się na drodze rozszczelniania. Apelowal o porozumienie ze związkami zawodowymi, wskazując granice podwyżek i zasady ich późniejszego wzrostu. A Ludwik Dorn mówił: – Wydaje mi się, że jedną z istotniejszych politycznych przeszkód w zapewnieniu spokoju politycznego, w tworzeniu ram politycznej współpracy może być właśnie pani minister i obawiam się, że być może z rozpoczęciem prawdziwej pracy nad reformą systemu ochro-

ny zdrowia przyjdzie nam poczekać do rekonstrukcji rządu, którą zapowiedział pan premier.

Premier, indagowany w tej sprawie przez dziennikarzy, stwierdził jednak, że ma pełne zaufanie do Ewy Kopacz, która szczególnie dobrze sprawuje się w sytuacji, która przypomina gorący front i tym bardziej wysoko ocenia jej pracę.

**Wreszcie jest raport**

Marzec, tuż przed świętami wielkanocnymi, przynosi podpisanie dokumentu końcowego „białego szczytu”. Najważniejsze postanowienia dotyczą kilku punktów, które zapoczątkować mają rewolucję w systemie ochrony zdrowia. Jego reformę mieliby, zdaniem uczestników obrad, w znacznym stopniu sfinansować sami... pacjenci. Między innymi mieliby oni płacić za porady specjalistów (na przykład po kilka złotych u kardiologa, laryngologa), za noclegi, za wyżywienie w szpitalach.

Premier Donald Tusk będzie rekomendował podwyższenie składki zdrowotnej o 1 procent w 2010 roku; zmienił zdanie pod wpływem argumentów środowisk medycznych. Rząd nie zgodzi się jednak na dopłaty do usług medycznych, gdyż byłyby one zbyt dotkliwe dla najuboższych, rodzin wielodzietnych i ludzi starszych. Nie wyklucza się racjonalizacji składki zdrowotnej w ramach KRUS. Wskazane jest przekształcanie placówek służby zdrowia w spółki prawa handlowego. Zdaniem premiera, „biały szczyt” poparł koncepcję koszyka gwarantowanych świadczeń medycznych, jak i dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Donald Tusk stwierdził, że warto odstąpić od postulatów dotyczących

**EDM wymaga e-podpisu**

Aby prowadzić EDM (Elektroniczną Dokumentację Medyczną), i w ten sposób pominąć formę papierową, konieczny jest podpis elektroniczny. W Polsce certyfikują go trzy firmy. Lekarzy obsługiwać będzie Unizeto.

Całą procedurą, która nazwana została „Podpis elektroniczny dla medycyny”, zajęły się Ogólnopolski Związek Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia (OZPPSZ) i Naczelna Izba Lekarska (NIL). Ogłoszony został konkurs, a jego główne kryteria dotyczyły ceny i utrzymania ważności dokumentacji medycznej przez 20 lat od dnia jej sporządzenia. Organizatorzy uznali, że system EDM jest istotnym elementem postępu w ochronie zdrowia. Obecnie każdy dokument medyczny musi być wydrukowany i podpisany, a w razie potrzeby – przesłany pocztą. Stosy dokumentów i zdjęć zalegają w magazynach placówek ochrony zdrowia. Skompletowanie informacji o historii choroby pacjenta, zgromadzonych w tych zasobach, jest wyjątkowo skomplikowane i na ogół bardzo czasochłonne. Z konieczności zatem lekarz, gdy czas nagli, przeprowadza wywiad z pacjen-

tem i sporządza od nowa dokumentację. To dla niego dodatkowe obciążenie, którego można uniknąć. To także powtarzanie badań, które już raz zostały wykonane.

Te placówki, które inwestowały w rozwój sieci informatycznej i teraz korzystają już na przykład z telemedycyny zapewne z zadowoleniem przyjmą informację o e-podpisie. Zwłaszcza że, zgodnie z obowiązującym prawem, elektroniczny podpis równoważny jest z odręcznym. Tym bardziej nie ma już żadnych przeszkód, aby dokumentacja medyczna miała tylko wersję elektroniczną. A do niej właśnie potrzebny jest w pełni bezpieczny podpis elektroniczny. Cały zestaw ma kosztować 325 zł netto, a w jego skład wchodzi czytnik, karta, 2-letni certyfikat poświadczający tożsamość podpisującego.

W ten sposób dokumentacja medyczna historii choroby danego pacjenta będzie mogła w ułamku sekundy dotrzeć do zainteresowanych lekarzy. Zdaniem Konfederacji Pracodawców Polskich, w wyniku działań OZPPSZ i NIL sektor ochrony zdrowia, mimo znanych kłopotów, ma szansę dokonać skoku technologicznego. Oczywiście, będzie on tym dłuższy, im więcej lekarzy posługiwać się będzie systemem EDM i e-podpisem. AP



płacy minimalnej w służbie zdrowia. Sprawy płac miałyby być rozstrzygane w oparciu o większe nakłady.

Konstanty Radziwiłł, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej zaapelował do premiera, aby wstrzymał prace nad projektami ustaw reformujących system ochrony zdrowia i dokonał analizy ustaleń „białego szczytu”.

Hurraoptyzmu nie widać. Krzysztof Bukiel, szef OZZL, wyszedł z obrad podsumowujących „biały szczyt”. Zapytany o jego ocenę, powiedział, że zebrane zostały tylko opinie uczestników o kierunkach reformy służby zdrowia. – Pan premier – powiedział – dał jeden sygnał: kochani wyborcy, nie obawiajcie się, nie będziecie dopłacać, a że będzie tak, jak było, to trudno. Przyzwyczajiliście się, że służba zdrowia jest słaba i taka będzie nadal. OZZL, jak stwierdził, nie może podpisać się pod efektem prac „białego szczytu”, ponieważ zbyt wiele spraw jest niedookreślonych. Z kolei zdaniem M. Balickiego, brakuje dokumentu strategicznego, który zawierałby rządową koncepcję zmian. Ich wprowadzanie wykracza poza jedną kadencję Sejmu, dlatego niezbędne jest porozumienie ponad partyjnymi podziałami.

Większość uczestników obrad (trwały od 21 stycznia 2008) podpisała dokument końcowy. Zabrakło na nim podpisów przedstawicieli Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych oraz NSZZ Solidarność. Zdaniem minister zdrowia, Ewy Kopacz, jest to lekceważenie także własnej pracy. – Podpisanie byłoby potwierdzeniem, że tu merytorycznie dyskutowali, a nie uprawiali politykę – stwierdziła.

### 59 procent mówi „nie”

Podsumowanie „białego szczytu” zbiegło się z publikacją wyników badań CBOS. 59 procent Polaków nie chce wprowadzenia częściowej odpłatności za usługi publicznej służby zdrowia, nawet wtedy, gdyby miało się wskutek tego poprawić jej funkcjonowanie. Z 41 procent pozostałych respondentów tylko co trzeci chętnie ponosiłby dodatkowe koszty, reszta uważa, że to dobry pomysł, ale zaznacza, że nie byłoby jej stać na opłaty. 61 procent badanych deklaruje, że nie chce wykupywać dodatkowych dobrowolnych ubezpieczeń.

W trakcie badania ankieteryzy pytali także o niezbędne działania na rzecz naprawy systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Zdaniem 93 procent respondentów trzeba zlikwidować korupcję, niewiele mniej (84 procent) uważa, że konieczne jest podwyższenie płac pielęgniarek.

Niezwykle istotne dla środowiska medycznego było pytanie o kłopoty w korzystaniu z pomocy lekarskiej z powodu protestów. Kłopoty miało tylko 8 procent badanych.

### Przełomu nie widać

Mieliśmy już „białe” miasteczko, „białą” Radę Gabinetową, „białą” debatę sejmową, „biały szczyt”. I na razie nie widać przełomu. W komentarzach mówi się i pisze o coraz większym zniecierpliwieniu pacjentów, którzy są przerażeni relacjami z ewakuacji szpitali, wydłużającymi się kolejkami do lekarzy. Kwiecień może być fatalny. Powiększy się liczba lekarzy, którzy nie mają porozumienia w sprawie wynagrodzenia za pracę ponad wyznaczone godziny.

Sejm podjął prace nad pakietem ustaw mających zreformować system ochrony zdrowia pod koniec marca. Tym razem posłowie oddały widmo „białej” gorączki?

## Zjazd Absolwentów Wydziału Lekarskiego i Oddziału Stomatologii Akademii Medycznej w Poznaniu – rocznik 1968

**28 czerwca 2008 r. organizujemy  
zjazd z okazji 40-lecia  
ukończenia studiów**

**Spotkanie odbędzie się  
w hotelu „Polonez”  
w Poznaniu**

Szczegółowy program – po zgłoszeniu.  
Koszt uczestnictwa: 300 zł dla absolwentów,  
100 zł dla osoby towarzyszącej (bal)

Wpłaty na konto: Nordea Bank Polska S.A. | Oddział w Poznaniu  
nr 56 1440 1286 0000 0000 0214 2988 z dopiskiem  
„Absolwenci 1968”

Zgłoszenia na adres: prof. Marek Spaczyński  
Klinika Onkologii Ginekologicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu,  
60-535 Poznań, ul. Polna 33

## TO JUŻ 25 LAT

### KOLEŻANKI I KOLEDZY ABSOLWENCI AKADEMII MEDYCZNEJ W POZNANIU ROCZNIK 1983

W dniu 20 września 2008 roku planujemy zorganizowanie  
spotkania z okazji  
naszego jubileuszu

**Odbędzie się ono w hotelu TRAWIŃSKI w Poznaniu**

ul. Żniwna 2, 61-663 Poznań, tel. 0048 61 827 58 00  
e-mail: office@hoteltrawinski.com.pl

Wstępny program uroczystości:

godz. 11 – Uroczyste spotkanie z Władzami Uniwersytetu Medycznego  
im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, ul. Polna 33, GPSK  
godz. 13 – Spotkanie przy lampce wina – hotel Trawiński  
godz. 19.30 – Wieczór towarzyski – hotel Trawiński

**KOSZT UCZESTNICTWA: 270 PLN**

Wpłaty prosimy dokonywać na konto: Nordea Bank Polska S.A.  
| Oddział w Poznaniu nr 56 1440 1286 0000 0000 0214 2988  
Z dopiskiem „Absolwenci 1983”

Do zobaczenia we wrześniu.  
**Przełącz informację dalej!!!!!!!!!!!!!!**

Organizatorki:

Ewa Wender-Ożegowska – tel. 0048 501 27 60 60  
Ewa Koczorowska-Cieślak – tel. 0048 601 71 00 55

ZGŁOSZENIA PROSIMY PRZESYLAĆ NA ADRES MAILOWY  
DO 31 SIERPNIA 2008: ewaoz@post.pl

Formularz rejestracyjny i wszystkie kolejne informacje dostępne są  
na stronie internetowej: [www.bokiz.pl/absolwenci83](http://www.bokiz.pl/absolwenci83)  
Rezerwacja noclegów indywidualnie bezpośrednio w hotelu

## Peryskop

**Doniesienia medyczne na podstawie internetu z serwisu [www.onet.pl](http://www.onet.pl) opracował Janusz Skowronek**

### Medytacja obniża ciśnienie krwi

Medytacja transcendentna jest skuteczną metodą leczenia podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi, a w dodatku pozwala uniknąć efektów ubocznych i niebezpieczeństw związanych ze stosowaniem leków obniżających ciśnienie – informuje „American Journal of Hypertension”. Zespół prof. Jamesa W. Andersona z University of Kentucky przeprowadził metaanalizę – naukowcy porównali wyniki dziewięciu wcześniejszych badań nad wpływem medytacji na ciśnienie tętnicze krwi. Jak się okazało, medytacja transcendentna obniżała ciśnienie skurczowe średnio o 4,7 mm słupa rtęci), zaś rozkurczowe – o 3,2 milimetra.

Choć z pozoru nie jest to duży spadek, wyraźnie zmniejsza ryzyko chorób układu krążenia i może zastąpić wprowadzenie drugiego leku obniżającego ciśnienie. Pod tym względem medytacja transcendentna okazała się skuteczniejsza niż inne techniki relaksacyjne, na przykład biofeedback.

Na nadciśnienie cierpi około 30 procent Polaków. O nadciśnieniu mówimy, gdy ciśnienie krwi pacjenta jest przeważnie wyższe lub równe 140/90 mm Hg (milimetrów słupka rtęci). Utrzymujące się podwyższone ciśnienie tętnicze może doprowadzić do choroby serca, udaru mózgu, niewydolności krążenia oraz uszkodzenia nerek.

### Składnik soi może powstrzymać raka prostaty

Substancja zawarta w ziarnach soi niemal całkowicie zapobiegła przerzutom raka prostaty u myszy – informuje pismo „Cancer Research”.

Naukowcy z Northwestern University wykazali, że obecna w soi genisteina zapobiegła przerzutom raka prostaty do płuc w 96 procentach przypadków w porównaniu z myszami, którym nie podawano genisteiny. Jak wyjaśniają autorzy, poziom tego przeciwutleniacza we krwi myszy odpowiadał poziomowi u ludzi, których dieta obfituje w soję. Na razie nie ma jednak badań, które jednoznacznie wskazywałyby, że

# Kilka myśli po zburzeniu muru



SZCZEPAN COFTA

Nikt nie zaprzeczy, że ostatnie miesiące stały się czasem kluczowym dla uzyskania możliwości lepszego wynagradzania dużej części naszego lekarskiego grona. Choć nie została jeszcze dokończona rewolucja, to jednak wydaje się, że runął pewien mur niemożności i – choć trzeba będzie zachować nieco cierpliwości i powściągliwości – to jednak jawią się korzystne finansowe perspektywy dla większości spośród nas.

### Prawna deregulacja – nieprawna regulacja

Oczywiście mechanizmem wyzwalającym były zmiany prawa regulujące (lub precyzyjnie określające: deregulujące) czas naszej pracy. Na marginesie trzeba wspomnieć, że przepisy dotyczą czasu pracy wykonywanej u jednego pracodawcy, a także tylko w części form jej wykonywania (nie dotyczą na przykład umowy kontraktowej). Ale to wystarczyło do wyzwolenia rewolucji, której jesteśmy uczestnikami. Można by śmiało określić, że prawodawcy bezwzględnie zabrakło wyobraźni, jakie skutki i zawirowania rodzi wprowadzone prawo. Zamieszanie interpretacyjne różnych niuansów nowych regulacji jest rzeczywistością niewyobrażalną. Zaistniała sytuacja potwierdza często dającą o sobie znać prawdę, że jako lekarze przesypiamy w obliczu tworzenia praw (patrz na przykład przepisy dotyczące innych medycznych zawodów), które powstają bez medycznej kompetencji i wyobraźni. Jest to pewnie po części skutek naszej bierności i wycofywania się z pól, na których powinniśmy być czynnie obecni.

### Lekarze i administratorzy

Ostatnie moje lata wiążą się z dziełem rutynowej pracy lekarskiej, która jest najważniejszym wątkiem mojego zawodowego życia, z dyrekcją

współodpowiedzialnością za szpital. Muszę przyznać, że minione miesiące były chyba najtrudniejsze spośród wszystkich, gdy starałem się godzić funkcje lekarskie z administracyjnymi. Przypuszczam, że podobne jest doświadczenie większości kolegów łączących podobne zadania. Stajemy przed wieloma podobnymi dylematami. Wymagały zachowania lekarskich dobrze pojętych interesów, a jednocześnie odpowiedzialności za organizacyjny i finansowy kształt szpitala. Sądzę, że najbliższe miesiące dopiero ukażą, w których spośród szpitali udało się odpowiedzialnie wyjść z zakrętu, jaki służba zdrowia przeżyła na przełomie roku.

Nie było zapewne łatwo zachować wiarygodność w oczach kolegów, stając w obliczu niejednoznacznych przepisów, pokrętnych i różnorodnych interpretacji prawnych, z ograniczeniami ciasnego gorsetu finansowego szpitali i konieczności zapewnienia ciągłości funkcjonowania szpitala dla dobra pacjentów. Wybrnięcie z tych trudnych sytuacji zasadniczo było ekwilibrystką, która zasadniczo trwa.

### Wyzwolona desperacja

Doświadczamy w ostatnich miesiącach olbrzymiej desperacji dużej części naszego lekarskiego szpitalnego grona. Choć wielu lekarzom w szpitalnej hierarchii było raczej dobrze i nie palili się do zmian, to jednak impuls do nich zainicjowali koledzy wykonujący – często szarą i rutynową – pracę w miejscach kluczowych dla systemu opieki zdrowotnej. Już teraz poznaliśmy cenę rynkową ich pracy: wiemy, jaka jest cena anestezjologa, radiologa czy innego spośród specjalistów wykonujących unikatowe lub niewdzięczne procedury, jaka jest cena pracy lekarza tam, gdzie jego brakuje (ale jeszcze brakuje nie wszędzie!).

Nauczyliśmy się także, że istnieje skandaliczna dysproporcja między specjalnościami w zakresie wyceny procedur, która pośrednio kształtować będzie niesprawiedliwości płacowe (gdyż na solidarność ponadspecjalizacyjną – jak

się boleśnie przekonujemy – nie ma co liczyć). W niektórych specjalnościach jeszcze nie wszyscy zdają sobie sprawę, jak niska jest „cena rynkowa”. Może to bolesne, ale nadal na wielu oddziałach, także klinicznych, każdego odchodzącego chciałoby zastąpić co najmniej kilku innych kolegów.

### Naprawianie szpitali

W ostatnich miesiącach próbując modyfikować sposoby lekarskiego zatrudnienia, które też przecież budzą wiele kontrowersji (czy praca kontraktowa to sposób docelowy czy przejściowa moda, oszustwo czy rozwiązanie modelowe?) podejmujemy próbę „naprawiania” szpitala. To znaczy takiego modyfikowania form organizacyjnych, które sprzyjałyby lepszemu jego funkcjonowaniu.

Na pewno jednym z ważnych elementów jest tworzenie motywacyjnego systemu wynagrodzenia. Jeszcze niektórzy spośród kolegów się z tą myślą nie oswoili, ale wydaje się, że nie stworzy się w najbliższym czasie innych niż zadaniowe satysfakcjonujących systemów pracy i zarobkowania. I – co bardzo ważne i nie dla wszystkich zrozumiałe – nie ma możliwości wynagrodzenia lekarzy w oderwaniu od kondycji finansowej i organizacyjnej szpitala czy oddziału. Finansowej, za którą – choćby pośrednio – jako lekarze jesteśmy odpowiedzialni, a także organizacyjnej, choć w wielu miejscach kształt związany z alogicznym zatrudnieniem jest cechą charakterystyczną tych oddziałów czy środowisk, które z samozadowoleniem utrzymują skostniałe i niewydolne struktury, czasami ze szczytnymi hasłami na ustach.

### Nieugaszona frustracja

Tak duża determinacja w dążeniu do wyższych wynagrodzeń dojrzała w obliczu dysproporcji zarobków między sektorem medycznym a innymi sektorami wymagającymi podobnie wysoko wykwalifikowanych pracowników. Wstydem dla medycznych trzydziestolatków jest oglądanie się na rodziców lub podejmowanie ponadprzeciętnych wysiłków zawodowych (które przecież jako nieco starsi zazwyczaj bez większego szemrania podejmowaliśmy). Oczekiwania poprawy wzrosły w ostatnich miesiącach tak znacząco, że nawet

proponowane podwyżki zwielokrotniające zarobki nie zmniejszają wśród wielu odruchów frustracji.

W wybranych sytuacjach oczekiwania zostaną zapewne spełnione, choć w wielu sfrustrowane emocje pewnie będą musiały odkryć realizm sytuacji w wielu specjalnościach czy miejscach pracy, w tym w niereformowalnych dinozaurach mających za nic prawidła ekonomii czy logiki. Nie będzie nigdzie zdecydowanej poprawy, jeśli nie znajdzie się gotowość i wola podjęcia często radykalnych zmian.

### Samotność dyrektorów

Dyrektorzy w ostatnich miesiącach zasadniczo w swych decyzjach pozostawali sami. Okazało się, że na ich barkach spoczywała zasadniczo większość ciężaru odpowiedzialności za decyzje ratujące funkcjonowanie szpitali i zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa. To może patetyczne stwierdzenie, ale w obliczu braku wyobraźni polityków i prawników (i rozmytej w tym względzie odpowiedzialności) jest ono tym bardziej słuszne. Oczywiście nie można zapomnieć o szlachetnych, skromnych i realnych postawach wielu spośród naszych kolegów, których postawy wychodzą naprzeciw trudnym rozstrzygnięciom i w sposób twórczy próbują znajdować optymalne rozwiązania, uwzględniające realizm sytuacji.

\*\*\*

Jawia się przed naszym lekarskim gromem lepsze finansowe perspektywy. Jednak pozostaje pytanie, jak w obliczu dokonujących się zmian nie utracić ostrości przesłania naszego zawodu. By pacjent nie stał się klientem, by któryś z kolegów nie powtórzył, że niczego nie będzie (jako na przykład „specjalista z najwyższej półki”) robił za darmo. Byśmy nie ztratili rysów bezinteresownej gotowości i zostali ocenieni jako pozbawione skrupułów bezduszne grono posądzone o korporacyjny egoizm.

W momencie przewagi właśnie korporacyjnych partykularyzmów nad przejrzystością istoty naszego działania ryzykujemy utratę tego, co w naszym zawodzie jest najcenniejsze. Zachowanie naszych najszlachetniejszych rysów jest chyba najlepiej pojętym naszym lekarskim interesem.

## Peryskop

mężczyźni jedzący soję rzadziej umierają na raka prostaty. Mają to wyjaśnić dalsze prace.

### To przełom w walce z rakiem?

Jest szansa na przełom w walce z rakiem. Amerykańscy naukowcy odkryli szczegóły mechanizmu odżywiania się komórek nowotworowych i ich niekontrolowanego wzrostu. Eksperci z Uniwersytetu Harvarda zidentyfikowali enzym o nazwie PKM2, który umożliwia komórkom rakowym zużywanie dużej ilości glukozy. Proces ten jest niezbędny do rozmnażania się tych komórek. W laboratorium naukowcy pozbawili tkanki rakowe możliwości produkcji enzymu, w wyniku czego śmiertelność komórek przestała się dobrze odżywiać i dzielić. W tygodniku „Nature” amerykańscy specjaliści piszą, że ich eksperyment daje szansę na stworzenie nowej metody leczenia nowotworów. Inni naukowcy są sceptyczni – mówią, że nie jest pewne, czy te same zabiegi da się powtórzyć poza laboratorium, na przykład na człowieku.

### Otyłe kobiety bardziej zagrożone rakiem piersi

Kobiety z otyłością lub nadwagą są bardziej narażone na raka piersi niż kobiety szczupłe. Teraz okazuje się również, że rak piersi rozwija się u nich w bardziej agresywny sposób – informuje pismo „Clinical Cancer Research”. Naukowcy pod kierunkiem Massimo Cristofanilliego z Uniwersytetu Stanu Teksas prowadzili obserwacje w grupie 606 kobiet z miejscowo zaawansowanym rakiem piersi. Ze względu na wskaźnik masy ciała (BMI) podzielono je na trzy grupy – ważące prawidłowo lub za mało (BMI mniejszy niż 25), z nadwagą (BMI od 25 do 30) i otyłe (BMI powyżej 30). Wskaźnik masy ciała oblicza się dzieląc masę w kilogramach przez drugą potęgę liczby określającej wzrost w metrach. Okazało się, że okres 5 lat przeżywało o 10 procent więcej pacjentek szczupłych niż z nadwagą czy otyłością. Po 10 latach różnica ta wzrosła do ok. 14 procent. – Im bardziej otyła była pacjentka, tym bardziej agresyw-

## Z medycznej wokandy

*Salus (voluntas?) aegroti suprema lex esto*

# Obowiązek informowania



JĘDRZEJ  
SKRZYPCZAK



GRZEGORZ WRONA

Choć zasada *salus aegroti suprema lex esto* (art. 2 ust. 2 KEL) wydaje się niekwestionowana, to coraz częściej można się zastanawiać, czy prawo nie daje przypadkiem prymatu zasadzie *voluntas aegroti suprema lex esto*. W kolejnych odcinkach chcemy przybliżyć Państwu tę problematykę, jak zwykle na podstawie przypadków. Wszystkie opisywane sprawy pochodzą z obszaru innych izb lekarskich, a dane osobowe zostały celowo całkowicie zmienione. Chodzi nam bowiem jedynie o pokazanie istoty problemu, a nie konkretnej sprawy i wy-

mierzanie tym samym kary nieznaną obecnie ustawie.

Rozpocznijmy jednak od kwestii podstawowych. Przypomnieć w tym miejscu należy, że zgodnie z art. 34 ust. 1 i 2 i art. 31 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry „lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, po uzyskaniu jego pisemnej zgody”. Przed wyrażeniem zgody przez pacjenta lekarz ma obowiązek udzielenia mu przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Podobnie ten obowiązek określa art. 15 KEL, który stanowi, iż postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze wymaga zgody pacjenta. Z kolei w art. 13 KEL stwierdza się, że obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia. Informacja udzielona pacjentowi powinna być sformułowana w sposób dla niego zrozumiały. Lekarz powinien poinformować

pacjenta o stopniu ewentualnego ryzyka zabiegów diagnostycznych i leczniczych i spodziewanych korzyściach związanych z wykonywaniem tych zabiegów, a także o możliwościach zastosowania innego postępowania medycznego. Tyle przepisy. A życie?

Stan faktyczny w pewnej sprawie przedstawiał się następująco. Otóż obwiniony wykonał u pacjentki zabieg radikulografii i nie dość, że nie poinformował jej o możliwościach wystąpienia powikłań po zabiegu, to nie uzyskał od pacjentki pisemnej zgody na taki zabieg. Dodatkowo w tej sprawie ustalono, że po wykonaniu zabiegu radikulografii środkiem kontrastowym IOMERON lekarz nie przewiózł pacjentki w pozycji leżącej z Zakładu Radiologii do Oddziału, co mogło mieć wpływ na wystąpienie powikłań u chorej i samo w sobie stanowi naruszenie art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej. Stało się to też przedmiotem odrębnego zarzutu.

OSL uznał obwinionego winnym obu czynów zarzucanych mu we wniosku o ukaranie. Za każdy z czynów sąd wymierzył karę upomnienia, a w rezultacie taką samą karę łączną i obciążył kosztami postępowania.

## Zebranie stomatologiczne



W dniu 15.03.2008 r. odbyło się 11. zebranie naukowe lekarzy dentystry zorganizowane przez delegatury: kaliską i ostrowsko-krotoszyńską.

Tematem przewodnim zebrania była stomatologia amerykańska, którą przybliżył w bardzo interesującym wykładzie lekarz stomatolog Tomasz Kamut z firmy stomatologicznej PERFECT SMILE z Warszawy. Omówione zostały praktyczne zastosowania preparatów stosowanych według standardów



Od powyższego orzeczenia odwołań wniósł obwiniony lekarz, podnosząc, że nie zgadza z postawionymi mu zarzutami, iż nie poinformował pacjentki o możliwości wystąpienia powikłań, nie uzyskał pisemnej zgody na badanie kontrastowe kanału kręgowego oraz tego, że nie przewiózł pacjentki w pozycji leżącej z Zakładu Radiologii do Oddziału Rehabilitacji. A ponadto że w tej sprawie był tylko konsultantem, a nie lekarzem prowadzącym i opiekującym się pacjentką.

Zdaniem NSL odwołanie obwinionego nie było zasadne. Zarówno fakt braku pisemnej zgody na wykonanie badania diagnostycznego, jak i nieprzedstawienie pacjentce pełnej informacji o charakterze wykonywanego zabiegu oraz o możliwościach wystąpienia powikłań w jego następstwie, w świetle zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego są bezsporne. Sam brak wyraźnego sprzeciwu nie może być tożsamy ze zgodą, zwłaszcza wówczas, kiedy wymaga się uzyskania zgody w formie pisemnej. W toku postępowania dowiedziono także w sposób nie budzący wątpliwości, że pacjentka nie została po zabiegu przewieziona w pozycji leżącej z Zakładu Radiologii do Oddziału. Fakt ten znalazł potwierdzenie między innymi w opinii biegłego neurochirurga oraz w wyjaśnieniach samego obwinionego. Ponadto NSL podkreślił, iż pełna odpowiedzialność za decyzje, wykonanie, ocenę i ewentualne skutki każdej podejmowanej procedury lekarskiej spada na

lekarza, który ten zabieg zlecił i wykonał, a w tym przypadku na obwinionego. Obciążanie innych osób za własne niestaranności w wykonaniu zabiegu rzuca kolejny cień na osobę obwinionego.

Sprawa wydaje się oczywista. Ale doświadczenie, a zwłaszcza coraz to nowe sprawy na wokandach sądów lekarskich uczą, że przypominanie o takich, wydałoby się nie budzących najmniejszych wątpliwości, obowiązkach jest konieczne.

Warto pamiętać, że nie został ustalony zamknięty katalog badań, zabiegów i operacji, których wykonanie wymaga pisemnej zgody chorego. Można domniemywać, że lekarze w zasadzie znają i prawidłowo interpretują intencje prawodawcy. Czasem jednak występują wątpliwości, czy określone badanie wymaga zgody na piśmie czy też wystarczające będzie jedynie wyrażne oświadczenie ustne. Pewną propozycją niech będzie przyjęcie zasady, że jeśli wykonujący przewiduje czy widzi taką wątpliwość, w dobrze pojętym własnym interesie warto poprosić o zgodę pisemną. Jeśli nastąpi odmowa takiej zgody, to też istotna i warta tego wysiłku informacja. Jednym słowem nic nas nie zwolni od obowiązku myślenia (o dobru chorego, ale też o własnym) i od obowiązku przewidywania. W dodatku umiejętnego, a najlepiej trafnego. Czego serdecznie wszystkim życzymy PRZED koniecznością poszukiwania argumentów obronnych.

amerykańskich w nowoczesnej endodoncji. Wykładowi temu towarzyszyła zorganizowana przez firmę Aneks z Poznania prezentacja materiałów stomatologicznych stosowanych w USA. Zainteresowanie tym tematem było tak duże, że lekarze uczestniczący w szkoleniu umówili się z doktorem Kamutem na dalsze szkolenie na ten temat w najbliższym czasie. Omówione zostały także zagadnienia ze stomatologii estetycznej, a każdy z uczestników zebrania otrzymał płytę DVD na temat wybielania zębów. Drugim wykładowcą był lek. med. Tomasz Albrecht, który omówił zasady bezpieczeństwa pracy w gabinecie stomato-

logicznym, stosowanie odpowiednich środków znieczulających dla pacjentów o wysokim ryzyku zawału. Frekwencja wyniosła 205 osób – była bardzo wysoka.

Mam nadzieję, że uczestnicy zebrania byli zadowoleni i w miłej atmosferze spędzili czas, życząc sobie nawzajem wszystkiego najlepszego z okazji zbliżających się świąt wielkanocnych, czego także życzy wszystkim koleżankom i kolegom niżej podpisany.

LEK. STOM. JACEK ZABIELSKI  
WICEPRZEWODNICZĄCY ZARZĄDU  
DELEGATURY KALISKIEJ  
WIELKOPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ  
W POZNANIU

## Peryskop

nie przebiegała choroba – komentuje Cristofanilli. Jego zdaniem może to mieć związek z tym, że tkanka tłuszczowa powoduje nasilenie procesów zapalnych w organizmie, a te mogą przyspieszać rozwój raka. Również ryzyko nawrotów raka było wyższe w grupie kobiet z nadwagą lub otyłych niż kobiet szczupłych – odpowiednio 51 procent i 38,5 procent w okresie do 5 lat oraz 58 procent i 45 procent w okresie do 10 lat.

### Sepsa będzie mniej groźna

Dzięki metodom rozpoznawania i leczenia przedstawionym na międzynarodowej konferencji w Warszawie sepsa powinna być mniej groźna. Konferencję z udziałem ponad 600 lekarzy zorganizowała redakcja „Medycyny Praktycznej”, której nakładem ukazał się także zbiór najnowszych wytycznych dotyczących rozpoznawania i leczenia sepsy. Zostały opracowane przez międzynarodową organizację Surviving Sepsis Campaign i mają na celu zmniejszenie śmiertelności z powodu sepsy o 25 procent w ciągu 5 lat. Sepsa to nie tylko nagłaśniane przez media przypadki nagłej śmierci młodych osób, ale także przyczyna zgonu co czwartego chorego – w Polsce problem dotyczy około 40-50 tys. osób rocznie. Ciężka sepsa i wstrząs septyczny występują u około 16 procent pacjentów hospitalizowanych na oddziałach intensywnej terapii. Szczególnie narażone na nią są osoby o słabej odporności – noworodki, osoby powyżej 65 roku życia, pacjenci leczeni z powodu nowotworów czy po przeszczepie narządów. Nie można się zarazić sepsą, ponieważ chodzi tu o indywidualną reakcję organizmu na zakażenie, natomiast można zarazić się chorobą, prowadzącą do sepsy. Bakteria czy wirus, który u jednej osoby nie powoduje problemów, może zabić kogoś innego – i odwrotnie. Na przykład w przypadku sepsy atakującej młodych, zdrowych żołnierzy często zakażają się oni, pijąc z jednej butelki. Pierwsze objawy sepsy to gorączka, przyspieszony oddech, szybsze bicie serca oraz ogólne osłabienie. Towarzyszą im objawy zakażenia, które doprowadziło do sepsy – jak na

## Peryskop

przykład zapalenie nerek, skóry lub opon mózgowych czy też zakaźna biegunka. Jeśli nie uda się opanować sepsy na tym etapie, rozwija się ciężka sepsa – z powodu niewydolności układu krążenia spada ciśnienie krwi, pojawia się duszność, nerki przestają wydzielać mocz, z powodu uszkodzenia wątroby występuje żółtaczka, chory traci przytomność albo majaczy. Pojawiają się zaburzenia krzepnięcia, na przykład krwotoki czy wybroczyny na skórze. Końcowy, groźny dla życia etap sepsy to wstrząs septyczny – z uporczywym spadkiem ciśnienia i ograniczeniem przepływu krwi przez tkanki.

W USA i Europie Zachodniej umiera 30 procent chorych z ciężką sepsą, tymczasem w Polsce odsetek ten sięga 50 procent. Wprowadzenie lepszych sposobów postępowania mogłoby uratować życie wielu ludzi. Chodzi przede wszystkim o szybkie stawianie rozpoznania, opanowanie reakcji zapalnej i wyrównanie zaburzeń działania narządów. Dlatego najlepszym miejscem dla chorego na sepsę jest oddział intensywnej terapii. Przeciw sepsie nie ma szczepionki, choć można się zaszczepić przeciwko meningokokom (to one odpowiadały za głośne przypadki sepsy wśród młodzieży i wojskowych), pneumokokom (ciężka sepsa wśród małych dzieci) czy pałeczce hemofilnej typu b (*Haemophilus influenzae*). Tę ostatnią szczepionkę dostają od roku 2006 wszystkie niemowlęta w Polsce. Jednak większość przypadków ciężkiej sepsy występuje u osób znacznie starszych i nie powodują ich trzy wymienione drobnoustroje. Średnia wieku chorych z ciężką sepsą wynosi 54 lata. Zwykle zapadają na nią pacjenci po operacjach, najczęściej mężczyźni (59 procent).

### Naukowcy zidentyfikowali „króla zbrodni”

„Gazeta Wyborcza”: Amerykańscy naukowcy zidentyfikowali białko odpowiedzialne za przerzuty raka piersi. – To prawdziwy król zbrodni – twierdzą. Prawdopodobnie decyduje o tym, czy pacjentka przeżyje czy nie.

# Symposium w Brześciu Białoruskim



MAREK WALKIEWICZ

W Brześciu Białoruskim odbyło się sympozjum „Zdrowie 2007”, w którym uczestniczyłem na zaproszenie Komitetu Organizacyjnego Symposiumu Międzynarodowego „Wschód-Białoruś-Zachód”. Współpraca w dziedzinie kształtowania i wzmocnienia zdrowia należała do dużego cyklu spotkań świata nauki nie tylko ze środowiska „czysto” medycznego, ale także dziedzin z obrzeża medycyny, czy tylko pewne zjawiska zdrowotne opisujących. Zatem obok uczestników z uczelni medycznych Poznania, Wrocławia, Gdańska, Lublina, Sankt-Petersburga czy Kijowa byli przedstawiciele uczelni wychowania fizycznego, a także fizjoterapeuci, rehabilitanci, psychoterapeuci, a nawet grupa socjologów. Wśród tematów były zarówno zagadnienia typowo medyczne (np. występowanie nowotworów złośliwych a płeć, otyłość prosta u dzieci szkolnych, ksenobiotyki jako przyczyna ostrych zatruc rolników i członków ich rodzin itp.), zagadnienia z dziedziny profilaktyki (np. motywacja do edukacji i aktywności fizycznej w wieku senioralnym, wpływ nadwagi i otyłości na sprawność fizyczną dziewcząt w wieku 13-15 lat we wschodnim regionie Polski, stan rozwoju fizycznego dzieci i młodzieży polskiego pochodzenia z Ukrainy, Białorusi i Litwy, środowiskowe uwarunkowania poziomu rozwoju fizycznego studentek... w Częstochowie itp.),

prace z zakresu rehabilitacji (np. zadania fizjoterapeutów w edukacji zdrowotnej... w południowej Wielkopolsce, wpływ ćwiczeń korekcyjnych na postawę ciała dzieci w wieku 7-9 lat, problemy społeczne rehabilitacji w hipoterapii itp.), a także duża grupa prac dotycząca niepełnosprawności (np. rola organizacji pozarządowych zajmujących się osobami niepełnosprawnymi w edukacji społeczeństwa w Polsce, rehabilitacja fizyczna i społeczna oraz poprawa obrazu siebie dzieci niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu lekkim poprzez wybrane metody arteterapii itp.).

Trzeba przyznać, że prace w większości były poparte dużym materiałem badawczym, korzystanie z nowoczesnych technik audiowizualnych było standardem, sala obrad o nowoczesnym wystroju, a organizatorzy nie musieli się wstydić za kawę i lunch w studenckiej stołówce (dobre surówki i pyszny kefir). Jakoś nie brakowało mi stoisk firm farmaceutycznych z agresywną reklamą, z przyjemnością w zamian spoglądałem na tłumy dorodnej młodzieży – zwłaszcza urodziwe Białorusinki dobrze wypadały na tle socrealistycznego wystroju uniwersyteckich korytarzy. Mniej też „bolały” opłaty rejestracyjne Kongresu (które Polacy musieli wносить w dolarach lub euro). Organizatorzy co rusz umilali nam obrady. Tak więc na terenie uniwersyteckim mogliśmy podziwiać zarówno pokazy akrobatyczne studentów czy występy ich zespołu folklorystycznego, jak również mecz kadry w siatkówkę czy warsztaty z udziałem niepełnosprawnych mistrzów par olimpiad... Cdn.



Marzenka dobrze czuła się w socrealnych wnętrzach.

**Profesor Anatolij Gierasiewicz  
czuwa nad rejestracją uczestników.**



**Uniwersytet  
ma własnych  
mistrzów  
paraolimpiad.**



**Ciekawostek  
nigdy nie brakowało.**



**Talenty  
muzyczne.**



**Niektóre zajęcia warsztatowe potrafiły  
przyciągnąć nawet młode pokolenie.**



**Studenci potrafią  
dolożyć swoim  
dziekanom...  
na rękę.**

## Peryskop

W Polsce każdego roku rozpoznaje się ponad 13 tys. nowych zachorowań na raka piersi, 5 tys. kobiet umiera.

W większości przypadków o życiu lub śmierci decyduje to, czy doszło do przerzutów. Oczywiście ważny jest czas postawienia diagnozy – im wcześniej, tym większe są szanse powrotu do zdrowia. Naukowcy od dawna chcieli jednak wyjaśnić, co tak naprawdę sprawia, że w pewnym momencie komórki raka piersi stają się jeszcze bardziej złośliwe, odłączają się od pierwotnego guza i przenoszą się z krwią do innych narządów. Naszym zdaniem kluczową rolę odgrywa białko SATB1. To prawdziwy król zbrodni – tak w czasopiśmie „Nature” opisują swoje odkrycie naukowcy z Uniwersytetu Kalifornijskiego w Berkeley.

Potwierdziła to seria badań i eksperymentów. Uчени kierowani przez Terumi Kohwi-Shigematsu przeanalizowali 2 tys. próbek tkanek pobranych od kobiet leczonych na raka piersi. Okazało się, że pacjentki, u których białko SATB1 było najwięcej, żyły najkrócej. Tym zaś, które białko nie miały, często udawało się wygrać z chorobą.

Naukowcy z Berkeley badali też układ komórek budujących gruczoł piersiowy. Zdrowe komórki tworzą tam uporządkowane kolisty struktury. Komórki przerzutujące wręcz przeciwnie – układają się w sposób chaotyczny. Jednak gdy badacze wyeliminowali z nich SATB1, one również „grzecznie” stały w kółku.

– Wszystkie wyniki wskazują, że białko SATB1 decyduje o tym, czy dojdzie do przerzutów – mówi Kohwi-Shigematsu. W jaki sposób? Jako król zbrodni nie brudzi sobie rąk – ma do tego pomocników. – SATB1 kontroluje pracę prawie tysiąca genów. Pobudza te, które przyczyniają się do rozwoju raka piersi, a hamuje te, które mają przed nim chronić – wyjaśnia Kohwi-Shigematsu. Czy odkrycie naukowców z USA to przełom w walce z rakiem piersi? – Jeżeli uda się je potwierdzić w warunkach klinicznych, będzie to duże osiągnięcie – komentuje dla „GW” prof. Maciej Krzakowski, krajowy konsultant w dziedzinie onkologii klinicznej. – Dziś w onkologii często musimy działać trochę na oślep. Opisa-

**Uczelniany zespół folklorystyczny.**



## Peryskop

ne przez Amerykanów biało mogłoby przede wszystkim stać się ważnym czynnikiem prognostycznym. Wiedza o tym, że znajduje się ono w komórkach jakiejś pacjentki, byłaby wskazaniem do bardziej intensywnej terapii uzupełniającej w okresie pooperacyjnym. A to mogłoby zmniejszyć ryzyko nawrotu choroby – podsumowuje w „Gazecie Wyborczej” prof. Krzakowski

### Ponad 4 mln Polaków ma chorobę nerek

Ponad 4 mln Polaków cierpi na przewlekłą chorobę nerek, która prowadzi do niewydolności tego narządu. Aby temu zapobiegać, wystarczy regularnie robić proste i tanie badania – przekonali lekarze na środowowej konferencji prasowej.

Zorganizowano ją w Warszawie z okazji Światowego Dnia Nerek, który obchodzimy po raz trzeci – w tym roku pod hasłem „Zadziwiające nerki”.

Każdy z nas ma dwie nerki – przypominające kształtem fasolki, a rozmiarem zbliżone do pięści. Nieustannie oczyszczają one krew – odfiltrowując z niej i przywracając do krwiotoku płyny wraz z produktami przemiany materii. Jak przypomniał prof. Andrzej Więcek ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, nerki nie tylko oczyszczają krew ze zbędnych produktów przemiany materii, ale też regulują poziom wody i elektrolitów w organizmie, wydzielają hormony, m.in. erytropoetynę, która reguluje wytwarzanie krwinek czerwonych, wpływają na zdrowie naszych kości, regulują metabolizm węglowodanów i białek.

– Statystyki wskazują, że co 10 człowiek na świecie ma przewlekłą chorobę nerek w różnym stopniu zaawansowania. W Polsce grupę tę ocenia się na 4,24 mln osób, a liczba ta ciągle rośnie – powiedział prof. Bolesław Rutkowski z Akademii Medycznej w Gdańsku. Schorzenia nerek częściej dotyczą mężczyzn. Aż jedna piąta panów po 50. roku życia i jedna trzecia po 70. ma w jakiś sposób uszkodzone nerki. Najczęstszymi przyczynami są nefropatia cukrzycowa, choroby zapalne nerek i nadciśnienie tętnicze –

## Dawka mediów

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



ANDRZEJ PIECHOCKI

### Lekarze bez pracy

Po raz pierwszy w Polsce w wyniku protestu płacowego lekarzy doszło 20 marca do zamknięcia dwóch szpitalnych oddziałów. Aż 12 chirurgów i 6 onkologów szpitala wojewódzkiego w Radomiu straciło pracę. Kilku pacjentów zostało ewakuowanych do innych placówek. – Dyrektor i wojewoda, podejmując decyzję o zamknięciu oddziałów, postąpili zgodnie z prawem – mówi „Dziennikowi” minister Ewa Kopacz. A wiceminister Andrzej Włodarczyk przyznaje wprost, że radomski przypadek jest ostrzeżeniem dla wszystkich szpitali. – To jest prosta konsekwencja działań lekarzy – mówi „Dziennikowi”. I stwierdza twardo: – Koniec z ręcznym sterowaniem. O tym, który szpital się utrzyma, będzie decydował rynek. Lekarze z Radomia nie chcieli pracować ponad limit. Żądali podwyżek. Zdeterminowani zdecydowali, że nie będą przychodzić do pracy, bo wypracowali już trzymiesięczny limit godzin. – Pacjenci nie mogą być zakładnikami roszczeń płacowych lekarzy – mówi wojewoda mazowiecki, Jacek Kozłowski. – Dlatego podjąłem decyzję, która chroni życie i zdrowie pacjentów.

ZUZANNA DĄBROWSKA, IWONA DUDZIK  
„DZIENNIK”

### Lekarze kupili szpital

Jedna z najlepszych placówek urologicznych w Polsce, Szpital im. prof. Emila Michałowskiego w Katowicach, przestaje być własnością miasta. Za 12 milionów i złotówkę kupują go lekarze – pisze „Dziennik”. Decyzja o sprzedaży przynoszącego straty szpitala została została jeszcze jesienią. Jednak nie remontowana od dawna placówka nie spełniała technicznych i sanitarnych wymogów Unii Europejskiej i kolejne przetargi kończyły się fiaskiem. Pod koniec ubiegłego roku na zakup szpitala

la zdecydowali się pracujący w nim lekarze. O złotówkę przebili cenę wywoławczą. – To pierwsza sytuacja, gdy ktoś w Polsce kupuje wielki szpital z całym majątkiem i kontraktem na leczenie – cieszy się ordynator urologii, dr Wiesław Duda. Ale nie wszystko przebiegało gładko. Z powodu braku unijnych standardów urząd wojewódzki nie chciał wpisać placówki do rejestru, co jest wymagane przy zmianie właściciela, a bez tego wpisu banki odmawiały kredytu kupcom. Pośrednio z pomocą przedsięwzięciu przyszła jednak minister zdrowia Ewa Kopacz, która przesunęła wejście w życie rozporządzenia mówiącego, że do rejestru wojewody mogą być wpisywane jedynie placówki spełniające zaostrożone normy. Dzięki temu katowicki szpital będzie zarejestrowany, a lekarze staną się jego właścicielami.

PAP, WIRTUALNA POLSKA

### Sam zapłacić

Europejski Trybunał Sprawiedliwości już niemal dwa lata temu orzekł, że państwowa służba zdrowia nie może uniemożliwiać swoim pacjentom korzystania z opieki medycznej w innym kraju unijnym, jeśli sama nie jest w stanie zapewnić leczenia „w niezbędnym czasie nie pogarszającym stanu zdrowia pacjenta”. A czas, w jakim należy wykonać świadczenie, powinien być określany indywidualnie dla każdego pacjenta. – Mimo swobody usług szpitalnych NFZ rzadko wydaje zgodę na wykonanie operacji poza Polską. Jest to sytuacja niezgodna z prawem Unii – mówi dr Adam Kozierekiewicz, ekspert ds. ochrony zdrowia.

Kilka dni temu Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie przyznał rację pacjentowi, któremu NFZ odmówił sfinansowania pilnej operacji nogi (groziła mu amputacja) w Brukseli, uzasadniając tym, że taki zabieg

można wykonać w Polsce. Tyle tylko, że chory musiałby czekać na zabieg półtora roku. Poza tym NFZ zwlekał z wydaniem decyzji aż sześć miesięcy. Pacjent stracił cierpliwość i sam zapłacił 5,5 tys. euro za zabieg w Belgii.

„METRO”

### Widzi zasadność

Do połowy marca zespół powołany przez prezydenta Poznania miał przygotować opinię dotyczącą połączenia szpitali przy ul. Szkolnej i ul. Szwajcarskiej. Mieliliśmy też poznać harmonogram wprowadzanych zmian i planowanych prac. Organem założycielskim obu placówek jest miasto, które w połączeniu szuka oszczędności, a także bardziej racjonalnego zarządzania. Wprawdzie dokument trafił już do prezydenta, ale jego treść ciągle wydaje się tajna. Pewnym postępem w sprawie jest decyzja Bartłomieja Gruszki, pełnomocnika powołanego przez prezydenta, który przewodniczył pracom zespołu. Otóż zdecydował się on zabrać głos w tej sprawie. Do tej pory zawzięcie milczał. – Dyrektor widzi zasadność koncepcji połączenia, ale jednocześnie szereg niebezpieczeństw – lakonicznie tłumaczy Stanisław Rusek, rzecznik Szpitala im. Strusia przy ul. Szkolnej, którego B. Gruszka jest dyrektorem.

MARTA CIEMNOCZOŁOWSKA  
„POLSKA. GŁOS WIELKOPOLSKI”

### Były inwigilowane

Pielęgniarki protestujące w czerwcu ubiegłego roku przed kancelarią premiera i na terenie gmachu były nie tylko zagłuszane przez BOR, ale również inwigilowane przez przebrane policjantki. Według informacji, do których dotarliśmy, funkcjonariuszki z komendy głównej stołecznej miały za zadanie wniknąć w szeregi osób zajmujących „białe” miasteczko, by bezpośrednio kontrolować sytuację. – Wytypowano dziewczyny z przeszkoleniem pielęgniarskim, by były wiarygodne w oczach prawdziwych pielęgniarek. Policjantki udawały protestujące do tego stopnia, że zostawały z nimi na noc w namiotach – opowiada nasz informator z kręgów policyjnych. – Na pewno były wśród nas osoby inne niż

pielęgniarki, ale nie da się teraz tego udowodnić – mówi Dorota Gardias, stojąca wówczas na czele protestu. Funkcjonariuszki miały badać nastroje, gasić entuzjazm, zachęcać do rozjechania się.

VIOLETTA KRASNOWSKA, JOANNA TAŃSKA  
WWW.NEWSWEEK.PL

### Zażąda badań

Posel Janusz Palikot dokładnie się zbada, między innymi u psychiatry, i ujawni wyniki. A tuż po świętach zażąda tego samego od prezydenta, premiera i marszałka Sejmu. Posel PO chciałby tak zmienić prawo, by nakazywało badać zdrowie najważniejszych osób w państwie i ujawniać wyborcom ich wyniki. Jego zdaniem, nasi najważniejsi politycy powinni poddać się takim samym badaniom, jak kandydaci na prezydenta USA.

Lekarze, którzy badali George’a Busha, gdy ubiegał się o urząd, prześwietlili całą jego historię chorób, sprawdzili, czy nie jest cukrzykiem, jakie ma ciśnienie, czy chorował psychicznie i czy nie jest uzależniony od alkoholu lub narkotyków.

MAGDALENA RUBAJ  
WWW.DZIENNIK.PL

### Nie za państwowe

Gdy redaktorzy branżowego magazynu „Doctor” postanowili zapytać 870 brytyjskich lekarzy, czy wszystkie operacje powinny być finansowane z państwowych pieniędzy, nie przypuszczali zapewne, że ankieta wywoła taką debatę. Sześciu na dziesięciu lekarzy stwierdziło bowiem, że państwa nie stać na drogie operacje ludzi niszczących zdrowie bądź będących w zaawansowanym wieku. 94 proc. uznało, że alkoholikowi, który dalej pije, nie powinno się przeszczepiać wątroby za państwowe pieniądze. Już jednak tylko co drugi ankietowany sądzi, że państwo nie powinno refundować operacji palacza, a jeden na czterech, że otyli nie powinni mieć np. operacji bioder za pieniądze podatników. Największe zdumienie wywołało stwierdzenie ponad 30 proc. lekarzy, że starsze osoby nie powinny mieć operacji za państwowe pieniądze, jeśli długoterminowo nie

poprawi to ich stanu zdrowia. – To niegodne. Nie mamy prawa bawić się w Pana Boga – uważa Tony Calland, szef komisji etyki Brytyjskiego Towarzystwa Medycznego.

WWW.WP.PL

### Fenomen czosnku i tranu

Polacy wierzą w cudowne preparaty chroniące przed każdą chorobą. Rutinacea, rutinascorbin, cerutin, witamina C, czosnek w tabletkach, tran w kapsułkach – to preparaty, które biją rekordy sprzedaży w aptekach i supermarketach. Najlepszy sezon na parafarmaceutyki to przesilenie zimowo-wiosenne. W 2007 roku suplementy diety były w Polsce najszybciej rosnącą częścią rynku farmaceutycznego. W porównaniu z 2006 sprzedaż wzrosła o ponad jedną czwartą. Osiągnęła ona wartość 1,3 mld zł. W tym roku dynamika wzrostu będzie podobna – mówi Monika Stefańczyk, analityk z firmy PMR monitorującej rynek. Suplementy diety to sprytna pułapka zastawiona na nas przez koncerny farmaceutyczne. Większość z nas nie rozróżnia ich od leków, bo mają taką samą formę – są podawane w kapsułkach, tabletkach itp. Ale w odróżnieniu od leków są przeznaczone dla ludzi zdrowych jako uzupełnienie normalnego pożywienia w potrzebne witaminy i minerały. Nawet jeśli nie pomogą, to na pewno nie zaszkodzą. Za to dość łatwo uwierzyć nam w ich skuteczność. I na tym polega fenomen ich powodzenia.

W Polsce boom na suplementy diety zaczął się w 2004 roku, wraz z naszym wejściem do Unii Europejskiej. Wszystko za sprawą furtki, jaką stworzyło unijne prawodawstwo. Zgodnie z nim, suplementy diety, które nie są lekami, nie muszą być rejestrowane w Głównym Inspektoracie Farmaceutycznym, gdzie ciągnie się to latami (potrzebne są dokumenty o terapeutycznym działaniu leku). Można je rejestrować w Głównym Inspektoracie Sanitarnym, gdzie załatwia się to w 10 dni – wystarczy, że preparat jest już sprzedawany w jednym z krajów Unii.

MONIKA GOĆŁOWSKA  
„POLSKA. DZIENNIK ZACHODNI”

## Peryskop

wyliczał prof. Więcek. W ponad 8 procent przypadków występują uwarunkowania genetyczne. To oznacza, że w większości możemy ograniczać postępy chorób nerek i zapobiegać uszkodzeniu tych narządów – podkreślił specjalista. Przewlekła choroba nerek stopniowo prowadzi do ich niewydolności, a ta wymaga dializowania lub przeszczepienia nerki, czyli tzw. leczenia nerkozastępczego. – Jest ono bardzo kosztowne, a liczba pacjentów, którzy z niego korzystają, rośnie w Polsce w postępie geometrycznym – alarmował prof. Rutkowski. W 2010 r. będzie z niego korzystało 27 tys. osób, co będzie kosztowało 1 mld 600 mln złotych. Tymczasem jeśli wcześniej wykryjemy chorobę nerek, można zastosować kilkakrotnie tańsze i skuteczne leczenie tzw. nefroprotekcyjne, przy pomocy diety i leków – zaznaczył nefrolog. Dzięki niemu można nawet o kilkanaście lat opóźnić konieczność dializ czy przeszczepu. Wczesnemu wykrywaniu schorzeń nerek służą proste i tanie testy – ocena tzw. wielkości filtracji kłębuszkowej (GFR), która jest wyrażana w mililitrach na minutę i mówi o zdolności filtracyjnej nerek, oraz ocena obecności białek (albumin) w moczu (białkomocz), będących wskaźnikiem uszkodzenia nerki. Test na obecność albumin kosztuje 3 zł, a ocenę GFR można robić przy okazji rutynowego badania moczu. Jak podkreślił nefrolog, badania te powinny być wykonywane minimum raz w roku. Prof. Rutkowski zwrócił uwagę, że wyższe ryzyko chorób nerek dotyczy osób starszych i osób, które urodziły się małe, czyli wyjściowo miały małą ilość nefronów – jednostek strukturalnych nerki. Dlatego, można powiedzieć, że profilaktykę zdrowia nerek można rozpocząć już w okresie płodowym – matka powinna unikać palenia papierosów, picia alkoholu i powinna dobrze się odżywiać, by zapobiec niedowadze u noworodka – podkreślił. Jego zdaniem, zdrowiu nerek sprzyjają te same czynniki, które są korzystne dla serca i układu krążenia, czyli zdrowa dieta – uboga w tłuszcze zwierzęce i sól, a bogata w warzywa i owoce; ruch; unikanie palenia papierosów.

# Pamięci Profesora

Eligiusz Preisler – lekarz i nauczyciel wychowania fizycznego 1908–2008

Swoje dorosłe życie, działalność naukową i zawodową związał z Uniwersytem Poznańskim, od 1950 roku kontynuował równolegle w Wyższej Szkole Wychowania Fizycznego i Akademii Medycznej.

Urodził się 1.12.1908 r. w Jarocinie. W latach 1927–1934 studiował na Uniwersytecie Poznańskim równocześnie medycynę i wychowanie fizyczne. W ramach UP przy Wydziale Lekarskim funkcjonowało Studium Wychowania Fizycznego – pierwsza w Polsce i trzecia w Europie (po Gandawie i Kopenhadze) szkoła wyższa kształcąca magistrów wychowania fizycznego. Tam też w 1933 r. obronił pracę magisterską, a rok później otrzymał dyplom lekarza.

Jako absolwent w latach 1934–1935 odbywając w Warszawie służbę wojskową został skierowany na staż podyplomowy w Zakładzie Fizjologii Centralnego Instytutu Wychowania Fizycznego (CIWF) kierowanym przez już wtedy znanego prof. Missiuro. Po powrocie do Poznania pracował u prof. Eugeniusza



Piaseckiego, który był Dyrektorem Studium Wychowania Fizycznego. Osobowość prof. Piaseckiego wywarła głęboki wpływ na dalszą działalność Eligiusza Preislera, szczególnie na niwie wychowania fizycznego.

W latach 1938–1939 został oddelegowany do pracy w Centralnym Instytucie Wychowania Fizycznego. Po wybuchu wojny ojczyźnianej brał czynny udział w kampanii wrześniowej. Podczas okupacji pracował jako lekarz w Otwocku i w Warszawie. Po



zakończeniu działań wojennych powrócił do Poznania i brał czynny udział w organizowaniu zajęć na Uniwersytecie Poznańskim.

W 1950 roku po reorganizacji Uniwersytetu pracował w nowo utworzonej Wyższej Szkole Wychowania Fizycznego, podejmując jednocześnie wolontariat specjalizacyjny z interny u prof. Jana Roguskiego. W 1954 roku ówczesny Rektor Akademii Medycznej (prof. J. Roguski) powierzył dr. Eligiuszowi Preislerowi (doktorat w 1947 r.) kierownictwo Studium Wychowania Fizycznego. Doktor E. Preisler pracował równoległe w Wyższej Szkole Wychowania Fizycznego, gdzie był kierownikiem Zakładu Badań Lekarskich i Zakładu Fizjologii Sportu. Tytuł docenta uzyskał w 1955 r., profesora nadzwyczajnego w 1961 r., a profesora zwyczajnego w 1973 roku. Jednocześnie w latach 1961–1970 kierował Katedrą Medycyny Sportu Akademii Medycznej. Była to pierwsza w Polsce tego typu placówka naukowa.

Prof. Eligiusz Preisler – medyk i nauczyciel wychowania fizycznego, w swojej działalności doskonale łączył cele zdrowotne, duchowe i cielesne autorstwa swojego wielkiego nauczyciela – prof. med. Eugeniusza Piaseckiego i czołowego teoretyka wychowania fizycznego, dziś patrona poznańskiej AWF. Swoją autorski – neoklektyczny program wychowania fizycznego opracowany specjalnie dla studiujących nauki medyczne skutecznie wzbogacał o treści medyczne, nieobecne w programach nauczania. Przy współpracy naukowców z Katedry Medycyny Sportu, sztabu fizjologów, biomechaników oraz nauczycieli akademickich Studium opracował naukowo jednostkę dydaktyczną wychowania fizycznego. Walory tego przedsięwzięcia doceniło ówczesne Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej i zaleciło ją

## Sylwetka Profesora mniej znana medykom

Prof. Eugeniusz Piasecki będąc jeszcze we Lwowie, pracował w tutejszym Gimnazjum na etacie lekarza – higienisty i nauczyciela wychowania fizycznego! Słusznie upatrywał w Eligiuszu Preislerze – swoim uczniu – swojego następcę. Prof. Preisler podążając śladami swojego Mistrza, nie dość, że sam codziennie ćwiczył, znajdował czas na prowadzenie ćwiczeń ruchowych dla przyjaciół i znajomych. Na uczelni medycznej podjął się trudnego zadania – promowania wychowania fizycznego. Panowała bowiem powszechna opinia, że wychowanie fizyczne jest ciałem obcym w Akademii Medycznej. To „ciało obce” musiało zapaść profesorowi głęboko w pamięć, gdyż często do tego wracał. Rację miał oczywiście Profesor, a dziś Studium Wychowania Fizycznego i Sportu stało się integralną częścią Uniwersytetu Medycznego.

Dnia 3 września 2004 r. podczas uroczystości otwarcia zorganizowanej przez Studium WfiS Międzynarodowej Konferencji Naukowej nt. Rozwój Fizyczny Dzieci i Młodzieży oraz ich Sprawność Fizyczna w Zdrowiu oraz Wybranych Jednostkach Chorobowych – JM Rektor prof. dr hab. Grzegorz H. Bręborowicz uhonorował prof. E. Preislera najwyższym odznaczeniem uczelnianym – Medalem im. Karola Marcinkowskiego. W historii Akademii Medycznej był to medal nr 14! Profesor, aczkolwiek był w świetnej formie, nie odebrał go osobiście. W imieniu Rektora medal ten wręczyłem, poczytując to jako ogromny zaszczyt i wyróżnienie. Prof. E. Preisler bardzo cenił to wyróżnienie powtarzając, że ten medal otrzymali nieliczni.

Profesor był bardzo skromną osobą. Nie potrafił iść przez życie z „wystawionymi łokciami”. Niezmiernie pedantyczny, dużo wymagał od innych, jeszcze więcej od siebie. Każde, najbłahsze pismo było poprawiane nieraz 4–5 razy. Jakikolwiek poprawki były niedopuszczalne. Swoim studentom nie stawiał dwójek, lecz odsyłał ich w celu uzupełnienia wiedzy. Rekordziści przychodzili kilkunastokrotnie!

Do 100 lat zabrakło profesorowi tak niewiele... Już cieszyłem się, że w dniu 1 grudnia prześlę swojemu profesorowi, poprzednikowi, życzenia 200 lat. Cóż, profesor działając w porozumieniu ze swym Najwyższym Panem postanowił inaczej. Pożegnał się z tym światem w dniu 24 lutego 2008 roku.

do powszechnej realizacji we wszystkich Akademiach Medycznych. Ponadto studenci na pierwszych ćwiczeniach z wychowania fizycznego byli objęci kompleksowymi badaniami lekarskimi, badaniami cech sprawnościowych, wydolnościowych i somatycznych. Na podstawie tego materiału naukowego powstał szereg opracowań naukowych, także prace magisterskie, między innymi praca mgr. Bernarda Kobielskiego – kierownika Studium WfiS Akademii Medycznej (1974–1996).

W okresie wakacyjnym profesor organizował obozy naukowe z programem sportowo-medycznym. We wrześniu były to obozy w Andrzejówce, później w Sierakowie, zimą zaś między innymi w Zwardoniu, Wiśle-Malince. Na tych obozach, nieraz i 100-osobowych, prof. Preisler konsekwentnie realizował własny program z zakresu medycyny sportowej. Często w tych obozach uczestniczyli studenci z innych uczelni medycznych. Pod koniec każdego obozu odbywała się sesja naukowa, na której studenci prezentowali wyniki swoich badań. Całość kończyła się kolokwium zaliczeniowym. O dziwo, chętnych zawsze było więcej niż miejsc.

W 1974 r. rektor AM prof. Roman Góral mianował prof. Eligiusza Preislera Kierownikiem Katedry i Zakładu Fizjologii. Funkcję tę sprawował aż do przejścia na emeryturę (w 1979 r.).

ANDRZEJ DECKERT

DR N. BIOL., ADIUNKT  
KIEROWNIK STUDIUM WFiS AM  
W LATACH 1996–2005

13 października 2007 roku zmarła nasza koleżanka

## Bożena Wdowczyk

Stało się to w dniu, w którym nasz rocznik 1951–57 obchodził odnowienie dyplomu lekarskiego po 50 latach. Nie dane było śp. Bożenie uczestniczyć w tej uroczystości, choć bardzo tego chciała.

Brakowało nam Jej w czasie obchodów i brakuje nadal.

Zofia Pawlaczyk i Janina Stanisławska-Sabat

# SHORT CUTS

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

KRZYSZTOF OŻEGOWSKI



Zakończył się „biały szczyt”, więc wypadałoby go skomentować. W zasadzie komentarz nasunęła pogoda za oknem – a piszę te słowa w pierwszy dzień kalendarzowej wiosny – oczekiwaliśmy wiosennej pogody, a wróciła zima. I to tyle, więcej refleksji zamieszczą zapewne uczestnicy tej „olimpiady” sportów zimowych, czyli tak popularnego „białego szaleństwa”.

## „Po białym szczyście zima”

W fast foodach firmowanych marką „McDonald’s” wprowadzono ostatnio innowację polegającą na serwowaniu w godzinach porannych „Menu śniadaniowego”. Pomyśli ktoś – fajna sprawa, wreszcie jakieś urozmaicenie. Tak może i by było, gdyby nie małe ale... Otóż z powodu „śniadanków” do godziny 10.30 niedostępne są tradycyjne kanapki i jeśli ktoś wpadnie na pomysł, przed tą godziną, by zafundować sobie „Big Mac’a” lub innego „Wieś Mac’a”, okazuje się „wieśniakiem”, nierozumiejącym nowego trendu w globalnej firmie, który, jak wyjaśniła miła specjalistka od PR w warszawskiej centrali firmy, spotkał się z pozytywnym przyjęciem warszawskich konsumentów (co potwierdziła przeprowadzona ankieta). Stąd decyzja, by wprowadzić zmianę we wszystkich polskich restauracjach koncernu. Zapyta ktoś, jaki to ma związek z medycyną czy też ochroną zdrowia. Oczywiście, jak zapewne domyślacie się Państwo, ma. I to nie ten podkreślany przez „piarowców”, że „jajka są prawdziwe, a nie z proszku” lub że więcej jest „naturalnych witamin” – tu piją do zieleniny. Związek jest w miejscu, nad którym większość prześliznęła się wzrokiem, być może nie zauważając go nawet. Wspólnym mianownikiem są bowiem „ankiety”. Jak wiadomo, chcąc udowodnić założoną tezę, wystarczy odpowiednio skonstruować ankietę i potem „przepytać” respondentów. I już za chwilę mamy „obiektywny” dowód, którym możemy „podeprzeć się” w dalszych działaniach i pogрузić krytyków naszych pomysłów. Niestety, ofiarami podobnych ankiet bywamy bardzo często, gdy pada pytanie o reformy





w ochronie zdrowia, a w szczególności poruszana jest kwestia odpłatności za usługi medyczne. Pytania zadawane respondentom są zazwyczaj tak ułożone, że tylko idiota lub masochista odpowiedziałby twierdząco na pytanie, czy chciałby płacić za usługi zdrowotne. I w efekcie mamy sytuację jak w McDonalddie – menu śniadaniowe jest „zamiast”, a nie „obok” standardowego.



Znają to zapewne Państwo: dzwoni telefon – „numer zastrzeżony” – i odzywa się głos jakiejś młodej osoby płci jednej albo drugiej (choć czasem sprawia wrażenie płci obojga) reprezentującej ten czy inny bank, a przynajmniej twierdzący, że tak jest. Głos następnie informuje, że ma „specjalnie dla nas przygotowaną ofertę kredytową”. Po czym głos prosi nas o odpowiedzenie na parę pytań celem weryfikacji, czy my to my. W tym momencie zazwyczaj kończę rozmowę. O, przepraszam! Koniec nie wygląda tak bezboleśnie. W wersji pierwszej na prośbę o weryfikację danych odpowiadam: Po co im te dane, skoro stwierdziłem, że ja to ja, a chyba ten tekst reklamowy, jakim niewątpliwie jest propozycja takiego czy innego kredytu, nie jest opatrzony klauzurą „Tajne”. Moje stwierdzenie, zazwyczaj, wywołuje bezmowę po drugiej stronie lub bezgraniczne zdziwienie, że „oni” mi proponują „coś” SPECJALNIE DLA MNIE, a ja odmawiam podania jakichś głupich danych osobowych, np. daty urodzenia. W wersji drugiej zakończenia jest jeszcze gorzej. Wtedy to ja proszę o potwierdzenie, że osoba, która do mnie dzwoni, „rzeczywiście” reprezentuje bank, skoro numer telefonu jest „zastrzeżony”. Po takiej mojej prośbie zdziwienie po drugiej stronie jest jeszcze większe i oczywiście osoba dzwoniąca zupełnie nie rozumie, dlaczego ja chcę sprawdzić, czy ona to ona! Ale może ja jestem dziwakiem, a Państwo (przynajmniej niektórzy, jak wynika z moich rozmów na ten temat) o choczno podają dane, które osobno być może nie mają znaczenia, ale złożone z paru takich niewinnych rozmów już mogą być wykorzystane niekoniernie po naszej myśli...

## PRZYPOMINAMY O „BURZY”

- Spotykamy się 25 kwietnia w Teatrze Nowym. Bilety w cenie 25 i 38 złotych można kupować u p. Filas w WIL.
- Komisja Kultury wynegocjowała ulgowe ceny dla lekarzy seniorów – 10 zł!
- W tej sprawie prosimy kontaktować się z p. Chrościelewską, tel. 0-61 865 80 56.
- Po przedstawieniu zapraszamy do **ZAPADNI** na lampkę wina.

## Spotkajmy się w Filharmonii



**2 kwietnia** (środa) 2008  
godz. 21, Aula Uniwersytecka  
**ŻYCIE, JESTEŚ CHWILA  
W 3. ROCZNICĘ ŚMIERCI  
JANA PAWŁA II**

**5 kwietnia** (sobota) 2008  
godz. 19, kościół p.w. św. Antoniego  
w Lesznie  
ul. Kąkolewska 1  
**Requiem – pamięci ofiar wojen  
wszech czasów. W 10. rocznicę  
śmierci kompozytora**

**6 kwietnia** (niedziela) 2008  
godz. 18, Aula Uniwersytecka  
**39. POZNAŃSKA WIOSNA  
MUZYCZNA,  
INAUGURACJA FESTIWALU  
– PAMIĘCI JANA PAWŁA II**

**7 kwietnia** (poniedziałek) 2008  
godz. 16, Aula Akademii Muzycznej  
(stary budynek)  
**7 kwietnia** (poniedziałek) 2008  
godz. 19, Aula Akademii Muzycznej  
(stary budynek)  
**7 kwietnia** (poniedziałek) 2008  
godz. 21, Aula Nova Akademii  
Muzycznej  
**MUZYKA POD PRADEM  
– impreza towarzysząca**

**8 kwietnia** (wtorek) 2008  
godz. 18, Aula Akademii Muzycznej  
(stary budynek)  
**KWARTET WIENIAWSKI  
(Jubileusz 10-lecia zespołu)**

**8 kwietnia** (wtorek) 2008  
godz. 19, Aula Nova Akademii  
Muzycznej  
**SONATY FORTEPIANOWE  
BEETHOVENA**

**9 kwietnia** (środa) 2008  
godz. 12-14, „Pod Pretekstem”  
**Spotkanie młodych kompozytorów  
i muzykologów**

**Muzyka współczesna i jej wartości**  
**9 kwietnia** (środa) 2008  
godz. 18, Akademia Muzyczna,  
Aula (stary budynek)  
**9 kwietnia** (środa) 2008  
godz. 21, Aula Nova

**10 kwietnia** (czwartek) 2008  
godz. 10-15, Sala Prezydencka  
Akademii Muzycznej  
**SPOTKANIE Z DE MUSICA**

**10 kwietnia** (czwartek) 2008  
godz. 18, Aula Nova Akademii  
Muzycznej  
**KONCERT CHÓRALNY**  
Jan Łukaszewski – dyrygent

**11 kwietnia** (piątek) 2008  
godz. 19, Aula Uniwersytecka  
**PRAWYKONANIE I JUBILACI**

**12 kwietnia** (sobota) 2008  
godz. 11, Aula Uniwersytecka  
**PRO SINFONIKA – STOPIEŃ  
TĘCZOWY, NAJPIĘKNIEJSZA  
JEST MUZYKA POLSKA**

**12 kwietnia** (sobota) 2008  
godz. 15, Aula Uniwersytecka  
**PRO SINFONIKA – STOPIEŃ  
BŁĘKITNY NAJPIĘKNIEJSZA  
JEST MUZYKA POLSKA**

**12 kwietnia** (sobota) 2008  
godz. 18, kościół oo. Dominikanów  
Orkiestra Kameralna Polskiego  
Radia „Amadeus”

**18 kwietnia** (piątek) 2008  
godz. 19, Aula Uniwersytecka  
**Z TRZECH STRON ŚWIATA**

**20 kwietnia** (niedziela) 2008  
godz. 18, Aula Nova Akademii  
Muzycznej  
**BACH NA MIARĘ XXI WIEKU**

**26 kwietnia** (sobota) 2008  
godz. 18, Aula Uniwersytecka  
**386. KONCERT POZNAŃSKI  
GWIAZDY ŚWIATOWYCH  
ESTRAD**

**Kasa biletowa FP, ul. Wieniawskie-  
go 1 (wejście od Auli Uniwersytec-  
kiej), od poniedziałku do piątku  
w godz. od 13.00 do 17.00 oraz  
na godzinę przed koncertem,  
tel. 061 853 69 35.**

# Nauczycielem jest pacjent



Zgodnie z tacińskim źródłostowem *pallium* to płaszcz obszerny, *palliatu*s – płaszcz otulający cierpiącego chorego. Istota opieki paliatywnej polega więc na zapobieganiu i niesieniu ulgi w cierpieniu. Przychodzimy do chorego z tym płaszczem opieki, żeby go otulić, ale także by zreperować i jego stary płaszcz. Nigdy jednak u schyłku życia nie powinniśmy dawać mu nowego ubrania. Bo człowiek chce odejść z tego świata właśnie w swoim starym, pocerowanym ziemskim płaszczu.

**Spostrzeżeń prof. dr. hab. med. Jacka Łuczaka  
ordynatora poznańskiego Hospicjum Palium wysłuchał ŁK**

## Pacjent

Kiedy rozpoczynam zajęcia z zakresu medycyny paliatywnej ze studentami V roku wydziału lekarskiego, przypominam im przede wszystkim o obowiązkach lekarza w stosunku do cierpiącego, umierającego pacjenta. Podkreślam zwłaszcza, że powinien on pozostawać dla nich zawsze absolutnie najważniejszą osobą. Człowiek cierpiący jest bowiem naszym nauczycielem, to on prowadzi nas przez swoje cierpienie, on jest ekspertem, a nie my, lekarze. Dlatego nie powinniśmy zabierać tej jego autonomicznej przestrzeni cierpienia, a jedynie działać tak, żeby nie czuł się w nim osamotniony. Starajmy się wyjaśnić mu przyczyny objawów, przedstawić zaawansowanie choroby i to, co najtrudniejsze, czyli rokowanie. Nie podejmujemy się jednak nawet próby tłumaczenia, odpowiedzi na jedno z najczęściej zadawanych pytań, „dlaczego cierpię”, będącego poszukiwaniem odpowiedzi o sens doświadczanego nieszczęścia. Nigdy nie próbujemy także sami z siebie udzielać choremu „dobrych rad” czy fałszywych pocieszeń. Raczej uważnie słuchamy...

Mój przyjaciel lekarz umierał kiedyś w jednym z doskonałych poznańskich szpitali. Wiedząc, jaka jest sytuacja, ów niezwykle mądry człowiek zaczął się stopniowo przygotowywać do śmierci, chcąc uporządkować wszystkie swoje ziemskie sprawy. Postawił więc lekarzom pytania bez ogródek: kiedy umrze, jak umrze, czy będzie cierpieć, ile ma jeszcze czasu. Tymczasem dawni jego współpracownicy zamiast odpowiedzieć na te pytania, zaordynowali mu leki przeciwdepresyjne, po których cały czas spał. Oni kierowali się w tym wypadku fałszywie rozumianym współczuciem, a przecież mieli do czynienia z normalnym, trzeźwo rozmawiającym, nie histeryzującym człowiekiem, który wyrażał jasno swoją wolę. Ale nie bardzo chciano go słuchać.

Postawa właściwa dla opieki paliatywnej polega zaś nie tylko na ukojeniu bólu fizycznego, ale także na próbie zbliżenia się do chorego, wysłuchania jego szeptu, sprawdzenia, czy nie cierpi z innych powodów, czy nie boli go dusza, czy nie targa nim lęk o najbliższych, czy można mu jeszcze w jakikolwiek inny sposób oprócz lekarstw pomóc, kogo chciałby mieć przy sobie w godzinie śmierci itp. To jest właśnie ten płaszcz otulający, ta właściwa próba całościowej opieki nad chorym oraz nad jego rodziną.

## Cierpienie

Twórczyni nowoczesnego ruchu hospicyjnego Dame Cicely Saunders scharakteryzowała cierpienia osoby chorej przewlekłe o niekorzystnym rokowaniu jako tzw. ból totalny, czyli cierpienie ogarniające całego człowieka. Wydzieliła przy tym poszczególne sfery owego cierpienia. Pierwszą z nich jest oczywiście sfera somatyczna. Pod tym pojęciem należy rozumieć jednak nie tylko ból fizyczny, ale także wywołane przez chorobę deformacje, zmiany obrazu ciała i wszystkie te objawy, które Anglicy nazywają *body image*. W ich konsekwencji chory staje się fizycznie kimś innym, nie poznaje się, nie poznają go jego najbliżsi. Do tego dochodzą często także przykre zapachy czy niemiłe obrazy wywołujące uczucie odrazy. W naszym poznańskim hospicjum przebywał np. człowiek z rozpadającym się rakiem odbytu, pamiętam też chorych z gigantycznymi guzami grzybiastymi i kobietę z rakiem sromu, której intymne miejsce zamieniło się w olbrzymi guz.

Musimy więc spróbować uświadomić sobie, jak mocno takie deformacje wpływają na psychikę człowieka i jak bardzo chorzy cierpią z tego powodu. Patronka naszego hospicjum dziennego, Joasia Drażba, piękna młoda kobieta i niezwykle wrażliwa poetka, bardzo wstydziła się swojej deformacji, dlatego ukrywała ją starannie. O tym zaś, co działo się z jej ciałem, najlepiej wiedział jej ojciec. A guz Joasi, który wychodził z kręgosłupa, rósł tak bardzo, że na końcu objął całe plecy. Ta młoda dziewczyna zmuszona więc była leżeć na łóżku, w którym trzeba było wyciąć otwór, by guz wychodził na zewnątrz. Życzeniem Joasi było, żeby opieką nad tym olbrzymim, rozpadającym się guzem zajmował się jedynie jej ojciec. Mówiła: możecie mnie uśpić, aby zmienić materac i postanie, ale proszę, nie oglądajcie mojego ciała z tyłu. I ja zobaczyłem jej plecy dopiero wtedy, kiedy umarła...

## Słuchanie

Cierpieniu fizycznemu nieodmiennie towarzyszy ból egzystencjalny. Chory zadaje sobie przeróżne pytania: dlaczego choroba spotkała właśnie mnie? Czemu tak cierpię? Czym sobie na to zasłużyłem? Czasem chory jest skłócony sam ze sobą, czasem czuje pustkę, samotność, szuka Boga, czy też wręcz przeciwnie – odwraca się od tego, który tak okrutnie

go „ukarał”. To jest ten ból egzystencjalny, który pojawia się najczęściej wraz z bólem somatycznym. One się wręcz z sobą łączą, nakładają i to do tego stopnia, że czasem trudno oddzielić je od siebie.

Do tego dochodzą także cierpienia wynikające z całokształtu indywidualnych przeżyć chorego, który ma przecież swoją jedyną i niepowtarzalną przeszłość, teraźniejszość i przyszłość. To również jego związki z innymi ludźmi, z rodziną, z personelem medycznym itp. Wszystkie te sfery łączą się, wzajemnie się przenikają i dopiero z tego wyłania się całokształt obrazu chorego, we wszystkich wymiarach jego cierpienia.

Tyle że aby zbudować taki pełen obraz człowieka cierpiącego, nie wystarczy zbadać go czy zebrać wywiad. Najważniejsze jest bowiem wysłuchanie historii jego cierpienia. To się nazywa *storytelling* czy też *narrative medicine*. Czasem wystarczy do tego jedno spotkanie, a czasami te poszczególne elementy musimy składać przez dłuższy czas, niczym klocki lego. Sposób na to jest tylko jeden: trzeba nauczyć się cierpliwego, empatycznego słuchania. Tego jednak nie da się zrobić, jeżeli tak naprawdę nie zbliżymy się do chorego. Przede wszystkim nie można nad nim stać, to jest absolutnie niedopuszczalne, nie ma wtedy żadnego partnerstwa, kontaktu wzrokowego, tej dozy niezbędnej bliskości. Trzeba usiąść koło jego łóżka, trzymać go za rękę, czasami zejść poniżej poziomu chorego, a nawet wysłuchać go na klęczkach...

### Rozmowa

Potem przychodzi czas na rozmowę. Najpierw jednak trzeba usunąć ewentualne bariery we wzajemnej komunikacji, które pojawiają się wtedy, gdy pacjent z różnych powodów

niewiele wie o swojej chorobie. Jak jednak przekazać konkretnemu człowiekowi informację o tym, że jego choroba jest śmiertelna? Ja w takiej sytuacji najczęściej proszę najpierw chorego, aby szczerze powiedział, co tak naprawdę sądzi o swoim stanie zdrowia. I jeśli on odpowiada, że może jeszcze jakoś to będzie albo że ostatnio jest gorzej, ale to pewnie przejściowe czy coś innego w podobnym stylu, wnioskuję, że albo za dużo nie wie, albo też ma bardzo silnie uruchomiony zespół wypierania. Wtedy mówię: ja bardzo dziękuję za to, co pan powiedział o swojej chorobie, jednak musimy sobie uświadomić, że jest ona bardzo poważna i że postępuje. I obserwuję, jak chory zareaguje na tę poważną już informację. Potem kontynuuję, czy możemy dalej na ten temat porozmawiać, bo ja nie wiem, co pan jeszcze wie o swojej chorobie. I jeśli on odmawia, to wiem, że jeszcze nie dojrzał do prawdy.

Niekiedy w takiej sytuacji uciekam się do tzw. pierwszego ostrzegawczego strzału, w sposób pośredni przekazując choremu wiedzę na temat jego rokowań. Trzeba to jednak robić delikatnie, bo kiedy np. pada hasło hospicjum, dla wielu jest to synonim śmierci. Drugim takim słowem jest morfina. Panuje taki mit, że morfina zabija, skraca życie, uzależnienia psychicznie, a to jest nieprawda. Na 13 tys. przebadanych chorych, którzy byli leczeni starą, wypróbowaną, stosowaną od 200 lat morfiną, uzależniło się od niej zaledwie czterech. Tymczasem morfina to podstawowy rekomendowany przez WHO analgetyk opioidowy, nie tylko uśmierzający ból i łagodzący duszność, ale często przedłużający życie i pozwalający choremu na w miarę normalne funkcjonowanie. Trzeba ją tylko umiejętnie stosować i podawać, stopniowo dobierając dawki, zaczynając od najmniejszych, zachowując właściwe odstępy czasowe i zapobiegając objawom ubocznym.





Jest też drugi wariant: chory pytany o stan zdrowia mówi: ja czuję, że się kończę, ale nikt nie chce ze mną na ten temat rozmawiać. I wtedy mamy otwartą drogę do dalszego dialogu. Bo człowiek śmiertelnie chory powinien mieć możliwość podjęcia z odpowiednim wyprzedzeniem wielu ważnych dla siebie decyzji (*advanced directives*), w tym również tej, jak ma być leczony, kiedy straci świadomość lub znajdzie się w schyłkowym okresie życia. U nas, niestety, nie jest to praktykowane, co uważam za poważny błąd. A chory ma prawo wybrać: czy decyduje się na przedłużanie umierania, czy też raczej chciałby przede wszystkim nie cierpieć. I jego zdanie winno być tutaj rozstrzygające.

### Medykalizacja

Przez wiele lat praktyki zawodowej zetknąłem się z trzema postawami lekarza w kontaktach z chorym. Postawa pierwsza: lekarz przychodzi do umierającego, coś ordynuje i ucieka najszybciej, jak się tylko da. Unikając przy tym najczęściej rozmowy z chorym czy jego rodziną.

Postawa druga: lekarz poświęca choremu więcej czasu, ale interesują go wyłącznie sprawy czysto medyczne. To jest właśnie ta nieszczęsna, panująca dziś powszechnie medykalizacja. Przykładem typowej medykalizacji jest taki mniej więcej dialog pacjenta z lekarzem: panie doktorze, coraz bardziej boli mnie lewa noga i czuję, że umieram. Proszę ze mną porozmawiać. Na co lekarz odpowiada: no to niech mi pan coś więcej powie o tym bólu nogi.

A przecież człowiek nie jest tylko jednostką chorobową, potrzebna jest także szczerza, otwarta rozmowa, nastawiona całkowicie na pacjenta i wszystkie jego problemy. Także te psychiczne, socjalne czy duchowe. I to jest właśnie ta trzecia, moim zdaniem jedyna właściwa postawa. Tymczasem wielu lekarzy nadal nie zdaje sobie sprawy, jakie to jest ważne.

Podczas niedawnych warsztatów, jakie co roku prowadzę dla personelu polskich hospicjów, miałem okazję rozmawiać z jedną z młodych wolontariuszek, która tak oto opisywała swoje relacje z chorym: na początku jest między nami taka ciężka kotara, przeszkadzająca we wzajemnej komunikacji. I kiedy udaje mi się ją rozsunąć, widzę następną kotarę, ale już ze znacznie cieńszego materiału. Rozmawiamy więc dalej, pacjent otwiera się coraz bardziej, w końcu dochodzę

do tej trzeciej, niemal przezroczystej kotary. Za nią jest już tylko jego serce, jego dusza...

I to jest właśnie przykład modelowej komunikacji.

### Niewiedza

W Polsce umiera rocznie 400 tys. osób, z czego 320 tys. na przewlekłe, postępujące i zagrażające życiu choroby. Tymczasem Narodowy Fundusz Zdrowia uznał, że do opieki nad ciężko chorymi, cierpiącymi i umierającymi ludźmi nie potrzeba wielu pieniędzy i zdecydował, że będzie refundować takie świadczenia zaledwie w połowie. To zaś jest sprzeczne z ustawą o zakładach opieki zdrowotnej z 1991 roku, która w art. 19, par. 5 mówi, że każdy chory ma prawo do umierania w spokoju i godności.

Dodam jeszcze, że choć w Polsce istnieją ok. 520 ośrodków opieki paliatywnej i hospicyjnej, to fundusze przeznaczone na ich finansowanie wynoszą zaledwie 100 mln zł! Tych pieniędzy jest zresztą z roku na rok coraz mniej. Kiedy zaczynaliśmy pracę, dzień pobytu chorego w hospicjum wyceniany był na 200-220 zł za dobę, cztery lata temu było to 160 zł, w tej chwili jest 140 zł...

Permanentne niedofinansowanie paliatywnej opieki stacjonarnej sprawia zaś, że wielu polskim hospicjom zagląda w oczy widmo zamknięcia. Niestety, ludzie, z którymi rozmawiamy na ten temat, wykazują brak wiedzy i zainteresowania problemem. Zupełnie tak, jak gdyby medycyna paliatywna została znów uznana za gorszą od innych. A przecież jako jeden z nielicznych krajów w Europie mamy specjalizację z medycyny paliatywnej, dorobiliśmy się także wielu znakomitych specjalistów z wieloletnim doświadczeniem w tej dziedzinie. Tego się jednak nie docenia. W konsekwencji opieka paliatywna jest wrzucana do wspólnego worka z zakładami opiekuńczo-leczniczymi. A to jest worek nisko opłacanych świadczeń. Z tego właśnie powodu w ubiegłym roku zlikwidowano w konińskim szpitalu oddział opieki paliatywnej, zastępując go innym, bardziej zyskownym oddziałem. W tym roku podobny los spotkał oddział opieki paliatywnej w Wielkopolskim Centrum Chorób Płuc i Gruźlicy. To niepowetowana strata, bo oba oddziały powstały nakładem wielu funduszy w ramach Rządowego Programu Restrukturyzacji MZ z pomocą Banku Światowego.

Musimy sobie w końcu uświadomić, że hospicja są priorytetem, pełnią bowiem nie tylko niezbędną funkcję opiekuńczą i leczniczą dla chorych i ich rodzin, ale także odgrywają istotną rolę edukacyjno-szkoleniową dla przyszłych lekarzy. Cóż jednak z tego, skoro przetłumaczone nieodpłatnie rekomendacje Rady Europy dotyczące organizacji opieki paliatywnej – najważniejszy oficjalny dokument podkreślający ten priorytet – nie są respektowane przez nasze państwo.

Miał to być dziś zaczyna się znów powtarzać sytuacja z początków działalności hospicyjnej w Polsce. Kiedy w 1991 roku otwieraliśmy pierwszy w naszym kraju oddział opieki paliatywnej i pierwszą tego typu klinikę w Europie, pisaliśmy do wszelkich możliwych władz z prośbą o pomoc. I wtedy także napotykalimy mur niewiedzy. Zaczęłam więc tłumaczyć obrazowo, że w Anglii oddziały opieki paliatywnej otwiera sama brytyjska królowa. Wtedy któryś z urzędników stwierdził z uśmiechem, że my nie mamy królowej. Na co ja odpowiedziałam: to widać...

## Nowy portal edukacyjny dla lekarzy

Państwowy Powiatowy Inspektorat Sanitarny w Poznaniu informuje, że Krajowe Centrum ds. AIDS uruchomiło nowy portal edukacyjny dla lekarzy (przede wszystkim dla lekarzy ginekologów) oraz studentów medycyny zainteresowanych problematyką HIV/AIDS. Na stronie internetowej [www.hiv-aids.edu.pl](http://www.hiv-aids.edu.pl) można pobrać materiały edukacyjne w formie artykułów, wykładów wspieranych prezentacjami multimedialnymi oraz testów sprawdzających poziom wiedzy.



## Szpital Wojewódzki w Poznaniu

pilnie zatrudni

- **Lekarza neantologa** lub **pediatrę** do pracy w Oddziale Noworodkowym z Pododdziałem Intensywnej Opieki Neantologicznej
- **Lekarzy neurologów** do pracy w Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru nad Chorymi z Udarem Mózgu i Zespołem ds. Stwardnienia Rozsianego
- a także do pełnienia dyżurów medycznych.

Warunki pracy i płacy do uzgodnienia.

**Oferujemy możliwość zamieszkania w Hotelu Pracowniczym**

**Oferty prosimy składać na adres:**

Szpital Wojewódzki w Poznaniu  
ul. Juraszów 7/19, 60-479 Poznań  
tel. kontaktowy:  
061 84 76 228  
061 82 12 337 – Oddział Noworodkowy  
061 82 12 420 – Oddział Neurologiczny

### Zatrudnię

## lekarza stomatologa

w nowoczesnej klinice stomatologicznej

50 km od Poznania  
tel. 061 424 32 09

## Zamów recepty w MP

cena: 2,15 zł + 22% VAT za bloczek recept (100 sztuk)\*

Zamówione recepty wysyłamy do 3 dni roboczych.

Możliwa realizacja ekspresowa (1 dzień roboczy) za dopłatą 50%.

\* plus koszt przesyłki kurierskiej – 12,50 zł + 22% VAT

[recepty.mp.pl](http://recepty.mp.pl), tel. (012) 293 40 88



Medycyna Praktyczna

## KOMUNIKAT

Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Poznaniu

Oddział Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w Poznaniu, ul. Dąbrowskiego 12 ogłasza nabór do pracy w charakterze

## LEKARZY KONSULTANTÓW

spełniających następujące wymagania:

- 1) posiadanie specjalizacji II<sup>o</sup> w zakresie następujących dziedzin:
  - neurologii,
  - ortopedii,
- 2) niekaralność,
- 3) minimum 5-letni staż pracy w bezpośrednim kontakcie z pacjentem.

**Wymagane dokumenty:**

- 1) Wniosek o zatrudnienie na stanowisku lekarza konsultanta.
- 2) Odpis dyplomu ukończenia Akademii Medycznej.
- 3) Odpis zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu lekarza.
- 4) Odpis dokumentu potwierdzającego stopień i rodzaj specjalizacji.
- 5) Zaświadczenie o niekaralności zawodowej z Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

**Zgłoszenia kandydatów** na lekarzy konsultantów prosimy składać w Wydziale Spraw Pracowniczych Oddziału ZUS w Poznaniu, ul. Dąbrowskiego 12, pok. 206.

**Informacja telefoniczna** pod numerem tel. (061) 841-60-06, 841-60-15

### Praca dla lekarza STOMATOLOGA

- Bardzo dobre warunki zatrudnienia
  - Kontrakt z NFZ
  - 60 km od Poznania w kierunku Jarocina
- Tel. 608 539 554, 668 156 420

P.U.W. Medical sp. z o.o. zatrudni w Swarzędzu

### lekarza stomatologa

tel. 061 81 74 110

Areszt Śledczy w Poznaniu  
zatrudni lekarzy specjalistów:  
psychiatrów  
internistów  
i medycyny rodzinnej

tel. (0-61) 85 68 322

e-mail: [k508307350@op.pl](mailto:k508307350@op.pl)  
[przemek@503693022@wp.pl](mailto:przemek@503693022@wp.pl)



**ESTETICA**  
Prywatny Gabinet Stomatologiczny

Bogato wyposażony gabinet stomatologiczny z dużą liczbą pacjentów w Śremie podejmie współpracę

z **lekarzem stomatologiem**

## Wiersze



AŁOŻY ADAMSKI

# Lekcja w Himalajach

Nareszcie Nepal – sen się ziścił!  
Ruszają w drogę himalaiści!  
Czeka nas wyczyn – ciekawy tracking,  
a czas wymarszu już niedaleki.  
O wczesnej porze zebrana grupa,  
a serce tańczy, radośnie puka.

Rośnie napięcie – nastrój euforii...  
Gdzie nasz przewodnik i sprawca glorii?  
Wreszcie się zjawia, wolniutko bieży:  
To jakaś zjawia? Czy oczom wierzyć?  
Chude pacholę w nędznych sandałach  
– z takim się wspinać, chodźć  
po skałach?

Kompromitacja! Toż to patałach!  
Lecz kiedy ostro ruszył z kopyta,  
niejeden w duszy cicho się pytał:  
Czy się nikomu krzywda nie stanie?  
Ten łomot w piersi, lęk, to sapanie...  
Tu pęka bańka – kres naszej chwały  
i ukarany nasz czyn zuchwały.  
Wnet spokorniała ma dusza czupurna  
– drwiąco zerkąta dumna Anapurna.

*Nepal 1987*



## WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA

**BIULETYN INFORMACYJNY WYDAWANY  
PRZEZ RADĘ OKRĘGOWĄ WIL W POZNANIU**

ISSN 1233-2216 Nakład 12 000 egz.

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

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

e-mail: [izba@wil.org.pl](mailto:izba@wil.org.pl) [www.wil.org.pl](http://www.wil.org.pl)

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

### ADRESY DELEGATUR WIELKOPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ:

#### DELEGATURA W KALISZU

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

#### DELEGATURA W KONINIE

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

#### DELEGATURA W LESZNIE

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

#### DELEGATURA W PILE

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

#### DELEGATURA OSTROWSKO-KROTOSZYŃSKA

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

kolegium redakcyjne Biuletynu Informacyjnego WIL

redaktor naczelny: Andrzej Baszkowski

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

zdjęcie na okładce: DiGiTouch

#### Na zlecenie WIL wydany przez

TERMEDIA Wydawnictwo Medyczne, ul. Wenedów 9/1, 61-614 Poznań  
tel./faks +48 61 822 77 81, e-mail: [termedia@termedia.pl](mailto:termedia@termedia.pl), <http://www.termedia.pl>

druk: CGS drukarnia sp. z o.o.

**ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

62-100 WĄGROWIEC, ul. Kościuszki 74

działając na podstawie art. 35 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 91, poz. 408 z późn. zm.)

**OĞLASZA KONKURS OFERT****1. na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych:**

- w Poradni Chirurgicznej
- w Poradni „K”

**2. na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych poza godzinami dyżurów medycznych oraz podczas dyżurów lekarskich:**

- w Oddziale Dziecięcym wraz z Oddziałem Noworodkowym
- w Oddziale Wewnętrznym
- w Oddziale Chirurgicznym
- w Oddziale Anestezjologii
- w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym
- w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym wraz z zespołami wyjazdowymi

**3. na udzielanie specjalistycznych świadczeń lekarskich w ramach konsultacji laryngologicznych**

Umowa dotycząca ww. świadczeń zawarta będzie na okres od 1 maja 2008 roku do 31 maja 2010 roku. Szczegółowe warunki konkursu, formularz ofertowy i materiały informacyjne o przedmiocie konkursu można otrzymać w Kadrach Zespołu Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu od poniedziałku do piątku w godz. od 8 do 15; tel. 0-67 26 81 593.

Osobami uprawnionymi do udzielania informacji są: dział kadr i zastępca dyrektora ds. medycznych – Jarosław Malecki, tel. 0-67 26 81 539. Termin składania ofert upływa z dniem 18 kwietnia 2008 roku, godz. 14.00. Oferty należy składać w Sekretariacie Zespołu Opieki Zdrowotnej, 62-100 Wągrowiec ul. Kościuszki 74. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi w dniu 21 kwietnia 2008 roku o godz. 9.00, w siedzibie Zespołu Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz do przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyn.



**Mieszkanie w kolorach TYLKO 8,9%**

Przykładowa kwota pożyczki	60 miesięcy Rata	48 miesięcy Rata	36 miesięcy Rata
30 000 PLN	621,36	745,18	952,66

BEZ PORĘCZYCIELI – BEZ HIPOTEKI – DO 80 000 PLN

**POŻYCZKA „PREMIUM” bez zbędnych formalności**

Przykładowa kwota pożyczki	36 miesięcy Rata	24 miesiące Rata	12 miesięcy Rata
20 000 PLN	659,55	936,85	1 772,36

**LOKATA INVEST+ 7%**

WYPŁACAJ PIENIĄDZE KIEDY CHCESZ I NIE TRĄC ODSETEK !!!

PRZEDSTAWICIELSTWO PRZY OIL W POZNANIU,  
61-734, ul. Nowowiejskiego 51,  
tel. 061 851 87 58 w.108, fax 061 851 87 62

PEŁNA OFERTA DEPOZYTÓW I POŻYCZEK:  
Infolinia 0-801-88-88-11  
[www.skokil.pl](http://www.skokil.pl)

**DRUKARNIA  
CYFROWA****DRUK RECEPT  
I INNYCH DRUKÓW****MEDIA-PRESS**

POZNAŃ,

ŚCIEGIENNEGO 117

061 8687-467

[www.media-press.pl](http://www.media-press.pl)

recepty@media-press.pl

111 Szpital Wojskowy  
z Przychodnią SPZOZ  
w Poznaniu pilnie zatrudni

n/w lekarzy specjalistów,  
w tym na dyżury medyczne:  
gastrologów, internistów,  
otolaryngologów,  
okulistów, radiologów.

Informacje:  
dział kadr tel. 061 857-47-70

NZOZ w Poznaniu nawiąże  
współpracę z lekarzem

**ORTODONTA**

Tel. 503 037 000

**Lekarz pediatra  
poszukuje pracy  
na terenie Poznania**

(24 lata stażu)  
tel. 068 32-65-012  
0606 811-299

Praca za granicą

**Lekarzy  
zatrudni szpital  
w Niemczech**

- Komunikatywna znajomość języka
  - Możliwość specjalizacji
- Kontakt w Polsce:**  
Tel. 605 769 632



Kompleks Okulistyczno – Optyczny VISUS oraz firma ESSILOR w dniach 01.02 – 30.04. 2008r proponuje **lekarzom** soczewki okularowe progresywne.

W tym okresie możecie Państwo parę soczewek zakupić płacąc tylko za jedną.

**ZAPRASZAMY:**

- Kompleks Okulistyczno – Optyczny VISUS Poznań ul. Św. Marcin 18 tel. 061-853-04-09
- Centrum Soczewek Kontaktowych VISUS Poznań ul. Ratajczaka 8 tel. 061-855-00-70

**SALDO**

Biuro Rachunkowe  
ul. Prądnicka 4  
tel./faks 061 843 26 16

FACHOWE  
DORADZTWO  
i  
ROZLICZENIA  
PODATKÓW  
LEKARZY I NZOZ

SP ZOZ Oborniki  
zatrudni lekarzy**pediatrów  
lub  
neonatologów**

na oddział i dyżury  
Tel. 061 297-36-17

# WITRYNA INTERNETOWA WIL

[www.wil.org.pl](http://www.wil.org.pl)

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

