

BIULETYN INFORMACYJNY nr 7-8 (198-199) • POZNAŃ, LIPIEC-SIERPIEŃ 2011



# WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA

Przygotowania DO WAKACJI



## TEMATYKA III ZJAZDU PTBO

Czynniki środowiskowe wpływające na stan odżywienia | Różne aspekty jakości życia osób otyłych | Effect of GLP-1 peptide on the regulation of appetite. Possibilities of using GLP-1 mimetics in the obesity therapy | Sesja satelitarna firmy Glaxo Smith Kline | Otyłość i cukrzyca w różnych okresach życia | Otyłość po pięćdziesiątce | Leczenie dietetyczne otyłości | Różne oblicza otyłości | Leczenie otyłości – farmakoterapia, chirurgia, psychoterapia | Blaski i cienie chirurgicznego leczenia otyłości | Sesje plakatowe PTBO | Sesja doniesień ustnych PTBO

## TEMATYKA ZJAZDU 3<sup>RD</sup> CECON

Diet and physical exercise in obesity treatment | Marine lipids in prevention and treatment of metabolic syndrome | Eating behavior | The impact of adipose tissue on insulin resistance and vascular function | Effect of GLP-1 peptide on the regulation of appetite. Possibilities of using GLP-1 mimetics in the obesity therapy | Sesja satelitarna firmy Glaxo Smith Kline | Various aspects of obesity treatment | Various aspects of obesity | Various aspects of bariatric surgery | Oral session CECON | Poster session CECON

## KURSY SCOPE

W czasie Zjazdu odbędą się dwa kursy SCOPE wyłącznie dla lekarzy:

### PROGRAM KURSU SCOPE W JĘZYKU ANGIELSKIM

(WYKŁADOWCY ZE SCOPE W CAMBRIDGE)

Prowadzenie: Prof. Stephan RÖSSNER

Energy balance and body composition in humans | Principles of obesity treatment and the value of pharmacotherapy | Experience with VLCD

### PROGRAM KURSU SCOPE W JĘZYKU POLSKIM

(WYKŁADOWCY FOUNDING AND EUROPEAN SCOPE FELLOW)

Prowadzenie: prof. dr hab. Barbara ZAHORSKA-MARKIEWICZ

Rola przewodu pokarmowego w otyłości | Płeć a otyłość | Otyłość a zmiany układu kostno-stawowego



## III ZJAZD POLSKIEGO TOWARZYSTWA BADAŃ NAD OTYŁOŚCIĄ

w połączeniu z kolejną, 3. edycją Środkowoeuropejskiego Kongresu Badań nad Otyłością pod wspólną nazwą



## 3<sup>RD</sup> CECON 2011 CENTRAL EUROPEAN CONGRESS ON OBESITY

### TERMIN

25–27 sierpnia 2011 r.

### MIEJSCE

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

### PATRONAT NAD ZJAZDEM

MINISTER ZDROWIA  
Ewa KOPACZ

JM REKTOR UNIWERSYTETU WARMIŃSKO-MAZURSKIEGO  
prof. dr hab. Józef GÓRNIOWICZ

PREZYDENT MIASTA OLSZTYNA  
Piotr GRZYMOWICZ

### PRZEWODNICZĄCA KOMITETU NAUKOWEGO

dr hab. Magdalena OLSZANECKA-GLINIANOWICZ

### PRZEWODNICZĄCA KOMITETU ORGANIZACYJNEGO

prof. dr hab. Elżbieta BANDURSKA-STANKIEWICZ

### PREZES POLSKIEGO TOWARZYSTWA BADAŃ NAD OTYŁOŚCIĄ

prof. dr hab. Barbara ZAHORSKA-MARKIEWICZ

### ORGANIZATORZY

- Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością
- Klinika Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego
- wydawnictwo *Termedia*

WIĘCEJ INFORMACJI NA [WWW.TERMEDIA.PL](http://WWW.TERMEDIA.PL)

## IV KRAJOWA KONFERENCJA POLSKIEGO TOWARZYSTWA WAKCYNOLOGII

KRAKÓW, 24–26 listopada 2011 r.

### GŁÓWNE TEMATY

Szczepionki przyszłości (w tym m.in. szczepionki przeciw nowotworom) | Efekty programów szczepień w populacji – sukcesy, porażki, modyfikacje strategii i ich przyszłość | Przyszłość polskiego PSO i jak to się robi w innych krajach | Immunologia a szczepienia | Adiuwanty | Epidemiologia chorób, którym zapobiegamy poprzez szczepienia w XXI wieku | Szczepienia w medycynie podróży | Bezpieczeństwo szczepień | Szczepienia a macierzyństwo | Szczepienia dorosłych | Ruchy antyszczepionkowe i jak wyjaśniać zasiewane przez nie wątpliwości | Jak skutecznie mówić i pisać o szczepieniach w mediach? | Szczepienia przeciw grypie | Szczepienia przeciw rotawirusom | Szczepienia przeciw krztuścowi (dzieci, młodzież, dorośli) | Szczepienia przeciw meningokokom | Szczepienia przeciwko pneumokokom | Szczepienia przeciwko WZW A i B | Szczepienia w grupach ryzyka (wcześniaki, choroby neurologiczne, choroby reumatyczne, onkologia itp.) | Technika szczepień i profilaktyka bólu oraz stresu podczas szczepień (sesja/ warsztaty dla pielęgniarek)

### PRZEWODNICZĄCY KOMITETU NAUKOWEGO

prof. dr hab. med. Jacek Wysocki

### PRZEWODNICZĄCA KOMITETU ORGANIZACYJNEGO

dr med. Hanna Czajka

### ORGANIZATORZY

Polskie Towarzystwo Wakcynologii,  
wydawnictwo *Termedia*

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

## Diagnoza wstępna

# Spis treści

## Nie ma spokoju...



**S**iódmego marca 2011 r. weszła w życie istotna nowelizacja ustawy o ochronie danych osobowych.

Przypomnijmy. Wszystkie informacje zawarte w dokumentacji medycznej składają się na dane osobowe. Lekarze nie muszą uzyskiwać od swoich pacjentów zgody na ich przetwarzanie. Oznacza to, że możemy dane o stanie zdrowia pacjentów zbierać, utrzymywać, przechowywać, opracowywać, zmieniać, udostępniać i usuwać bez specjalnego upoważnienia. Nie musimy także zgłaszać do rejestracji generalnego inspektora ochrony danych osobowych (GIODO) zbioru danych dotyczących osób korzystających z usług medycznych. Muszą być one jednak w szczególny sposób chronione. Zbiory ewidencyjne (na papierze) i zbiory danych (w systemach informatycznych) należy chronić zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych. To pamiętamy. Zapominamy jednak o konieczności posiadania dokumentacji przetwarzania danych osobowych, czyli polityce bezpieczeństwa i instrukcjach zarządzania systemem informatycznym służącym do ich przetwarzania. Polityka bezpieczeństwa zawiera między innymi wykaz budynków i pomieszczeń, wykaz zbioru danych, opis struktury zbiorów danych, określenie środków technicznych i organizacyjnych niezbędnych do zapewnienia poufności i integralności danych... Oczywiście, jeżeli dane przechowywane są w komputerach, należy mieć instrukcję zarządzania systemem informatycznym...

To wszystko, o czym wyżej, teoretycznie powinniśmy wiedzieć... Nowelizacja ustawy nic w tym wypadku nie zmienia. Wprowadza jednak bardzo istotne nowości. To, co administracja lubi najbardziej – kary. Za niewywiązanie się z zapisów ustawy 10 000 zł od lekarza, a 50 000 zł od osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej nieposiadających osobowości prawnej...

Szczegółowe omówienie ustawy przygotowujemy do następnego numeru.

Życzę mimo wszystko dobrego wakacyjnego wypoczynku, spokoju, pięknej pogody, wspaniałych wrażeń i zapomnienia, choć na dwa tygodnie, o przepisach, ustawach, karach i tym podobnych „atrakcjach”...  
Jakoś damy sobie radę...

Andrzej Baszkowski

<b>Moim zdaniem...</b>	<b>4</b>
<b>Miła wizyta</b>	<b>5</b>
<b>DYKTAT!</b>	<b>5</b>
<b>Nie zgadzamy się na takie traktowanie</b>	<b>5</b>
<b>Stanowisko</b>	<b>6</b>
<b>Przygotowania do wakacji</b>	<b>6</b>
<b>O sądach lekarskich w Juracie</b>	<b>7</b>
<b>60. rocznica absolutorium studentów wydziału lekarskiego</b>	<b>11</b>
<b>„Partnerstwo dla transplantologii” w Lesznie</b>	<b>12</b>
<b>Kliniczne zastosowanie bisfosfonianów</b>	<b>14</b>
<b>Pomysł o wakacjach</b>	<b>16</b>
<b>Jubilatka z Leszna</b>	<b>18</b>
<b>Sukcesy na plaży</b>	<b>19</b>
<b>Nowoczesne aspekty medycyny ery pokochowskiej</b>	<b>20</b>
<b>Lekarze na festiwalu Ave Maria</b>	<b>21</b>
<b>Dawka mediów</b>	<b>22</b>
<b>SHORT CUTS</b>	<b>24</b>
<b>Arogancja władzy to przy tym pikus!</b>	<b>25</b>
<b>Dobry wychowawca</b>	<b>27</b>
<b>Szkolenia na fantomach</b>	<b>28</b>
<b>Wiersze</b>	<b>30</b>

## Moim zdaniem...



**Krzysztof Kordel**  
prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

...chyba udało się zarówno rządzącym, jak i płatnikowi odudzić nas, lekarzy, używania słów, którymi przez stulecia nasi poprzednicy posługiwali się codziennie.

**P**ojawiła się nowomowa, którą, niestety, przyswoiliśmy i, co gorsza, bez większych oporów zaczęliśmy się nią posługiwać. W miejsce chorego pojawiło się pojęcie „pacjent”, dzisiaj zaś, o zgrozo, w ustawie o działalności leczniczej pojawia się już nie „świadczeniobiorca”, lecz koszmar słowny, jakim jest „usługobiorca”. Mam świadomość, że leczenie to również usługi, lecz jest to działalność szczególnego typu. Moim zdaniem, lekarz, który w słownictwie tej ustawy jest usługodawcą, został przez ten zabieg językowy zrównany z gastronomem czy kosmetyczką. Oni też świadczą usługi.

Chyba nie jest przypadkiem, że zakład opieki zdrowotnej (do tego potworka językowego przez ostatnie dwadzieścia lat, niestety, przywykliśmy) zostaje zastąpiony pojęciem „przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego”. Rozumiem, że język ustaw musi być językiem precyzyjnych pojęć, ale znając praktyki urzędnicze, niedługo lekarz będzie nazywany przedsiębiorcą świadczącym usługi medyczne. Może w stosowaniu tej terminologii jest jakiś głębszy sens. Może to lepiej brzmi niż leczenie cierpiącego i potrzebującego pomocy człowieka. Czy nasi obywatele rozumieją, co znaczy: „nie płacimy za nadwykonania” i „świadczenia ponadlimitowe”? Te wyrażenia brzmią mądrzej i uczciwiej niż to, że nie ma pieniędzy na ich leczenie lub że lekarz przyjął ich zgodnie z przyrzeczeniem Hipokratesa i nikt mu za to nie zapłaci, a przed właścicielem przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego będzie się tłumaczył, że przyniósł firmie (tj. szpitalowi) straty.

Moim zdaniem, wolny zawód brzmi jednak lepiej niż przedsiębiorca.

Do napisania tych gorzkich słów skłoniło mnie ostatnie posiedzenie Naczelnej Rady Lekarskiej, której gościem była sekretarz Rady Języka Polskiego,

dr Katarzyna Kłosińska. NRL apelowała do gościa o pomoc w przywróceniu słów mających znaczenie historyczne w medycynie i walkę z nowomową.

Moim zdaniem, człowiekowi przysługuje prawo do wypoczynku i dlatego pojawiły się urlopy, które poważnie wykorzystywane są latem. Mówi się, że najlepiej wypoczywać aktywnie. Wyznawcą tej zasady wydaje się być Narodowy Fundusz Zdrowia, który zaplanował taką formę wypoczynku kolegom pracującym w ambulatoryjnej opiece medycznej. Od 1 lipca 2011 r. prezes NFZ wprowadził zarządzenie o jednorodnych grupach pacjentów (wyprzedzając zresztą w czasie wydanie przez Ministerstwo Zdrowia stosownego rozporządzenia w tej sprawie – poszanowanie zasad tworzenia prawa swoiście przez NFZ rozumiane), co moim zdaniem, pozwoli lekarzom aktywnie spędzić dni wolne. Wprowadzenie tego trybu rozliczania w szpitalach było poprzedzone kilkumiesięcznym okresem przygotowawczym i szkoleniami, a realizowane było przez wieloosobowe zespoły administracji szpitala. Moim zdaniem, za takim rozwiązaniem przemawia fakt, że teraz rozliczać się będą specjaliści, a oni to sobie z marszu poradzą, bo są mądrzy. A jeżeli nie dadzą sobie rady, to za to zapłacą. A może o to chodzi? Przeciwno takiemu działaniu zaprotestowały zarówno NIL, jak i nasza izba. No cóż, na szczęście jeszcze można protestować.

Na koniec coś przyjemniejszego. WIL odwiedziła 3 czerwca nasza najbardziej znana na świecie koleżanka, prof. Maria Siemionow. Miałem niewątpliwą przyjemność goszczenia tak dostojnego członka WIL (zdjęcie zamieszczamy obok).

11 czerwca 2011 r. odbyły się dwa zjazdy absolwentów naszej uczelni. Spotkało się grono lekarzy, którzy byli pierwszymi po wojnie studentami medycyny, oraz koledzy, którzy uzyskali absolutorium 50 lat temu. Niestety, nie mogłem z powodu wyjazdu w tych uroczystościach uczestniczyć i czuję się w obowiązku swoją nieobecność w tej formie usprawiedliwić. Szacownym jubilatom, w tym gronie było również wielu moich nauczycieli, a także koleżanek i kolegów moich rodziców, życzę przede wszystkim zdrowia i takiej jak obecnie radości z życia.



## Miła wizyta

Naszą izbę odwiedziła 3 czerwca najbardziej znana na świecie koleżanka, prof. Maria Siemionow z domu Kusza (urodzona w Krotoszynie) – polska chirurga i transplantolog pracująca w USA. W 1974 r. ukończyła studia medyczne w Poznaniu. W grudniu 2008 r. dokonała czwartej na świecie i pierwszej w USA udanej operacji przeszczepienia twarzy. Jest poliglotką, zna pięć języków.



## DYKTAT!

**Ś**rodowisko lekarzy z oburzeniem przyjęło zarządzenie prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów dotyczących ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Należy zaznaczyć, że ze zdecydowanym sprzeciwem spotkał się głównie tryb wprowadzenia tego zarządzenia.

Jego projekt, który został opublikowany w końcu maja 2011 r., przed wprowadzeniem rozporządzenia ministra zdrowia, znacznie odbiegał od wersji przekazanej w kwietniu 2011 r. Na zgłoszenie uwag do zupełnie nowego projektu samorząd lekarski miał zaledwie kilka dni. Wywiązaliśmy się z tego obowiązku. Komisja Zdrowia Publicznego opracowała pakiet uwag, które zostały przekazane przez Wielkopolską Izbę Lekarską i Naczelną Izbę Lekarską Prezesowi NFZ. Zwrociliśmy szczególnie uwagę na tryb wprowadzenia zarządzenia – w połowie roku bez poprzedzających konsultacji, pilotażu, doprecyzowania zapisów i bez dodatkowych funduszy. Należy wyraźnie podkreślić, że wspomniane powyżej działania i dofinansowanie poprzedziły wpro-

wadzenie JGP w lecznictwie zamkniętym. Domagamy się podobnych działań w zakresie ambulatoryjnej opieki. Takie traktowanie ambulatoryjnej opieki przez organizatorów ochrony zdrowia jest wyraźnym naruszeniem zasady równości podmiotów.

Z zapisów rozporządzenia wynika, że dostępność do świadczeń AOS dla pacjentów może zostać ograniczona, a nieprecyzyjność zapisów i definicji, przyjęcie dokumentu w tak ograniczonych ramach czasowych, bez uwzględnienia uwag i potrzebnych konsultacji ze środowiskiem lekarskim skutkować będzie stałymi napięciami na linii lekarz – płatnik.

Naczelna Rada Lekarska na posiedzeniu 17 czerwca 2011 r. i Okręgowa Rada Lekarska na posiedzeniu 18 czerwca wydały stanowiska, w których wyraziły swój zdecydowany sprzeciw. Adresatem naszych stanowisk będzie liczne grono organizacji, instytucji. Prace nad gromadzeniem uwag trwają, zwłaszcza z katalogu procedur szczegółowych.

Zachęcam kolegów do przesyłania uwag szczegółowych, gdyż bronimy nie składamy.

ELŻBIETA MARCINKOWSKA  
PRZEWODNICZĄCA  
KOMISJI ZDROWIA PUBLICZNEGO

## Omówienie posiedzenia ORL Nie zgadzamy się na takie traktowanie

Posiedzeniu przewodniczył prezes ORL Krzysztof Kordel. Na początku przedstawiono propozycje zmian naszej strony internetowej, która – co tu dużo mówić – do najlepszych nie należy. Po zmianach ma się stać bardziej przyjazna i ciekawsza.

**P**odjęliśmy, jak zwykle, uchwały o wytypowaniu przedstawicieli do komisji konkursowych (chyba ze względu na zbliżający się okres urlopowy konkursów jest niewiele) oraz o przedłużeniu praw wykonywania zawodu dla cudzoziemców.

Omawialiśmy także propozycję zakupu licencji na dostęp do portalu prawnego. Zakup umożliwiłby dostęp jednocześnie 100 lekarzom (po zalogowaniu) do informacji i porad prawnych, ale cena... jest bardzo wysoka. Dlatego członkowie rady zalecili prezesowi negocjacje i dopiero po ustaleniu ostatecznej ceny podejmą decyzję.

Kolega Wojciech Buxakowski przedstawił problem ochrony danych osobowych w praktykach lekarskich i NZOZ-ach. Od marca br. wprowadzono zmiany w ustawie o danych osobowych, które nakładają na nas nowe obowiązki, a ich nieprzestrzeżenie może (w przypadku kontroli) kosztować 10 000 zł (gabinety) lub 50 000 zł (NZOZ-y) kary, która może być powtarzana. Wojciech Buxakowski zobowiązał się, że w krótkim czasie przygotowuje „gotowca” dla lekarzy, jak postępować w obecnym stanie prawnym. ▶

► Zebranie zdominowała jednak dyskusja o zarządzeniu prezesa NFZ w sprawie zmian w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Tryb wprowadzenia zmian: bez okresu przygotowawczego, latem, gdy większość z nas marzy tylko o zasłużonym wypoczynku, bez szkoleń. Uchwaliliśmy stanowisko (zamieszczone poniżej), w którym zdecydowanie nie zgadzamy się na takie traktowanie!

SEKRETARZ ORL  
IWONA JAKÓB

## Stanowisko

**Stanowisko Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 18 czerwca 2011 r. w sprawie Zarządzenia Nr 29/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 czerwca 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.**

**O**kręgowa Rada Lekarska Wielkopolskiej Izby Lekarskiej wyraża stanowczy sprzeciw wobec trybu wprowadzenia nowych zasad rozliczeń Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej.

Wprowadzenie jednorodnych grup pacjentów w lecznictwie zamkniętym było związane z przeznaczeniem dodatkowych środków finansowych na ich realizację, a także było poprzedzone wielomiesięcznymi konsultacjami i pilotażem. Oczekujemy analogicznego postępowania w odniesieniu do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Z zapisów Zarządzenia wynika, że dostępność dla pacjentów świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej dla pacjentów może zostać ograniczona.

Z uwagi na powyższe oraz na nieprecyzyjność poszczególnych zapisów Zarządzenia Prezesa NFZ zwracamy uwagę na konieczność dalszych konsultacji mających na celu doprecyzowanie zapisów ww. aktu, wyeliminowanie niejasności i wprowadzenie go nie wcześniej niż 1 stycznia 2012 r.

## Co słysząc w izbie...

# Przygotowania do wakacji

**C**zerwiec 2011 r. upłynął w izbie pod znakiem przygotowań do okresu wakacyjnego, mniej osób załatwiała bieżące sprawy w WIL. Nie dotyczyło to jednak tegorocznych absolwentów, którzy składali wnioski o przyznanie ograniczonego prawa wykonywania zawodu i miejsca stażowego.

Kolejny miesiąc WIL angażowała się w promocję idei transplantacji, organizując konferencje z cyklu „Partnerstwo dla transplantacji” przy udziale przedstawicieli marszałka województwa wielkopolskiego. Spotkania odbyły się w Koninie – 4 czerwca i Lesznie – 11 czerwca.

Nie zapomniano również o działalności szkoleniowej. W czerwcu bowiem kurs języka angielskiego zakończyła pierwsza grupa, która oprócz nabycia nowych umiejętności uzyskała 40 punktów edukacyjnych. 17 czerwca natomiast, wraz z Zakładem Medycyny Ratunkowej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, zorganizowano pierwszy kurs poświęcony tematyce medycyny ratunkowej. Tym razem były to zagadnienia dotyczące lekarzy dentystów, którzy uczestniczyli w bloku szkoleniowym „Stany nagłe w praktyce lekarza dentysty”. Uczestnicy mieli okazję skorzystać z profesjonalnych fantomów szkoleniowych odtwarzających wiele niebezpiecznych sytuacji, które mogą się wydarzyć w codziennej praktyce (program tych szkoleń na str. 28).

18 czerwca w siedzibie WIL szkolenie dla lekarzy dentystów przeprowadziła również firma Pozytron. 25 czerwca zorganizowano szkolenie o charakterze biznesowo-finansowym, którego celem było pokazanie uczestnikom, jak inwestować i pomnażać zyski z prowadzonej działalności.

21 czerwca WIL uczestniczyła w akcji „Oddaj krew z kablówką” przygotowywanej cyklicznie przez telewizję kablową z Ostrowa Wielkopolskiego. W tym roku, głównie z inicjatywy izby, po raz pierwszy rejestrowano potencjalnych dawców szpiku. Impreza cieszyła się dużym zainteresowaniem.

Wiele osób oddało krew. Było również wśród nich kilku pracowników Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

Czerwiec to również czas działalności administracyjno-organizacyjnej. Rada okręgowa i prezydium odbyły posiedzenia 18 czerwca. Wcześniej odbyły się posiedzenia Komisji Etyki Lekarskiej – 8 czerwca, Komisji do spraw Kształcenia – 10 czerwca, Komisji do spraw Konkursów, Komisji do spraw Emerytów – 16 czerwca, Komisji Stomatologicznej – 18 czerwca, Komisji Bioetycznej – 29 czerwca, a Komisji Rewizyjnej – 11 czerwca.

Izba uczestniczyła w organizowaniu czasu wolnego dla środowiska. Prócz tradycyjnych spotkań chóru, orkiestry lekarzy czy koła plastycznego Komisja do spraw Emerytów organizuje wycieczkę na Śląsk Piastowski, która odbędzie się we wrześniu. Dodatkowo WIL zapewniła wsparcie organizacyjne i finansowe uroczystości z okazji 50- i 60-lecia ukończenia studiów medycznych. Obie imprezy odbyły się 11 czerwca.

Ponadto w czerwcu rozpoczęto opracowywanie dokumentacji na modernizację parkingu w siedzibie Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu (prace mają zostać wykonane do połowy listopada tego roku), a w początkach lipca rozpocznie się odtwarzanie elewacji budynku przy al. Niepodległości 37 w Poznaniu.

Złożony został ponadto wniosek o wydanie pozwolenia na montaż klimatyzacji w pomieszczeniach rejestru lekarzy oraz praktyk lekarskich. Liczymy na to, że miejski konserwator zabytków (budynek przy al. Niepodległości 37 w Poznaniu jest indywidualnie wpisany do rejestru zabytków) wyda szybko pozwolenie i uda nam się jeszcze lipcu poprawić komfort załatwiania spraw w siedzibie WIL. Ze względu na ogrom prac budowlanych, jakie trzeba będzie przeprowadzić, musimy się przygotować na okresowe pogorszenie możliwości parkingowych, za co serdecznie przepraszamy, jednak mamy nadzieję, że będzie warto poczekać.

SPRAWOZDAWCA (MS)



## Z medycznej wokandy

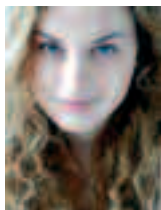
# Konferencja szkoleniowa Naczelnego Sądu Lekarskiego i okręgowych sądów lekarskich O sądach lekarskich w Juracie

27 maja 2011 r. w Hotelu „Neptun” w Juracie rozpoczęła się trwająca do 29 maja konferencja szkoleniowa zorganizowana przez Naczelny Sąd Lekarski. Program przewidywał omówienie wielu zagadnień istotnych dla funkcjonowania sądów lekarskich.

**P**rzybyłych gości i uczestników konferencji powitał dr Wojciech Łącki – przewodniczący Naczelnego Sądu Lekarskiego. Pamięć ostatnio zmarłych kolegów uczczono minutą ciszy.

Przewodniczący rozpoczął szkolenie od wykładu zatytułowanego „Czy lekarze są recydywistami?” Zdefiniował pojęcie recydywy, przedstawił statystyki dotyczące powrotów do przestępstwa oraz zaznaczył, że zgodnie z regulaminem wewnętrznego urzędowania sądów lekarskich istnieje obowiązek sprawdzenia w Centralnym Rejestrze Ukaranych Lekarzy statusu obwinionego lekarza.

Następne wystąpienie dotyczyło ekonomicznego aspektu działania sądów lekarskich, a mianowicie kosztów postępowania sądowego. Problematykę tę przedstawili lek. Grzegorz Wrona, przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego WIL, oraz dr Jędrzej Skrzypczak z Zakładu Systemów Prasowych i Prawa Prasowego na Wydziale Nauk Politycznych i Dziennikarstwa Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Prelegenci zainicjowali szczegółową, retrospektywną analizę przepisów dotyczących kosztów od przywołania art. 25 ustawy z 15 marca 1934 r. o izbach lekarskich i rozporządzenia ministra opieki społecznej z 1936 r. o postępowaniu dyscyplinarnym izb lekarskich. Potem przystąpili do omówienia zasad wynikających z ustawy z 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich oraz związanego z nią rozporządzenia MZiOS z 26 września 1990 r.



Magdalena  
Zamroczyńska

w sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, w którym wymieniono elementy składające się na koszty postępowania. Następnie rozpatrywali problematykę kosztów, opierając się na pierwotnych projektach i obecnie obowiązującej ustawie z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, rozpoczynając od art. 5, wskazującego na najważniejsze zadania samorządu lekarskiego, do których należy m.in. prowadzenie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Zwrócono uwagę na art. 89 i 112 wspomnianej ustawy, odwołujące się do stosowania w sprawach nieuregulowanych do przepisów kodeksu postępowania karnego i kodeksu karnego.

### Prelegenci na bieżąco wyjaśniali wątpliwości interpretacyjne uczestników szkolenia powstałe w trakcie wykładu.

Przywołano także art. 106–115 ustawy, dotyczące sposobu finansowania realizowanych zadań, rozporządzenie ministra zdrowia z 18 maja 2010 r. w sprawie przekazywania izbom lekarskim funduszy na pokrycie kosztów czynności wykonywanych przez izby lekarskie, w którym wymieniono kryteria ustalania wysokości kosztów oraz § 46, 52 i 53 uchwały nr 11 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wewnętrznego urzędowania sądów lekarskich. W kolej-

nym punkcie dr Skrzypczak omówił przesłanki ustalania wysokości kosztów procesu oraz sposób procedowania w tej kwestii, zgodnie z przepisami działu XIV kodeksu postępowania karnego dotyczących m.in. rozliczania kosztów w przypadku uniewinnienia i postępowania odwoławczego. Grzegorz Wrona zwrócił uwagę na rzadko wykorzystywaną instytucję postępowania mediacyjnego i jego kosztów, ponoszonych przez samorząd. Podkreślał ponadto, że strony postępowania (pokrzywdzony i obwiniony) mogą wszcząć postępowanie mediacyjne w każdej chwili, bez inicjatywy OROZ lub sądu. Prelegenci na bieżąco wyjaśniali wątpliwości interpretacyjne uczestników szkolenia powstałe w toku wykładu.

Ostatnim wystąpieniem tego dnia był krótki przegląd orzecznictwa międzynarodowego w sprawach medycznych, przedstawiony przez autorkę niniejszego opracowania, Magdalenę Zamroczyńską (studentkę IV roku prawa na Wydziale Prawa i Administracji UAM w Poznaniu). Przedstawione zostały kontrowersyjne przypadki niewłaściwego postępowania lekarzy wobec pacjentów, m.in. kazu niemieckiego lekarza, który czyścił rany sokiem z cytryny, i sprawa brytyjskiego dentysty nagrywającego ukrytą kamerą przebiegające się pacjentki. Prezentacja połączona została z promocją drugiego numeru rocznika „Medyczna Wokanda”, wydawanego przez NIL. Przedmiotem zainteresowania tego czasopisma naukowego jest problematyka etyki lekarskiej oraz odpowiedzialności prawnej lekarzy, zwłaszcza zawodowej. Doktor Jędrzej Skrzypczak zachęcał zebranych do publikowania swoich tekstów na łamach pisma, którego redakcja mieści się w Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej.



Pierwszy dzień konferencji zakończono uroczystą kolacją, podczas której dr Wojciech Łącki podziękował wszystkim uczestnikom za przybycie.

Drugi dzień rozpoczął się od wystąpienia mgr Teresy Lewińskiej – aplikantki notarialnej i doktorantki w Zakładzie Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie – zatytułowanego „Umorzenie postępowania – podział i przesłanki oraz konsekwencje w zakresie odpowiedzialności zawodowej lekarzy”. W trakcie wprowadzenia prelegentka wskazała, że do najważniejszych źródeł prawa na ten temat należą: ustawa z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, kodeks postępowania karnego oraz kodeks karny. Przekazała schemat działania organów – rzecznika odpowiedzialności zawodowej i sądów lekarskich – w wypadku umorzenia postępowania. Następnie przedstawiła charakterystykę tejże instytucji, analizując powyższe akty normatywne. Za najważniejsze przesłanki uznała sprawiedliwe orzekanie, niezawisłość w orzekaniu i swobodną ocenę dowodów. Podkreśliła, że biegłych powołuje się, gdy potrzebna jest wiedza specjalistyczna, a przecież takową posiadają lekarze orzekający, dlatego uznała, że biegłych często powołuje się niepotrzebnie. Przewodnicząca OSŁ w Zielonej Górze dr Halina Łazaruk zapytała prelegentkę, czy OSŁ ma obowiązek rozpatrzyć sprawę na posiedzeniu niejawnym czy jawnym w sytuacji, gdy wpływa od poszkodowanego zażalenie na postano-

wienie OROZ o umorzeniu postępowania. Po krótkiej dyskusji ustalono, iż zgodnie z obowiązującym regulaminem wewnętrznego urzędowania sądów lekarskich OSŁ rozpatruje takie zażalenie na posiedzeniu niejawnym, a o jego skutkach powiadamia strony. Doktor Skrzypczak zadał mgr Lewińskiej kilka pytań. Był zainteresowany opinią autorki na temat możliwości umorzenia postępowania dotyczącego lekarza mającego immunitet poselski, który popełnił przewinienie zawodowe, dopuszczenia się przez lekarza przewinienia zawodowego, ale w kraju, który uznaje dany czyn, np. aborcję, za legalny oraz zapytał, w jakiej sytuacji sąd może podjąć decyzję przewidzianą w art. 82 ust. 2 ustawy o izbach lekarskich, ponieważ istnieją co do tego wątpliwości w przeciwieństwie do zapisów zastosowanych w kodeksie postępowania karnego.

Następnie głos zabrał prezes Wojskowego Sądu Garnizonowego w Gdyni, kmdr Sławomir Sokołowski, który przedstawił problematykę procedur i przesłanek w postępowaniu odwoławczym. Rozpoczął od zdefiniowania pojęcia kontroli i środków nadzoru, określił zwyczajne środki zaskarżenia, opisując ich najważniejsze cechy – skargowość, dewolutywność, suspensywność i reformacyjny charakter. Przywołał § 54–67 regulaminu wewnętrznego urzędowania sądów lekarskich, które stanowią o postępowaniu odwoławczym i skonfrontował je z przepisami kodeksu postę-

powania karnego, zwracając szczególną uwagę na art. 438 – wymieniający podstawy odwoławcze – oraz art. 439 – wyliczający bezwzględne podstawy uchylecia orzeczenia. Ponadto zaznaczył, że sąd rozpatruje sprawę w granicach środka odwoławczego, ale regulamin nie tłumaczy, jak należy rozumieć powyższe wyrażenie. W związku z tym wyjaśnił, że na granice środka odwoławczego składa się kierunek zaskarżenia, zakres zaskarżenia (czy środek odwoławczy odnosi się do całości czy do części orzeczenia) oraz zarzuty co do wad lub uchybień. Podkreślił znaczenie zasady *reformationis in peius* zawartej w § 62 regulaminu i reguły *ne peius* z art. 92 ust. 2 ustawy o izbach lekarskich, które zostały zaczerpnięte z kodeksu postępowania karnego oraz niezawartej w tymże kodeksie instytucji zamieszczonej w § 60 ust. 2 regulaminu, ze względu na niejasny charakter sformułowania „istotna odmienność oceny”. Wystąpienie sprowokowało ciekawą dyskusję. Pytania zdawali Mirosława Chalecka – pracownik biura OIL w Gdańsku, przewodnicząca OSŁ LIL – dr Zenon Górniowski, dr Wojciech Łącki, wiceprzewodniczący NSL – dr Jerzy Nosarzowski, dr Jędrzej Skrzypczak i dr Grzegorz Wrona. Polemika przyniosła następujące wnioski:

- 1) Jeżeli mamy do czynienia z jednym wnioskiem o ukaranie, w którym obwinionych jest np. dwóch lekarzy cywilnych i jeden wojskowy, w sprawie wskazania właściwego okręgowego sądu lekarskiego do rozpatrzenia wniosku zarządzenie wydaje przewodniczący NSL;
- 2) Postanowienie OSŁ rozpatrującego zażalenie na zarządzenie przewodniczącego OSŁ o odmowie przyjęcia środka odwoławczego dotyczącego wcześniejszego postanowienia OSŁ w tej samej sprawie, jest niezaskarżalne;
- 3) Jeżeli OSŁ, jako sąd odwoławczy, wyda postanowienie niezaskarżalne, środek odwoławczy na taką decyzję pozostawia się bez rozpoznania;
- 4) Jeżeli sprawa w jakikolwiek sposób dotyczy lekarza, który ma w niej orzekać, powinien się on wyłączyć ze składu orzekającego już na początku postępowania. Jeśli tego nie uczyni, zostanie to zauważone na drodze odwoławczej jako skuteczna prze-



słanka do uchylenia postanowienia lub orzeczenia;

- 5) Nieujawnienie na rozprawie dowodów, które miały istotny wpływ na przebieg danej sprawy, uznaje się za bezwzględną przesłankę odwoławczą; na rozprawie należy zapytać strony, czy zgadzają się na nieodczytywanie dowodów i uznanie ich za ujawnione;
- 6) Na rozprawie głównej powinien orzekać inny skład sędziowski niż ten, który wcześniej w tej samej sprawie uwzględnił zażalenie strony i uchylił postanowienie OROZ o umorzeniu postępowania.

O sądach z punktu widzenia rzecznika opowiedziała dr Jolanta Orłowska-Heitzman – naczelny rzecznik odpowiedzialności zawodowej. Wskazała, iż nadzór NROZ nad OROZ jest niepełny. Wiąże się to z kompetencją sądów okręgowych do rozstrzygania zażeń na postanowienia OROZ. Rozważała w związku z tym

merytoryczną i bardzo owocną dyskusję. Zabierający głos dzielili się refleksjami związanymi z trudnościami, z którymi borykają się na co dzień, jak:

- 1) Problem powracających spraw w związku ze źle sformułowanymi wnioskami o ukaranie, w których np. brakuje daty popełnienia czynu lub czyn jest nieprawidłowo zakwalifikowany; jednocześnie zaznaczono, że jeżeli występują we wniosku o ukaranie jedynie błędy np. edytorskie, nie powinno się tego wniosku cofać, tylko poprawić w toku postępowania przed sądem lekarskim;
- 2) Zarzuty solidaryzmu zawodowego i niesprawiedliwego działania sądów lekarskich; brak otwarcia na społeczeństwo, hermetyczna działalność;
- 3) Potrzeba zmiany ustawy o izbach lekarskich, np. umożliwienie OROZ samodzielnego uchylenia swojego postanowienia w sytuacji, gdy pokrzywdzony składa zażalenie na

do którego wpływa skarga na przewlekłość?; wskazano jednoznacznie, że trzymiesięczny termin wyznaczony OROZ na podstawie §12 ust. 3 regulaminu wewnętrznego urzędowania sądów lekarskich, mimo iż dotyczy innej kwestii, powinien znaleźć zastosowanie, ponieważ:

- a) wszystkie organy powinny przeciwdziałać przewlekłości postępowania;
- b) w art. 76 ustawy o izbach lekarskich wskazano, że postępowanie wyjaśniające powinno zostać zakończone w ciągu 6 miesięcy, jest to termin maksymalny, więc okres 3 miesięcy się z tym nie kłóci;
- c) OROZ nie rozpatruje sprawy powracającej w wyniku uchylenia postanowienia o umorzeniu od początku, OSŁ wskazuje OROZ dodatkowe czynności konieczne do wykonania w danej sprawie;
- d) 6 miesięcy jest często zbyt długim terminem na podjęcie przez OROZ nie-



koncepcję postępowania zakładającą, że drugą instancją byłby NROZ, a trzecią NSL. Zwróciła uwagę, że podczas przekazywania spraw między izbami OROZ, który dostał sprawę do prowadzenia, w rzeczywistości powinien obciążać kosztami postępowania izbę, z której sprawa pochodzi. Podała też pod dyskusję problem przedłużenia postępowania o trzy miesiące w sytuacji postanowienia OSŁ o przekazaniu sprawy do uzupełnienia postępowania przez OROZ. Wskazała na zapisy o właściwości sześciomiesięcznego postępowania w sytuacji uchylenia przez OSŁ postanowień rzecznika o odmowie wszczęcia postępowania lub umorzenia postępowania. Wystąpienie NROZ wywołało żywą,

umorzenie postępowania, przedstawiając w nim nowe istotne fakty i dowody;

- 4) Skrytykowano pomysł NROZ o wprowadzeniu trzeciej instancji, argumentując tę ocenę wzrostem kosztów, przewlekłością postępowania oraz wprowadzeniem funkcji swoistego superwizora;
- 5) Narzucanie trzymiesięcznego terminu dla OROZ na uzupełnienie postępowania zapobiega przewlekłości spraw, jednakże nierespektowanie tego terminu nie powoduje żadnych konsekwencji; problem powstaje, gdy pokrzywdzony powołuje się na niedotrzymanie tego terminu przez OROZ, co w tej sytuacji może czynić NROZ,

których wskazanych przez OSŁ działań, np. wezwanie i przesłuchanie tylko jednego świadka w celu uzupełnienia postępowania, dlatego też postulowano wyznaczanie OROZ jeszcze krótszych terminów;

- 6) Lakoniczne uzasadnienia we wnioskach o ukaranie formułowanych przez OROZ, które wyznaczają granice rozpoznania sprawy przed OSŁ;
- 7) Postulat ściślejszej współpracy z prokuraturą – przekazywanie zeznań świadków, opinii biegłych i innych materiałów dowodowych istotnych dla postępowania przed organami sądów lekarskich.

Kolejnym punktem szkolenia był panel dyskusyjny „Nowa ustawa o izbach

lekarskich i regulamin sądów lekarskich po roku obowiązywania – czy jest lepiej?” poprowadzony przez mec. Wojciecha Idaszaka – radcę prawnego Naczelnej Izby Lekarskiej. Mecenas Idaszak postanowił uzupełnić wynikłą w związku z poprzednim wystąpieniem polemikę o spostrzeżenia dotyczące stosowania wspomnianej ustawy z 2 grudnia 2009 r. Zwrócił uwagę na jawność rozprawy i możliwości wyłączenia tej jawności wprost wskazane w art. 79 ustawy, które wiążą się z obecnością mediów na rozprawach. Zaznaczył, iż udział mediów nie narusza obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej, chociażby dlatego, że pacjent jako aktywna strona postępowania sam może sprowa-

trzyosobowy to właściwa i bezpieczna dla postępowania liczba orzekających. Wskazano ponadto, że do kosztów postępowania przed OSŁ można wliczyć, zgodnie z kodeksem postępowania karnego, koszty powołania jednego obrońcy przez uniewinnionego obwinionego i koszty ustanowienia jednego pełnomocnika pokrzywdzonego. Decyzje te mogą jednak zapadać po zakończeniu postępowania na wniosek strony. Wymienione zostały także główne efekty, które mogą przynieść planowane zmiany nowelizacyjne: zniesienie kasacji jako sądowej kontroli postępowania prowadzonego przez samorząd lekarski, przywrócenie odwołania do sądu apelacyjnego zgodnie z przepisami o apelacji

odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Zauważył, że czasem skarga powoduje potrzebę podjęcia inicjatywy mającej na celu zmianę ustawy. Wyliczył, że RPO może uczestniczyć w każdym postępowaniu, ma większy zakres odwoławczy niż strony i dlatego też może w pełniejszy sposób ochraniać prawa osoby pokrzywdzonej. Wspomniano ponadto o skutkach wyroku Trybunału Konstytucyjnego z czerwca 2008 r. w sprawie art. 52. kodeksu etyki lekarskiej, a także o orzeczeniu Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawie Frankowicz vs Polska. Odniosła się do tego orzeczenia dr Jolanta Orłowska-Heitzman, wspominając przebieg tego postępowania przed NSL, oraz dr Skrzypczak, który napisał na ten temat obszerny artykuł analizujący wykładnię wspomnianego przepisu, zamieszczony na łamach pierwszego numeru „Medycznej Wokandy”. Podsumowując swoje wystąpienie, Grzegorz Matejczyk podkreślił docenianie przez RPO znaczącej roli samorządów lekarskich, które chronią prawa pacjenta i lekarza.

Ze względu na ożywione dyskusje towarzyszące wcześniejszym wystąpieniom dr Łącki nie zdążył przedstawić swojego wykładu dotyczącego problemu skuteczności doręczenia powiadomienia na podstawie historii jednej ze spraw. Może będzie okazja wysłuchać go następnym razem, tym bardziej że padły obietnice wspólnego jesienno-szkolenia NROZ i NSL.

Na zakończenie konferencji głos zabrał przewodniczący NSL dr Wojciech Łącki, który zamykając część merytoryczną, podziękował wszystkim przybyłym za uczestnictwo, prelegentom za interesujące wystąpienia, dyskutującym za wyrażenie swoich poglądów i wymianę doświadczeń. Specjalne podziękowania skierował do pań obsługujących Kancelarię Naczelnego Sądu Lekarskiego: Katarzyny Malmur (kierownik Kancelarii NSL), Anny Siedleckiej oraz Agnieszki Wielgus za ogrom pracy włożonej w organizację konferencji szkoleniowej.

Nie sposób pominąć wyjazdu do Fokarium Stacji Morskiej Instytutu Oceanografii Uniwersytetu Gdańskiego na Helu oraz niedzielnego porannego pożegnania morza. Wzbogaceni ugruntowaną wiedzą na temat procedowania, wróciliśmy do domu.



dzie media na salę rozpraw, ale może również wnosić o wyłączenie jawności. W tym miejscu dr Skrzypczak zauważył, że obecność dziennikarzy robiących notatki do artykułu na jawnej rozprawie jest dopuszczalna, jednakże utrwalanie obrazu i dźwięku za pomocą urządzeń nagrywających wymaga zgody sądu i budzi kontrowersje związane z ujawnianiem wizerunku sądu, świadków czy dzieci. Ponadto jawność rozprawy może zostać w takich wypadkach wyłączona na podstawie art. 357 kodeksu postępowania karnego w związku z art. 112 ustawy o izbach lekarskich, ze względu na uzasadniony interes społeczny.

Następnie zwrócono uwagę na liczbę osób w składzie sędziowskim – mówią o tym art. 70 i 80 ustawy o izbach lekarskich. NROZ wyraziła opinię, iż skład

ustanowionymi w kodeksie postępowania karnego oraz umożliwienie wniesienia odwołania do sądu apelacyjnego przez lekarza ukaranego karą upomnienia lub nagany przed 1 stycznia 2010 r. Podkreślono kwestię obowiązku spisania i podpisania przez skład orzekający treści orzeczenia przed ogłoszeniem oraz poinformowania stron o prawomocności lub możliwości złożenia odwołania.

Postępowanie dyscyplinarne w świetle działalności rzecznika praw obywatelskich omówił Grzegorz Matejczyk – zastępca dyrektora Prawa Administracyjnego i Gospodarczego w Urzędzie Rzecznika Praw Obywatelskich. Przedstawił statystyki dotyczące składania skarg – złożono 44 skargi: 20 obejmowało odpowiedzialności odszkodowawczą za skutki złego leczenia, a pozostałe



**Janusz Skowronek**

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

**Przełomowe odkrycie:  
można żyć bez pulsu**

Doktor Billy Cohn i dr Bud Frazier z Texas Heart Institute wymyślili przełomowe sztuczne serce, które pracuje jak system śrub i łopat umożliwiających przepływ krwi bez wytwarzania pulsu – informuje [huffingtonpost.com](http://huffingtonpost.com). Urządzenie przepływowe składa się z dwóch turbin – pomp krwi – i może zastąpić dwie strony usuniętego serca. Pompy działają jak substytut naturalnego serca. Urządzenie przetestowano u 55-letniego pacjenta, który bez problemu przeżył miesiąc bez pulsu. Okazało się bowiem, że ciało ludzkie nie potrzebuje pulsu – jest to tylko efekt pracy serca. – *Pulsacja przepływu krwi jest niezbędna do pracy serca. Jeżeli jednak usunie się ten system, wydaje się, że żaden z organów nie zauważy zmiany* – wyjaśnia Billy Cohn.

**Lekarze: to obowiązek  
każdego mężczyzny**

Regularne badania prostaty – najlepiej od 40. roku życia – znacznie zwiększają szanse na wczesne wykrycie raka tego gruczołu i wyleczenie go. Dlatego mężczyźni powinni uważać je za swój obowiązek – mówili lekarze na konferencji prasowej w Warszawie. Zainaugurowano na niej ogólnopolską kampanię edukacyjną „Prostata na lata”, dotyczącą raka prostaty, jednego z najczęstszych nowotworów złośliwych u mężczyzn. W Polsce w 2008 r. zachorowało na niego ok. 8300 panów, a niemal 4 tys. zmarło z jego powodu – przypomniał dr Wojciech Rogowski z Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie. Te statystyki plasują go na drugim miejscu (po raku płuca) zarówno pod względem liczby zachorowań, jak i śmiertelności z powodu chorób nowotworowych wśród mężczyzn. Według dr. Rogowskiego, liczba



## 60. rocznica absolutorium studentów wydziału lekarskiego

**U**roczyste spotkanie absolwentów wydziału lekarskiego, wówczas Uniwersytetu Poznańskiego, a później Akademii Medycznej w Poznaniu odbyło się 11 czerwca 2011 r. Tę niecodzienną uroczystość zainicjowało grono absolwentów. Na spotkanie przybyło 28 osób, kilkunastu choroba lub niesprawność nie pozwoliły na przyjazd do Poznania. To i tak dużo jak na 343 absolwentów kończących studia w roku 1951. Zebrani chwilą ciszy wspomnieli koleżanki i kolegów, którzy odeszli, a z którymi łączyły ich głębokie więzi młodzieńczej przyjaźni. Wspomnieniom nie było końca: 9 czerwca 1951 r. przysięga Hipokratesa, przemowy, *Gaudeamus igitur*, bal do rana w auli Akademii Ekonomicznej, ozdobionej karykaturami profesorów wykonanymi przez absolwenta Zacheusza Pawlaka (publikujemy na str. 32).

Inicjatywa byłych absolwentów została miło przyjęta przez *Alma Mater*, Stowarzyszenie Absolwentów oraz Wielkopolską Izbę Lekarską.

Przedstawicielka JM rektora, dziekan prof. Ewa Wender-Ożegowska, podkreśliła, że aż 30 (niemal 10 proc.) absolwentów z roku 1951 uzyskało tytuły profesora, w tym 23 kierowało zakładami i klinikami macierzystej uczelni. Wydawnictwo naukowe uczelni przygotowało w pięknej formie pamiętnik spotkania, który pozostanie cennym dokumentem czasów, w jakich przyszło ówczesnym absolwentom studiować. Zgromadzeni postanowili przesłać podziękowanie i kwiaty redaktor Grażynie Dromireckiej. Profesor Marian Krawczyński, przewodniczący Stowarzysze-

nia Absolwentów Uniwersytetu Medycznego, podkreślił, jak cenna jest łączność, jaką stowarzyszenie utrzymuje z absolwentami i pracownikami uczelni. Profesor Zyta Płotkowiak wręczyła uczestnikom dyplomy stowarzyszenia. Wielkopolska Izba Lekarska, której prezesuje dr Krzysztof Kordel, udzieliła spotkaniu wszechstronnego poparcia. Doktor Stanisław Dzieciuchowicz, który jako opiekun sekcji seniorów reprezentował Wielkopolską Izbę Lekarską na uroczystości, podkreślił konieczność starań o opiekę medyczną oraz socjalną nad nestorami zawodu lekarskiego; wielu członków izby zawdzięcza im wykształcenie, a także często praktyczne wprowadzenie do zawodu lekarza. Jest intencją Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, aby szanować seniorów zawodu lekarskiego i w miarę możliwości pomagać im w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych i tych związanych z samotnością. Doktor Stanisław Dzieciuchowicz wręczył każdemu z uczestników spotkania dyplomy przygotowane przez Wielkopolską Izbę Lekarską. Zespół Instrumentalny WIL, Operacja Muzyka, pod kierownictwem Dobrochny Martenki uświetnił spotkanie ambitnym repertuarem, który został gorąco przyjęty.

Życzeniem absolwentów było, aby zjazd odbył się w jednej z dawnych sal wykładowych *Collegium Anatomicum*. Kierownik Zakładu Medycyny Sądowej dr n. med. Czesław Żaba wraz z zespołem zakładu dołożyli wszelkich starań, aby spotkanie przebiegało w tak sympatycznej atmosferze, jaka w tym miejscu panowała za czasów studiów, kiedy zakładem kierował niezapomniany prof. Sergiusz Siengalewicz.

PERYSKOP **onet.pl**

zachorowań na raka prostaty rośnie szybko, m.in. ze względu na starzenie się populacji, bo jest to rak dotyczący w głównej mierze panów w podeszłym wieku. W badaniach stwierdza się go u 75–80 proc. 80-latków. Największym problemem jest rak prostaty u mężczyzn młodszych, przed 60. rokiem życia.

U nich nowotwór ma często bardziej agresywny przebieg i stwierdza się duży odsetek nawrotów – przypominała dr Iwona Skoneczna z Centrum Onkologii w Warszawie. Dlatego bardzo ważne jest, by również ci panowie mieli świadomość zagrożenia i regularnie poddawali się badaniom diagnostycznym.

Im wcześniej rozpoznamy tę chorobę, tym lepiej – gdy rak jest ograniczony do prostaty, szanse na wyleczenie są bardzo duże – podkreślił dr Rogowski. Przypominał zarazem, że rak ten we wczesnym stadium nie daje charakterystycznych objawów. Później pojawiają się głównie zaburzenia w oddawaniu moczu, jak np. słabszy, wąski strumień, częstsze oddawanie moczu w dzień i w nocy, nagłe parcie na mocz, zaleganie moczu w pęcherzu lub nagłe zatrzymanie moczu. Jednak objawy te występują również u panów z łagodnym przerostem prostaty. Według dr. Rogowskiego, aż 70 proc. przypadków raka prostaty można wykryć dzięki prostemu badaniu tego gruczołu *per rectum* (tj. palcem przez odbytnicę). Panowie po 50. roku życia powinni je wykonywać co roku u urologa. Ale jeśli młodszy mężczyzna ma jakiegokolwiek objawy wskazujące na schorzenie prostaty, powinien być zbadany *per rectum* przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), który w razie wątpliwości lub niepokojących zmian skieruje pacjenta do specjalisty. Niestety, ponieważ badanie jest kłopotliwe, unikają go zarówno pacjenci, jak i lekarze POZ. – *Tymczasem informacje, jakie uzyskujemy dzięki temu badaniu, mogą ratować życie* – podkreśliła dr Skoneczna. Testem, który może pomóc we wczesnym wykryciu raka prostaty, jest oznaczanie poziomu tzw. antygenu PSA w surowicy. Jest to białko produkowane przez

# „Partnerstwo dla transplantologii” w Lesznie

11 czerwca 2011 r. odbyła się w sali konferencyjnej Wojewódzkiego Szpitala Zespoleonego w Lesznie konferencja zorganizowana przez marszałka województwa wielkopolskiego Marka Woźniaka oraz prezesa WIL dr. Krzysztofa Kordela, pod tytułem „Partnerstwo dla transplantologii”. Miałem zaszczyt poprowadzić to spotkanie, na które przybyli przedstawiciel marszałka dr Grzegorz Wrona, prelegenci – prof. dr hab. med. Jacek Wachowiak, ks. dr Adam Sikora, członek Komisji Bioetycznej WIL, oraz przedstawiciel arcybiskupa Stanisława Gądeckiego i współautor jego listu pasterskiego na temat transplantologii, ogłoszonego z okazji Dnia Chorego i odczytanego wiernym w okresie wielkanocnym, dr Anna Skalisz – przedstawicielka dyrektora z RCKIK w Poznaniu i przedstawiciel Fundacji „Drużyna Szpiku” Robert Kargol. Prezydium WIL reprezentował dr Wojciech Buxakowski.

Interesującą przedmowę do zaproszonych gości wygłosił pastor leszczyńskiego kościoła ewangelicko-augsburskiego ks. Waldemar Gabryś, wykładając teologiczne założenia podejścia wiernych wspólnot ewangelickich w Polsce i Niemczech do problemu etycznego transplantologii.

Konferencja o charakterze otwartym – poprzedzona personalną kampanią informacyjną w miejscu pracy lekarzy POZ i szpitalach oraz w lokalnych mediach o dobrym czasie antenowym – zgromadziła grupę zainteresowanych problemem lekarzy oraz zdecydowanie liczniejszą przedstawicieli leszczyńskich szkół średnich, łącznie kilkadziesiąt osób. Pytania do prelegentów, wyjaśnione szczegółowo, dotyczyły działań niepożądanych procedur stosowanych podczas przygotowania





dawcy do pobrania komórek szpiku/krwi obwodowej, zastosowania procedury przeszczepu komórek macierzystych szpiku w chorobach dziedzicznych i wadach wrodzonych; wyjaśniono jednocześnie fakt, że nie wszystkie choroby dziedziczne, a na pewno nie w całym okresie ich ekspresji fenotypowej – są możliwe do skutecznego leczenia.

Powstaje więc problem szybkiego, niekiedy kilkutygodniowego (po urodzeniu) rozpoznania tychże chorób – w kularowej dyskusji podjęto decyzję o szerokim rozpowszechnieniu na oddziałach neonatologicznych dostępnych informacji diagnostycznych o bardzo krótkim decyzyjnie okresie, w którym tego typu interwencja jest możliwa – za pomocą kół Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego. Poruszono też problem pobierania na oddziałach neonatologicznych komórek krwi pępowinowej noworodka do płatnych banków krwi jako polisy ubezpieczeniowej dla dziecka, jak sądzą rodzice. Wykazano bezsporny fakt, że statystyczne prawdopodobieństwo użycia takiej krwi dla własnego dziecka wynosi poniżej 0,05 proc., dlatego koniecznym za punktu widzenia logiki procedury medycznej postępowaniem powinno być zgłaszanie tejże krwi do typowania tkankowego, a pozostawienie jej wyłącznie dla właściciela nie zwiększa jego bezpieczeństwa, przy czym brak wzajemności usług – wręcz je zmniejsza, pomimo istotnych kosztów ponoszonych latami przez zatroskanych rodziców. Metoda przeszczepu krwi pępowinowej jako źródła komórek macierzystych, bardzo obiecująca metodologicznie, a całkowicie nieobciążająca dawcy, jest rewelacyjnie tania i skuteczna, ale wymaga stworzenia bazy danych i praktycznego OBOWIĄZKU poddania krwi pępowinowej typowaniu w kierunku zgodności tkankowej w celu zastosowania jej u innych dzieci.

Ksiądz dr Adam Sikora przedstawił podejście do tematu transplantacji szeroko rozumianej – wraz z wyszczególnieniem braku akceptacji środowiska katolickiego dla pozyskiwania komórek macierzystych z ludzkich płodów – w aspekcie wieloreligijnym, wyjaśniając stanowiska poszczególnych doktryn religijnych w tej sprawie. Przedstawicielka dyrektora RCKIK w Poznaniu, dr Anna Skalisz, omówiła tryb proceduralny – zarówno techniczny, jak i teoretyczny – dawstwa komórek szpikowych.

Przedstawiciel Fundacji „Drużyna Szpiku”, na podstawie własnych obserwacji i decyzji życiowych, wykazał rolę bezinteresownej idei tworzenia informatycznego systemu baz dawców komórek szpikowych, co spotkało się z wyraźnym poparciem sali, wyrażonym explicite przez młodą uczestniczkę konferencji. Uważam, że te ostatnie słowa nastoletniej uczennicy, określającej siebie jako „nie tylko biorcę rzeczywistości”, ale poprzez ratowanie cudzego życia – jej kreatora, są najcenniejszym wnioskiem z konferencji.

PRZEMYSŁAW KOZANECKI



## PERYSKOP **onet.pl**

komórki prostaty, a jego podwyższony poziom stwierdza się też w łagodnym przerście gruczołu krokowego. Więcej informacji na temat raka prostaty można znaleźć na stronie kampanii ([www.prostatanalata.pl](http://www.prostatanalata.pl)).

### Groźne skutki siedzenia przed telewizorem

Naukowcy z USA ostrzegają, że zbyt długi czas spędzony przed telewizorem oznacza zwiększone ryzyko cukrzycy typu 2, chorób układu sercowo-naczyniowego i przedwczesnej śmierci. Wyniki badań opublikowano na łamach pisma „Journal of the American Medical Association”. Autorzy badania, naukowcy z Harvard School of Public Health, tak podsumowują wyniki swojej pracy: „Przesłanie jest proste – ograniczenie czasu poświęconego na oglądanie programów telewizyjnych znacząco zmniejsza ryzyko cukrzycy typu 2, chorób serca i przedwczesnej śmierci”. – *Ważne jest nie tylko promowanie aktywności fizycznej, ale również ograniczanie zajęć siedzących, zwłaszcza oglądania TV* – podkreśla Frank Hu, główny autor pracy. Według statystyk, przeciętny Europejczyk spędza przed telewizorem 40 proc. czasu wolnego, a Australijczyk aż 50 proc. – co oznacza od 3 do 4 godzin dziennie. W USA problem jest jeszcze poważniejszy. Doktor Hu wraz z Andersem Grontvedem przeprowadzili analizę publikacji naukowych z lat 1970–2011 dotyczących wpływu oglądania TV na ryzyko zachorowania na cukrzycę i choroby serca oraz przedwczesnej śmierci. Wyniki badania wykazały, że oglądanie TV przez ponad 2 godziny dziennie zwiększa ryzyko cukrzycy typu 2 i chorób serca, a spędzanie przed telewizorem 3 i więcej godzin grozi przedwczesną śmiercią. Każde dodatkowe 2 godziny oglądania zwiększają ryzyko cukrzycy o 20 proc., ryzyko chorób serca o 15 proc. i ryzyko przedwczesnej śmierci o 13 proc. W swojej pracy naukowcy nie uwzględnili poziomu aktywności fizycznej uczestników. W następnych badaniach planują skupić się na wpływie

**PERYSKOP** onet.pl

używania komputerów, telefonów i innych tego typu urządzeń na wydatkowanie energii organizmu i ryzyko chorób przewlekłych.

**Groźna choroba szerzy się w Polsce bez kontroli**

Zwiększa się zachorowalność na ospę wietrzną. Z ostatnich danych wynika, że w 2010 r. zaraziło się nią 183 tys. osób, głównie dzieci w wieku szkolnym i przedszkolnym, ale faktyczna liczba zakażeń może być jeszcze większa – alarmują eksperci. – *Polska stała się poligonem ospy wietrznej, która atakuje każdego wrażliwego człowieka i szerzy się u nas bez jakiegokolwiek kontroli* – powiedział dr Paweł Grzesiowski z Instytutu Profilaktyki Zakażeń podczas konferencji prasowej. Stwierdził, że zachorowalność na ospę wzrasta od kilku lat, gdyż jesteśmy w okresie tzw. epidemii wyrównawczej. – *Dochodzi do niej zawsze wtedy, gdy znaczna część populacji nie jest odporna na to zakażenie, co zdarza się co 5–7 lat. A Polska jest właśnie w takim okresie* – podkreślił. Według danych Państwowej Inspekcji Sanitarnej (PIS), ostatni szczyt zachorowań na ospę wietrzną odnotowano w 2007 r., gdy zarejestrowano ponad 160 tys. przypadków tego zakażenia. W 2008 r. chorowało 129,5 tys. osób, a rok później – już ponad 140 tys. Grzesiowski nie ma wątpliwości, że liczba zachorowań będzie się zwiększać zarówno w tym roku, jak i w następnym. – *Z ospą wietrzną mam codziennie do czynienia* – powiedziała dr Ewa Duszczyk z Kliniki Chorób Zakaźnych Wieku Dziecięcego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Jej zdaniem, liczba faktycznych zachorowań jest większa, niż wynika z oficjalnych statystyk. Powiedziała, że już w 2010 r. mogło być nie 180 tys., lecz nawet 250 tys. zakażeń. A to dlatego, że ospa nie zawsze jest zgłaszana. Jej zdaniem, jeszcze mniej wiadomo o tym, ile osób choruje na półpasiec, chorobę zakaźną, którą wywołuje ten sam wirus (*Varicella zoster virus*). Nie ma bowiem obowiązku zgłaszania tego zakażenia. Tymczasem

**Konferencja Zdrowe Kości 2011****Kliniczne zastosowanie bisfosfonianów**

Druga konferencja z cyklu Zdrowe Kości 2011 odbyła się 16 kwietnia 2011 r. Wiodącym tematem było tym razem zastosowanie bisfosfonianów w praktyce klinicznej. Była to kontynuacja interdyscyplinarnych spotkań dotyczących chorób metabolicznych kości, w tym osteoporozy, organizowanych od 1995 r. przez Oddział Reumatologii i Osteoporozy Szpitala im. J. Strusia przy współudziale różnych jednostek Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu.

**D**o wygłoszenia wykładów zaproszeni zostali opiniotwórcy, praktycy, a także główny gość konferencji – endokrynolog prof. Socrates Papapoulos z Uniwersytetu Leiden w Holandii. Po raz pierwszy w historii w Poznaniu pojawił się gość tej rangi, który jest jednym z najwybitniejszych autorytetów w dziedzinie chorób metabolicznych kości na świecie, członkiem wielu organizacji międzynarodowych w tym International Osteoporosis Foundation.

W pięknej oprawie Hotelu „Andersia”, w sobotni słoneczny dzień, ciekawych i z pasją wygłoszonych wykładów wysłuchało ponad 150 lekarzy z różnych stron kraju: z Krakowa, Wrocławia, Warszawy, Bydgoszczy i Szczecina. Ideą spotkania było nowatorskie, a zarazem bardzo praktyczne spojrzenie na chorego z osteoporozą. Interdyscyplinarne podejście do tematu skupiło zarówno lekarzy praktyków stosujących bisfosfoniany, jak i tych, którzy zgłębiają naukową wiedzę na temat osteoporozy i wciąż znajdują nowe, nie do końca wyjaśnione zjawiska.

Profesor Edward Czerwiński z Krakowa, który wygłosił pierwszy z wykładów, w niezwykle precyzyjny i obrazowy sposób przedstawił molekularny mechanizm





odpowiadający za procesy metabolizmu kości i efekt biologiczny terapii bisfosfonianami. Doktor Piotr Leszczyński przekazał wszystkim ideę terapii parenteralnej oraz osiągnięcia ostatnich lat dotyczące tego sposobu leczenia. Podkreślił zarówno jej bezpieczeństwo, wygodę, jak i dość szerokie wskazania do leczenia dożylnego i akceptację chorych. Doktor Krzysztof Rożnowski w bardzo ciekawy sposób przedstawił spojrzenie praktyczne onkologów na terapię bisfosfonianami zarówno w profilaktyce, jak i w leczeniu osteoporozy oraz hiperkalcemii indukowanej przez proces nowotworowy. Natomiast prof. Wanda Horst-Sikorska omówiła endokrynologiczne aspekty hiperkalcemii, szukając wskazań do leczenia bisfosfonianami.

Uczestnicy konferencji nie byli biernymi słuchaczami, ale wykazali się wybitną znajomością tematu i swobodą w poruszaniu interesujących ich kwestii. Bez skrępowania zadawali pytania, co często rozbudzało dyskusję i prowadziło do ciekawych konkluzji. Bardzo ciepło i żywo zareagowali na przedstawione liczne przypadki z codziennej praktyki klinicznej, co było niezwykle cennym elementem spotkania.

Punktem kulminacyjnym Zdrowych Kości 2011 był wspaniały wykład prof. Socratesa Papapoulosa, który zaczarował słuchaczy piękną, prostą, zrozumiałą angielszczyzną i przeprowadził nas przez „future and perspectives”, czyli przyszłość i perspektywę leczenia bisfosfonianami. Utwierdził wszystkich, że leki te są i nadal będą podstawą leczenia osteoporozy, a doświadczenia z nimi związane od wielu lat stanowią bogactwo kliniczne i naukowe. Pomimo ciągłego postępu i nowości na rynku leków przeciwko osteoporozie, również nowych terapii biologicznych, bisfosfoniany są i będą najważniejsze oraz wciąż pierwszoplanowe.

Podsumowując ogrom wrażeń naukowych, a także towarzyskich, z radością możemy oczekiwać kolejnych Zdrowych Kości w 2012 r. Naszym wykładowcom oraz wszystkim gościom serdecznie dziękujemy, ponieważ byli najważniejszą treścią tej konferencji, a tych, którzy nie zdążyli, zapraszamy w przyszłym roku do Poznania! Patronat nad konferencją objęli rektor Uniwersytetu Medycznego prof. dr hab. med. Jacek Wysocki, prezydent Poznania Ryszard Grobelny, a także ze względu na istotną rangę tego wydarzenia – sama minister zdrowia Ewa Kopacz.

W imieniu członków zespołu Oddziału Reumatologii i Osteoporozy Szpitala im. J. Strusia w Poznaniu, którzy z pasją przygotowali tę konferencję.

DR HAB. MED. PIOTR LESZCZYŃSKI



## PERYSKOP **onet.pl**

zachorowania na półpasiec występują 20 razy częściej u dzieci, które ospę wietrzną przebyły w pierwszych dwóch latach życia.

– *Nie chcemy straszyć ospą wietrzną, choć jest to choroba wysoce zaraźliwa, przenoszona drogą kropelkową. A wywołującym ją wirusem może się zarazić ponad 90 proc. osób, które nie są na niego odporne*

– powiedział Grzesiowski. Dodał, że z ponad 180 tys. zarażonych w 2010 r., ponad tysiąc trafiło do szpitala z powodu powikłań.

Zdaniem Grzesiowskiego głównym powodem szerzenia się ospy jest brak upowszechnienia szczepień przeciwko tej chorobie, które są jedynie zalecane, a nie obowiązkowe (refundowane są jedynie u niektórych chorych dzieci do 12. roku życia, m.in. z upośledzoną odpornością). Według dr Duszczyk, niechęć do szczepień w Polsce wynika m.in. z tego, że ospa wietrzna jest powszechnie lekceważona. Nawet przez wielu lekarzy uznawana jest za mało groźną, niepowodującą poważniejszych powikłań, wymagających leczenia szpitalnego.

– *Musimy wreszcie skończyć z mitem, że ospa wietrzna to choroba, którą powinno przejść każde dziecko* – podkreślał dr Grzesiowski. – *Chory nie ma z niej żadnych korzyści. W najlepszym wypadku zostanie mu kilka blizn, ale może też trafić do szpitala z ciężkimi powikłaniami i przy okazji zarazić inne osoby ze swego otoczenia, np. kobiety w ciąży.* Doktor Duszczyk ostrzegła, że nawet u osób, które przed zakażeniem były zdrowe, mogą wystąpić powikłania. Najpoważniejsze z nich to wtórne bakteryjne zakażenia skóry (wywołane gronkowcami i paciorkowcami), zapalenie płuc, a także zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, mózgu oraz mózdzku. Z danych PIS wynika, że w Polsce co roku na ospę wietrzną choruje od 120 tys. do 200 tys. osób. U 800–1100 chorych konieczna jest hospitalizacja. Według Krajowego Zespołu Ekspertów, przed zakażeniem w 80–89 proc. chroni szczepionka, którą należy podać między 13. a 23. miesiącem życia dziecka. Druga dawka, podana w wieku

4–6 lat, jeszcze bardziej zwiększa skuteczność szczepionki.

### Odkryto przyczynę częstej kobiecej dolegliwości

Dwa geny zaangażowane w funkcjonowanie neuronów są odpowiedzialne za migrenę zwłaszcza u kobiet – informują naukowcy z USA na łamach pisma „Nature Genetics”. Migrena jest dość powszechną chorobą neurologiczną warunkowaną przez współdziałanie różnych genów. Według statystyk, dotyka około 20 proc. populacji, częściej występuje u kobiet.

Markus Schuerks wraz z zespołem z Brigham and Women's Hospital w Bostonie przebadał materiał genetyczny 5122 kobiet cierpiących na migrenowy ból głowy i 18 103, które nie zgłaszały tego rodzaju problemów.

Naukowcy odkryli trzy regiony DNA związane z podatnością na migrenę. Dwa z nich były specyficznie związane z migreną, a nie „zwykłym” bólem głowy. Kiedy powtórzo no analizę DNA pochodzącego od przedstawicieli obu płci, okazało się, że jeden z odkrytych wcześniej regionów jest wybiórczo związany z występowaniem migreny u kobiet. Jeden z opisanych genów to tzw. TRPM8 aktywny w neuronach i odpowiedzialny za odczuwanie bólu, a drugi to LRP1 zaangażowany w odbieranie sygnałów ze środowiska zewnątrzkomórkowego i działanie neuroprzebieżników.

### Przełomowe odkrycie pomoże w leczeniu alergii

Naukowcy są bliscy odkrycia leku, który powstrzyma reakcję alergiczną, a nie tylko leczy jej skutki. Brytyjscy naukowcy odkryli, w jaki sposób alergeny odzwiercące wywołują alergię. Wyizolowali część komórki, która reaguje z drobnymi cząsteczkami kocięj skóry.

Odkrycie rzuca światło na to, w jaki sposób nasz system immunologiczny identyfikuje i reaguje na alergeny. Daje to duże możliwości w poszukiwaniu nowych sposobów



## Pomyśl o wakacjach

**W**ielkopolska Izba Lekarska postanowiła zorganizować dla swoich członków i osób towarzyszących wycieczkę do Portugalii. Liczba chętnych przeszła nasze oczekiwania, co spowodowało zarówno powiększenie grupy, jak i lawinę pytań o możliwość zorganizowania podróży do innych zakątków świata. Pojawiły się też propozycje zaplanowania bardziej wypoczynkowego wyjazdu, dlatego powstała nowa inicjatywa – wylotu na wczasy latem 2011 r. do Grecji.

W związku z takim zainteresowaniem wycieczkami zwracam się do Państwa z prośbą o podzielenie się oczekiwaniami co do miejsc, które chcielibyście zwiedzić lub gdzie chcielibyście wypocząć.

W przyszłym roku planujemy zorganizować wyjazd do krajów nadbałtyckich połączony ze zwiedzaniem Sankt Petersburga i Helsinek oraz wycieczkę do krajów zachodnich lub południowych. Istnieje również możliwość ponownego wylotu do Portugalii, jeśli tylko Państwo wyrażą taką chęć.

Myślimy również o odwiedzeniu takich zakątków, jak Ziemia Święta czy Meksyk, w formie wycieczki bądź pielgrzymki. Jeśli tylko pojawi się zainteresowanie członków WIL, nie wykluczamy pielgrzymek do krajów europejskich oraz poza granice kontynentu.

Ze względu na bogatą ofertę, otwartość na propozycje oraz chęć spełnienia Państwa oczekiwań, jeszcze raz proszę o informacje, jakie części Europy i świata mieliby Państwo ochotę odwiedzić.

JAN SKROBISZ

E-MAIL: BIURO@WIL.ORG.PL





# WYCIECZKA DO GRECJI

5-12.09.2011 r.

Cena 2795 zł

## Program ramowy

- **DZIEŃ 1:** Zbiórka na lotnisku w Warszawie. Przelot do Aten. Przejazd do hotelu.
  - **DZIEŃ 2:** ATENY Zwiedzanie greckiej stolicy z jej wspaniałymi zabytkami, jak Akropol – z ruinami Partenonu oraz Odeonu Heroda Attyka i Teatru Dionizosa, Areopagu – słynnego wzgórza trybunału sądowego i Rady Starszych, Agory – starożytnego rynku, Wieży Wiatrów, Forum Rzymskiego. Na koniec Plaka – stara dzielnica handlowo-rozrywkowa – czas wolny na zakup pamiątek.
  - **DZIEŃ 3:** KANAŁ KORYNCKI – MYKENY – NAFPLION – EPIDAUROS Przejazd przez sławny Kanał Koryncki oddzielający Półwysep Peloponeski od Grecji kontynentalnej. Zwiedzanie najciekawszych obiektów greckiej Argolidy: Myken ze wspaniałą Bramą Lwów i legendarnym grobowcem Agamemnona, Nafplionu – pierwszej stolicy niepodległej Grecji, gdzie znajduje się przepięknie położona Twierdza Wenecka oraz Epidaurus o niesamowitej naturalnej akustyce i sanktuarium Asklepiosa.
  - **DNI 4-7:** WYPOCZYNEK
- Możliwość skorzystania z propozycji fakultatywnych:**
- Delfy: Całodniowa wycieczka do Delf. Zwiedzanie wykopalisk słynnej w starożytności wyroczni.
  - Olimpia: Całodniowa wycieczka do Olimpii.
  - Wieczór grecki w formie regionalnej kolacji, podczas której serwowane będą potrawy kuchni greckiej przy muzyce na żywo, oraz występy folklorystyczne.
  - **DZIEŃ 8:** Transfer na lotnisko. Przelot powrotny z Aten do Warszawy. Zakończenie imprezy.

UWAGA – KOLEJNOŚĆ ZWIEDZANIA MOŻE ULEC ZMIANIE

## Świadczenia

- 7 noclegów w hotelu DOLPHIN \*\*\*+. Pokoje 2-, 3-osobowe z łazienkami
- Śniadania (7) i obiadokolacje (7). Napoje do obiadokolacji poza ceną
- Przejazdy komfortowym greckim autokarem z klimatyzacją
- Ubezpieczenie KL do 15 000 euro, NW i bagaż do 800 zł
- Opieka pilota

## Informacje dotyczące lotu

Przelot liniami rejsowymi PLL LOT.  
Wylot z Warszawy o godzinie 11.05, przylot do Aten o 14.50.  
Przelot powrotny o 4.25 z Aten, lądowanie w Warszawie o 6.05.

## Wydatki programowe

Wstępy + przewodnicy miejscowi około 50 euro. UWAGA: wydatki programowe i propozycje fakultatywne są opłacane indywidualnie przez uczestników.

## Opis hotelu

Hotel DOLPHIN w Kalamos \*\*\*+, pokoje 2-, 3-osobowe z łazienką.  
W hotelu znajduje się basen, restauracja, bar. Hotel położony 200 m od plaży.

## Propozycje fakultatywne

- Wycieczka do Delf: 65 euro
  - Wycieczka do Olimpii: 70 euro
  - Wieczór Grecki na Placu: 38 euro
- Minimalna liczba osób, aby propozycja fakultatywna została zrealizowana – 25.

## Za dopłatą

- Gwarantowane miejsce w pokoju 1-osobowym: 700 zł
- Przelot na trasie Poznań – Warszawa – Poznań: 350 zł
- Transfer autokarem na trasie Poznań – Warszawa – Poznań: 140 zł

Proszę o jak najszybsze zapisy ze względu na ograniczoną liczbę miejsc oraz krótki czas realizacji wycieczki.

PERYSKOP

onet.pl

leczenia alergii. Grupa naukowców zajmujących się immunologią na Uniwersytecie w Nottingham zidentyfikowała część komórki, która odgrywa istotną rolę w wywoływaniu objawów alergii na kocią sierść. Naukowcy twierdzą, że może to być ważne odkrycie dla astmatyków, gdyż kocia sierść zazwyczaj pogarsza objawy ich schorzenia. Drobnutkie cząsteczki kociej skóry, w dosyć łatwy sposób wzbijają się w powietrze i działają bardzo podobnie jak kurz.

– *W ostatnich dziesięcioleciach liczba chorych na astmę gwałtownie wzrastała. Astma wśród dzieci osiągnęła właściwie poziom epidemii, szczególnie w państwach wysoko rozwiniętych, jak Wielka Brytania* – powiedział doktor Amir Ghaem-Maghani, który przeprowadził badania. Doktor podkreślił także, że lepsze zrozumienie interakcji pomiędzy alergenem a naszym układem immunologicznym jest kluczem do bardziej efektywnych działań przeciwko astmie.

Alergia jest spowodowana niewłaściwym funkcjonowaniem naszego układu immunologicznego. Organizm reaguje na nieszkodliwe substancje – zwane alergenami – jakby był przez nie atakowany. Broni się za pomocą różnych reakcji chemicznych, m.in. produkuje histaminę, powodującą gwałtowne i znane wszystkim objawy, np. katar, swędzące oczy, kichanie itp. Praca ekipy z Nottingham skupiała się przede wszystkim na receptorach komórek dendrytycznych, znajdujących się na skórze, w nosie, w płucach i w żołądku. Komórki dendrytyczne pierwsze stykają się z alergenami.

Badania pokazały, że receptory tych komórek są odpowiedzialne za rozpoznawanie potencjalnych zagrożeń i odgrywają istotną rolę w reakcjach alergicznych. Doktor Elaine Vickers zajmująca się badaniem astmy powiedziała, że jest zachwycona, widząc szybkie efekty badań dr. Ghaema-Maghamego.

Wyniki badań zostały opublikowane w „Journal of Biological Chemistry”.

**PERYSKOP** onet.pl**Złe wieści dla otyłych kobiet z nowotworem**

Kobiety z prawidłową wagą przed i po zdiagnozowaniu raka piersi mają większe szanse na wieloletnie przeżycie – wynika z badań przeprowadzonych w grupie 4 tys. pacjentek, które leczono z powodu tego nowotworu. Zaprezentowano je na 93. dorocznym spotkaniu Towarzystwa Endokrynologicznego w Bostonie. Otyłość jest znanym czynnikiem ryzyka raka piersi u kobiet po menopauzie. Ma to związek m.in. z tym, że tkanka tłuszczowa produkuje pewne ilości estrogenów, które powodują wzrost większości guzów sutka. Są to takie nowotwory piersi, których komórki mają receptory dla estrogenów, dlatego określa się je mianem hormonozależnych. Naukowcy z City of Hope National Medical Center w Duarte (USA) potwierdzili teraz, że otyłość i nadwaga zwiększają ryzyko zgonu pacjentek z hormonozależnym rakiem piersi. Badaniami objęto prawie 4 tys. kobiet, u których zdiagnozowano inwazyjnego raka sutka, dającego przerzuty do innych tkanek. Otyłość i nadwagę – obecnie oraz w wieku 18 lat – oceniano u nich na podstawie wskaźnika masy ciała (BMI), który wylicza się, dzieląc masę w kilogramach przez wzrost w metrach podniesiony do kwadratu. Z nadwagą mamy do czynienia wówczas, gdy BMI wynosi od 25 do 29 kg/m<sup>2</sup>, natomiast otyłość stwierdza się, gdy BMI wynosi 30 kg/m<sup>2</sup> lub więcej. Okazało się, że panie otyłe na początku badania (co niekoniecznie pokrywało się z terminem diagnozy choroby nowotworowej) miały o 70 proc. wyższe ryzyko zgonu z powodu raka piersi niż kobiety z BMI niewskazującym na otyłość. Podobnie zwiększoną śmiertelność odnotowano w grupie kobiet, które miały nadwagę jako 18-latk. Dalsze analizy potwierdziły, że zależność między BMI a ryzykiem zgonu dotyczyła pacjentek z hormonozależnym rakiem piersi, czyli mającym receptory dla estrogenów. Wraz ze wzrostem BMI zwiększało się też ryzyko zgonu z powodu nowo-

## 90. urodziny Mieczysławy Kowalińskiej-Radosz Jubilatka z Leszna

Przypadł mi w udziale przemiły obowiązek odwiedzenia naszej szacownej jubilatki, doktor Mieczysławy Kowalińskiej-Radosz, z okazji jej 90. urodzin. Umawiając się przez telefon z panią doktor na termin wizyty, byłem niezwykle zaskoczony wyjątkowo rześkim, pełnym werwy głosem tej niezwyklej kobiety chirurga, której bogate losy mogłyby wypełnić życiorysy kilku osób.

**U**rodzona po zakończeniu wojny z bolszewikami w 1921 r. w mieście nad Prosną – w Kaliszu Mieczysława Kowalińska-Radosz, jako córka wojskowego przeniosła się do Wrześni, gdzie lata dziecięce i młodzieńcze aż do ukończenia I klasy liceum przebiegały pogodnie. Niestety, w 1939 r. wojna przerwała lata bez troski, i po powrocie do Kalisza pani Mieczysława podjęła działalność w Związku Walki Zbrojnej – organizacji, z której wyłoniła się później Armia Krajowa. Aresztowanie 16 stycznia 1942 r., a następnie obóz pracy w Kilonii, nie złamały jej, po wyzwoleniu obozu pracowała natychmiast na rzecz innych robotników przymusowych w ramach Związku Polaków w Kilonii. Powrót do Polski w grudniu 1945 r. i szczęśliwe spotkanie z rodzicami zapoczątkowały dolnośląski etap życia – zamieszkała we Wrocławiu, gdzie zdała maturę i od 1947 do 1952 r. studiowała medycynę. Realia socjalizmu z obowiązkowym nakazem pracy rzuciły ją do Chorzowa – dzielnicy Batory. Po dwóch latach przeniosła się do Wałbrzycha, na oddział chirurgiczny tamtejszego szpitala, i pod kierunkiem wyjątkowo wymagającej przełożonej – dr Anny Wojciechowskiej – zgłębiała tajniki chirurgii, uzyskując I stopień specjalizacji w tej dziedzinie. W Wałbrzychu też spotkała miłość swojego życia, która towarzyszyła jej przez 46 lat.

Po egzaminie specjalizacyjnym przez kilka miesięcy pracowała na rzecz Spółdzielni Zdrowia (a tak, było coś takiego!) w Kraszewicach, a od 1960 r. do 1963 r. w Nowym Tomysłu, na oddziale chirurgicznym pod kierunkiem dr. Waliszewskiego. Zwieńczenie chirurgicznej specjalizacji pod kierunkiem prof. Drewsa odbyło się 20 listopada 1963 r. w Poznaniu.



**Przekazanie w imieniu prezesa WIL, dr. n. med. Krzysztofa Kordela, dyplomu okolicznościowego WIL**





**Przekazanie Nagrody Jubileuszowej, przyznanej przez Komisję Socjalną oraz Okręgową Radę Lekarską WIL**

Następne miejsce pracy to pogotowie ratunkowe w Słupcy, gdzie pełniła funkcję kierownika, dodatkowo dorywczo pracowała na oddziale chirurgii pod kierunkiem dr. Gigulskiego. Od 1975 r. do 1979 r. była kierownikiem Działu Metodyczno-Organizacyjnego Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Poznaniu.

Z powodów zdrowotnych przeszła na wcześniejszą emeryturę w 1978 r., co jednak nie uniemożliwiło dalszej aktywnej działalności, którą kontynuowała w Lesznie. Po przeprowadzce do tego miasta w grudniu 1979 r. (słynna zima stulecia) została lekarzem zakładowym służby zdrowia. Przez 1986 r. mieszkała czasowo w Australii u syna – informatyka, który tam właśnie zrealizował swoje ambicje zawodowe, po siemieżnym mariażu z PRL-owską informatyką.

Po powrocie do Polski pani doktor pracowała jeszcze przez pół roku jako chirurg w przychodni kolejowej, następnie jako orzecznik ZUS. W wieku lat 77 zakończyła pracę zawodową. Jednak działalność lekarska to nie jedyna rola społeczna, jaką odgrywała. Czynnie pracuje w kole Światowego Związku Żołnierzy Armii Krajowej oraz Kręgu Instruktorskim Związku Harcerstwa Polskiego. Comiesięczne spotkania ze śpiewem pełną piersią są chyba wytłumaczeniem dźwięcznego głosu naszej jubilatki...

PRZEMYSŁAW KOZANECKI

## Sukcesy na plaży...

**M**iło nam zakomunikować, że reprezentacja WIL odniosła sukces w V Mistrzostwach Polski Lekarzy w Siatkówce Plażowej Niechorze 2011.

W kategorii open II miejsce zajęli Bartosz Ruszkowski i Jacek Duszkiewicz, VII Jacek Górny i Krzysztof Kaczmarek, a XI Maciej Mańczak i Marek Komar.

W kategorii pań I miejsce zajęły Elżbieta Buszkiewicz-Nowak i Izabela Kuciel-Polczak, a III Anna Komar i Liwia Duszkiewicz.

W kategorii mix I miejsce zajęły Elżbieta Buszkiewicz-Nowak i Rafał Pustelnik, V Anna Komar i Marek Komar, VII Liwia Duszkiewicz i Jacek Duszkiewicz.

Koleżankom i kolegom serdecznie gratulujemy.

**PERYSKOP** onet.pl

tworu. U kobiet z rakiem piersi bez receptorów estrogenowych nie zaobserwowano jednak takiego związku. – *Zaobserwowane przez nas różnice można najprawdopodobniej tłumaczyć tym, że kobiety otyłe lub z nadwagą mają wyższe stężenie estrogenów we krwi* – komentuje prowadząca badania dr Christina Dieli-Conwright. Jak podkreśla badaczka, odkrycie to potwierdza wcześniejsze doniesienia wskazujące, że otyłość i nadwaga zwiększają zarówno ryzyko zachorowania na raka piersi, jak i ryzyko zgonu z jego powodu. – *Co więcej, ważne jest nie tylko BMI w okresie, w którym rak zostaje wykryty* – podsumowuje dr Dieli-Conwright.

### Przełomowe metody leczenia chorób serca

– *Skuteczność leczenia chorób serca może się jeszcze poprawić dzięki nowym metodom terapii, jakie opracowywane są na świecie, w tym również w Polsce* – powiedzieli specjaliści podczas polsko-niemieckiego sympozjum w Warszawie. Profesor Witold Rużyło, dyrektor Instytutu Kardiologii w Warszawie, podkreślił, że w ostatnich 30 latach znacznie zmniejszyła się śmiertelność z powodu chorób układu krążenia. Przyczyniły się do tego zarówno zmiana stylu życia, jak i wprowadzenie nowych technologii, takich jak angioplastyka, nowe leki oraz stymulatory serca i kardiowertery-defibrylatory.

– *Jesteśmy u progu kolejnych przełomowych osiągnięć, które mogą jeszcze zwiększyć skuteczność leczenia chorób serca w Polsce i Unii Europejskiej* – powiedział prof. Rużyło. Dodał, że w żadnej innej dziedzinie medycyny postęp nie jest aż tak spektakularny. Znaczący udział mają w nim polscy kardiolodzy. Profesor Michał Tendera, kierownik III Katedry i Kliniki Kardiologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, przedstawił stan badań nad wykorzystaniem komórek macierzystych u chorych po zawale serca, prowadzonych w kilku ośrodkach w Polsce.



# Nowoczesne aspekty medycyny ery pokochowskiej

W pięknym hotelu „Pałac Wolsztyn” odbyła się 28 maja konferencja naukowa „Nowoczesne aspekty medycyny ery pokochowskiej”.

**P**odczas konferencji wręczono godności honorowych członków Stowarzyszenia Naukowego im. dr. Roberta Kocha w Wolsztynie trzem wybitnym osobom: prof. Tadeuszowi Malińskiemu z USA, posłowi Józefowi Zychowi i Aleksandrowi Adamczakowi.

Profesor Maliński, światowej sławy naukowiec, mówił w swoim wykładzie o procesach infekcji bakteryjnej i roli układu sercowo-naczyniowego.

O błędzie medycznym mówił prof. Krzysztof Kusza (brat prof. Marii Siemionow). Badania wykazują, że około 50 proc. pacjentów jest źle zdiagnozowanych. 90 proc. powikłań wynika z błędu człowieka. Dlatego na świecie kładzie się największy nacisk na wykształcenie lekarza i ciągle podnoszenie kwalifikacji. W Polsce byliśmy zawodem zaufania publicznego, ale

przestaliśmy nim być, gdyż staliśmy się zawodem, który głównie w rozumieniu organizatorów ochrony zdrowia niepotrzebnie wydaje pieniądze. Ale to przecież nadal lekarz ponosi odpowiedzialność za leczenie.

Kolejną prelegentką, dr n. med. Monika Sierżputowska-Pieczara, mówiła o zastosowaniu tlenu azotu u noworodków, a o wpływie zanieczyszczenia środowiska na choroby płuc dr n. med. Szczepan Cofta.

„Niegruźlicze mikrobakterie i ich współczesne znaczenie” to tytuł wykła-







du dr Astrid Lewin z Instytutu Roberta Kocha w Berlinie.

„Zakażenia szpitalne” przybliżył stypendysta Fundacji Roberta Kocha w Clausthal, a „Zagrożenie zdrowia ludzkiego mikotoksynami” prof. Piotr Goliński.

Na koniec konferencji prof. Halina Batura-Gabryel wygłosiła referat pt. „Epidemiologia chorób płuc z uwzględnieniem gruźlicy”.

Była to już XVII konferencja przygotowana przez Stowarzyszenie Naukowe im. dr. Roberta Kocha w Wolsztynie. W tym pięknym miasteczku, nad malowniczym jeziorem narodziła się tradycja naukowych spotkań. Docenił ten fakt Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, którego rektor prof. dr hab. Jacek Wysocki objął patronat honorowy nad konferencją. AB



## Lekarze na festiwalu Ave Maria

**O**d 25 do 29 maja odbywała się XII edycja festiwalu Ave Maria, który na trwałe wpisał się w pejzaż imprez artystycznych w województwie śląskim. Pośród wielu koncertów z udziałem artystów scen operowych i teatralnych dwa zasługują na szczególną uwagę, ponieważ ich bohaterami byli lekarze i przedstawiciele innych zawodów medycznych.

27 maja chór Medici pro Musica zaprezentował bogaty repertuar, wykonując z równym powodzeniem renesansowe kompozycje Mikołaja Gomółki, jak i utwory Jeremiego Przybory i Henryka Warsa.

Kolejny festiwalowy wieczór w całości należał do artystów medyków. Rozpoczął go występ chóru Remedium w repertuarze pieśni maryjnych, który stał się niejako preludium do koncertu połączonych chórów i orkiestr lekarskich.

Cztery chóry izb lekarskich: Medici pro Musica z Olsztyna, Remedium ze Szczecina, Medicantus z Warszawy i CAMES z Katowic; z towarzyszeniem orkiestr kameralnych: Warszawskiego

Uniwersytetu Medycznego i Operacja Muzyka Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, pod batutą prof. Ryszarda Handkego, wspólnie wykonały „Missa Sancti Nicolai in G” Józefa Haydna.

Głosy niemalże setki wykonawców rozbrzmiewały we wnętrzach okazałego neoromańskiego kościoła pod wezwaniem Świętego Stanisława Biskupa i Męczennika w Czeladzi. Licznie zgromadzona publiczność, wśród której jako goście honorowi zasiedli prof. Jerzy Woy-Wojciechowski, wybitny lekarz i naukowiec, a przy tym uznany kompozytor wielu przebojów polskiej muzyki popularnej, oraz posłanka Beata Małeczka-Libera, zgotowała artystom gorące owacje na stojąco.

Nie zabrakło również przedstawicieli samorządu lekarskiego, w tym prezesów Naczelnej Izby Lekarskiej – Macieja Hamankiewicza, oraz Śląskiej Izby Lekarskiej – Jacka Kozakiewicza, którzy byli współorganizatorami tego wydarzenia. Przekazali oni artystom serdeczne podziękowania, a także pamiątkowe dyplomy. Gościem festiwalu Ave Maria był ponadto wiceprezes Warszawskiej Izby Lekarskiej – Krzysztof Makuch.



## Dawka mediów

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

### Laureaci Eskulapa 2011

Tadeusz Przysiecki, Małgorzata Wojciechowska, Klinika Chirurgii Naczyniowej szpitala MSWiA w Poznaniu oraz Położniczy Ośrodek Medycyny Środowiskowo-Rodzinnej Neovita we Wrześni... Wszyscy wyżej wymienieni są tegorocznymi laureatami plebiscytu „Głos Wielkopolskiego” Eskulap 2011.

W tym roku po raz pierwszy w historii plebiscytów na najlepszego lekarza została poszerzona formuła konkursu – można było głosować nie tylko na ulubionego medyka, ale także na przychodnię, szpital, pielęgniarkę i położną. Z kilkuset zgłoszeń wybrali Państwo czwórkę najlepszych. Wczoraj w redakcji wręczyliśmy im nagrody i wyróżnienia. – *Reprezentujemy po prostu partię PJN* – mówił – odbierając nagrodę prof. Paweł Chęciński kierujący kliniką Chirurgii Naczyniowej MSWiA. – *Czyli: Pacjent Jest Najważniejszy. A konkretnie CJN, czyli chory jest najważniejszy* – doprecyzował Przemysław Daroszewski, dyrektor poznańskiego szpitala.

Zwycięzca w kategorii „lekarz” – Tadeusz Przysiecki, pulmonolog z Wielkopolskiego Specjalistycznego Szpitala Chorób Płuc i Gruźlicy w Chodzieży, pełniący w tej placówce również funkcję dyrektora ds. medycznych, mówił, odbierając statuetkę, że przede wszystkim zajmuje się leczeniem chorych i pomaganiem im, a pełnione przezeń funkcje są drugorzędne.

W tym roku wręczone zostały również – po raz pierwszy – nagrody „Tygodnika Piłskiego” dla najlepszych w służbie zdrowia. Wśród pielęgniarek nagrodzona została Alicja Graczyk z oddziału opieki paliatywnej Szpitala Specjalistycznego w Pile. Za najlepszych lekarzy pilscy czytelnicy uznali dr. Tadeusza Matysko i dr. Krzysztofa Zajęca. Doktor Krzysztof Zajęca i Alicja Graczyk uhonorowani zostali jeszcze jedną nagrodą – otrzymali specjalne wyróżnienie kapituły plebiscytu Eskulap 2011.

KATARZYNA KAMIŃSKA  
„POLSKA. GŁOS WIELKOPOLSKI”

### Pierwsze zwycięstwo

Przełom w medycynie. Nieuleczalna dotąd choroba XX wieku została po raz pierwszy pokonana. Timothy Ray Brown, 45-letni mieszkaniec San Francisco, jest pierwszym człowiekiem na świecie, który został całkowicie wyleczony z AIDS.

Zakażenie wirusem HIV stwierdzono u Browna 15 lat temu, kiedy miał on 30 lat. W trakcie leczenia zdiagnozowano u niego również białaczkę. W 2007 roku, kiedy Brown przebywał jeszcze w Niemczech, lekarze dokonali u niego przeszczepu komórek macierzystych szpiku kostnego, który miał wyleczyć go z białaczki. Od 2008 r. u „berlińskiego pacjenta”, jak nazywano go w kręgach medycznych, ani razu już nie stwierdzono ani białaczki, ani wirusa HIV.

Po przeszczepie lekarze orzekli, że wirus HIV, który powoduje chorobę AIDS, został całkowicie usunięty. – *Odstawiłem leki na AIDS w tym samym dniu, kiedy przeprowadzono przeszczep i od tej pory nigdy nie musiałem ich przyjmować* – powiedział Brown.

GRZEGORZ KOWALCZYK  
„NEWSWEEK”

### 60 papierosów dziennie

Nie potwierdziły się najgorsze podejrzenia – Lech Wałęsa nie ma choroby nowotworowej. Przeprowadzone we wtorek badanie PET wykluczyło, by przyczyną nacieku, który wykryto w jego płucu, był rak tego narządu. Bliscy prezydenta odetchnęli z ulgą, a wraz z nimi cała Polska. Druga dobra wiadomość to taka, że w środę rano pacjent obudził się już bez gorączki.

– *To prawda, badanie PET, które jest niezwykle czułą metodą diagnostyczną, wykluczyło raka płuca, czego obawialiśmy się najbardziej* – przyznaje Tadeusz Jędrzejczyk, zastępca dyrektora Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego ds. medycznych. Lekarze musieli brać pod uwagę taką hipotezę, ponieważ Lech Wałęsa pracował kiedyś przy azbeście, ponadto przez kilkadziesiąt lat był nałogowym palaczem – wypalał 60 papierosów dziennie. A palenie tytoniu jest przyczyną raka płuca w ponad 90 proc. przypadków.

Marian Smoczyński, szef Kliniki Gastroenterologii i Hepatologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, w której leży Lech Wałęsa, przekazuje jedynie lakoniczne wiadomości, choć sam prezydent nie sprzeciwia się informowaniu opinii publicznej o jego aktualnym stanie zdrowia. Profesor jest co prawda zadowolony, bo zastosowana terapia wreszcie przynosi efekty, ale nie chce wypowiadać się na temat dalszego przebiegu kuracji.

JOLANTA GROMADZKA-ANZELEWICZ  
„DZIENNIK BAŁTYCKI”

### 5000 zł, a nawet sąd

Tylko w tym roku ponad 600 poznanianek odmówiło obowiązkowych szczepień swoich dzieci. Lekarze i pracownicy Sanepidu są zatrwożeni. Coraz więcej poznanianek nie chce zaszczepić swoich dzieci. – *Liczba takich matek w ostatnich latach rośnie lawinowo* – mówi Cyryla Staszewska, rzeczniczka Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Poznaniu, do której trafiają dane o szczepieniach ochronnych z całego miasta.



## Andrzej Piechocki

Moda na odmowę obowiązkowych, profilaktycznych zastrzyków przyszła do nas z Zachodu. Jeszcze w 2003 r. takich przypadków było 5, w 2006 – 10. – *Od początku tego roku naliczyliśmy ich już ponad 600* – wyjaśnia Cyryla Staszewska. – *W tym czasie w Poznaniu wydano 5100 aktów urodzenia* – mówi Rafał Łopka z magistratu. Wynika z tego, że więcej niż co dziesiąta matka odmawia szczepień.

Taką wzrostową tendencję zauważa też Jacek Profaska, dyrektor szpitala dziecięcego przy ul. Krysiewicza, któremu podlega między innymi Klinika św. Rodziny. – *Informacje o coraz częstszych odmowach mam z oddziału zakaźnego, jak też porodówki* – wyjaśnia Jacek Profaska.

Na wielu oddziałach porodowych matki mogą otrzymać wzór oświadczenia, że nie zgadzają się na szczepienia dzieci. Jeśli jednak odmówią, to zostaną wezwane do Sanepidu. W przypadku gdy nie zgodzą się na szczepienia, mogą zostać ukarane grzywnami. – *Ich wysokość jest różna, jednak łącznie nie mogą przekroczyć 5 tys. zł* – wyjaśnia Cyryla Staszewska. Jeśli to nie zmobilizuje matki, to sprawa o nakazanie przeprowadzenia szczepienia jest kierowana do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego. – *Takie zaczynają coraz częściej pojawiać się na wokandzie* – stwierdza Tadeusz Geremek, wiceprzewodniczący WSA w Poznaniu.

MARCIN IDCZAK  
„ECHO MIASTA”

### Trybunał zasądził

Orzekanie w procesie kardiochirurga Mirosława G. nie tylko przez sędziów, ale przez asesora stanowi naruszenie Europejskiej Konwencji Praw Człowieka – uznał Trybunał w Strasburgu. Zasądził na rzecz dr. G. 8 tys. euro odszkodowania od państwa polskiego.

Trybunał nie podzielił innych zarzutów zawartych w złożonej w 2007 r. skardze do Strasburga: m.in. że naruszone zostało domniemanie niewinności dr. Mirosława G. wypowiedzią ówczesnego ministra sprawiedliwości Zbigniewa Ziobry, że „nikt już przez tego pana życia pozbawiony nie będzie”. Trybunał zwrócił uwagę, że Ziobro przeprosił już dr. G.

Doktor G. skarżył się, że przy aresztowaniu był traktowany w sposób poniżający (został zatrzymany przez CBA, założono mu kajdanki, a jego zatrzymanie było filmowane). W ocenie Trybunału nagromadzenie tych wszystkich środków sprawia, że można by mówić o poniżającym traktowaniu, jednak Trybunał nie może badać tej sprawy, dopóki nie rozstrzygną jej polskie sądy.

Centralne Biuro Antykorupcyjne zatrzymało dr. Mirosława G. w lutym 2007 r. Prokuratura postawiła mu szereg zarzutów, w tym m.in. zabójstwa, przyczynienia się do śmierci i blisko 50 zarzutów korupcyjnych. Tymczasowo aresztowany został wypuszczony za kaucją w wysokości 350 tys. zł w maju 2007 r. W 2008 r. prokuratura umorzyła zarzut o zabójstwo. Obecnie G. sądzony jest za korupcję i mobbing. Ma też zarzut przyczynienia się do śmierci pacjenta.

TSZ/PAP  
WWW.ONET.PL

### Faworyt konkursu

Były szef NFZ, a dziś poseł PjN Andrzej Sośnierz jest faworytem konkursu na szefa wielkopolskiego NFZ – dowiedziała się „Gazeta”. Konkurs ogłoszono miesiąc temu po odwołaniu Zbigniewy Nowodworskiej (PO) za błędy w zarządzaniu.

Dokumenty na konkurs można było składać do 10 czerwca. Komisja zbierze się w przyszłym tygodniu. NFZ do tego czasu nie udziela informacji, ilu i jacy kandydaci złożyli dokumenty. „Gazeta” dowiedziała się jednak, że faworytem konkursu jest Andrzej Sośnierz, szef centrali NFZ za rządów PiS, a obecnie poseł PjN ze Śląska. Sośnierz uchodzi za człowieka skonfliktowanego z minister Ewą Kopacz, ale ta nie ma żadnego wpływu na wyniki konkursu. – *To próba przeciągnięcia kolejnego polityka z PjN do Platformy. Na takie nominacje nie mamy żadnego wpływu. Decyzje zapadną w Warszawie. Ale robimy wszystko, by do tego nie dopuścić* – mówi jeden z wielkopolskich polityków PO.

– *Jeśli poseł Sośnierz zostanie dyrektorem, będzie musiał złożyć mandat poselski, a tym samym klub PjN przestanie istnieć* – mówi poseł Jan Filip Libicki, który opuścił PjN, a dziś negocjuje z PO start z jej list wyborczych.

TOMASZ CYLKA  
„GAZETA WYBORCZA”

### Odnowiony...

...i lepiej wyposażony jest Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii szpitala powiatowego w Puszczykowie. W piątek oficjalnie oddano go do użytku. Pacjenci mają do dyspozycji nowe respiratory, łóżka i inne nowoczesne urządzenia. Od przyszłego roku będzie można przyjąć na oddział osiem osób, a nie tak jak teraz cztery. Remont kosztował 2 miliony złotych. W szpitalu powiatowym działa również nowy oddział leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych. Do końca tego roku pacjenci, którzy chcą się tam leczyć, muszą opłacić swój pobyt. Jeżeli jednak uda się podpisać kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia, od nowego roku będzie to drugi w Poznaniu i okolicach oddział toksykologiczny.

WWW.RADIOMERKURY.PL

### Przenosiny szpitala

Poznański Szpital Kliniczny im. Przemienienia Pańskiego tego lata opuści kościelne budynki przy ul. Łąkowej i przeniesie wszystkie oddziały onkologiczne do nowego budynku przy ul. Szamarzewskiego. Pod nowym adresem działa już supernowoczesna pracownia radiologii.

64-rzędowy tomograf komputerowy to nowy nabytek szpitala, kosztował ok. 3 mln zł. W czasie badania aparat wykonuje kilka tysięcy obrazów (także w 3D), które można archiwizować. – *Jest nie tylko precyzyjny, ale też skraca do minimum czas napromieniowania* – mówił wczoraj prof. Robert Juszkat, kierownik działu radiologii klinicznej.

SYLWIA SAŁWACKA  
„GAZETA WYBORCZA”



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

**KRZYSZTOF OŻEGOWSKI**

**D**awno, dawno temu lekarze wykonywali wolny zawód. Między nimi a ich pacjentami nie było żadnych pośredników. Leczyli według własnej wiedzy, stosowali leki, które uznali za stosowne. Część leków sami robili, resztę, z czasem coraz większą, dostarczali aptekarze. Oczywiście popełniali błędy, błądzili, ale w większości przypadków pomagali. I nikt im nie miał za złe, że czasem nie osiągali pozytywnego efektu leczniczego lub że leczenie wiązało się z niedogodnościami albo groziło potencjalnymi działaniami ubocznymi. Niestety czas płynął, świat się zmieniał. Powstały kasy chorych. W miejsce aptekarza wytwarzającego leki na potrzeby lokalnej społeczności oraz miejscowych lekarzy pojawił się przemysł farmaceutyczny produkujący leki masowo. Kiedyś aptekarz tworzył leki według własnej wiedzy i doświadczeń innych. Wraz z rozwojem przemysłu farmaceutycznego firmy zaczęły zastrzegać patentami swoje leki, by inni nie mogli ich produkować. Jakby kłopotów było mało, pojawili się prawnicy zajmujący się medycyną i farmacją, którzy uważali i uważają, że wiedzą lepiej, co jest potrzebne medycynie i farmacji. W miejsce wiedzy i doświadczenia lekarza pojawiła się EBM – *Evidence Based Medicine*, czyli medycyna oparta na dowodach/faktach, a wraz z nią wskazania i przeciwwskazania do leczenia, charakterystyki produktów leczniczych (ChPL) oraz związane z tym pojęcie *off label*, czyli stosowanie leku przez lekarza poza wskazaniami lub w niezarejestrowanych dawkach albo w stosunku do grup pacjentów (najczęściej dzieci), dla których dany lek nie jest zarejestrowany. Naciski świata zewnętrznego – instytucji ubezpieczeniowych, firm farmaceutycznych czy wreszcie prawników – spowodowały, że medycyna coraz rzadziej może być sztuką, a coraz częściej wymaga się od lekarza by „wyłączał kreatywne myślenie” i leczył zgodnie z wytycznymi, zaleceniami, schematami postępowania, a leki ordynował wyłącznie według wskazań i w dawkach zawartych w charakterystykach produktu leczniczego. Na straży takiego postępowania lekarzy stoją rzesze prawników, którzy choć nie mają błędnego pojęcia o medycynie i leczeniu, coraz częściej uzurpują sobie prawo do regulowania tego, co lekarz może, a czego nie. Jakie jego działanie jest dobre dla pacjenta, a jakie nie. Czy leczenie było przeprowadzone w sposób optymalny czy nie. Czy zastosowano leki zgodnie z ich charakterystykami, czy też lekarz odważył się zmodyfikować wskazanie lub dawkę. Takim prawniczym działaniem sekunduja firmy farmaceutyczne i to wcale nie z troski o pacjenta, tylko o swoje finanse. Tak naprawdę los pacjenta niewiele je obchodzi. Interesuje je tylko rosnąca sprzedaż tego czy innego leku, przy równoczesnym blokowaniu wejścia na rynek czy to leków podobnych,

czy też kopii swoich leków, ale taniej wytwarzanych. Oczywiście takie postępowanie firm farmaceutycznych nie wzięło się znikąd. U jego podstawy, poza maksymalizacją zysków, która „zniechęca” firmy do szukania nowych zastosowań lub poszerzania grupy pacjentów o dzieci czy kobiety w ciąży, leży strach przed procesami wytaczanymi głównie w USA, gdzie prawo pozwala na najbardziej nawet absurdalne zarzuty oraz gigantyczne odszkodowania, nie tylko rzeczywistym ofiarom, ale także potencjalnym w przyszłości, a także sędziowie przyznają równie wielkie sumy prawnikom, tytułem kosztów sądowych. Dlatego często firmy wycofują z rynków całego świata leki profilaktycznie, bo mają podobną budowę do zaskarżonego leku lub co prawda poza USA są stosowane w inny sposób, ale amerykańskie sądy nie uwzględniają tego faktu. Sprzyja temu także system prawny pozwalający sądzić obce firmy według amerykańskiego prawa, gdzie prawda ma mniejsze znaczenie, a liczy się załatwienie sprawy, często zresztą drogą mniej lub bardziej wymuszanej ugody. Efektem takiego postępowania firm farmaceutycznych – nieposzerzania charakterystyk produktu leczniczego oraz prawników szukających dziury w całym i próbujących namówić jak największą liczbę pacjentów na skarżenie lekarzy, już nie tylko o błędy w sztu-

**W miejsce aptekarza wytwarzającego leki na potrzeby lokalnej społeczności oraz miejscowych lekarzy pojawił się przemysł farmaceutyczny produkujący leki masowo. Kiedyś aptekarz tworzył leki według własnej wiedzy i doświadczeń innych. Wraz z rozwojem przemysłu farmaceutycznego, firmy zaczęły zastrzegać patentami swoje leki, by inni nie mogli ich produkować.**

ce, ale także o niezyskanie optymalnego efektu leczniczego lub zbyt długą terapię, są dylematy nie tylko moralne, ale także i prawne lekarzy, którzy chcą pomóc pacjentowi, ale mają świadomość, że proponują czy to niestandardowy sposób leczenia, czy też wykraczają poza ChPL i zastosują lek poza zarejestrowanymi wskazaniami. Dodatkowo na to wszystko nakłada się działalność firm ubezpieczeniowych, które nie chcą finansować terapii drogimi lekami lub nie oferują takiego leczenia każdemu potrzebującemu. Wtedy lekarz często jest zmuszony wybrać lek niezarejestrowany do takiego typu leczenia, ale działający tak samo lub bardzo podobnie, choć może obciążony szerszymi działaniami ubocznymi (dlatego może, ponieważ firmy farmaceutyczne nie są zainteresowane zbieraniem takich danych, ponieważ nie rejestrowały leku do takiego zastosowania i co gorsza, często nie zamierzają tego uczynić z powodów wymienionych powyżej), ale dużo tańszego. Na takie postępowanie lekarzy oburzają się prawnicy działający w branży farmaceu-



tycznej i chroniący jej interesy. Paradoksalnie, przedstawiciele organizacji reprezentujących pacjentów także im wtórują, choć lekarze często oferują pacjentom jedyne dostępne dla nich leczenie, a alternatywą jest brak jakiegokolwiek terapii. Bardzo często leczenie to pacjenci muszą sami opłacać, ponieważ firmy ubezpieczeniowe szukają każdej okazji, by zaoszczędzić i jako pretekst wykorzystują zastosowanie leku poza wskazaniami. To, że najczęściej problem dotyczy leczenia dzieci, nie robi na nich większego wrażenia. Jak mantrę powtarzają: *Nie ma zarejestrowanego wskazania – nie ma refundacji leczenia*. Taki stan rzeczy jest niestety także efektem działania prawników, którzy wprowadzili takie regulacje prawne dotyczące dopuszczenia stosowania leków u dzieci, że niewiele firm jest zainteresowanych tym, by przeprowadzić proces rejestracyjny, bo to za dużo kosztuje, a zwrot wydanych sum następowałby po bardzo długim okresie lub wcale. Takiemu postępowaniu firm farmaceutycznych sprzyja także bierna postawa wielu rządów, w tym naszego, które mają narzędzia, by wymóc na firmach pożądane społecznie działania, ale tego nie czynią. Bowiern problem stosowania leków *off label* nie jest tylko problemem polskim. Dotyczy on bardzo wielu krajów. Jednakże w Polsce jest szczególnie widoczny ze względu na mizериę finansową i to nie tylko społeczeństwa, ale przede wszystkim płatnika, która to mizéria wymusza na lekarzach takie „heroiczne” działania. I to z pełną świadomością, że w razie niepowodzenia, tylko oni będą celem ataków prawniczych „hien sądowych”, bowiern łaska pacjenta na pstrym koniu jeździ. Gdy leczenie przynosi spodziewany efekt, pacjent skłonny jest wychwalać lekarza pod niebiosa. Gdy efekty leczenia są niezadowolające, szybko zapomina, że to on czy jego rodzina, często wymuszali na lekarzu taki sposób leczenia, ale wobec faktu niepowodzenia czy też nie do końca satysfakcjonującego efektu leczenia, często próbują przy pomocy prawników uzyskać zadośćuczynienie za krzywdy rzeczywiste czy też urojone. Szczególnie jest to przykre, gdy z pozwem występuje rodzina zmarłego pacjenta. Pacjenta, który godził się na to ryzyko. Ale rodzina, czasami z własnej inicjatywy, czasami wiedzioną podszeptami „złotoustych” prawników żyjących z odszkodowań od lekarzy i szpitali, próbuje wobec braku możliwości sprzeciwu „ofiary postępowania lekarskiego”, uzyskać mniejszą lub większą „satisfakcję” finansową, której zresztą lwią część otrzyma prowadzący sprawę prawnik. By nie kończyć w tak minorowym nastroju, wyrażę nadzieję, że jednak lekarze nie zleknią się stosowania leków „poza wskazaniami”, gdyż często jest to jedyna droga postępu i po latach okazuje się, że to, co kiedyś nie mieściło się w „charakterystyce leku”, ba, było wręcz błędem w sztuce lekarskiej, dziś jest „złotym standardem” oraz że w końcu prawo zostanie tak skonstruowane, by nie można było od lekarza pod byle pretekstem żądać kolosalnych odszkodowań, a prawnicy przestaną się wtrącać w relacje pacjent – lekarz oraz w proces leczenia. A medycyna nadal pozostanie „sztuką”, gdzie będzie miejsce na kreatywne myślenie, a nie tylko na „odhaczanie” zatwierdzonych przez ubezpieczyciela etapów, schematu postępowania.

PS Powyższe „przemyślenia” zostały zainspirowane dyskusją dotyczącą stosowania leków *off label*, którą zorganizował DGP, a jej efekty opublikował na swoich łamach.



KRZYSZTOF  
OŻEGOWSKI

## Arogancja władzy to przy tym pikuś!

### Czyli o nowych zasadach rozliczania świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

**W** czerwcowych „Short cuts” pisałem o arogancji władzy na przykładzie działań legislacyjnych inspirowanych przez minister zdrowia. Gdyby ktoś myślał, że to szczyt arogancji władzy, to, niestety, będzie w błędzie. Po raz kolejny sprawdziło się powiedzenie, że gdy myśleliśmy, że to dno, rozległo się pukanie od spodu. W tym wypadku owym pukaniem jest najnowsze zarządzenie prezesa Paszkiewicza w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

Narodowy Fundusz Zdrowia od dawna już przymierzał się do wprowadzenia tzw. jednorodnych grup pacjentów (JGP) w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS). Konsekwencją tych przymiarek było zawieranie umów „finansowych” tylko na okresy półroczne, pomimo iż świadczeniodawca miał umowę trzyletnią. Choć odbywało się to jeśli nie ze złamaniem prawa, to przynajmniej z jego naciągnięciem, minister nadzorujący fundusz nie zwrócił uwagi prezesowi, a nieśmiałe protesty świadczeniodawców były ignorowane zarówno przez fundusz, jak i inne instytucje stojące, przynajmniej teoretycznie, na straży prawa. W tym roku fundusz także zawarł umowy „finansowe” tylko do 30 czerwca. Dlaczego, można się było dowiedzieć jedynie z nieoficjalnych wypowiedzi, gdyż oficjalnego komunikatu nie było. Czas, jak to ma w zwyczaju, sobie płynął i świadczeniodawcy, mający w pamięci wprowadzenie JGP w szpitalach (które było poprzedzone kilkumiesięcznym pilotażem i dyskusją oraz szkoleniami dla szpitalików), już mieli nadzieję, że po raz kolejny pogłoski o ich wprowadzeniu okażą się nieprawdziwe. Najwyraźniej nie wzięli pod uwagę gorączkowego poszukiwania oszczędności przez fundusz. Zapewne w efekcie tych poszukiwań na stronach centrali NFZ pojawił się 4 kwietnia br. projekt zarządzenia prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna datowany 22 marca 2011 r., który wprowadzał obok istniejących typów porad: specjalistycznej i kompleksowej, nowy rodzaj porady, określony jako: GPZA – grupa procedur zabiegowych ambulatoryjnych. Projekt

likwidował równocześnie tzw. poradę recepturową (na całe szczęście, ponieważ jakiś idiota w centrali funduszu najwyraźniej pomylił receptę lekarską z działem farmacji zwanym recepturą (sic!) – ale zostawmy to skoro i tak ma zniknąć). Choć czasu na konsultacje było niewiele, to jednak jak na standardy funduszu projekt ujrzał światło dzienne stosunkowo wcześniej. Uzupełnieniem działań NFZ było pojawienie się projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w AOS – datowanego 28 kwietnia 2011 r. – które to rozporządzenie, projekt przywoływał. Czas sobie znowu płynął i nagle 24 maja 2011 r. pojawia się nowy projekt wspomnianego zarządzenia prezesa funduszu. Projekt ten (najwyraźniej tworzony w pośpiechu i niedopracowany) zostaje jeszcze zmodyfikowany 3 czerwca 2011 r. Jak głosi komunikat, w sprawie projektu można było zgłaszać uwagi do 8 czerwca, czyli w ciągu 14 dni, licząc od pierwszej publikacji, a 5 – licząc od modyfikacji (sic!). To już nie jest arogancja, to szczyt bezczelności, aroganckiego urzędnika państwowego jakim jest prezes funduszu. Żeby ten nowy projekt był chociaż nieznaczną modyfikacją opublikowanego miesiąc wcześniej! Ale nie, nie jest! Jest to zupełnie nowy projekt, wywracający do góry nogami rozliczenia w AOS. Najwyraźniej prezes Paszkiewicz usilnie stara się znaleźć w Księdze Guinnessa, w kategorii: „Najszybsze wprowadzenie JGP w ambulatoryjnej specjalistycie”. Powiedzenie, że projekt ten ma nedoróbki, to wyrażenie ogromnego komplementu. Najkrócej można by określić ten wytwór centrali NFZ jako zlepek poronionych pomysłów kogoś, kto nie ma pojęcia o tym, jak funkcjonuje AOS i ile co kosztuje. Do tego wszystko to jest napisane koszmarną nowomową, którą charakteryzują się niedouczeni absolwenci zdrowia publicznego. Aby nie być gołosłownym. Ktoś, kto myślał, że nazwanie pacjenta świadczeniobiorcą jest szczytem inwencji, dozna rozczarowania. Zarządzenie prezesa funduje nam: „decyzję diagnostyczną” – zamiast diagnozy i „decyzję terapeutyczną” – zamiast leczenia. Przecież to bełkot! (I w tym miejscu mam przekonanie, graniczące z pewnością, że któraś z tych osób zaprotestuje, udowadniając na wielu stronach, że jednak „decyzja diagnostyczna” to zupełnie coś innego niż diagnoza. I tu przypomina mi się dowcip pewnego pisarza, sprzed lat, gdy nazwał swoje dzieło „nuwola”, zamiast „nowela”, a liczni krytycy literaccy udowadniali, że są istotne różnice pomiędzy tymi dwoma formami literackimi. Kres dyskusjom, choć nie do końca, położył dopiero komunikat autora, że to był żart z jego strony). Pomimo protestów różnych gremiów, prezes Paszkiewicz z rewolucyjną niezłomnością zamienił projekt 14 czerwca w obowiązujące zarządzenie. Myliłby się ten, kto pomyślałby, że konsultacje nic nie dały! Otóż nie, dały! A konkretnie jeszcze bardziej przycięto wycenę poszczególnych świadczeń. Niby niedużo, bo od 0,5 do 1,5 punktu, ale zważywszy, że to już i tak był obniżony poziom, okazuje się, że za jeszcze mniej trzeba wykonać to samo co dotychczas lub jeszcze więcej. Do tego doszły wzięte zapewne z sufitu wyceny tzw. świadczeń zabiegowych, które są drastycznie niższe od płaconych dotychczas szpitalom, a nawet wcześniej w AOS – tu jeden przykład: procedura, za którą obecnie fundusz płaci 15 punktów, została wyceniona na 10 punktów! A są i procedury wycenione na 1 punkt, czyli 8 zł. A to procedury, do których trzeba użyć wyjąłownych narzędzi, tak że nie wiadomo, śmiać się czy płakać.

Smaczkowi dodaje jeszcze fakt, iż (według informacji dołączonej do pierwszego projektu zarządzenia punkt w AOS był przeliczany jako 10 zł, tymczasem średnio jego wartość w rzeczywistości jest blisko o 2 zł niższa. Ktoś powie – to niewiele. Ale to jest 20 proc. stawki, czyli bardzo dużo! W części ogólnej zarządzenie nadal jest zbitką niedoprecyzowanych definicji, pisanych tą samą nowomową. Poza tym zawiera błęd, gdyż przywołuje uchylone rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w AOS i to nie tylko samym tekście zarządzenia, ale także w treści załączników (wzór umowy). Jakby goryczy było mało, na konferencji prasowej prezes Paszkiewicz i jego rzecznicy posunęli się do kłamstw. Bo jakże nazwać informację, że świadczeniodawcy dostaną więcej pieniędzy, skoro wcześniej oddziały wojewódzkie funduszu przesyłały aneksy (w Wielkopolsce miały być odesłane do 10 czerwca), które proponowały te same ilości punktów co w pierwszym półroczu (o tym, że tej samej wartości, już nawet nie warto wspominać). I jak ma się do tego informacja funduszu, że szpitale będą odciążone, bo więcej procedur zostanie wykonanych w AOS. Nie wiem jakim cudem, skoro punktów jest tyle samo, a teoretycznie można wykonać procedury wycenione wyżej niż dotychczas. Jak wiadomo, od mieszania nie przybywa cukru w herbacie. Ale może o tym prezes Paszkiewicz nie wie? Albo jest już tak zdeprawowany władzą, którą posiada, że uważa, że może powiedzieć każde kłamstwo i ujdzie mu to na sucho. To nowe zarządzenie daje świadczeniodawcom tylko 2 tygodnie na przygotowanie się do działania w zupełnie nowych warunkach. Problemem są nie tylko nieprecyzyjne definicje poszczególnych porad oraz katalogi świadczeń diagnostycznych, w których w jednej grupie są pozycje kosztujące kilka i kilkaset złotych. Dodatkową trudność stanowi brak narzędzi informatycznych, by móc sprawozdać wykonane świadczenia. Oczywiście, takie narzędzia zapewne się pojawią, ale zabraknie czasu, by je opanować. No i oczywiście trzeba będzie za nie dodatkowo zapłacić firmom informatycznym. Co można w tej sytuacji zrobić? Należy stanowczo protestować (nasza izba już podjęła stosowną uchwałę – publikujemy ją na str. 6). Ponadto należałoby zgłosić sprawę Rzecznikowi Praw Pacjenta, bo tak naprawdę, to zarządzenie łamie prawa pacjenta, a w szczególności nakłada ograniczenie w korzystaniu z wizyt u specjalisty nieprzewidziane ustawą – porada kompleksowa musi być więcej niż 30 dni od porady specjalistycznej, ponieważ w przeciwnym razie fundusz nie zapłaci za tę ostatnią, czyli lekarz poniesie stratę. Z tego samego powodu izba powinna złożyć zawiadomienie do Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w sprawie nakładania na świadczeniodawców niekorzystnych warunków umów przez monopolistę, jakim jest NFZ. Listę powinny dopełnić doniesienia do prokuratury (zmuszanie świadczeniodawcy do niekorzystnego rozporządzenia swoim mieniem) oraz do Trybunału Konstytucyjnego (wprowadzenie ograniczeń wobec pacjenta nieprzewidzianych ustawą). Powinien także zostać skierowany apel do minister zdrowia, by w ramach nadzoru przyjrzała się bałaganowi wprowadzonemu przez to zarządzenie i wstrzymała jego realizację. Ale biorąc pod uwagę jej równie „rewolucyjny” charakter, jakoś nie mam przekonania, że taki apel może odnieść jakikolwiek skutek, poza kolejną porcją inwektyw ze strony pani minister pod adresem środowiska lekarskiego.



## Lekarze – patroni wielkopolskich ulic

## Dobry wychowawca

**Janusz Korczak**  
(1878 lub 1879–1942)

**H**enryk Goldszmit, bo tak naprawdę nazywał się Korczak, urodził się w zasymilowanej rodzinie żydowskiej, a wychował się w polskiej obyczajowości i kulturze. Jego ojciec Józef był znanym adwokatem warszawskim. Wczesna śmierć ojca pozbawiła jego i rodzinę środków utrzymania i zmusiła jedenastoletniego chłopca do zarobkowego udzielania korepetycji.

Młody Henryk w 1898 r. rozpoczął studia medyczne na Uniwersytecie Cesarskim w Warszawie, które ukończył w 1905 r. W 1905 r. brał udział w wojnie rosyjsko-japońskiej, gdzie awansował do stopnia majora. Od 1905 do 1912 r. w Szpitalu dla Dzieci im. Bersonów i Baumanów pracował jako pediatra, gdzie również korzystał ze służbowego mieszkania. W działalności społecznej współpracował m.in. z Samuelem Goldflamem, słynnym internistą i neurologiem. W latach 1914–1918 pracował jako ordynator szpitala dywizyjnego na froncie ukraińskim, następnie w przytułkach dla dzieci ukraińskich w Kijowie, a po zakończeniu wojny, po krótkiej pracy w szpitalu epidemicznym w Łodzi, powrócił do Warszawy. W 1916 r. był jednym z założycieli Haszomer Hacair, żydowskiej organizacji skautowej, a od 1925 r. należał do wolnomularstwa. Od 1912 do 1942 r. prowadził założony wraz ze Stefanią Wilczyńską Dom Sierot dla dzieci żydowskich w Warszawie, gdzie przez wiele lat mieszkał. W latach 1919–1936 wraz z Marią Falską prowadził sierociniec dla dzieci polskich na Bielanach w Warszawie. W 1940 r. Dom Sierot został przeniesiony do getta warszawskiego, a w sierpniu 1942 r. nakazano deportację dzieci do obozu koncentracyjnego w Treblince. Korczak miał wiele okazji, by wcześniej emigrować lub pozostać po drugiej stronie getta. Zdecydował się jednak

## Janusz Korczak



towarzyszyć swoim podopiecznym do końca i poprowadził słynny pochód dzieci na Umschlagplatz, skąd w bydlęcych wagonach zostali przetransportowani do Trebinki i następnie zamordowani w komorach gazowych.

Pseudonim Janusz Korczak pochodzi od jego aktywnej działalności pisarskiej. W 1898 r. zgłosił własny czteroaktowy dramat „Którędy” na konkurs „Kuriera Warszawskiego” i podpisał się Janusz Korczak (na podstawie powieści Kraszewskiego „Historia o Januszu Korczaku i pięknej miecznikównie”). Jednak na skutek błędu zecerskiego jego imię zostało następnie zmienione na Janusz i tak już pozostało. Pisał dużo, głównie dla dzieci i o dzieciach. W 1928 r. wydał swoją najbardziej znaną książkę – „Król Maciuś I”, a w 1931 r. jej drugą część „Król Maciuś na wyspie bezludnej”. Napisał około 30 książek, z których wiele cieszyło się popularnością.

W 1937 r. na wniosek Polskiej Akademii Literatury otrzymał od ministra

RP Złoty Wawrzyn za wybitną twórczość literacką.

Korczak nie miał żony ani dzieci. Traktował swoich podopiecznych jak własne dzieci, a domy dziecka – jak własny dom. Dzieci traktował bardzo poważnie i odnosił się do nich z szacunkiem. Był niewątpliwie pionierem społecznej opieki nad dziećmi, ale i nowoczesnych programów pracy z dziećmi. Oto kilka z jego myśli:

„Dobry wychowawca, który nie wtlacza, a wyzwala; nie ciągnie, a wznosi; nie ugniata, a kształtuje; nie dyktuje, a uczy; nie żąda, a zapytuje – przeżyje wraz z dziećmi wiele natchnionych chwil”.

„Dzieci nie są głupsze od dorosłych, tylko mają mniej doświadczenia”.

„Nie takie ważne, żeby człowiek dużo wiedział, ale żeby dobrze wiedział, nie żeby umiał na pamięć, a żeby rozumiał, nie żeby go wszystko troszkę obchodziło, a żeby go coś naprawdę zajmowało”.

PROF. NADZW. DR HAB. MED.

ANDRZEJ GRZYBOWSKI

AE.GRZYBOWSKI@GMAIL.COM

# Szkolenia na fantomach

Informujemy, że Wielkopolska Izba Lekarska rozpoczyna od września 2011 r. działalność szkoleniową z wykorzystaniem fantomów szkoleniowych. Szkolenia te będą współorganizowane przez Zakład Medycyny Ratunkowej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

## Stany nagłe w praktyce lekarza dentysty:

1. Ocena stanu pacjenta wg ABCDE. Przyczyny odwracalne zatrzymania krążenia, tzw. 4H i HT
2. Ostra niedrożność dróg oddechowych – rozpoznanie i postępowanie
3. Zaburzenia świadomości. Nagła utrata przytomności i omdlenia. Pozycja leżąca bezpieczna
4. Udary mózgu
5. Wstrząs anafilaktyczny – rozpoznanie i postępowanie. Środki znieczulenia miejscowego
6. Ostry zespół wieńcowy – rozpoznanie i postępowanie
7. Sytuacje kliniczne symulowane – ćwiczenia z symulatorem pacjenta

## Zatrzymanie krążenia w praktyce lekarza dentysty:

1. Przyczyny zatrzymania krążenia w praktyce lekarza dentystry – klasyfikacja przyczyn 4H i 4T
2. Rozpoznanie zatrzymania krążenia w schemacie ABC
3. Pokaz resuscytacji krążeniowo-oddechowej – *basic life support* (BLS) i automatyczna defibrylacja AED
4. Zasady obsługi i użycia AED
5. Algorytm uniwersalny BLS – AED
6. Udrożnienie dróg oddechowych metodami bezprzyrządowymi i przyrządowymi
7. Pozycja leżąca bezpieczna
8. Sytuacje kliniczne symulowane – ćwiczenia z symulatorem pacjenta

## Podstawy ostrych zatruc dla lekarzy rodzinnych:

1. Epidemiologia ostrych zatruc, organizacja opieki toksykologicznej w Polsce



2. Podstawowe zasady dekontaminacji w ostrych zatruciach (provokacja wymiotów, płukanie żołądka, węgiel aktywowany)
3. Zatrucia wybranymi gazami (tlenek węgla, dymy pożarowe, chlor)
4. Zatrucia wybranymi lekami – paracetamol, salicylany i inne NLPZ
5. Zatrucia alkoholami (etanol, metanol, glikol)
6. Sytuacje kliniczne symulowane – ćwiczenia z symulatorem pacjenta

## Alternatywne metody zabezpieczania drożności dróg oddechowych:

1. Przyczyny niedrożności dróg oddechowych, rozpoznanie
2. Algorytm postępowania w niedrożnych drogach oddechowych, tzw. trudne drogi oddechowe
3. Maski krtaniowa
4. Rurka dwuświatłowa
5. Rurka krtaniowa
6. Rurka Copa
7. Sytuacje kliniczne symulowane – ćwiczenia z symulatorem pacjenta

## Wentylacja i respiratory w warunkach przedszpitalnych:

1. Przyczyny ostrej niewydolności oddechowej, rozpoznanie i postępowanie – skuteczna wentylacja workiem samorozprężalnym
2. Wskazania do wentylacji zastępczej w warunkach przedszpitalnych
3. Respirator ParaPac
4. Respirator VentiPac
5. Respirator Medumat
6. Respirator OmniVent
7. Sytuacje kliniczne symulowane – ćwiczenia z symulatorem pacjenta

## Zabiegi elektroterapii w zaburzeniach rytmu serca:

1. Dysrytmie leczone elektroterapią
2. Algorytm postępowania w tachykardiach z tętnem
3. Algorytm postępowania w bradykardiach z tętnem
4. Defibrylacja bezpieczna
5. Kardiowersja – leki w analgesedacji
6. Stymulacja zewnętrzna i przezprzełykowa
7. Sytuacje kliniczne symulowane – ćwiczenia z symulatorem pacjenta

## Ocena pacjenta w stanach zagrożenia życia:

1. Zebranie wywiadu wg SAMPLE
2. Ocena pacjenta wg ABCDE
3. Badania dodatkowe laboratoryjne
4. Badania dodatkowe obrazowe





5. Przyczyny odwracalne 4H i 4T – postępowanie
6. Monitorowanie podstawowych funkcji życiowych
7. Sytuacje kliniczne symulowane – ćwiczenia z symulatorem pacjenta

### **Postępowanie w zatrzymaniu krążenia w warunkach pozaszpitalnych:**

1. Przyczyny i mechanizmy zatrzymania krążenia w warunkach pozaszpitalnych
2. Rozpoznanie zatrzymania krążenia w warunkach pozaszpitalnych
3. Odwracalne przyczyny zatrzymania krążenia 4H i 4T
4. Farmakoterapia i elektroterapia w zatrzymaniu krążenia
5. Algorytm uniwersalny – zaawansowane postępowanie w zatrzymaniu krążenia
6. Zasady transportu chorego po zatrzymaniu krążenia. Współpraca z zespołami HEMS
7. Sytuacje kliniczne symulowane – ćwiczenia z symulatorem pacjenta oraz wspomaganie funkcji krążenia

### **Postępowanie w zatrzymaniu krążenia w warunkach wewnątrzszpitalnych:**

1. Przyczyny i mechanizmy zatrzymania krążenia w warunkach wewnątrzszpitalnych
2. Rozpoznanie zatrzymania krążenia w warunkach wewnątrzszpitalnych
3. Koncepcja *Medical Emergency Team* (MET) – zasada pierwszych 5 minut
4. Udrożnienie dróg oddechowych, skuteczna wentylacja, tlenoterapia
5. Przywracanie przepływu w ważnych narządach. Mechaniczne wspomaganie funkcji krążenia
6. Algorytm uniwersalny – zaawansowane postępowanie w zatrzymaniu krążenia – koncepcja *specific organ team member*. Farmakoterapia i elektroterapia w zatrzymaniu krążenia
7. Postępowanie poresuscytacyjne
8. Powiadomienie bliskich o zgonie
9. Sytuacje kliniczne symulowane – ćwiczenia z symulatorem pacjenta oraz wspomaganie funkcji krążenia

### **Ostre zatrucia u dzieci:**

1. Epidemiologia ostrych zatruc, organizacja opieki toksykologicznej w Polsce
2. Specyfika ostrych zatruc u dzieci
3. Podstawowe zasady dekontaminacji w ostrych zatruciach (prowokacja wymiotów, płukanie żołądka, węgiel aktywowany)

4. Zatrucia preparatami gospodarstwa domowego (detergenty, substancje żrące, pochodne ropy naftowej itp.)
5. Zatrucia wybranymi gazami – tlenek węgla
6. Zatrucia wybranymi lekami – paracetamol, salicylany i inne NLPZ
7. Sytuacje kliniczne symulowane – ćwiczenia z symulatorem pacjenta

- Szkolenia będą trwać 8 godzin zegarowych i będą mieć charakter warsztatowo-wykładowy. Uczestnicy otrzymają 8 punktów edukacyjnych, certyfikaty i poczęstunek. Koszt szkoleń to 150 zł.
- Ponadto Wielkopolska Izba Lekarska planuje również szkolenia 10-, 12-godzinne (2 dni) w zakresie: Nowe aspekty prowadzenia indywidualnej praktyki lekarskiej i dentystrycznej (prowadzone przed radców prawnych i doradców podatkowych) oraz Marketing i negocjacje w praktyce lekarza i lekarza dentystry. Te szkolenia natomiast będą kosztować ok. 200 zł a ich uczestnicy otrzymają do 12 punktów edukacyjnych i poczęstunek.
- Dodatkowo planujemy rozpocząć kolejne szkolenia z języka angielskiego i niemieckiego dla lekarzy i lekarzy dentyistów, które trwają ok. 5 miesięcy (zajęcia 1 raz w tygodniu). Dotychczas przeszkoliliśmy już kilkadziesiąt osób w tym zakresie.
- Ponadto planujemy kursy z zakresu obsługi komputera.
- Zachęcamy Państwa do wstępnych zapisów. Prosimy o kontakt, gdyż zależy nam, aby rozpocząć szkolenia od tematyki, która Państwa najbardziej interesuje.
- Szczegółowe informacje pod adresem e-mail: [admin@wil.org.pl](mailto:admin@wil.org.pl) lub pod numerem telefonu 783 993 939.

MAREK SAJ



## Wiersze



ALOJZY ADAMSKI

**Małpiada (bajka)**

W cyrku wielkie poruszenie  
 Aż tresera głowa boli.  
 Goryl występ ma na scenie!  
 Goryl w swej życiowej roli!  
 Małpki tworzą piramidę,  
 On jej chluba, jej korona.  
 On znaczenia, blasku przyda!  
 (Małpki grzeczne będą ponoć).  
 Wśród wiwatów oraz tuszu  
 Przyjął dumną pozę swą –  
 A wtem dziki śmiech (jak w buszu!)  
 Spadł na ziemię! Samo dno!  
 Konsternacja wśród małpiątek,  
 Iż się zdarzył taki pech...  
 Zły był omen: wszak to piątek.  
 A ta mała znowu w śmiech!  
 Małpka miła, szalawiła  
 Oświadczyła: to nie ja!  
 Tak mnie bardzo rozśmieszyła...  
 Łaskocząca pchła.

**Morał:**

Coś wygląda nieistotnie –  
 Nie docenisz i się potkniesz.

**Bajka o papudze (ara)**

Ubarwienie nieciekawe –  
 Tłumaczyć się stara,  
 Iż na skutek jakiejś sprawy  
 Spotkała ją K-ARA!

**Morał:**

Trzymaj język za zębami,  
 By gadulstwem się nie splamić!

**NOWA KLINIKA**

DRUSKIENICKA/ZAKOPIAŃSKA  
 (PODOLANY)

**Powierzchnia  
 do wynajęcia**

604 234-778



# WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA

## BIULETYN INFORMACYJNY WYDAWANY PRZEZ RADĘ OKRĘGOWĄ WIL W POZNANIU

ISSN 1233-2216 Nakład 13 000 egz.

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

centrala tel. 61 852 58 60; prezes tel. 61 851 87 66;  
 praktyki indywidualne tel. 61 851 87 62, rejestr lekarzy tel. 61 851 87 58;  
 księgowość tel. 61 851 87 59, faks/tel. 61 851 87 66

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

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

### ADRESY DELEGATUR WIELKOPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ:

**DELEGATURA W KALISZU**

62-800 Kalisz, ul. Poznańska 64  
 przewodniczący – lek. dent. Jacek Zabielski  
 tel./faks 62 766 41 43, tel. kom. 783 993 908  
 sekretarki – Maria Linkowska, Ilona Błaszczyk  
[wikalisz@neostrada.pl](mailto:wikalisz@neostrada.pl)

**DELEGATURA W KONINIE**

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

**DELEGATURA W LESZNIE**

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

**DELEGATURA W PILE**

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

**DELEGATURA OSTROWSKO-KROTOSZYŃSKA**

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

kolegium redakcyjne Biuletynu Informacyjnego WIL

redaktor naczelny: Andrzej Baszkowski

członkowie redakcji: Alfred Adamczewski, Andrzej Grzybowski,  
 Krzysztof Ożegowski (zdjęcie na okładce), Andrzej Piechocki

**Na zlecenie WIL wydany przez**

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



**Do wynajęcia  
gabinety lekarskie  
w tym stomatologiczny  
w Centrum Medycznym  
w Gnieźnie**  
tel. 662 429 421

**Poradnia kardiologiczna**  
Poznań, ul. Opolska 58  
Poszukuję do współpracy w ramach NFZ  
**kardiologa**  
lub lekarza specjalizującego  
się w kardiologii  
warunki i czas pracy do uzgodnienia  
tel. 501 724 011

**GABINETY LEKARSKIE  
DO WYNAJĘCIA!!!**  
Przychodnia **MULTIMED**  
Konin  
tel. 601 079 557  
www.multimed.konin.pl

Prywatny gabinet stomatologiczny  
w Poznaniu podejmie współpracę  
z **lek. stomatologiem**  
zajmującym się **leczeniem**  
**ortodontycznym.**  
Oferujemy możliwość doskonałego  
umiejętności z zakresu ortodontacji  
tel. 693 720 756

N.Z.O.Z. PRZYCHODNIA STOMATOLOGICZNA

**KA-DENT**  
STOMATOLOGIA

we Wschowie

**ZATRUDNI**  
lekarza stomatologa

umowa z NFZ oraz prywatnie  
(oferujemy dobre warunki pracy)

kontakt z kierownikiem - 509 502 611

www.kadent.com.pl

**ZATRUDNIĘ LEKARZA  
DO PRACY W POZ**  
w Poznaniu  
tel. 502 042 996

**Gabinet lekarski  
w Obornikach**  
zaprasza do współpracy  
lekarzy specjalistów  
(na zasadach najmu lokalu)  
tel. 607 276 063

**K O M U N I K A T**  
w sprawie  
**„PROGRAMU MULTIPIN AEGON  
LOKATA”**

Prosimy Koleżanki i Kolegów, którzy  
jesienią 2007 roku za pośrednic-  
twem SKOK Izb Lekarskich zaciągnęli  
kredyt na zakup usług oferowanych  
przez AEGON Towarzystwo Ubezpie-  
czeń na Życie SA za pośrednictwem  
Warszawskiego Serwisu  
Finansowego,  
o pilny kontakt z dr. Jackiem Chodorskim  
tel. 694 716 550

**Ogłoszenia i komunikaty  
także na [www.wil.org.pl](http://www.wil.org.pl)**

**Sprzedam  
wyposażony gabinet  
stomatologiczny**  
w Swarzędzu  
tel. 606 271 511  
proszę dzwonić po godz. 20.

**ZATRUDNIMY  
STOMATOLOGÓW**  
(B. DOBRE WARUNKI)

NZOZ – STOMATOLOGICZNY

**DENT**  
Poznań  
tel. 602 299 934

**biuro rachunkowe**  
**Filo**  
WIELOLETNIE  
DOŚWIADCZENIE  
FACHOWOŚĆ  
RZETELNOŚĆ

60-651 Poznań  
ul. gen. St. Maczka 14  
tel./faks 61 840 13 71  
tel. kom. 501 381 255  
e-mail: [filobiuro@filobiuro.pl](mailto:filobiuro@filobiuro.pl)  
[www.filobiuro.pl](http://www.filobiuro.pl)

**Specjalista  
chorób wewnętrznych**  
– emerytka podejmie pracę  
na zastępstwa,  
wyłącznie na umowę o dzieło  
tel. 602 109 257

!!!DOBRA OFERTA!!!

**Podnajmę działający  
gabinet  
stomatologiczny  
w Rokietnicy**  
tel. 505 497 019

**NZOZ w Ostrowie Wlkp.**

- podejmie współpracę ze specjalistami
- wynajmie gabinety

Kontakt 698 568 817

**Swarzędz, ul. Piaski 8**  
Największa przychodnia  
lekarza rodzinnego  
w Wielkopolsce

- **Lekarze specjaliści potrzebni do współpracy**
- **Wynajem gabinetów lekarskich**

602 285 652

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

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

**Gabinety lekarskie  
na wynajem!**

Podnajmę cztery niezależne gabinety  
konsultacyjno-zabiegowe ze wspólnym  
zapleczem recepcyjnym w funkcjonują-  
cym zespole gabinetów lekarskich

**Gabinety znajdują się  
w odnowionej kamienicy  
u zbiegu ulic Głogowskiej  
i Szczanieckiej w Poznaniu**

Możliwy podnajem gabinetów na  
wyłącznieść lub w określonych terminach.  
Ceny podnajmu do indywidualnej negocjacji  
tel. kontaktowy: 505 445 955

**NZOZ w Poznaniu  
zatrudni  
lekarza  
do pracy w POZ**  
kontakt: 606 81 21 41

**Gabinet o powierzchni 18 m<sup>2</sup>  
w istniejącej przychodni  
do wynajęcia od zaraz.**  
**Okazja!**  
tel. kontaktowy 504 227 043



Prof. Ryszard Dóznar, psychiatra.



Prof. Tadeusz Karkiewicz, anatom.



Prof. Stefan Różycki, anatom.



Prof. Stanisław Nowicki, chirurg.



Prof. Sergiusz Schilling-Siergalski, medycyna nęflowa.



Prof. Karol Jroscher, pediatra.



Prof. Edward Czemicki, fizjolog.