



63-200-55-2216

WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA

*Z okazji kolejnej rocznicy
narodzin Chrystusa małego
oraz w przededniu
nowego roku 2012,
by uszy po sobie położyły
sprawy nieczne,
a dobro i życzliwość
stały się wszechobecne.
Tego życzymy Miłym Czytelnikom,
Koleżankom i Kolegom.
Redakcja*

MIEJSCE

Centrum
Kongresowo-Dydaktyczne
Uniwersytetu Medycznego
w Poznaniu

KIEROWNICY NAUKOWI

prof. dr hab. Wojciech Silny,
prof. dr hab. Anna Bręborowicz

ORGANIZATORZY KONFERENCJI

Katedra i Klinika Dermatologii
Uniwersytetu Medycznego
im. K. Marcinkowskiego
w Poznaniu

Klinika Pneumonologii,
Alergologii Dziecięcej
i Immunologii Klinicznej
Uniwersytetu Medycznego
im. K. Marcinkowskiego
w Poznaniu

wydawnictwo *Termedia*

WIELKOPOLSKIE WARSZTATY ALERGOLOGICZNE I DERMATOLOGICZNE

CO LEKARZ PRAKTYK O DERMATOLOGII
I ALERGOLOGII WIEDZIEĆ POWINIEN

POZNAŃ, 15–17 marca 2012 r.

GŁÓWNE TEMATY WARSZTATÓW

Choroby alergiczne skóry
Problemy suchej skóry
Choroby układu oddechowego i choroby alergiczne
Światłolecznictwo
Trądzik pospolity i różowaty
Leki biologiczne w dermatologii i alergologii

REJESTRACJA

tel./faks: +48 61 656 22 00 | e-mail: szkolenia@termedia.pl | www.termedia.pl



WWW.TERMEDIA.PL



V KONFERENCJA POSTĘPY W GASTROENTEROLOGII

TERMIN

9–10 grudnia 2011 r.

MIEJSCE

POZNAŃ

Centrum Kongresowo-Dydaktyczne
Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego

KIEROWNIK NAUKOWY

prof. dr hab. Grażyna RYDZEWSKA

ORGANIZATORZY

Klinika Chorób Wewnętrznych
i Gastroenterologii CSK MSWiA
w Warszawie
oraz wydawnictwo *Termedia*,
wydawca czasopisma
Przegląd Gastroenterologiczny

TEMATY SESJI

Problemy pacjentów leczonych przeciwzakrzepowo związane z endoskopią
i nie tylko...

Rak żołądka po raz kolejny – spojrzenie onkologa i patomorfologa

Co nowego w nieswoistych zapalnych chorobach jelit

Co nowego w chorobach trzustki

Co gastroenterolog powinien wiedzieć o chirurgii transplantacyjnej –
wybrane elementy, wątroba, trzustka

Rola badań przesiewowych w gastroenterologii

Kamica pęcherzyka żółciowego – wciąż aktualny problem

Zespół jelita nadwrażliwego



Informacje o konferencji i rejestracja na WWW.TERMEDIA.PL

Diagnoza wstępna

Spis treści

Lekarze chcą tylko leczyć



Są trzy podstawowe elementy opieki zdrowotnej w Polsce. Jej organizator, czyli Ministerstwo Zdrowia, płatnik, to znaczy NFZ, i lekarze, którzy opiekę realizują na co dzień w szpitalach i gabinetach. Dwa ostatnie ogniwa nie mają żadnego wpływu na pomysły resortu. Nie toleruje on zresztą wtrącania się. W dziedzinie twórczej jest więc monopolistą, ale jeżeli chodzi o kontrolę wprowadzania w życie własnych pomysłów, zwłaszcza jeżeli rzecz jest trudna, chętnie zrzuca odpowiedzialność na lekarzy. Ostatni przykład to ustawa refundacyjna.

Oczywiście, refundacja leków to rzecz skomplikowana i kosztowna, zrozumiałe jest więc dążenie resortu do ograniczeń, zwłaszcza że w 2012 r. może wydać na nią nie więcej niż 17 proc. wszystkich pieniędzy, jakie ma na leczenie, a więc mniej niż w tym roku. Odpowiedzią na tę sytuację są kontrole recept. Za 2010 r. NFZ zakwestionował recepty wartości prawie 5,5 mln zł. Zwykle za brak podpisu, zły PESEL, niewpisanie dawki leku, błędy w dokumentacji. Fundusz domaga się wtedy zwrotu kwoty refundacji wraz z odsetkami, ale i kary porządkowej, mogącej sięgać 3 proc. wartości kontraktu.

Od kar można się odwołać do prezesa NFZ, do zespołu preskrypcyjnego istniejącego przy prezesie funduszu, wreszcie do sądu. Lekarze oburza jednak, że droga odwoławcza, zwłaszcza sądowa, jest długa, a kary płacić trzeba natychmiast, zresztą fundusz sam potrafi je wyegzekwować. Lekarze denerwuje również, i to jeszcze bardziej, konieczność sprawdzania, czy pacjent jest ubezpieczony. Mogliby to robić, gdyby istniał sprawny i niezawodny system umożliwiający kontrolę, np. karty czipowe. Wtedy to co innego. Ale takiego systemu nie ma. Lekarze nie chcą być urzędnikami biurowymi, chcą leczyć. Niech sprawdzaniem zajmuje się płatnik lub ten, kto ustawę wymyślił, ale za jej funkcjonowanie odpowiedzialnymi chce uczynić lekarzy. Resort nie ustępuje. Planuje się szkolić lekarzy w dziedzinie „urzędnik od kontroli dokumentów pacjentów”. W petycji protestacyjnej przyjętej przez prezydium NRL w sprawie przepisów regulujących zasady wystawiania recept na leki refundowane czytamy: *Żądamy zmiany przepisów w taki sposób, aby uprawnienie pacjenta do otrzymania leku refundowanego było realizowane przez płatnika refundującego koszty leków, natomiast lekarze i lekarze dentyści zajmowali się wyłącznie wskazywaniem na receptę, jakiego leku pacjent potrzebuje.*

Czyli niech każdy robi to, za co mu płaca.

Andrzej Baszkowski

Każdy lekarz i lekarz dentyista może i powinien podpisać petycję. Oto link do niej: www.nil.org.pl/petycja

Moim zdaniem	4
100 lat dr Błęńskiej	5
Komisja Stomatologiczna WIL	6
Przemyslenia	7
Kazus redaktor Sałwackiej	8
X Forum Szpitali Klinicznych	10
Kandydaci na lekarzy sądowych	11
Nagroda Ministra Zdrowia	11
Odpowiedź na krytykę prasową (cz. 4)	12
Pleszew ponownie najlepszy	14
Stanowisko Okręgowej Komisji Rewizyjnej WIL	15
Wystarczy kilka minut	15
Wieczór św. Łukasza	16
Lekarze – patroni wielkopolskich ulic	18
Lekarz z brygady „Łupaszki”	20
Dawka mediów	22
SHORT CUTS	24
Znak pamięci	25
Historia uniwersyteckich studiów stomatologicznych w Poznaniu	26
Spotkanie Szwajcaria 2011	28
Nowy regulamin	29
Stany nagłe w stomatologii	29
Wiersze	30

Moim zdaniem...



Krzysztof Kordel
prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

...w listopadzie 2011 r. mieliśmy niewątpliwą przyjemność goszczenia w naszej izbie dostojnej jubilatki, pani doktor Wandy Błęńskiej. Jestem niezmiernie wdzięczny, że w natłoku organizowanych spotkań szanowna Pani Doktor znalazła czas i chęć, by spotkać się z nami na skromnym obiedzie. Niestety, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej nie był w stanie wygrać z mgłą, która spowiła Okęcie i ku jego żalowi nie mógł być w tym dniu z nami. Mam zapewnienie kolegi Macieja Hamankiewicza, że na spotkanie w dogodnym dla „Dokty” terminie do Poznania przyjedzie i tym razem wręczy kwiaty osobiście.

W tym miejscu składam Szanownej Jubilatce w imieniu nas wszystkich jeszcze raz najlepsze życzenia wielu lat życia i takiej pogody ducha, jaką ma dzisiaj.

Kolejnym gościem WIL był w listopadzie nowy dyrektor WOW NFZ dr Karol Chojnacki. Podczas spotkania z Prezydium mieliśmy okazję przekazać nasze niepokoje związane ze zmieniającymi się zasadami kontraktacji. A wątpliwości jest wiele i dobrze się stało, że o naszych problemach mogliśmy z dyrektorem Chojnackim spokojnie rozmawiać. Trzeba wyraźnie stwierdzić, że świat widziany z Warszawy i ogląd problemów z poziomu gminy czy powiatu – to dwa różne obrazy. Może w Warszawie nie będzie problemu, by specjalista przyjmował trzy razy w tygodniu w wymiarze 12 godzin. Taki problem będzie niewątpliwie w przypadku np. ginekologów, którzy współpracują w terenie z poradniami lekarza rodzinnego i są najczęściej raz w tygodniu. Wykluczenie ich z kontraktowania spowoduje brak opieki nad ubogimi kobietami, dla których koszt podróży do miasta powiatowego może się okazać barierą nie do pokonania. A co z poradniami zatrudniającymi tzw. wąskich specjalistów, których nawet w byłych miastach wojewódzkich Wielkopolski czasami trzeba szukać ze świecą. Mam nadzieję, że ktoś pójdzie po rozum do głowy i tak jak to było w przypadku lekarzy z pierwszym stopniem specjalizacji – z genialnego pomysłu zrezygnuje.

Podczas spotkania z dyrektorem Chojnackim kolega Baszkowski zapytał, czy lekarze, którzy mają podpisane umowy z NFZ na wystawianie recept dla siebie i członków rodzin, mogą wypisywać te leki z zaznaczeniem choroby przewlekłej. Odpowiedź brzmiała „nie wiem, ale

sprawdź”. Z bardzo szybko przekazanej informacji wynikało, że jeśli rozpoznanie to jest potwierdzone przez specjalistę – to tak. Dziękuję Panu Dyrektorowi za szybką odpowiedź.

Z ramienia Naczelnej Rady Lekarskiej mam okazję uczestniczyć w spotkaniach uzgodnieniowych w sprawie rozporządzenia ministra zdrowia dotyczącego recept lekarskich. Nowa ustawa o refundacji wywołała wśród lekarzy wiele obaw z uwagi na drakońskie kary, które mogą być w wielu przypadkach nakładane na lekarzy i na aptekarzy. Rozporządzenie mnoży kolejne informacje, które mamy wpisywać na recepty, co moim zdaniem może dać asumpt „twórczym kontrolerom NFZ” do nakładania kar na lekarzy. Mam nadzieję, że szeroko zakrojona akcja protestacyjna przyniesie efekt i uda się pewne sprawy uzgodnić. Taką nadzieję daje wspólne porozumienie ministra zdrowia, prezesa NFZ i prezesa NIL, ale jak zwykle diabeł tkwi w szczegółach, tj. w treści umów, które będziemy podpisywali z NFZ. Muszą one być bardzo precyzyjne i nie budzić wątpliwości interpretacyjnych.

Niestety w projekcie rozporządzenia „receptowego” brakuje zapisów dotyczących dokumentowania ordynacji lekowej przez tych z nas (a sam jestem w tym gronie), którzy przepisują leki dla siebie i rodziny. Zaproponujemy stosowną zmianę w rozporządzeniu dotyczącym prowadzenia dokumentacji lekarskiej.

Chcę w tym miejscu przeprosić za niedotrzymanie terminu uruchomienia na stronie internetowej serwisu prawnego, co było spowodowane problemami technicznymi. Mam nadzieję, że w chwili kiedy koleżanki i koledzy będą czytali te słowa, serwis będzie już dla chętnych w pełni dostępny.

Śluchając exposé premiera, zwróciłem uwagę na słowa dotyczące samorządów zawodowych, które ograniczają dostęp młodych ludzi do zawodu. W przypadku naszego samorządu są to słowa ze wszech miar krzywdzące. Od lat Izba Lekarska postuluje zarówno zwiększenie limitu przyjęć na studia lekarskie, jak i zwiększenie dostępności do specjalizacji.

Z okazji zbliżających się Świąt Bożego Narodzenia oraz Nowego Roku chcę wszystkim złożyć najlepsze życzenia – zwłaszcza zdrowia (mam tu na myśli zdrowie wg definicji WHO), oraz wyrazić nadzieję, że dzięki solidarności nas wszystkich uda się w tym nowym roku ominąć rafy zawarte w ustawach reformujących ochronę zdrowia, a statek ochrony zdrowia wyjdzie cało ze sztormów i burz pojawiających się na horyzoncie. Abyśmy w 2012 r. nadal mogli jak najlepiej pomagać naszym pacjentom.



Co słyszeć w izbie...

100 lat dr Błęńskiej

Choć w listopadzie mieliśmy dwa dłuższe weekendy, nie zmienia to faktu, że izba pracowała intensywnie. Cały czas rozszerza się bowiem działalność szkoleniowa. Mam na myśli rozpoczęcie nowego cyklu kursów: „Gruźlica – choroba, o której nie można zapominać”. Jest to wspólne przedsięwzięcie Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, konsultanta wojewódzkiego ds. chorób płuc prof. Haliny Batury-Gabryel oraz Wielkopolskiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej. Zachęcam do zapoznania się z terminami w odrębnym artykule. Pierwsze szkolenie odbyło się 24 listopada w Poznaniu.

W tym samym dniu rano izba i Polska Unia Medycyny Transplantacyjnej zorganizowały warsztaty psychologiczne „Rozmowy z rodziną zmarłego na temat pobrania narządów”. Jest to kolejny element działalności WIL na rzecz promocji transplantologii w województwie wielkopolskim.

Wcześniej, 18 listopada, kolejna grupa stomatologów uczestniczyła w szkoleniu „Stany nagłe w stomatologii”. Niestety, z uwagi na niewystarczającą liczbę chętnych, musieliśmy odwołać wykłady „Zatrzymanie krążenia w warunkach wewnątrzszpitalnych”. Zapraszamy wszystkich chętnych do uczestnictwa w nieco zmodyfikowanym kursie 9 grudnia „Zatrzymanie krążenia w warunkach pozaszpitalnych” (od 12.00 do 20.00), podczas którego również „szpitalnicy” znajdą interesującą tematykę i możliwość sprawdzenia swoich umiejętności na manekinach szkoleniowych.

19 i 26 listopada odbyły się kursy komputerowe. Uczestniczyło w nich wielu lekarzy seniorów. Dzięki dofinansowaniu z funduszy Komisji ds. Emerytów i Rencistów WIL płacili oni za szkolenie mniej niż pozostali zainteresowani. Podczas zajęć każdy z uczestników miał dostęp do swojego komputera i mógł swobodnie zadać pytanie, by za chwilę przećwiczyć to w praktyce.

Także działalność administracyjna była ważnym aspektem pracy WIL. Odbyły



się bowiem trzy posiedzenia Prezydium ORL WIL (3, 18 oraz 26 listopada). Gośćmi posiedzenia 18 listopada byli Karol Chojnacki, dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu, a także jego dwie zastępczynie. W trakcie rozmów poruszano wiele istotnych zagadnień, które są niezmiernie istotne dla naszego środowiska.

26 listopada odbyło się posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej WIL. Uczestnicy spotkania omawiali m.in. termin obrad Okręgowego Zjazdu Lekarzy w 2012 r. oraz dyskutowali nad projektem budowy siedziby dla Delegatury Konińskiej WIL. Swoje zebrania miały również komisje problemowe WIL: Komisja Zdrowia Publicznego (3 listopada), Komisja ds. Kształcenia (7 listopada), Komisja ds. Emerytów i Rencistów (17 listopada), Komisja Stomatologiczna (19 listopada), Komisja ds. Młodych

Lekarzy (22 listopada) oraz Okręgowa Komisja Rewizyjna (19 listopada), a także Komisja Bioetyczna (30 listopada).

Na przełomie listopada i grudnia ruszył również serwis prawniczy dla członków WIL. Przepraszamy za opóźnienia w jego wdrożeniu, ale uruchomienie wymagało wielu ustaleń i to nie tylko technicznych – równie istotne były zagadnienia prawne w zakresie umów i regulaminów.

3 listopada odbyła się również niezwykła uroczystość. Gościem WIL była dr Wanda Błęńska, która obchodzi setne urodziny. Spotkanie miało uroczysty charakter, ale jednocześnie odbywało się w niezwykle ciepłej i otwartej atmosferze.

Zakończyliśmy również prace nad elewacją budynku WIL w Poznaniu. Pisaliśmy już o tym w październiku. Dziś prezentujemy zdjęcie odnowionej siedziby naszego samorządu.

MAREK SAJ



Komisja Stomatologiczna WIL

19 listopada odbyło się kolejne spotkanie Komisji Stomatologicznej WIL. Zebrani poruszyli kilka zasadniczych tematów nurtujących w ostatnim czasie lekarzy stomatologów zarówno tych, którzy podpisali kontrakty z NFZ, jak i osób nieposiadających kontraktów.

Dużo miejsca poświęcono problemowi certyfikatów na wyroby medyczne. Sprawa bezpośrednio dotyka także lekarzy dentystów, ponieważ uzupełnienia protetyczne i aparaty ortodontyczne należą do wyrobów medycznych i także ich dotyczą zapisy „certyfikatowe”. Ustawa obowiązuje od 18 września i obojętnie, co byśmy powiedzieli, w każdej chwili ktoś może nas zapytać, czy przestrzegamy jej zapisów. Przypomnijmy: każdy wyrób medyczny musi mieć certyfikat wydany przez laboratorium protetyczne, na podstawie wcześniejszego zgłoszenia przez nie do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych zamiaru wytwarzania określonych wyrobów i uzyskania na nie stosownego certyfikatu. Niedotrzymanie opisanych warunków może skutkować nieprzyjemnościami, które opisałem w październikowym numerze „Biuletynu” w artykule „Uwaga na wyroby medyczne!”. W naszym interesie leży więc nakłonienie laboratoriów, z którymi współpracujemy, do zadośćuczynienia wymaganiom urzędu. Można wejść na jego stronę internetową lub na stronę Izby Gospodarczej Techników Dentystycznych, by zasięgnąć więcej szczegółowych i praktycznych informacji.

Zawieszono zostały proponowane przepisy dotyczące pomocy dentystycznych, a także obowiązku instalowania separatorów amalgamatu. Wprawdzie czasowo, ale jak wiadomo, w ministerstwie zachodzą zmiany personalne, może więc i przepisy stamtąd wychodzące będą bardziej zbliżone do realiów życia...

Problem ze stażami

Prowadząca spotkanie przewodnicząca KS dr Anna Kurhańska mówiła o problemach związanych ze stażami podyplomowymi. Lekarze opiekujący się stażystami nie są należycie wynagradzani za opiekę nad młodymi kolegami. Nadal obowiązuje tak bardzo krytykowana decyzja minister Kopacz o zniesieniu stażów podyplomowych. Zaisniła więc konieczność zmieszczenia w dotychczasowym programie studiów dodatkowych zajęć praktycznych, zastępujących staż. Jest to możliwe, moim zdaniem, tylko teoretycznie, bo nic nie zastąpi codziennej pracy przy fotelu pod nadzorem doświadczonego lekarza. Ministerstwo jednak twierdzi, że zastąpi... Warto przypomnieć, że braku stażu po studiach boją się sami studenci...

Mówiono również o problemach z współpracą z NFZ. Jest wiele spraw wynikających z codziennej praktyki. Na przykład, co zrobić w wypadku, gdy pacjent zostanie znieczulony, zacznie się zabieg ekstrakcji, ale ząb się złamie lub z innych przyczyn lekarz nie będzie w stanie go zakończyć i usługa zostanie dokończona w innym gabinecie? Punkty za zabieg zapisze sobie lekarz, który ekstrakcję dokończył. Ale przecież pierwszy również poniósł koszty związane ze znieczuleniem czy z poświęconym czasem, a niepowodzenie wyniknęło z przyczyn obiektywnych. Podobne przykłady można mnożyć. Wymagają one przedyskutowania z NFZ. Jest ponadto kilka spraw do załatwienia z centralą NFZ. Niektóre są nawet uzgodnione, ale pragmatyka tej instytucji jest taka, że liczą się tylko te z nich, które ostatecznie potwierdzi prezes. Na decyzję prezesa czekamy od czerwca...

Dotyczy to np. możliwości rozliczania dwóch wypełnień w jednym zębie w trakcie jednej wizyty, kontroli aparatów ortodontycznych górnych i dolnych dla każdego aparatu podczas 12 wizyt w okresach 12-miesięcznych, czy badań kontrolnych (świadczenie 0102) 3 razy w ciągu 12 miesięcy, niekoniecznie w odstępach 4-miesięcznych. Nadto mamy inne postulaty, które chcielibyśmy, aby fundusz zaakceptował. Chodzi o to, aby punkty za specjalizację przyznawane były za każdy stopień każdej specjalności oraz za staż pracy. Natomiast NFZ powinien zrezygnować z karnych punktów za negatywne wyniki kontroli, bo wtedy karze lekarza dwukrotnie za to samo. Tymczasem prezes oświadczył już, że nie będzie płacił za świadczenia pozalimitowe, a także za przyjmowanie pacjentów poza godzinami uzgodnionymi z NFZ. Nawet z bólem...

Pomoc wieczorowa

Inna sprawa poruszana w trakcie sobotniego spotkania to nagminne praktyki w punktach pomocy wieczorowej, niewydawania pacjentom pisemnej informacji, co zostało zrobione, a co ważne jest dla lekarza, do którego pacjent trafia do dalszego leczenia. Nawet jeżeli taki dokument jest wydawany, to bez podpisu i pieczętki lekarza. Można się tylko domyślać dlaczego... Podobnie jak powodów nieprzystępowania lekarzy do zabiegu chirurgicznego i odsyłania chorych do kolegi z wyjaśnieniem, że np. mają kontuzję nadgarstka lub nie usuwają zębów z zasady. A przecież w kontrakcie, który podpisali z NFZ, nie ma zastrzeżenia, że obowiązuje kontrakt ogólnostomatologiczny z wyłączeniem chirurgii...

Na koniec przedstawiono zebranych zaskakujące wyniki badań KS NRL nad wysokością kosztów, jakie ponosi każdy lekarz, sadząc pacjenta w fotelu. Przed wykonaniem jakiegokolwiek zabiegu jest to od 30 do 40 zł. Jeszcze 12 lat temu było to 12–13 zł... Tak wzrosły koszty wykonywania zawodu lekarza stomatologa. Nic dodać, nic ująć...

ANDRZEJ BASZKOWSKI



Przemyślenia

Chciałabym przedstawić problem dotyczący – myślę wielu – lekarzy ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), mających kontrakty z NFZ. Spotkaliśmy się w WIL z nowym dyrektorem Oddziału Wielkopolskiego NFZ dr. Karolem Chojnackim, który potwierdził, że **NIE BĘDĄ BRANE POD UWAGĘ** oferty niespełniające warunków tzw. brzegowych, tzn.: poradnia musi być czynna co najmniej 3 razy w tygodniu oraz minimum 12 godzin tygodniowo.

Wynika z tego, że kontraktów nie podpiszą małe poradnie, głównie na wsi, gdzie np. ginekolog jest potrzebny raz w tygodniu przez 5 lub 6 godzin. Sama mam taką poradnię przy POZ i wielu kolegów potwierdziło, że także w ich okolicy, na wsi tego typu placówki spełniają swoją funkcję. Dojazd do najbliższego miasta, a tym samym poradni, to czasem 30 km.

W momencie kiedy premier zapowiada odebranie becikowego, opieka nad ciężarną dramatycznie

się pogorszy. W takie poradnie zaangażowano czasem duże pieniądze samorządów. Czy teraz będą one puste?

Dyrektor Chojnacki co prawda stwierdził, że rozporządzenie dotyczące konkursów wydała minister, której już nie ma, i może nowy szef Ministerstwa Zdrowia będzie miał inne zdanie na ten temat, więc sprawa jest otwarta...

Może należy sprawę nagłośnić i zająć jakieś stanowisko?

IWONA JAKÓB

Naczelna Rada Lekarska oraz Rada Języka Polskiego zapraszają na konferencję

Zdrowie w słowie

która odbędzie się 15 grudnia 2011 r. o godz. 11.00 w siedzibie NIL w Warszawie

przy ul. Sobieskiego 110. Tematem przewodnim będzie używanie języka polskiego w ochronie zdrowia.

Udział w konferencji zapowiedzieli prezes Naczelnej Rady Lekarskiej dr n. med. **Maciej Hamankiewicz**, wiceprzewodniczący Rady Języka Polskiego prof. dr hab. **Jerzy Bralczyk** oraz prof. dr hab. **Ewa Kołodziejek**, prof. dr hab. med. **Jan Doroszewski**, przewodniczący Rady Etyki Medyków

Ryszard Bańkiewicz i lek. med. **Zbigniew Kostrzewa**.

Szczegóły i zgłoszenia: *Milena Kruszewska*, tel.: 22 559 13 27,

m.kruszewska@hipokrates.org

KREDYT HIPOTECZNY WŁASNY KĄT

Dla wszystkich, którzy dorośli do własnego mieszkania

Marża **1,1%** przez pierwszy rok* oraz **0%** prowizji

Infolinia: 801 302 302, +48 81 535 65 65; opłata zgodna z taryfą operatora
Szczegóły oferty, w tym Taryfa prowizji i opłat bankowych, a także informacje o warunkach ubezpieczenia są dostępne w placówkach PKO Banku Polskiego i na www.pkobp.pl.

* Marża 1,1% przez okres spłaty 12 pierwszych rat kredytu (odsetkowych lub kapitałowo-odsetkowych) i prowizja 0% dla kredytu mieszkaniowego Własny Kąt hipoteczny w PLN przy spełnieniu jednocześnie następujących warunków:

- posiadanie bądź założenie dowolnego ROR w PKO Banku Polskim,
- posiadanie bądź zakupienie w PKO Banku Polskim karty kredytowej lub skorzystanie z Programu Oszczędnościowego „Niższa Rata” albo ubezpieczenia na życie przygotowanego we współpracy z partnerem zewnętrznym,
- skorzystanie z oferowanego przez PKO Bank Polski ubezpieczenia na wypadek utraty pracy i hospitalizacji przygotowanego we współpracy z partnerem zewnętrznym.

RRSO wynosi 6,29% dla kredytu w PLN, po ustanowieniu zabezpieczenia, dla marży 1,1% i prowizji 0%; kwota kredytu 400 tys. PLN na 40 lat, udział własny 20%, raty annuitetowe; przy uwzględnieniu posiadania przez klienta w PKO Banku Polskim: ROR, karty kredytowej i 4-letniego ubezpieczenia na wypadek utraty pracy i hospitalizacji; oddział w Warszawie (stan na 14.09.2011). Marża jest podwyższana o 0,9 pp. do momentu ustanowienia hipoteki.

RRSO wynosi 6,56% dla kredytu w PLN, po ustanowieniu zabezpieczenia, dla marży 1,35% i prowizji 0%; kwota kredytu 400 tys. PLN na 40 lat, udział własny 20%, raty annuitetowe; przy uwzględnieniu posiadania przez klienta w PKO Banku Polskim: ROR, karty kredytowej i 4-letniego ubezpieczenia na wypadek utraty pracy i hospitalizacji; oddział w Warszawie (stan na 14.09.2011). Marża jest podwyższana o 0,9 pp. do momentu ustanowienia hipoteki.



Bank Polski
dzień dobry



Kazus redaktor Sałwackiej

Na przelocie września i października ukazały się w „Gazecie Wyborczej” dwa artykuły Sylwii Sałwackiej sugerujące możliwość spowodowania śmierci pacjentki w związku z odmową żywienia dojelitowego przez jedną z lekarek Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego.

W związku z artykułem „Starsza pani zmarła, zanim ją nakarmili”, opublikowanym na łamach „Gazety Wyborczej” (Poznań, 1 października), dyrekcja szpitala poprosiła o publikację w trybie przewidzianym przez prawo prasowe, art. 31 pkt. 1 sprostowania, którego publikacji odmówiono. W sprostowaniu zawarliśmy poniższe stwierdzenia.

„Nie jest prawdą, że Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego UM w Poznaniu pozostawił pacjentkę wymagającą wdrożenia żywienia dojelitowego bez pomocy. Lekarz odpowiedzialny za realizację procedur poinformował rodzinę o przekroczonej wartości kontraktu, nie wykluczając jednak podjęcia stosownych działań, jeśli inne placówki medyczne odmówiłyby porady. Wskazał inne ośrodki udzielające w Poznaniu świadczenia w zakresie żywienia w ramach kontraktu z NFZ. Rozmowa z rodziną pacjenta miała charakter informacyjny – nie przekazano skierowania, które mogłoby określać przyjęcie pacjenta jako pilne.

Z całą stanowczością stwierdzamy, że Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego w sytuacji zagrożenia zdrowia i życia – zgodnie z zasadami *Kodeksu etyki lekarskiej* oraz przepisami prawa – nie odmawia udzielenia niezbędnej pomocy lekarskiej. Świadczy o tym choćby fakt niezapłaconych ponad 14 mln zł przez NFZ za 2010 r., w tym także za świadczenia ratujące życie.

Nieuprawnione i naruszające dobre imię szpitala jest stwierdzenie redaktor Sylwii Sałwackiej, że zgon pacjentki spowodowany był zbyt późnym wdrożeniem terapii (cyt: *Niestety, było za późno. Kobieta zmarła w czwartek w nocy*). Sformułowanie takiego stwierdzenia jest nieodpowiedzialnym wprowadzeniem w błąd opinii publicznej, do którego doszło najprawdopodobniej ze względu na brak podstawowych medycznych kompetencji merytorycznych oraz brak staranności w opracowaniu artykułu. Żywienie dojelitowe bądź pozajelitowe prowadzone jest jako kontynuacja leczenia szpitalnego, po odpowiednim przygotowaniu pacjenta oraz ze ściśle określonych wskazań wymagających roztropnej weryfikacji lekarskiej, odnośnie do których nie jest wystarczająca informacyjna rozmowa telefoniczna. Inicjatywa dotycząca takiego postępowania zazwyczaj dokonuje się podczas międzylekarskich konsultacji”.

Należy podkreślić, że w szpitalu naszym nigdy nie odmówiono – mimo przekroczenia kontraktu – takiego żywienia w sytuacjach tego wymagających, a zespół je prowadzący – wraz ze wspomnianą dr med. Katarzyną Karwowską – w sposób wzorowy i pełen niezwykłego poświęcenia opiekuje się powierzonymi pacjentami. Sama zaś szefowa zespołu została uhonorowana znaczącym wyróżnieniem Bono Servienti – Służącemu Dobru. Jest jednym z ostatnich lekarzy, którym można zarzucić brak życzliwości czy troski o pacjenta.

Jako osoba współodpowiedzialna za Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego mogę i powinienem jednoznacznie zaświadczyć o szczególnym rysie oddania i bezinteresowności doktor Katarzyny, która – nie bacząc na ponoszone przez siebie koszty i ofiarowany sprawie czas – potrafi przemierzać setki kilometrów do pacjentów o każdej porze dnia czy nocy mimo spowodowanego pracą zmęczenia.

Tym boleśniej przeżywamy fakt, że – za sprawą reakcji stowarzyszeń pacjentów – wszczęte zostało śledztwo w sprawie narażenia na utratę zdrowia lub życia. Jestem pewien, że – po wyjaśnieniu wątpliwości – to kuriozalnie spowodowane śledztwo zostanie umorzona. Pozostanie jednak przykładem, jak niezbyt kompetentne (delikatnie mówiąc) doniesienie prasowe może spowodować niekontrolowane skutki podważające zaufanie do środowiska medycznego, ale także powodujące krzywdę osobistą związaną z obciążeniem, także emocjonalnym.

Trzeba podkreślić, że tylko brak podstawowych kompetencji medycznych może tłumaczyć połączenie przyczynowo-skutkowe orientacyjnej rozmowy telefonicznej z uszczerbkiem pacjentki. Jak widać, wymagana jest podstawowa edukacja związana z zastosowaniem terapii żywienia pozajelitowego i dojelitowego, w tym dotycząca procesu przygotowania do stosowania tej terapii.

Ponadto – o ile informacje dotyczące sugestii lekarza podpowiadającego żywienie dojelitowe są prawdziwe – ważne jest przypomnienie o odpowiedzialności za pomoc merytoryczną bądź organizacyjną w uzyskaniu dostępu do metod przez nas – lekarzy – proponowanych. Być może wytłumaczenie, czym jest żywienie suplementacyjne, a także w jakim trybie się je wdraża i ofiarowana pomoc organizacyjna mogłyby pomóc w rozwiązaniu problemu.

Ważna jest także refleksja nad próbą przerwania na środowisko lekarskie odpowiedzialności za brak wystarczających funduszy na prowadzone leczenie. Okazuje się, że nie mamy żadnego prawa do sugestii nie tylko odmowy, ale i skierowania – przecież zgodnego z prawem – do innych ośrodków wykonujących podobne procedury. A równocześnie, jeśli – nie odmawiając – powodujemy usługi tzw. ponadlimitowe, narażamy się na oskarżenia, że źle zarządzamy szpitalami.

Zachowując znaczącą spolegliwość – szczególnie w kontekście onkologicznych stanów zagrożenia życia – w roku zostaliśmy zobligowani – w jednym tylko Szpitalu Klinicznym Przemienienia Pańskiego – do „skredytowania wielkopolskiemu społeczeństwu” usług za ok. 30 mln zł. Pozostaje to jednak tematem do odrębnej refleksji: na ile wielkopolskie szpitale traktowane są odmiennie niż na przykład szpitale na Mazowszu, gdzie



– jak się wydaje – niemalże za wszystkie wykonane usługi regulowana jest zapłata.

Sprawa właściwie wydaje się nie dotyczyć przypadku doktor Katarzyny Karwowskiej, lecz raczej może być – w mojej opinii – przykładem niekompetencji, powierzchowności oraz nieodpowiedzialności redaktor Sylwii Sałwackiej. Choć

z pewnym uznaniem należy przyjąć jej starania o poruszanie trudnych tematów medycznych dotyczących naszego regionu, to jednak wymagają one zachowania wnikliwości i odpowiedniej wrażliwości. Tym razem, Droga Pani Redaktor, strzeliła Pani kulą w płot.

SZCZEPAN COFTA

Publikujemy teksty opisane obok przez dr. Szczepana Coftę

Starsza pani zmarła, zanim ją nakarmili

Kobieta chora na Parkinsona, której uniwersytecki szpital przy Długiej odmówił leczenia, zmarła wczoraj we własnym domu. Sprawę wyjaśnia Narodowy Fundusz Zdrowia i rzecznik odpowiedzialności zawodowej lekarzy.

Tę historię opisaliśmy wczoraj: 80-latką chora na Parkinsona od kilku dni nie była w stanie sama przyjmować pokarmów. By nie zmarła śmiercią głodową, lekarz rodzinny zlecił jej żywienie dojelitowe, czyli karmienie przez sondę. Dzienna dawka żywieniowa wraz z dojazdem i wizytą lekarza kosztuje ok. 100 zł. Terapię refunduje NFZ, a prowadzi m.in. uniwersytecki szpital przy ul. Długiej. Ale szpital odmówił pomocy. Lekarka odpowiedzialna za program tłumaczyła rodzinie, że skończyły się pieniądze na leczenie.

Po interwencji „Gazety” pacjentkę zgodził się przyjąć wczoraj uniwersytecki szpital przy ul. Przybyszewskiego. Niestety, było za późno. Kobieta zmarła w czwartek w nocy.

Wyjaśnieniem sprawy zajął się już Narodowy Fundusz Zdrowia. Sprawę bada też rzecznik odpowiedzialności zawodowej lekarzy. – Musimy ustalić, czy stan chorej był nagły i wymagał podjęcia natychmiastowej interwencji lekarskiej – tłumaczyła wczoraj Jolanta Orłowska-Heitzman, naczelny rzecznik odpowiedzialności zawodowej. – W takim przypadku lekarz bezwzględnie musi udzielić pomocy. Nawet jeśli skończył mu się kontrakt. Jeśli zarzuty się potwierdzą, lekarka odpowie nie tylko za złamanie kodeksu etyki lekarskiej. Odmowa udzielenia pomocy jest też przestępstwem. Na razie jednak prokuratura nie planuje wszczęcia śledztwa. Własne postępowanie wyjaśniające wszczęła za to dyrekcja klinicznego szpitala przy Długiej. Lecznica przedstawia inną wersję wydarzeń.

– Z naszych ustaleń wynika, że lekarka informowała rodzinę o problemach finansowych szpitala, ale nie wykluczyła możliwości udzielenia pomocy. Mimo przekroczenia kontraktu, nigdy nie odmówiliśmy leczenia chorym wymagającym żywienia dojelitowego. Teraz leczymy na kredyt trzy osoby – mówi Szczepan Cofta, wicedyrektor szpitala.

W Wielkopolsce program żywienia dojelitowego prowadzi siedem ośrodków. W tym pięć – w Poznaniu. NFZ przeznaczył na program w tym roku 6 mln zł. Lecznice alarmują, że pieniądze skończyły się przed wakacjami. I kredytują je z własnej kieszeni. W ubiegłym roku z żywienia dojelitowego korzystało Wielkopolsce ok. 400 pacjentów (po wypadkach, chorobach onkologicznych, operacjach). Do sierpnia tego roku – chorych było już 350.

– Starzeje się społeczeństwo. Stosujemy coraz skuteczniejsze terapie podtrzymujące życie. Liczba pacjentów rośnie, a pieniędzy jest tyle samo co przed rokiem – mówi „Gazecie” dr Maciej Błaszyk, naczelny lekarz uniwersyteckiego szpitala przy Przybyszewskiego. Fundusz podaje, że na razie w Wielkopolsce nie ma dodatkowych pieniędzy w budżecie na program.

Autor: Sylwia Sałwacka

Źródło: Gazeta Wyborcza
sobota–niedziela, 1–2 października 2011 r.

NFZ chce wyjaśnić od szpitala w sprawie śmierci kobiety

Wielkopolski NFZ zwrócił się do Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego w Poznaniu o wyjaśnienie sprawy związanej ze śmiercią 80-letniej kobiety. Według doniesień prasowych kobieta zmarła, bo szpital odmówił jej terapii.

Chora na Parkinsona 80-latką miała być, zgodnie z zaleceniem lekarza, karmiona dojelitowo. Dlatego miała trafić do szpitala. Jak napisała w piątek „Gazeta Wyborcza”, kobieta zmarła, bo w jednym z poznańskich szpitali odmówiono jej takiego świadczenia, tłumacząc to brakiem pieniędzy.

Mąż zmarłej powiedział „GW”, że lekarka, która koordynuje program, stwierdziła, iż lecznica wyczerpała fundusze i nie ma już w tym roku pieniędzy na terapię.

Jak powiedział w piątek PAP naczelny lekarz Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego dr Szczepan Cofta, nie było formalnego zgłoszenia potrzeby takiego świadczenia, tylko zapytanie telefoniczne.

„Od osoby odpowiedzialnej za program żywienia dojelitowego dowiedziałem się, że odbyła rozmowę telefoniczną z rodziną pacjenta. Stwier-

dziła, że w rozmowie nie odmówiła karmienia dojelitowego, powiedziała za to, by skontaktowano się z innymi ośrodkami. Jeśli nie będzie takiej pomocy, prosiła o ponowny kontakt. Poinformowała, że do leczenia kwalifikuje się podczas pobytu szpitalnego” – powiedział Cofta.

„Nie jesteśmy w stanie zaopatrzyć w żywienie pozajelitowe i dojelitowe całej populacji Wielkopolski, gdyż nie jesteśmy jedynym podmiotem wykonującym te świadczenia. Do tej pory jednak nie odmówiliśmy żadnemu pacjentowi żywienia dojelitowego i pozajelitowego nawet z powodów ekonomicznych, mimo że mamy już przekroczony znacząco kontrakt, a zespół wykazuje szczególne zaangażowanie w wykonywanie tej procedury” – dodał.

Rzeczniczka wielkopolskiego oddziału NFZ Marta Banaszak-Osiewicz poinformowała PAP, że Fundusz nie otrzymał informacji ze szpitala o zaprzestaniu udzielania świadczeń w tym zakresie.

„O kwalifikacji przyjęcia pacjenta na konkretne usługi medyczne decyduje lekarz, określając czy jest to stan stabilny czy nagły, wymagający podjęcia natychmiastowej interwencji lekarskiej. Tego rodzaju świadczenia są traktowane przez NFZ priorytetowo i finansowane w pierwszej kolejności. Zwróciliśmy się do szpitala z prośbą o wyjaśnienie zaistniałej sytuacji” – powiedziała.

Prokuratura w Poznaniu nie planuje na razie podejmowania jakichkolwiek czynności dotyczących śmierci kobiety.

Według danych NFZ, świadczenia z zakresu żywienia dojelitowego realizuje w Wielkopolsce siedem placówek, w tym pięć w Poznaniu. Wartość umów zawartych ze wszystkimi świadczeniodawcami wynosi ponad sześć mln złotych.

W ubiegłym roku z żywienia dojelitowego skorzystało w Wielkopolsce blisko 400 pacjentów. Z danych do końca sierpnia tego roku wynika, że z tego rodzaju usług medycznych skorzystało 345 pacjentów.

Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego obejmuje opieką w zakresie żywienia pozajelitowego i dojelitowego około dwudziestu osób miesięcznie.

Źródło: PAP

http://wiadomosci.gazeta.pl/Wiadomosci/1,81048,10386479,Wielkopolskie_NFZ_chce_wyjasnien_od_szpitala_w_sprawie.html

Od lat w Poznaniu jesienią spotykają się ludzie zainteresowani zarządzaniem w służbie zdrowia, szczególnie zaś menedżerowie szpitali, których organem założycielskim są uczelnie medyczne.

Już po raz dziesiąty 26 i 27 października w Poznaniu odbyła się konferencja, w której uczestniczyło około dwustu osób, w tym dyrektorzy dwóch trzecich polskich szpitali klinicznych niemal ze wszystkich ośrodków kraju.



X Forum Szpitali Klinicznych

Podczas Forum odbywającego się w Centrum Kongresowo-Dydaktycznym Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego poruszono „gorące tematy” naszych szpitali.

Szczególną uwagę poświęcono zapisom ustawy o działalności leczniczej w kontekście ich implikacji dotyczących placówek klinicznych. W dyskusji sugerowano, że nie przedstawia ona jednoznacznych rozwiązań związanych z dualizmem zatrudnienia w szpitalu klinicznym oraz na uczelni medycznej. Zawarte w ustawie zapisy nie określają w sposób jednoznaczny relacji związanych z finansowaniem działalności dydaktycznej w tych szpitalach.

Gośćmi spotkania byli m.in. wiceminister zdrowia dr Andrzej Włodarczyk oraz wiceminister nauki – prof. Maciej Banach. Ciekawie wyglądała konfrontacja przedstawianych przez nich spostrzeżeń, świadcząca w opinii wielu obecnych o braku spójnej koncepcji wizji szpitali klinicznych w naszym systemie ochrony zdrowia. Wspominało o przygotowywanej – od dawna oczekiwanej – ustawie o szpitalach klinicznych, jednak nie zostały przedstawione nawet podstawy założeń, które mogłyby się stać przedmiotem dyskusji.



O informatyzacji w kontekście szpitali klinicznych mówił dr Leszek Sikorski, dyrektor Centrum Systemów Informatycznych w Ochronie Zdrowia. Dyskusji z udziałem gości przewodniczyli dr hab. Maciej Kowalczyk z Krakowa, dr Maria Ilnicka-Mądry ze Szczecina oraz dr Jan Talaga, dyrektor Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego w Poznaniu (organizatora symposium), reprezentujący dyrektorów szpitali klinicznych.

Poruszając aspekty praktyczne bieżącego funkcjonowania placówek klinicznych, martwiono się dysproporcjami w kraju związanymi z brakiem zapłaty za usługi ponadlimitowe – w zależności od regionu. W sesji dotyczącej jakości przekonaliśmy się po raz kolejny o hermetycznych – często wzajemnie niezrozumiałych – językach używanych przez środowisko lekarskie oraz środowiska

zajmujące się tzw. jakością. Podczas jednej z sesji próbowano odpowiedzieć na pytania o zasadność łączenia szpitali – tendencję spotykaną w wielu regionach kraju, ale także na świecie. Przypomniano, że decyzje o fuzjach powinny być podejmowane po wnikliwej analizie racji połączeń.

Konferencji towarzyszyły spotkania Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali Klinicznych oraz Unii Szpitali Klinicznych.

Ewolucja poznańskich spotkań potwierdza wzrost zainteresowania tematyką oraz wzrost świadomości związanej z wyzwaniem dla szpitali klinicznych. Ukazują one konieczność nowych regulacji prawnych zapewniających bezpieczeństwo szpitali, przed którymi stoi trojakie wyzwanie – wcale niełatwe: służba, nauczanie, nauka.



Kandydaci na lekarzy sądowych

Mając na uwadze zapewnienie dostępu do lekarza sądowego w obszarze właściwości Sądu Okręgowego w Poznaniu, prezes Sądu Okręgowego w Poznaniu, na podstawie art. 6 ustawy o lekarzu sądowym z 15 czerwca 2007 r. (Dz. U. 2007 nr 123 poz. 949), zwrócił się z prośbą do Okręgowej Rady Lekarskiej WIL o przekazanie listy kandydatów na lekarzy sądowych.

Lekarzem sądowym może zostać lekarz, który spełnia następujące warunki:

1. Ma prawo wykonywania zawodu.
2. Ma pełną zdolność do czynności prawnych.
3. Nie był karany za przestępstwo lub przestępstwo skarbowe.
4. Ma nieopozłakowaną opinię.
5. Uzyskał rekomendację okręgowej rady lekarskiej.
6. Ma tytuł specjalisty lub specjalizację I lub II stopnia.

Lekarzem sądowym nie może zostać lekarz, wobec którego jest prowadzone postępowanie:

1. O przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub przestępstwo skarbowe.

2. Związane z niedostatecznym przygotowaniem zawodowym.
3. W przedmiocie niezdolności do wykonywania zawodu oraz lekarz, który ma przerwę w wykonywaniu zawodu dłuższą niż 5 lat.

Przypominamy, iż rolą lekarza sądowego jest wystawianie zaświadczeń potwierdzających zdolność lub niezdolność z powodu choroby do stawienia się na wezwanie do sądu uczestników postępowania sądowego. Dotyczy to nie tylko stron postępowania, ale również pełnomocników, biegłych itp.

Funkcja lekarza sądowego jest płatna i dobrowolna.

Wobec powyższego, wszystkich chętnych do pełnienia funkcji lekarza sądowego i spełniających wyżej wymienione warunki proszę o składanie deklaracji listownie lub osobiście w Biurze Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu.

Jednocześnie informujemy, że zgłoszenia mogą składać lekarze z całego obszaru działania Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

PRZEWODNICZĄCY KOMISJI
DS. REJESTRU LEKARZY
LEK. WOJCIECH BUXAKOWSKI

Nagroda Ministra Zdrowia

Ewa Kopacz przyznała dr. n. med. **Arturowi Tarasiewiczowi** Nagrodę Ministra Zdrowia Rzeczypospolitej Polskiej im. bł. Gerarda za wybitne osiągnięcia w ratownictwie medycznym.

– Jestem pełna uznania dla wykonywanej przez pana doktora trudnej i odpowiedzialnej pracy zawodowej. Serdecznie dziękuję za zaangażowanie w działania zmierzające do podwyższenia standardów ratownictwa medycznego w naszym kraju, a szczególnie na Ziemi Kaliskiej. (...) Życzę dalszych sukcesów w pracy, której nadrzędnym celem jest ratowanie życia ludzkiego – napisała minister zdrowia w liście gratulacyjnym.



PERYSKOP onet.pl

Janusz Skowronek

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

Pierwszy na świecie przeszczep „tymczasowej wątroby”

Brytyjscy lekarze uratowali ośmioletnią niemowlę cierpiące na ostrą niewydolność wątroby, wykorzystując po raz pierwszy na świecie przeszczep komórek tego narządu – poinformował King's College Hospital w Londynie, gdzie przeprowadzono zabieg. BBC informuje, że transplantację, polegającą na wstrzyknięciu w podbrzusze komórek wątroby, przeprowadzono przed 6 miesiącami. Iyaad Syed był wtedy umierający z powodu uszkodzenia wątroby wywołanego infekcją wirusową. Chłopiec wymagał dializ (oczyszczania nerek z toksyn – PAP) i sztucznego wspomaganie oddychania. Lekarze z Londynu zamiast czekać na dawcę całego organu, zdecydowali się na podanie chłopcu pobranych od dawcy komórek wątroby, odgrywających rolę tymczasowego przeszczepu tego narządu. Wstrzyknięto je w osłonie z substancji chemicznych pobranych z alg, by zapobiec ich odrzuceniu przez system immunologiczny. Przeszczepione komórki częściowo przejęły funkcje niewydolnej wątroby i przedłużyły życie Iyaada Syeda do czasu zregenerowania się tego narządu, co nastąpiło po dwóch tygodniach.

– *Dziś, po upływie pół roku, wątroba chłopca jest niemal w pełni sprawna* – powiedział na konferencji prasowej prof. Anil Dhawan z King's College Hospital. Jahangeer Syed, ojciec uratowanego chłopca, powiedział BBC, że to dla niego „cudowne wyzdrowienie”. Dodał, że stan zdrowia jego syna wyraźnie się poprawił już po 48 godzinach od zabiegu. Langford, szef British Liver Trust, powiedział BBC, że jest to przełomowe osiągnięcie w badaniach nad leczeniem ostrej niewydolności wątroby. Trzeba jednak poczekać na kolejne podobne próby, które ostatecznie potwierdzą, czy tę metodę będzie można wykorzystać

PERYSKOP

onet.pl

w ratowaniu życia także innych dzieci i dorosłych. Dodał, że w Wielkiej Brytanii co roku umiera 100 chorych, którzy nie mogą się doczekać na dawcę wątroby.

Duże powikłania po zabiegu

W ubiegłym roku w całym kraju odnotowano 663 powikłania po wszczępieniu endoprotez stawowych, w tym 85 zgonów; powikłania wystąpiły w 1,34 proc. wszystkich przeprowadzonych zabiegów tego rodzaju – wynika z danych Narodowego Funduszu Zdrowia. Jak informuje NFZ, 552 powikłania odnotowano po wszczępieniu endoprotezy stawu biodrowego (1,49 proc. przeprowadzonych zabiegów), 109 dotyczy endoprotezy stawu kolanowego (0,92 proc.), jedno endoprotezy stawu łokciowego (1,35 proc.), jedno endoprotezy stawu ramiennego (0,36 proc.). W 85 przypadkach w wyniku powikłań nastąpił zgon pacjenta. Wśród najczęstszych powikłań znalazły się też zwichnięcia protezy – 49, krwiaki – 49, złamania wokół protezy – 40. Inne, bliżej nieokreślone powikłania dotyczyły 121 pacjentów. Najwyższy odsetek wczesnych powikłań po wszczępieniu endoprotez stawowych (18,9 proc.) odnotowano w Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Płońsku. Na stosunkowo wysokim poziomie wskaźnik ten był również w Zespole Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim – 15 proc., Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Szpitala Miejskiego w Gliwicach – 13,8 proc., Zespole Opieki Zdrowotnej w Lubinie – 13 proc., Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Tomaszowie Mazowieckim – 12,8 proc. W zestawieniu znaleźli się świadczeniodawcy, u których co najmniej jeden wszczępienie endoprotezy stawowej wykonany w 2010 r.



Z medycznej wokandy

Odpowiedź na krytykę prasową (cz. 4)



JĘDRZEJ
SKRZYPCZAK

W poprzednim numerze opisywałem takie środki ochrony przed nieuzasadnioną krytyką prasową, jak sprostowanie i odpowiedź prasowa. Poniżej mowa będzie o kolejnej możliwości, a mianowicie prawnokarnej ochronie dóbr osobistych. W tym miejscu przypomnieć trzeba, że jednym z podstawowych obowiązków dziennikarzy jest ochrona dóbr osobistych osób będących przedmiotem dociekań żurnalistów. Zgodnie z art. 37 prawa prasowego, do odpowiedzialności za naruszenie prawa spowodowane opublikowaniem materiału prasowego stosuje się zasady ogólne, chyba że ustawa stanowi inaczej. Oznacza to, że w wypadku odpowiedzialności karnej stosuje się zasady określone w kodeksie karnym. Trzeba zatem przypomnieć, że zgodnie z art. 212 § 1 kodeksu karnego, kto pomawia inną osobę, grupę osób, instytucję, osobę prawną lub jednostkę organizacyjną niemającą osobowości prawnej o takie postępowania lub właściwości, które mogą poniżyć ją w opinii publicznej lub narazić na utratę zaufania potrzebnego dla danego stanowiska, zawodu lub rodzaju działalności, podlega karze grzywny, ograniczenia wolności lub pozbawienia wolności do roku. Natomiast § 2 tego przepisu przewiduje kwalifikowaną postać zniesławienia, polegającą na dopuszczeniu się tego czynu za pomocą środków masowego komunikowania. W wypadku działań dziennikarskich, to właśnie ten

ostatni przepis będzie podstawą prawną rozstrzygnięcia sprawy. Dobrem prawnym chronionym na podstawie tego przepisu jest cześć człowieka, czyli inaczej mówiąc – dobre imię tej osoby, domniemanie jej uczciwości, postępowania zgodnie z zasadami współżycia społecznego, posiadanie odpowiednich kompetencji czy też właściwości wymaganych do wykonywania określonego stanowiska, zawodu, pełnienia określonej funkcji. Należy w tym miejscu podkreślić, że ochrona czci i godności człowieka przysługuje każdemu, niezależnie od posiadanej opinii w środowisku czy też wykonywania działalności społecznie nieakceptowanej. Zgodnie z przywoływanym powyżej przepisem, czynność przestępcza polega na pomówieniu, a więc podnoszeniu lub rozgłaszaniu zarzutów. Wskazuje się, że podnoszenie zarzutu polega na stawianiu zarzutu we własnym imieniu. Bez znaczenia jest, czy takie twierdzenia wynikają z własnych, czy też cudzych obserwacji. Z kolei rozgłaszanie zarzutu przejawia się w relacjonowaniu twierdzeń prezentowanych przez inne osoby. Stawia się przy tym tezę, iż o pomówieniu może być mowa już wówczas, gdy zarzut powoduje utratę zaufania, a nie dopiero wtedy, gdy skutkuje wywołaniem złej opinii o zainteresowanym. Podnoszone zarzuty mogą dotyczyć nie tylko faktów, ale i pewnych właściwości pokrzywdzonego. Słusznie wskazuje się, że pomówienie nie musi być oparte na konkretnym fakcie, może ono przybrać postać uogólniającej oceny o drugiej osobie i to nie tylko związanej z przeszłością, lecz także odnoszącej się do przyszłego zachowania tej osoby. W doktrynie podnosi się, że przestępstwo opisane w art. 212 kodeksu karnego jest przestępstwem formalnym, tzn. bezskutkowym, a więc dochodzi do niego nawet wówczas, gdy zamierzony przez sprawcę cel, ponizienie pokrzywdzonego, utrata przez niego społecznego zaufania, nie został zrealizowany.

Strona podmiotowa przestępstwa stypizowanego w art. 212 § 1 i 2 kodeksu karnego może się objawić jedynie w postaci winy umyślnej i to w zamiarze bezpośrednim lub wynikowym. Chodzi więc tu o taką sytuację, gdy sprawca czynu zabronionego zdaje sobie sprawę, a przynajmniej godzi się na to, iż podnoszone oceny i zarzuty mogą poniżyć pokrzywdzonego w opinii publicznej czy też narazić na utratę zaufania niezbędnego do wykonywania określonego zawodu lub funkcji.

Niezmiernie istotne wydaje się tu przywołanie kontratyapu opisanego w art. 213 kodeksu karnego. Zgodnie bowiem z tym przepisem, sprawca nie dopuszcza się przestępstwa zniesławienia, jeżeli zarzut uczyniony niepublicznie jest prawdziwy, ewentualnie w wypadku publicznego podnoszenia lub rozgłaszania prawdziwego zarzutu, jeżeli jest to spowodowane koniecznością obrony społecznie uzasadnionego interesu. Przepis ten, stanowiący okoliczność wyłączającą bezprawność czynu, dotyczy problematyki konfliktu dwóch dóbr chronionych prawem. Mianowicie dochodzi w tym wypadku do zderzenia prawa ochrony czci oraz prawa do krytyki i wolności wyrażania poglądów. W tym miejscu należy wyjaśnić, że zarzut będzie uważany za prawdziwy, jeżeli odpowiada rzeczywistości. W doktrynie i w orzecnictwie zauważa się, że zarzut będzie prawdziwy, nawet jeżeli niektóre fakty, aczkolwiek takie, które nie mają znaczenia dla czci pokrzywdzonego, nie znajdują potwierdzenia w rzeczywistości. Zatem treść zarzutu powinna być możliwa do zweryfikowania. Przy czym ciężar wykazania prawdziwości zarzutu ciąży na oskarżonym. Z kolei „społecznie uzasadniony cel”, o którym mowa w art. 213 kodeksu karnego, to m.in. krytyka funkcjonowania organów władzy państwowej, samorządu terytorialnego, ale również jednostek, gdy ich działanie ma społeczny charakter, np. samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków lub jego przedstawicieli. Podkreśla się, iż zarzut służy społecznie uzasadnionemu interesowi, jeżeli w hipotetycznym porównaniu plusów i minusów takiego działania argumentów przemawiających za tym celem jest więcej. Ów społecznie uzasadniony interes powinien być jednak rozumiany konkretnie i wynikać z określonej sytuacji.

W literaturze toczy się spór, czy ustawowym znamieniem czynu zabronionego jest podmiotowe nastawienie podnoszącego zarzut, że działa w obronie społecznie uzasadnionego celu. Zdaniem niektórych autorów, na tę przesłankę nie może powoływać się ten, kto czyni zarzut powodowany chęcią zemsty, zdyskredytowania przeciwnika. Inni autorzy stwierdzają, iż motywacja nie jest tu najistotniejsza, ale jedynie przesłanką, że broni się społecznie uzasadnionego celu. Słusznie zauważa się w literaturze, że za działanie w obronie społecznie uzasadnionego celu nie może uchodzić działanie w obronie interesu partykularnego, określonej grupy, stronnictwa, partii politycznej czy też komitetu wyborczego. Co jednak niezmiernie ważne, krytyka tylko wówczas będzie się mieściła w ramach kontratyapu, jeżeli jest konieczna, gdy chodzi o meritum i formę.

Należy jednak pamiętać, że zgodnie z art. 214 kodeksu karnego, brak przestępstwa zniesławienia nie wyłącza odpowiedzialności za przestępstwo zniewagi ze względu na formę podniesienia lub rozgłoszenia zarzutu. Na podstawie art. 216 kodeksu karnego chroniona jest godność człowieka, czyli przysługująca każdemu wartość wynikająca z istoty człowieczeństwa. Przystępstwo zniewagi ma charakter powszechny, może zostać popełnione przez każdego. Podobnie jak w wypadku zniesławienia, przewidziano tu postać kwalifikowaną polegającą na dokonaniu zniewagi za pomocą środków masowego komunikowania. Przystępstwo zniewagi definiowane jest w doktrynie jako tego rodzaju zachowanie, które według powszechnie akceptowanych przez społeczeństwo norm stanowi wyraz pogardy dla innego człowieka. W odróżnieniu od zniesławienia, które ma charakter bezskutkowy, w literaturze toczy się spór co do charakteru przestępstwa znieważenia.

Zdaniem niektórych przedstawicieli nauki przestępstwo będzie dokonane nawet wówczas, gdy pokrzywdzony subiektywnie poczuje się poniżony. Dla innych autorów godność ma charakter obiektywny, a zatem subiektywne odczucia pokrzywdzonego nie są istotne dla bytu przestępstwa. Strona podmiotowa tego przestępstwa charakteryzuje się umyślnością, i to w zamiarze bezpośred-

PERYSKOP

onet.pl

zakończył się wystąpieniem wczesnego powikłania. Dane pochodzą z pozytywnie zweryfikowanych dokumentów Centralnej Bazy Endoprotezoplastyk (stan na 26 października 2011 r.). Wszczepienie endoprotezy to całkowita wymiana stawu. Wykonuje się ją zwykle u pacjentów z bardzo nasilonymi zmianami zwyrodnieniowymi w obrębie stawów. W 2010 r. w Polsce wykonano 49 297 zabiegów wszczepienia endoprotezy. Według raportu fundacji Watch Health Care (WHC), na operacje wszczepienia protez stawów – w zależności od rodzaju protezy – w Polsce czeka się od pół do dwóch i pół roku. Ze sprawozdania NFZ za 2010 r. wynika, że tzw. średnia rzeczywistego oczekiwania w przypadkach pilnych na świadczenie z zakresu endoprotezoplastyki stawu kolanowego to 217 dni, w przypadkach stabilnych – 433. W przypadku stawu biodrowego jest to odpowiednio 187 dni i 365 dni.

Prawie co drugi chory na POChP nie zdaje sobie sprawy ze swej choroby

U 4 mln Polaków rozwija się przewlekła obturacyjna choroba płuc, ale prawie połowa z nich nie zdaje sobie z tego sprawy, bo nie odczuwa jeszcze żadnych poważniejszych dolegliwości – alarmowali specjaliści na konferencji prasowej. Spotkanie zorganizowano z okazji światowego dnia tej choroby, obchodzonego w tym roku 16 listopada pod hasłem „Masz zadyszkę? Może cierpisz na POChP! Zapytaj swojego lekarza o prosty test oddechowy – spirometrię”.

Profesor Dorota Górecka, prezes Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc, przekonywała, że spirometria pozwala wykryć rozwój choroby, zanim jeszcze pojawią się pierwsze dolegliwości, czyli wtedy, gdy jedynie pogorszone są rezerwy wentylacyjne płuc. Przedstawiła dane, z których wynika, że już w 2007 r., gdy tą metodą badano objętość płuc, wykryto początki POChP u 22,1 proc. osób po 40. roku życia, czyli u 4 mln Polaków. Jedynie u 12,9 proc. z nich,

PERYSKOP onet.pl

czyli u 2,3 mln osób, dawały o sobie znać objawy choroby. 80 proc. chorych cierpi na łagodną postać POChP, gdy leczenie daje najlepsze efekty.

– *Wprawdzie tej choroby nie można wyleczyć, ale można zahamować jej postęp, ograniczyć powikłania i przedłużyć choremu życie* – powiedział prof. Kazimierz Roszkowski-Śliż, konsultant krajowy w dziedzinie chorób płuc. Niestety, pacjenci rzadko zgłaszają się do lekarza w początkowym stadium choroby – podkreślali specjaliści. U wielu chorych rozwija się zaawansowana postać POChP, objawiająca się ciężką niewydolnością oddechową.

– *Na tym etapie rozwoju choroby pojemność płuc jest już tak pomniejszona, że dochodzi do niedotlenienia organizmu podczas wykonywania nawet prostych, codziennych czynności, takich jak spacer, mycie się i prowadzenie rozmowy* – powiedział prof. Paweł Śliwiński, wiceprezes PTChP. Chorzy muszą być wtedy poddani terapii tlenowej przez co najmniej kilka minut, a często przez kilka godzin. – *Coraz częściej stosowane jest domowe leczenie tlenem. Są nawet przenośne urządzenia pozwalające chorym w miarę swobodnie się poruszać, wyjść na spacer lub po zakupy. Ale z tym w naszym kraju też nie jest najlepiej. Taką metodę może u nas stosować 5–7-krotnie mniej chorych niż w innych krajach Unii Europejskiej* – dodał prof. Śliwiński. POChP, powodujące zwężenie oskrzeli i trudności w przepływie powietrza, jest głównie chorobą palaczy. – *85–90 proc. chorych to obecni lub byli palacze. Ale zdarza się, że na POChP cierpią też ludzie, którzy byli jedynie narażeni na wdychanie szkodliwych gazów i pyłów.* Aż 52 proc. chorujących z tego powodu kobiet nigdy nie paliło papierosów. Światowa Organizacja Zdrowia prognozuje, że jeśli nic się

nim i ewentualnym. W doktrynie zaczyna dominować pogląd, wywodzony z dorobku Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z siedzibą w Strasburgu, iż działalność publiczna a zwłaszcza polityczna, łączy się z koniecznością tolerowania przez polityków i działaczy partyjnych zachowań, które wobec osób prywatnych nie mogłyby się obronić. Działalność publiczna bowiem w sposób nieunikniony musi się wiązać z poddaniem zachowania takiej osoby pod osąd publiczny. Dotyczy to zwłaszcza ocen zachowań politycznych.

Wyżej opisane przestępstwa są tzw. prywatnoskargowymi. Oznacza to, że pokrzywdzony sam musi sporządzić akt oskarżenia, skierować go i popierać w sądzie. Inaczej mówiąc, w tym zakresie nie wyrezygo go prokurator, który zasadniczo nie bierze udziału w tego rodzaju postępowaniu. Choć wydanie wyroku skazującego w takich sprawach będzie oczywiście przesądzało, iż sprawca takich czynów dopuścił się przestępstwa, a wymierzona kara może być jedną z katalogu: grzywna, kara ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

Ranking szpitali dziennika „Rzeczpospolita”

Pleszew ponownie najlepszy

Dziennik „Rzeczpospolita” opublikował wyniki dorocznego rankingu szpitali. Redakcja organizuje go wspólnie z Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Ankiety przysłały 234 szpitale. Zdaniem Michała Bedlickiego z CMJ, zrobili to najlepsi, gdyż nowym placówkom bardzo trudno znaleźć się w finałowym zestawieniu. W tegorocznej edycji tylko trzech debiutantów znalazło się w Złotej Setce. Jak wypadły wielkopolskie placówki?

Zabiegowe szpitale publiczne – wielospecjalistyczne i onkologiczne:

- 40. Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu,
- 41. Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim (ul. Limanowskiego),
- 59. Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II w Trzciance,
- 71. Szpital Powiatowy im. A. Sokołowskiego w Złotowie,
- 72. Szpital Wojewódzki w Poznaniu (ul. Juraszów),
- 73. Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica,
- 81. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. dr. Kazimierza Hołogi,

- 83. Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Zabiegowe szpitale publiczne – monospecjalistyczne bez onkologicznych:

- 11. Wielkopolskie Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii im. Eugenii i Janusza Zeylandów w Poznaniu (ul. Szamarzewskiego).

Zabiegowe szpitale niepubliczne:

- 1. Pleszewskie Centrum Medyczne Spółka z o.o. (ul. Poznańska)

Z ankiet – czytamy w dzienniku „Rzeczpospolita” – wynika, że drugi rok z kolei spada rentowność placówek służby zdrowia. W tym roku przychodami wyższymi niż wydatki mogło się pochwalić zaledwie 53 proc. placówek, które przysłały nam ankiety (dwa lata temu rentowne było 73 proc. szpitali; rok temu 62 proc.). Minus w bilansie nie musi oznaczać utraty płynności finansowej. O gorszym wyniku księgowym mówią też te placówki, które kupiły nowy sprzęt lub prowadzą inwestycje.



Stanowisko Okręgowej Komisji Rewizyjnej WIL

Okręgowa Izba Rewizyjna
Stanowisko Okręgowej
Komisji Rewizyjnej WIL
NR 2/11 z 19 listopada 2011 r.

Okręgowa Komisja Rewizyjna WIL zgłasza swój stanowczy sprzeciw wobec przyjętego sposobu skomentowania obrad XXXII Okręgowego Zjazdu Lekarzy WIL przez jego przewodniczącą, a zarazem sekretarza ORL WIL – kol. Iwonę Jakób.

Przesłany delegatom na zjazd ważny dokument księgowy będący podstawą głosowanego absolutorium dla Okręgowej Rady Lekarskiej WIL, zawierał ewidentny błąd rachunkowy wynoszący milion złotych. Wystąpienie członka

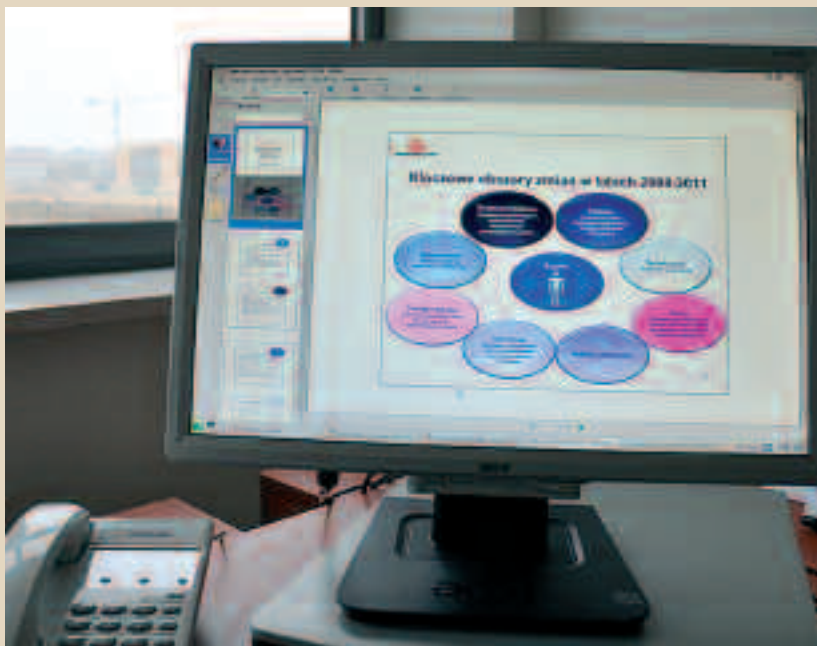
OKR miało na celu jedynie zwrócenie uwagi delegatom na ten fakt.

W opublikowanym w maju „Biuletynie WIL” w tekście „Omówienie obrad XXXII Zjazdu” kol. Jakób próbowała wprowadzić w błąd środowisko wielkopolskich lekarzy, kwestionując zasadność uwag zgłaszanych przez członka Okręgowej Komisji Rewizyjnej WIL – kol. Krzysztofa Szczęsnego.

Zawarta w tekście próba zdyskredytowania uwag członka OKR i podważenie merytorycznej wagi wystąpienia, nie służy dobru izby i transparentności polityki finansowej WIL.

SEKRETARZ
OKRĘGOWEJ KOMISJI REWIZYJNEJ
WIELKOPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ
LEK. KATARZYNA WIŚNIEWSKA

Wystarczy kilka minut



Na jedenastu stronach wyliczone są najważniejsze działania Ministerstwa Zdrowia w latach 2007–2011. Zostały one ujęte w dziewięciu kategoriach: pacjent, świadczeniobiorcy, płatnicy, świadczenia, kadry, polityka zdrowotna, polityka lekowa, ratownictwo, informacja. Dokument ma datę 9 listopada 2011 r., można się z nim zapoznać pod adresem www.mz.gov.pl. Lektura nie zajmie dużo czasu, gdyż ma on formę infograficzną. (ap)

Fot. Andrzej Piechocki

PERYSKOP onet.pl

nie zmieni, w 2030 r. POChP będzie trzecią przyczyną zgonów, po chorobach układu krążenia i nowotworach.

Cukrzyca zbiera śmiertelne żniwo na świecie

Na cukrzycę cierpi już 366 mln ludzi na świecie; rocznie z jej powodu umiera 4,6 mln osób i dokonuje się ponad 1 mln amputacji nóg – przypomina Międzynarodowa Federacja Diabetologiczna z okazji Światowego Dnia Walki z Cukrzycą, który przypada 14 listopada.

– *Cukrzyca to bardzo podstępna choroba* – alarmują lekarze. Tegoroczne hasło towarzyszące jego obchodom brzmi „Przeciwdziałaj Cukrzyce. Teraz” i jest swego rodzaju apelem do przywódców państw i całych społeczeństw, by dłużej nie ignorować tej choroby. Międzynarodowa Federacja Diabetologiczna (IDF) oraz Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) szacują, że jeśli nie zostaną podjęte systemowe działania w zakresie edukacji na temat cukrzycy i jej profilaktyki, liczba cierpiących na nią osób podwoi się do roku 2030. Nazwą „cukrzyca” określa się grupę zaburzeń metabolizmu glukozy, które mają różne przyczyny, ale zawsze prowadzą do niebezpiecznego wzrostu poziomu cukru we krwi. Jak przypominają eksperci z IDF, większości zachorowań na cukrzycę można zapobiec dzięki zdrowszemu stylowi życia – mniej kalorycznej diecie, regularnej aktywności fizycznej. Aż 85 proc. przypadków tej choroby stanowi bowiem cukrzyca typu 2, silnie związana z nadwagą i otyłością. Nadmiar tłuszczu w organizmie sprawia, że tkanki nieprawidłowo reagują na insulinę – hormon regulujący poziom glukozy we krwi. Przedstawiciele federacji zaznaczają też, że u osób, u których rozwinęła się cukrzyca, bardzo ważne jest jej szybkie wykrycie i skuteczne leczenie, które może zapobiec poważnym powikłaniom albo znacznie opóźnić ich wystąpienie. Zalicza się tu schorzenia układu sercowo-naczyniowego, w tym zawały serca i udary mózgu, niewydolność nerek, uszkodzenia

PERYSKOP

onet.pl

siatkówki oka (i związaną z tym utratę wzroku) oraz nerwów obwodowych, tzw. polineuropatię, która objawia się bólem, drętwieniem lub zaburzeniami czucia rąk i stóp, zwiększa też ryzyko wystąpienia tzw. zespołu stopy cukrzycowej będącego przyczyną ponad 1 mln amputacji nóg rocznie. Cukrzyca należy do dziesięciu głównych przyczyn niepełnosprawności ludzi na świecie. Badania wskazują, że choroba prowadzi też do pogorszenia funkcji płuc i wiąże się z podwyższonym ryzykiem niektórych nowotworów złośliwych.

Siedzący tryb życia sprzyja nowotworom

Spędzając większość dnia w pozycji siedzącej, przyczyniamy się do wzrostu ryzyka rozwoju nowotworu w naszym organizmie – ostrzegają kanadyjscy naukowcy, których badania ukazały się w piśmie „Cancer Prevention Research”. Szacuje się, że w pozycji siedzącej spędzamy średnio 15,5 godziny dziennie – w pracy, szkole, podczas posiłków, podróży czy oglądania telewizji. Wydłużenie tego czasu może sprzyjać stanom zapalnym, a tym samym przyczyniać się do podwyższenia ryzyka rozwoju raka. Choć o tym, że aktywność fizyczna przekłada się na zmniejszenie m.in. ryzyka wystąpienia raka piersi (o około 25 proc.) i jelita grubego (o około 35 proc.), wiadomo już z wcześniejszych badań, obecnie naukowcy potwierdzili, że znaczenie ma także ilość czasu, który spędzamy, siedząc. Jak wskazują badania, aktywność fizyczna prowadzi do redukcji markerów stanu zapalnego, takich jak białko C-reaktywne (CRP), które bierze udział w mechanizmach odpowiedzi nieswoistej (stanowi ona pierwszą linię obrony przed patogenami). Pod-



Wieczór św.

Zgodnie z ośmioletnią tradycją – w czasowym sąsiedztwie Dnia św. Łukasza, patrona pracujących wśród chorych – Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego oraz Stowarzyszenie Bono Serviamus zorganizowały spotkanie mające na celu integrowanie poznańskiego środowiska medycznego.

Spotkanie to odbyło się w porozumieniu z X Forum Szpitali Klinicznych, podczas którego – 27 października – kontynuowano poszukiwanie sposobów najlepszego modelu funkcjonowania szpitali, których organem założycielskim są uczelnie medyczne.

W środę – 26 października – sala Centrum Kongresowo-Dydaktycznego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu została szczerze wypełniona gośćmi. Obecni byli

rektor poznańskiej uczelni, prof. dr. hab. Jacek Wysocki oraz prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, dr med. Krzysztof Kordel. Świętując dzień naszego patrona, wiadomościami o medycynie różnych kultur podzielił się Wojciech Cejrowski, wywołując pogłębioną refleksję, często śmiech, a u niektórych także irytację.

Tradycyjny „adres” do środowiska medycznego związany z Dniem św. Łukasza wypowiedział o. Karol Meissner, benedyktyn z Lubinia, a jednocześnie tak znany i ceniony w naszym środowisku lekarz, syn przedwojennego dyrektora Szpitala Przemienienia Pańskiego. Wystąpił także kwartet Rampa. Spotkanie zakończono tradycyjnym napojem, przygotowanym przez farmaceutów klinicznych – świętołuskazówką. Współorganizatorami wieczoru byli: Wielkopolska Izba Lekarska oraz Katolickie Stowarzyszenie Lekarzy Polskich.

Podczas corocznych spotkań wręczane są wyróżnienia Bono Servienti. Ideą przy-



Goście wieczoru w Centrum Kongresowo-Dydaktycznym Uniwersytetu Medycznego: o. dr Karol Meissner oraz Wojciech Cejrowski

Łukasza



U honorowaną naczelną pielęgniarkę Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego, mgr Dorotę Liczbańską, w otoczeniu dyrektorów: Jana Talagi oraz Szczepana Coftę

świecącą pomysłodawcom tego wyróżnienia jest wskazywanie osób, które promują wartości istotne dla kultywowania najszczytniejszych medycznych tradycji. Spośród zgłoszonych kandydatów Kapituła Wyróżnienia (w składzie prof. Roman Szulc – przewodniczący; prof. Stanisław Zapalski; dyr. Jan Talaga; mgr Dorota Liczbańska – naczelną pielęgniarkę, oraz niżej podpisany) wybrała pięć osób. W gronie wyróżnionych znalazło się dwóch lekarzy. Pierwszym jest dr med. Stanisław Dzieciuchowicz – wyróżnienie przyznano jako uhonorowanie jego szczególnej postawy lekarskiej, niekwestionowanego w kompetencjach internisty i lekarza integrującego środowisko lekarskie. Drugim wyróżnionym został dr hab. Sławomir Michałak – w uznaniu szczególnej postawy jako lekarza i konsultanta neurologicznego. Docent Michałak – obok szczególnych kompeten-

cji neurologicznych – wydaje się najlepszym wzorem lekarza praktyka, pełnego oddania, gotowego nieść często bezinteresowną pomoc pacjentom, nie zważając na własne zmęczenie i przeciążenie wynikające z naporu pacjentów, którzy pragną oddać się pod jego opiekę.

Podczas wieczoru obejrzelśmy także krótki film z uroczystości otwarcia akademickiego centrum onkologicznego przy ulicy Szamarzewskiego, które odbyło się w październiku tego roku, a także materiał poświęcony długoletniej zasłużonej naczelną pielęgniarkę Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego, mgr Dorocie Liczbańskiej. Film ten stał się okazją do uhonorowania Jej osoby, a także ukazania właściwej i pożądanej relacji między środowiskiem pielęgniarskim i lekarskim, pielęgnującej najlepsze wymiary służby medycznej.

SZCZEPAN COFTA



Doktor Stanisław Dzieciuchowicz przemawia w imieniu wyróżnionych

PERYSKOP **onet.pl**

wyższe stężenie CRP ma związek ze zwiększonym ryzykiem zawału mięśnia sercowego, a także, o czym świadczy coraz więcej dowodów, z rozwojem nowotworów. Christine Friedenreich z Alberta Health Services-Cancer Care w Calgary podkreśla, że osoby, których praca wymaga spędzania długich godzin przed komputerem, powinny zadbać o regularne przerwy (najlepiej co godzinę), by wykonać krótki spacer po korytarzu. Badacze radzą ponadto, by zamiast komunikacji ze współpracownikami za pośrednictwem poczty elektronicznej odwiedzić ich osobiście.

Lekarze mogą przenosić zarazki, nawet gdy zakładają rękawiczki

Nawet lekarze, którzy używają gumowych rękawiczek jednorazowego użytku, mogą przenosić zarazki z jednych chorych na drugich – ostrzega w grudniowym wydaniu pismo „Infection Control and Hospital Epidemiology”. Z największych badań na ten temat przeprowadzonych przez specjalistów Royal Free Campus of University College London Medical School wynika, że lekarze zakładający rękawiczki rzadziej myją ręce zarówno przed, jak i po badaniu chorego. Ale jeszcze bardziej niepokojące jest to, że ich ręce mogą być zainfekowane nawet wtedy, gdy ich używają. Drobnoustroje są bowiem w stanie przeniknąć nawet przez pory w lateksowych rękawiczkach ochronnych, szczególnie podczas ich zdejmowania.

– *Pacjenci mogą sądzić, że są bezpieczni, gdy badające je osoby z personelu medycznego używają rękawiczek, tymczasem ich ręce mogą być zakażone* – ostrzega dr Sheldon Stone, główny autor badań. Wskazuje na to obserwacje, jakie uczony przeprowadził wśród 7 tys. lekarzy w 15 szpitalach Anglii i Walii. Wykazały one, że średnio 47,7 proc. lekarzy i pielęgniarek myło ręce bez względu na to, czy używali lateksowych rękawiczek (w USA robiło tak 40 proc. personelu szpitali). Gdy jednak obserwowano tylko te osoby, które zakładały rękawiczki, okazało się, że o higienę rąk dbało jedynie

PERYSKOP **onet.pl**

41 proc. z nich. Doktor Stone twierdzi, że lekarze i pielęgniarki najczęściej używają rękawiczek, gdy stykają się z płynami ustrojowymi chorych oraz osobami najbardziej chorymi, np. zainfekowanymi bakteriami opornymi na antybiotyki.

– *A zatem nie myją oni rąk w tych sytuacjach, gdy najbardziej zagrażają swym pacjentom* – dodaje specjalista. Najczęściej zdarza się to na oddziałach intensywnej terapii, na których przebywają osoby starsze, najbardziej narażone na zakażenia. Dlaczego tak się dzieje? Doktor Stone podejrzewa, że lekarze i pielęgniarki mogą błędnie sądzić, że nie muszą często myć rąk, gdy używają rękawiczek, bo nie przepuszczają one drobnoustrojów. Podważają to przeprowadzone przez niego badania. Uczony twierdzi, że wykonał je głównie po to, by przekonać pracowników służby zdrowia, że to nieprawda.

Szpiczek kostny może pomóc w leczeniu impotencji

Portugalscy naukowcy wdrażają niekonwencjonalną metodę walki z impotencją. Twierdzą, że leczenie dysfunkcji erekcyjnej jest możliwe dzięki wszczepianiu komórek szpiku kostnego do obumarłych naczyń krwionośnych penisa. Jak poinformowała agencja Lusa, doświadczenia prowadzone przez uczonych z Wydziału Medycyny na Uniwersytecie w Porto są badaniami pionierskimi. – *Realizowane są one we współpracy z Instytutem Biologii Molekularnej z Porto oraz wspierane finansowo przez Europejskie Stowarzyszenie Medycyny Seksualnej kwotą w wysokości 30 tys. euro* – ujawniła Lusa. Kuracja rozwijana przez Portugalczków polega na wszczepianiu komórek szpiku kostnego do naczyń krwionośnych osób cierpiących na impotencję lub

**Lekarze – patroni wielkopolskich ulic****S. Matuszewski**

**Doktor
Seweryn Matuszewski
(1879–1939)**

Długoletnia i ofiarna praca jako lekarza, na równi z patriotyczno-niepodległościową postawą, społeczną i obywatelską działalnością umieścili dr. S. Matuszewskiego w plejadzie obywateli wybitnie zasłużonych w dziejach miasta Śremu. Jego życie zakończyło się tragicznie, został rozstrzelany przez hitlerowców w publicznej egzekucji na śremskim rynku w 1939 r.

Rodowód rodzinny Seweryna Matuszewskiego był związany z wielkopolskim Śmigłem, gdzie przyszedł na świat 11 września 1879 r. Ojciec Michał był kupcem, matka Anna pochodziła ze znanego w tamtych okolicach rodu Cichowiczów. Przez lata nauki w Gimnazjum św. Marii Magdaleny w Poznaniu był stypendystą Towarzystwa Pomocy Naukowej im. Karola Marcinkowskiego. Po maturze studiował medycynę w Monachium i Lipsku. Egzamin lekarza medycyny złożył w 1899 r. na uniwersytecie w Berlinie. Po odbyciu krótkotermiowej służby wojskowej w armii pruskiej, został asystentem w klinice uniwersyteckiej w Monachium, gdzie uzyskał w lutym 1904 r. promocję na doktora medycyny ze specjalizacją chorób wewnętrznych i nerwowych.

Rok wcześniej zamieszkał w Śremie i rozpoczął praktykę lekarską. Jednocześnie włączył się aktywnie w życie narodowe i społeczne. W 1907 r. został członkiem zwyczajnym i skarbnikiem Wydziału Lekarskiego PTPN (1925–1926). Był wiceprezesem Towarzystwa Rzemieślniczo-Przemysłowego, od 1911 r., nieprzerwanie do wybuchu II wojny, zasiadał w Radzie Miejskiej Śremu i przez trzy kadencje jej przewodniczył. Stał na czele Okręgowego Gniazda



TG „Sokół” na powiaty: śremski, kościański i śmigieński. Należał do Kurkowego Bractwa Strzeleckiego. Z ramienia Koła Polskiego kandydował bez powodzenia do parlamentu pruskiego (1912 r.). W 1914 r. kierował Bankiem Ludowym, założonym w Śremie czterdzieści lat wcześniej przez ks. Piotra Wawrzyniaka.

Z wybuchem I wojny został zmobilizowany w stopniu porucznika do służby sanitarnej. Pełnił funkcję ordynatora w szpitalu wojskowym w Rogoźnie. Do listopada 1916 r. był lekarzem sztabowym baonu zapasowego niemieckiego 47 pp.

Po zawiązaniu się w Śremie, w listopadzie 1918 r. Tajnego Komitetu Obywatelskiego dr Matuszewski wszedł do ścisłego kierownictwa i został z jego ramienia delegowany do Rady Żołnierskiej Garnizonu Śremskiego. Z tej racji miał wpływ na przeprowadzenie wyborów do Rady Robotniczej i powołanie Rady Robotniczo-Żołnierskiej na miasto i powiat śremski. W rezultacie wyborów zdecydowaną przewagą w radzie uzyskali Polacy. Sam Matuszewski zaś stanął na czele RRŻ, dbając osobiście o zapewnienie aprowizacji i bezpieczeństwo ludności, i wprowadził polski nadzór nad niemiecką administracją w terenie. Na wieść o wybuchu zbrojnego

powstania w Poznaniu, w towarzystwie Daniela Kęszyckiego, udał się do Komisariatu Naczelnej Rady Ludowej po rozkaz mobilizacji dla oczekujących w Śremie pod bronią ochotników.

Doktor Matuszewski odegrał decydującą rolę w pertraktacjach (toczyły się w jego mieszkaniu przy ul. Wawrzyniaka 14) z ppłk. Kramerem, dowódcą garnizonu niemieckiego, zmuszając Niemców do bezwarunkowej kapitulacji i poddania koszar bez walki (30 grudnia 1918 r.). W ten sposób miasto, bez przelewu krwi i zniszczeń odzyskało wolność. Ze względu na stan zdrowia nie mógł czynnie brać udziału w walkach powstańczego baonu śremskiego, kierował natomiast Powiatową Komendą Uzupełnień i poborem do wojska na powiaty śremski i jarociński. Do 1921 r. pełnił funkcje lekarza w baonie zapasowym 11 Pułku Strzelców Wielkopolskich w Śremie, po czym został bezterminowo urlopowany w stopniu kapitana ze służby w Wojsku Polskim. W 1924 r. został awansowany na majora rezerwy WP.

W niepodległej Polsce był czołową postacią w życiu politycznym i społecznym Śremu. Zasiadł w Radzie Powiatowej i Sejmiku Wojewódzkim, radach nadzorczych Spółdzielni Budowlanej „Zagroda” i Powiatowej Komunalnej Kasy Oszczędności. Prezesował w Związku Oficerów Rezerwy RP na powiat śremski. Reprezentował organizację Strzelca w Powiatowym Komitecie PW i WF. Działał w miejskim kole antysanacyjnej NPR – Prawica i Towarzystwie Robotników Chrześcijańskich.

Z charakteru i usposobienia dr Matuszewski był człowiekiem energicznym i bezpośrednim w obyciu, bezkompromisowym w zwalczaniu niesprawiedliwości społecznej, zawsze otwartym i życzliwym wobec ludzi. Był świetnym

mówcą i organizatorem. Jako lekarz Kasy Chorych i w Państwowym Domu dla Ubogich, cieszył się wśród pacjentów wielkim poważaniem i sympatią. Niejednokrotnie wspierał pomocą bezrobotnych, lecząc bezpłatnie ich rodziny w swoim prywatnym gabinecie i finansował dla nich z własnej kieszeni niezbędne w chorobie lekarstwa.

Po zajęciu Śremu przez wojska hitlerowskie we wrześniu 1939 r., dr Matuszewski znalazł się na liście „przywódców polskiej inteligencji”, którzy szkodzili Niemczyźnie, przeznaczonych do fizycznej eksterminacji. Aresztowany został w grupie zakładników 18 października i zginął rozstrzelany razem z 18 współobywatelami na Rynku w Śremie – 20 października 1939 r. Miał 60 lat. Pochowany został we wspólnej mogile ofiar terroru hitlerowskiego na cmentarzu przy kościele farnym.

Był żonaty z Zofią Jezierską (1889–1983), z którą miał trzech synów: Heliodora, Zbigniewa i Olgierda.

W uznaniu osobistych zasług dr S. Matuszewski został odznaczony: Medalem Niepodległości (1928), Krzyżem Niepodległości (1930), Złotym Krzyżem Zasługi (1939), pośmiertnie Odznaką Honorową za Zasługi dla Ziemi Śremskiej (1988).

Od 27 grudnia 1978 r. dawna ulica Wyzwolenia w Śremie nosi imię dr. Seweryna Matuszewskiego. Na budynku pod nr 1 umieszczona została tablica pamiątkowa ku jego czci.

ADAM PODSIADŁY

W opracowaniu sylwetki dr. Seweryna Matuszewskiego wykorzystałem wcześniejsze moje publikacje w: Słowniku Biograficznym Powstańców Wielkopolskich 1918–1919 (2002), Słowniku Biograficznym Śremu (2008) oraz materiały z własnych zbiorów.

PERYSKOP onet.pl

mających jej pierwsze objawy. Według naukowców, schorzenie to można będzie leczyć w niedługiej przyszłości nowatorską metodą także w „bardzo poważnych przypadkach”. Zespół portugalskich badaczy testuje w pierwszej kolejności nową metodę leczenia impotencji na pacjentach cierpiących na cukrzycę.

– *Choroba ta w znacznym stopniu przyczynia się do dysfunkcji erekcyjnej u mężczyzn. Naczynia krwionośne ich penisa obumierają szybciej niż u osób zdrowych. Tymczasem niektóre komórki szpiku kostnego mogą pomóc w ich regeneracji* – powiedziała dr Carla Costa z zespołu badawczego. Uчени z Uniwersytetu w Porto zamierzają w trakcie badań sprawdzić też, jak odbudowujące się na bazie szpiku kostnego naczynia krwionośne penisa reagują na poszczególne środki farmakologiczne podnoszące potencję. Impotencja jest coraz powszechniejsza u mężczyzn powyżej 50. roku życia. W przypadku diabetyków pojawia się ona wcześniej. Szacuje się, że zaburzenia erekcji ma około 50 proc. pacjentów chorych na cukrzycę.

Guz mózgu, który świeci

Świejące nowotwory powinny być łatwiejsze do usuwania przez chirurgów – informuje serwis „BBC News”. Podczas badań prowadzonych w Wielkiej Brytanii przez zespół doktora Colina Watta z University of Cambridge 60 pacjentom z glejakami podawany będzie kwas 5-aminolewulinowy (5-ALA), pod którego wpływem w guzie gromadzą się świecące ma różowo substancje. Teoretycznie chirurg mógłby dzięki tej poświacie dokładnie określić granice guza, co dałoby pewność, że został usunięty całkowicie. O ile na przykład przy wycinaniu nowotworów jelita można usuwać zmiany z dużym marginesem, w przypadku nowotworów mózgu konieczna jest precyzja – trzeba zachować tyle zdrowej tkanki, ile się da.

Po usunięciu guza w pozostałej niszy umieszczany będzie nasączony lekiem przeciwnowotworowym opatrunek, który powoli będzie uwalniał środek zapobiegający wznowieniu choroby.



Lekarz z brygady „Łupaszki”

*Oszukani, porzuceni, NIEUGIĘCI!
Opluwani, poniżeni i WYKLEĆCI!
Pozbawieni swoich domów,
swojej ZIEMI!
Poszli WALCZYĆ, żeby ZGINAĆ,
albo ZMIENIĆ!*

Powoli poznajemy historię „żołnierzy wyklętych” walczących w szeregach Armii Krajowej, którzy nawet po 1945 r. nie złożyli broni, do końca walcząc o wolność. Jednym z zapomnianych dowódców walczących na kresach II Rzeczypospolitej jest mjr Zygmunt Szendzielarz – „Łupaszka”. Przez wiele lat w podręcznikach historii jego ujęcie, a następnie stracenie w ubeckiej katowni przy Rakowieckiej (w majestacie „ludowej sprawiedliwości”) przedstawiane było jako sukces władzy.

O drodze życia i walki legendarnego dowódcy V Wileńskiej Brygady AK mówi niewiele książek. Jak głosi poświęcona mu tablica epitafijna (miejsce pochówku wciąż pozostaje nieznane) w jednym z gdańskich kościołów „(...) był partyzantem, który radził sobie doskonale z wrogami silniejszymi od siebie, który nie przegrał żadnej większej potyczki. Walczył mężnie od września 1939 r. do listopada 1946 r. Walczył niemal bez przerwy, walczą z Niemcami i Rosjanami”. Liczne wygrane bitwy i potyczki pod Rudominem, Turgielami, Nowymi Trokami czy udział w operacji „Ostra Brama” w Wilnie wciąż czekają na odkrycie przez historyków.

Zwycięstwa „Łupaszki” miały swe źródło nie tylko w charyzmatycznej postaci wodza, ale również, a może przede wszystkim, w silnych więzach przyjaźni łączących członków brygady, które przetrwały jeszcze wiele lat po wojnie.



Od pierwszych dni w partyzance towarzyszył „Łupaszce” dr Konstanty Pukianiec, ps. „Strumyk”, lekarz chirurg. Pochodził z średniozamożnej rodziny ziemiańskiej, ojciec Antoni zarządzał swym niewielkim majątkiem Jutańce, położonym ok. 30 km od Wilna. Matka Emilia, w połowie Litwinka, wpajała synowi zasady tolerancji i szacunku dla obu kultur, czego dowodem jest fakt, że brat Konstantego, ks. prof. Leonard Pukianiec, historyk Uniwersytetu im. Stefana Batorego i rektor Seminarium Duchownego w Wilnie, brał udział w komisji opracowującej słownik polsko-litewski.

Rodzinnie powodziło się nieźle pod względem finansowym, na tyle że Leonard kontynuował studia w Rzymie i Paryżu, natomiast młodszy syn, urodzony w 1914 r. Konstanty, studiował medycynę, początkowo w Wilnie, a następnie po zamknięciu uniwersytetu w 1939 r., na Uniwersytecie im. Witolda Wielkiego w Kownie. Podczas studiów na młodego medyka zwrócił uwagę dziekan wydziału lekarskiego, jeden z prekursorów ówczesnej „nowoczesnej” chirurgii, prezes Polskiego Towarzystwa Chirurgicznego prof. Kornel Michejda, zachęcając do wyboru swej specjalizacji.

Pracę lekarską Konstanty rozpoczął w 1941 r. w szpitalu Czerwonego Krzyża w Wilnie pod kierownictwem swego nauczyciela akademickiego.

Po osadzeniu brata w więzieniu na Łukiszkach (ciężkie więzienie karne) w Wilnie i wymordowaniu rodziny przez Niemców i litewskich „szaulisów”, a także wyjeździe z miasta prof. Michejdy, młody lekarz 31 sierpnia 1943 r. wraz z 16-osobową grupą kolegów pod dowództwem mjr „Łupaszki” wyruszył do lasu. Początki życia partyzanckiego okazały się niełatwe dla młodych mężczyzn, trudność sprawiały rzeczy prozaiczne, jeszcze po wojnie Marian Korejwo wspominał, że „Strumyk”, gdy przypadł jego dyżur w kuchni polowej, gotował tak okropnie, że przy następnej okazji powierzano mu najwyżej funkcję pomocnika kuchcika.

Słaby kucharz był jednak niezastąpionym lekarzem. Już w pierwszych dniach, po potyczkach z Niemcami i sowieckimi bandami, wykonał kilka operacji i dwie skomplikowane w warunkach polowych amputacje u postrzelonych kolegów. Wędrując z oddziałem, pomagał lokalnej ludności, mieszkającej w miasteczkach i zaściankach, pozabawionej opieki medycznej. Chorób wtedy nie brakowało, od tych związanych ze szczególnymi warunkami higienicznymi po choroby wieku dziecięcego. Zdarzały się również drobne zabiegi chirurgiczne, odbieranie porodów etc. Wkrótce sam „Łupaszka” mógł zdać sobie sprawę, że pomoc, prowadzona w prowizorycznych przychodniach, organizowanych na trasie przemarszu, może doprowadzić do dekonspiracji brygady. Pomocy lekarskiej jednak w polowych warunkach nie sposób było przecenić.

Doktor Pukianiec brał również udział w organizowaniu zaopatrzenia. W wywiadzie opublikowanym w 1990 r. przez red. Dariusza Fikusa wspominał jedno z takich wydarzeń w 1944 r.:

„(...) Załadowaliśmy na wóz trochę mąki, obroku i ruszyliśmy w drogę. Niedaleko zajechaliśmy, bo już pod wieczór zatrzymał nas patrol sowiecki. Wylegitymowali, byli grzeczni, radzili po dobremu by nie jechać po nocy, ale udać się do wsi, do sołtysa, obiecując,



że o naszej wizycie go uprzedzą. Postąpiliśmy zgodnie z życzeniem. Sołtys nas przenocował, a rano znów przyszedł patrol i zaczął po raz kolejny nas przesłuchiwać. Pytali skąd, dokąd, po co, etc. Tłumaczę im zatem, że jestem lekarzem, że ukrywam się przed Niemcami, że jadę w stronę Wilna. Nie chcieli mi wierzyć. Zawieźli nas do sztabu, tam znów przesłuchiwali i puścili. Gdy przekonani, że cudem wyszliśmy z opresji, wróciliśmy na drogę do miasta, znów zatrzymał nas ten sam patrol. Znów przesłuchanie, kazali zsiąść z wozu, zaprowadzili do stodoły, a nas do dowódcy. Ten pyta: I co, pozwolili jechać? Pozwolili – powiedziałem. Odprowadzono nas do stodoły, a tam nie było już naszego konia, worki z zapasami rozsypane, a na wozie leżą karabiny, na podłodze amunicja. Byłem pewien, że to nie nasze. Zaczęli krzyzczeć, by oddać im schowaną broń. Jaką broń? – spytałem. – Przecież trzykrotnie nas rewidowaliście i zabraliście wóz, a gdzie nasz koń? Koń na łące – odpowiedział jeden z sowietów i zaczął nas prowadzić w stronę lasu. Nagle zatrzymał się, zdałem sobie sprawę, że popadliśmy w ciężką kabałę. Nagle spostrzegłem, że za nami idą dwaj oficerowie i sołtys. Zawiedli nas na polankę, kazali stanąć, cofnęli się kilka kroków i chwycili za broń. Wiedzieliśmy, co to oznacza. Prysnałem w prawo, mój kolega w lewo. Rozległy się strzały. Trafili mnie, poczułem krew, myślałem: „oby nie w brzuch”. Ten za mną krzyczał: – Stój!!! – i strzelał, biegł za mną dwa, trzy kilometry. Potem już go nie widziałem. Przepłynąłem jakiś strumień i do rana przesiedziałem w zaroślach. Dopiero rano zająłem się raną, spostrzegłem, że dostałem w nadgarstek.

W Wilnie dr „Strumyk” został złapany i osadzony w więzieniu NKWD. Szybko jednak okazało się, że lekarz potrzebny jest również Rosjanom. Rozpoczął pracę w Komisji Poborowej Wojenkomatu (przymusowy werbunek Polaków do Armii Czerwonej), gdzie udało mu się odroczyć służbę kilku kolegów z partyzantki. Wkrótce otrzymał również nakaz pracy w Przychodni Obwodowej Patriotów Polskich i szpitalu w Wilnie. Wyznaczono go też jako lekarza przy transporcie repatriantów do Polski. Wkrótce sam udał się wraz z transportem do Torunia. Nie miał tu

jednak żadnych znajomości, rodziny ani kontaktów. Na dworcu poznał jedną z sanitariuszek, która dopiero co wróciła z obozu koncentracyjnego, Aleksandrę Kropicką. Spotkanie w Toruniu spłotło ich losy na całe życie. Ona pozbawiona rodziny, po traumatycznych przeżyciach obozowych, on także samotny, mogliby się stać symbolem powojennych losów pokolenia Kolumbów.

Konstanty rozpoczął pracę w jednym z toruńskich szpitali, tu odnaleźli go jednak koledzy z brygady „Łupaszkii”, którzy próbowali przedostać się do Gdańska. Zorganizowali napad na radziecki furgon, przewożący złoto z Banku III Rzeszy. Po akcji odpoczywali w mieszkaniu „Strumyka”. Pukianiec nie brał czynnego udziału w napadzie, nawet o nim nie wiedział, partyzanci wpadli na pomysł, widząc wyjeżdżający samochód spod dawnego budynku niemieckiego banku. Słono jednak zapłacił za przechowanie wileńskich żołnierzy. Musiał wraz z żoną uciekać z Torunia, a dodatkowe wydarzenia polityczne, aresztowania AK-owców przez nowe władze sprawiły, że przez 2 lata pracował jako intendent w szpitalu w niewielkim miasteczku pod przybranym nazwiskiem.

W 1947 r. został zmuszony do „wyspowiadania się” z partyzanckiej przeszłości przed UB w Warszawie. Otrzymał dozór policyjny na 5 lat. Mógł jednak wrócić do Torunia i zająć się praktyką lekarską. Pracował pod kierownictwem prof. Jana Szymańskiego, jednego ze swych wileńskich nauczycieli. Po kilku katach przeniósł się do Przasnysza, gdzie został ordynatorem szpitala powiatowego. Czekало tam na niego wiele zadań. Zorganizował poradnię chirurgiczną, a także Powiatową Stację Pogotowia Ratunkowego. Był powojennym twórcą oddziału PCK w Przasnyszu i kierownikiem przychodni dla członków ZBoWiD. W skromnych przasnyskich warunkach przeprowadził wiele trudnych i skomplikowanych operacji. Po wielu latach pracy przeszedł na emeryturę w 1977 r. Pracę uniemożliwiła zaćma i jaskra. W ostatnich latach życia, wraz z żoną przeprowadził się do Warszawy. Konstanty Pukianiec zmarł w 1995 r. i został pochowany na warszawskich Powązkach – jeden z ostatnich Żołnierzy Niezłomnych. Dziś jego imię nosi ulica w Przasnyszu.

MIKOŁAJ PUKIANIEC

**Katedra i Zakład Mikrobiologii
Lekarskiej UM w Poznaniu
Komisja Medycyny
Laboratoryjno-Klinicznej
Wydziału IV Lekarskiego PTPN
Oddział Poznański PTEiLChZ**

zapraszają na:

Ogólnopolską Konferencję Naukową
pod Honorowym Patronatem J.M. Rektora UM
prof. Jacka Wysockiego

pt.:

**„Wybrane aspekty
etiopatogenezy
i immunoterapii
zakażeń”**

w dniu 19 grudnia 2011 roku
w Poznańskim
Towarzystwie Przyjaciół Nauk,
ul. Mielżyńskiego 27/29, Poznań

Główne tematy Konferencji:

- **Bacterial infection of vascular endothelium**
– prof. Tadeusz Malinski
- **Wybrane zagadnienia z zakresu kliniki i diagnostyki inwazji pasożytniczych układu nerwowego**
– prof. Wanda Kocięcka
- **Leki immunostymulacyjne pochodzenia bakteryjnego**
– prof. Andrzej Denys
- **Zasadność leczenia autoszczepionką *S. aureus***
– prof. Andrzej Szkaradkiewicz
- **Dimer lizozymu (Lydium-KLP) w immunoterapii u zwierząt**
– prof. Czesław Janicki
- **„Dymy” chirurgiczne: zagrożenie infekcyjne i toksyczne?**
– prof. Zygmunt Muszyński

Udział w konferencji:

- jest bezpłatny
- zapewnia certyfikat uczestnictwa
- zapewnia przyznanie 4 punktów edukacyjnych

Informacje i zapisy:

Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej UM
ul. Wieniawskiego 3, 61-712 Poznań
tel./faks: 61-8546-140, e-mail: mikromed@ump.edu.pl

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.

Sześć lub siedem spółek

Szpitala podległe samorządowi województwa czeka restrukturyzacja. Prawdopodobne jest połączenie ich w kilka skomercjalizowanych spółek. Samorząd regionalny nadzoruje w Wielkopolsce 25 placówek leczniczych. Znając realia związane choćby z Narodowym Funduszem Zdrowia, założono, że marszałkowskie lecznice na koniec roku wygenerują ponad 30 mln zł strat. Tymczasem taki ujemny wynik pojawił się już pod koniec sierpnia. Jak zatrzymać rosnące zadłużenie, zwłaszcza dużych wojewódzkich szpitali, i usprawnić funkcjonowanie opieki zdrowotnej, którą nadzoruje regionalny samorząd?

Wstępne kierunki działań władz województwa radni poznali podczas październikowego posiedzenia komisji i sesji sejmiku. Czas na ostateczne decyzje przyjdzie, gdy znane będą wyniki audytu zleconego w szpitalach i – co podkreślał wicemarszałek Leszek Wojtasiak – gdy proponowane działania restrukturyzacyjne zostaną skonsultowane z zainteresowanymi pracownikami lecznic.

Jak może wyglądać przyszły plan naprawczy? Dwadzieścia pięć marszałkowskich placówek opieki zdrowotnej miałyby zostać skomercjalizowanych i połączonych w sześć lub siedem spółek prawa handlowego. – *Komercjalizacji nie należy w żadnym razie mylić z prywatyzacją* – zaznacza wicemarszałek Wojtasiak.

„MONITOR WIELKOPOLSKI” MAGAZYN SAMORZĄDOWY

Dobrze albo wcale

Nie wiadomo, czy Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) przyzna szpitalowi w Puszczykowie, przy którym działa też Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR), pieniądze na świadczenie usług medycznych. Inne placówki też się zastanawiają, czy otrzymają kontrakt NFZ. Dlaczego?

Przecież właśnie oddano do użytku ładowisko dla śmigłowców, teraz wymieniane są windy, a w przyszłości budynek ma być ocieplany. To jednak o niczym nie przesądza.

3 listopada tego roku minister zdrowia ogłosił nowe przepisy mające być wykładnią przy rozstrzygnięciu, komu i jaką kwotę należy przyznać na świadczenie usług medycznych. Oprócz tego dokumentu niezbędne jest zarządzenie prezesa NFZ, którego nie

udało się przygotować. A dopóki nie ma tego dokumentu, nie można ogłaszać konkursów na kontrakt.

Zdaniem dyrektora wielkopolskiego oddziału NFZ Karola Chojnackiego, w zarządzeniu prezesa musi się znaleźć to, co jest w rozporządzeniu ministra. Zapoznając się z rozporządzeniem ministra zdrowia, władze szpitali mogą się przekonać, czy spełnią wymogi dla placówek, którym będą przyznawane pieniądze.

Nowością, która zacznie obowiązywać od stycznia 2012 r., jest to, że wszystkie placówki ubiegające się o pieniądze będą obowiązywały takie same zasady. – *Nowe przepisy wprowadzono po to, by placówki albo świadczyły usługi dobrze, albo wcale* – przekonuje dyrektor Chojnacki.

ROBERT DOMŻAŁ
„POLSKA GŁOS WIELKOPOLSKI”

Kto jest pracodawcą?

Nie doszło dziś do ugody w procesie, który pięciu chirurgów wytoczyło Szpitalowi im. Raszei w Poznaniu. Domagają się oni, by sąd ustalił, kto jest ich pracodawcą – szpital czy spółka, która wygrała konkurs na świadczenie usług medycznych na oddziale chirurgii.

Chirurdzy protestowali już po ogłoszeniu wyników konkursu. Po ich interwencji sytuacją w szpitalu zajęła się komisja zdrowia Rady Miasta, która uznała, że konkurs został przeprowadzony z uchybieniami.

Prezydent Poznania nie znalazł jednak podstaw do jego unieważnienia, więc lekarze poszli do sądu. Początkowo pozew do sądu pracy złożyło siedem osób, dwie go jednak wycofały, bo porozumiały się z nowym pracodawcą. Czterech z pięciu pozostałych chirurgów pracuje w spółce, która wygrała konkurs.

Lekarze są jednak przekonani, że powinni być pracownikami szpitala, a nie prywatnej spółki. Pytani przez sąd, czy byliby skłonni wycofać pozew, gdyby dostali odszkodowanie, odpowiedzieli, że nie. Dlatego sąd postanowił, że na następnej, styczniowej rozprawie przesłucha pierwszych świadków. Chce się też zapoznać z dokumentacją konkursu.

WWW.RADIOMERKURY.PL

Nowelizacje, nowy program

W związku z ukazaniem się w mediach ogólnopolskich nieścisłych informacji na temat programu leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B wyjaśniam, że wszystkie programy terapeutyczne są opracowywane na podstawie projektów przygotowywanych przez konsultantów krajowych. Autorem zapisów programu leczenia WZW B jest konsultant krajowy w zakresie chorób zakaźnych prof. Andrzej Horban.

Minister zdrowia systematycznie podejmuje działania, których celem jest umożliwienie pacjentom nieodpłatnego korzystania z coraz nowocześniejszych i coraz skuteczniejszych terapii. W 2010 i 2011 r. przeprowadzono dwie nowelizacje programu leczenia przewlekłego WZW, które go unowocześniły. Najnowszy program wejdzie w życie 15 listopada 2011 r.



Andrzej Piechocki

Leczeniem pierwszej linii w przewlekłym WZW B jest podanie interferonów – w tym zakresie w wyniku nowelizacji programów zapewniono dostęp do wszystkich, w tym najnowocześniejszych i najdroższych leków. Preferowany jest interferon pegylowany. W drugiej linii, po niepowodzeniu leczenia interferonem, podaje się analogi nukleozydowe lub nukleotydydowe: entekawir, adefowir oraz tenofowir (dodany w wyniku nowelizacji programu, który wejdzie w życie 15 listopada br.). Dla pacjentów HBeAg-dodatnich są one refundowane niezwłocznie po niepowodzeniu terapii interferonowej. Dla pacjentów HBeAg-ujemnych są refundowane po interferonie i lamiwudynie. Zdaniem konsultanta krajowego w dziedzinie chorób zakaźnych lamiwudyna jest lekiem skutecznym u znacznej części chorych HBeAg-ujemnych, a jednocześnie najtańszym. Obecnie celem programu jest osiągnięcie nieoznaczalnego poziomu wirerii we krwi, co zwiększa dostęp pacjentów do nowoczesnych leków, umożliwiono również dostęp do najskuteczniejszego leku, jakim jest tenofowir.

Ponadto warto zaznaczyć, że wszystkie dzieci w Polsce objęte są nieodpłatnymi i obowiązkowymi szczepieniami przeciwko WZW B.

PIOTR OLECHNO
WWW.MZ.GOV.PL

Powody czysto finansowe

Pierwsze na świecie badania nad wykorzystaniem komórek macierzystych do leczenia ludzi zostały wstrzymane. Amerykańska firma Geron testująca bezpieczeństwo i przydatność ludzkich zarodkowych komórek macierzystych w leczeniu uszkodzeń rdzenia kręgowego poinformowała o wstrzymaniu prac. Według oficjalnego komunikatu, przyczyną jest brak funduszy. „Obecne zawirowania ekonomiczne i brak dostępnego kapitału” – jak głosi komunikat – sprawiły, że firma postanowiła koncentrować się na poszukiwaniu nowych metod walki z rakiem. Program badań nad komórkami macierzystymi Geronu zostanie rozwiązany. Jedna trzecia pracowników naukowych firmy będzie zwolniona.

Geron prowadził największe i najbardziej dotąd zaawansowane badania nad wykorzystaniem komórek macierzystych w leczeniu ludzi. Polegają one m.in. na wstrzykiwaniu specjalnie przygotowanych komórek w okolice uszkodzonego rdzenia kręgowego pacjentów sparaliżowanych. Obecnie firma badała bezpieczeństwo takiej terapii. Powody przerwania testów są czysto finansowe – podkreśla Geron.

PIOTR KOŚCIELNIAK
„RZECZPOSPOLITA”

Nie udało się rozpocząć

Nie udało się rozpocząć w pierwszym wyznaczonym terminie procesu dotyczącego korupcji w śląskiej służbie zdrowia przed Sądem Okręgowym w Katowicach. Przed sądem miało stanąć kilkunastu dyrektorów śląskich szpitali. To jedna z największych afer korupcyjnych w polskiej służbie zdrowia. Sprawa dotyczy ustawiania przetargów na sprzęt dla placówek medycznych tak, aby wybierano w nich pro-

dukty firmy Philips. W procesie odpowiadają m.in. dyrektorzy szpitali oskarżeni o przyjmowanie łapówek.

Procesu nie można było rozpocząć ze względu na wniosek jednego z oskarżonych o wyznaczenie obrońcy z urzędu. Jak argumentował Wacław Sz., nie stać go na obrońcę z wyboru; myślał, że takie wnioski składa się podczas pierwszej rozprawy. Sąd, który nie może rozpocząć procesu, zanim wszyscy oskarżeni nie będą mieli skutecznie umocowanych obrońców lub sami z nich nie zrezygnują, zobowiązał Sz. do dostarczenia dokumentów potwierdzających jego sytuację finansową. Innemu z oskarżonych, który zadeklarował rezygnację z obrońcy, sąd wyznaczył obrońcę z urzędu ze względu na stan jego zdrowia.

Obrońcy kilku oskarżonych wnieśli w środę o wyłączenie jawności procesów ze względu na interes oskarżonych, z których niektórzy pełnią nadal funkcje publiczne, a także interes wymiaru sprawiedliwości polegający na możliwości zbadania sprawy w sposób niezmacony i „bez zbędnych nacisków opinii publicznej”. Sąd odrzucił ten wniosek. Jak argumentował sędzia Piotr Pisarek, obrońcy nie wykazali, by rozprawa jawna mogła naruszyć prywatny interes oskarżonych; zaznaczył też, że w interesie wymiaru sprawiedliwości jest jawność prowadzenia procesów.

WWW.ONET, GK/SUPERWIZJER, PAP




**NOWOCZESNE GABINETY LEKARSKIE
W DOSKONAŁEJ LOKALIZACJI**

Wynajmę nowoczesny gabinet lekarski
w kompleksie **MEDISAN**
znajdującym się w centrum Poznania
przy ul. Maratońskiej,
na terenie osiedla Maraton Gardens (obok Multikina 51).
Możliwość prowadzenia indywidualnej praktyki,
a także wystąpienia o kontrakt z NFZ.
Wynajem gabinetu na wyłączność lub w zależności od czasu pracy.
Kontakt: 600 071 000

Do wynajęcia
**gabinet stomatologiczny
z wyposażeniem
w centrum Kalisza**
tel. 698 677 824

Zatrudnię
**lekarza
stomatologa**
na pełny etat
NZOZ Poznań Grunwald
tel. 509 911 434



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

KRZYSZTOF OŻEGOWSKI

Narodowy Fundusz Zdrowia najwyraźniej postanowił pozbawić pacjentów mieszkających na wsi opieki specjalistów. Wszystko to za sprawą małej korekty zarządzenia prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Z tekstu § 11 ust. 5 zarządzenia Nr 29/2011/DSOZ z 14 czerwca 2011, który brzmiał:

„Harmonogram, o którym mowa w ust. 1, powinien spełniać następujące warunki: poradnia specjalistyczna czynna nie krócej niż trzy razy w tygodniu po 4 godziny dziennie, w tym co najmniej raz w tygodniu w godzinach przedpołudniowych w przedziale czasowym między godz. 7.30 a 14.00, oraz co najmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych w przedziale czasowym między godz. 14.00 a 20.00, **chyba że w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy strony przyjmą harmonogram pracy poradni odpowiadający ustalonej liczbie świadczeń**” – pan prezes Paszkiewicz w aktualnym zarządzeniu nr 81/2011/DSOZ z dnia 4 listopada 2011 r., raczył wykreślić ostatnie wytłuszczone zdanie.

Zmiana pozornie jest niewielka, lecz jej skutki oplakane dla pacjentów. Wskutek tej drobnej korekty fundusz nie zamierza w ogóle rozpatrywać ofert poradni, które będą czynne krócej niż 3 dni w tygodniu i przez mniej niż 12 godzin. Problem ten będzie przede wszystkim dotyczył poradni zlokalizowanych na terenach wiejskich, które są zazwyczaj czynne raz w tygodniu, bo po pierwsze nie ma tam większego zapotrzebowania, a nawet gdyby było, to limit punktów przyznanych na taką poradnię przez NFZ nie uzasadnia częstszych przyjęć. Najbardziej, zapewne uderzy to w poradnie ginekologiczne, które najczęściej tak pracują w małych miejscowościach, których władze umożliwiły otwarcie takiej poradni, by pacjentki miały bliżej i nie musiały jechać kilkadziesiąt kilometrów do najbliższego miasta. Decyzja prezesa Paszkiewicza jest tym bardziej dziwna, że podobno wszystkim leży na sercu problem niezadowolającej zgłaszalności kobiet na badania profilaktyczne w kierunku raka szyjki macicy, wszyscy też martwią się za małym przyrostem naturalnym, a to wiąże się z troską o kobiety w ciąży, którym minister „zafundował”, co prawda na koszt lekarzy, bardzo intensywny schemat wizyt i badań w ciąży. Teraz, gdy poradnia oddali się fizycznie od kobiety, zapewne wiele z nich zrezygnuje z posiadania dzieci lub wzrośnie liczba powikłań w ciąży niewykrytych w porę. Aroganci z NFZ twierdzą, że dojazd 30–40 km

to nie problem. Najwyraźniej nie znają realiów polskiej wsi (albo co gorsza udają, że nie znają), gdzie dla wielu osób taka odległość jest barierą nie do pokonania, ponieważ jest to za daleko, by pójść pieszo lub pojechać rowerem (tak tam najczęściej się podróżuje, nie tylko zresztą latem, ale także zimą), a nie każdy ma samochód lub stać go na bilet autobusowy (pomijając fakt, iż wiele wsi już nie ma połączeń autobusowych, bo to się PKS-om nie opłaca). Konkurs ofert co prawda już się rozpoczął, ale zważywszy, że wyniki mają być ogłoszone dopiero 23 grudnia (swoją drogą ciekawe, czy termin zostanie dotrzymany), to jeszcze jest czas na opamiętanie ze strony decydentów w NFZ i zmienienie tej idiotycznej decyzji oraz przywrócenie dotychczasowych rozwiązań, z pożytkiem dla pacjentów. Ale być może to pogląd naiwny z mojej strony, gdyż (jak uczy doświadczenie) troska o dobro pacjenta jest na ostatnim miejscu w hierarchii działań NFZ – choć tym terminem wycierają sobie usta urzędnicy wszystkich szczebli tego bezdusznego molocha.

Jakby mało było atrakcji związanych z ustawą „o działalności leczniczej” oraz „refundacyjną”, Ministerstwo Zdrowia postanowiło lekarzom i aptekarzom zaserwować kolejną porcję „rozrywki”. Tym razem w postaci projektu rozporządzenia w sprawie recept lekarskich. Tradycyjnie już ministerstwo dało lekarzom i innym uprawnionym podmiotom minimalny czas do opiniowania. Projekt nosi bowiem datę 8 listopada, a termin końca konsultacji wyznaczono na 18 listopada. Teoretycznie było więc „aż” całych 10 (słownie: dziesięć) dni. Ale tylko teoretycznie, gdyż po drodze było święto narodowe i tzw. długi weekend. Żeby było śmieszniej, na internetowej stronie Ministerstwa Zdrowia, to dzieło, niewątpliwie „wybitnych” ministerialnych umysłów i prawników, pojawiło się dopiero 14 listopada, tak że faktycznie na konsultacje pozostały tylko 4 (słownie: cztery) dni. Pomimo tak krótkiego czasu, udało nam się, a także NIL, zebrać i opracować uwagi do projektu. I nie były, to tylko uwagi ogólne w stylu: „Projekt nadaje się tylko do kosza” – wraz z autorami, ale także merytorycznie uzasadniające, dlaczego ten akt prawny to bubel, który nie powinien ujrzeć światła dziennego. Gdyby jednak ministerstwo trwało w uporze i wbrew opiniom zarówno lekarzy, jak i aptekarzy postanowiło narzucić środowisku to rozwiązanie, to nam lekarzom nie pozostanie nic innego, jak zacząć przepisywać leki tylko na 100 proc., ponieważ żaden przepis nie obliguje nas do stosowania ulgowych recept – dotyczy to w szczególności lekarzy będących świadczeniodawcami lub pracującymi u świadczeniodawców. Lekarze niemający umów na świadczenia z NFZ są w jeszcze bardziej komfortowej sytuacji, gdyż mogą nie podpisać nowych umów na wystawianie recept, a z obecnych przestać korzystać. Być może wtedy protest pacjentów otrzeźwi „mędrców” z Ministerstwa Zdrowia (i coraz bardziej – szczęśliwości wszelkiej) oraz „Pomysłowych Dobromirów” z Narodowego Funduszu Zdrowia (ponieważ jestem przekonany, że wiele z rozwiązań w projekcie rozporządzenia powstało tamże). To rozporządzenie (no dobra: „Projekt”) jest kolejnym „kamyczkiem”, który powinien przechylić szalę u tych, którzy jeszcze się wahają (po zapisach ustawy refundacyjnej), czy podpisać umowę na wystawianie recept refundowanych. Według mnie, w obecnym stanie prawnym zdecydowanie NIE!!! No chyba że ktoś jest masochistą. Ale to już jego problem.



Czy zastanawialiście się Państwo, przechodząc przez pl. Kolegiacki w Poznaniu, że dawno temu stała tu kolegiata pod wezwaniem św. Marii Magdaleny? I że był to kościół olbrzymi, z wieżą sięgającą 90 metrów? A wokół niego cmentarz? Doktor Andrzej Zarzycki, wiceprezes Towarzystwa Miłośników Miasta Poznania, zaproponował uczczenie tego ważnego miejsca. Myślę, że warto, aby izba lekarska wsparła ten projekt.

Znak pamięci

Już od ponad 200 lat zmieniona jest przestrzeń publiczna w miejscu, gdzie stała kolegiata i znajdował się parafialny cmentarz.

Obecnie jest to plac Kolegiacki, którego główną część stanowi wyasfaltowana droga, chodniki, małe skwerki zieleni i, niestety, także miejsca parkingowe. Przecież niemal przez 500 lat, od XIII w. (1262 r.) do początków XIX w. znajdowała się tutaj wspomniana kolegiata – kościół farny o długości 70 m i szerokości 42 m, zajmujący prawie całą długość obecnego placu. Kościół, w którym w prawie całej części podposadzkowej, podziemnej, chowano najznakomitszych obywateli, elitę miasta.

Tu spoczęli m.in. burmistrzowie Poznania, w tym wybitny lekarz Józef Struś, oraz mistrzowie starsi z przeszło 20 cechów. Tutaj pochowano wielu znakomitych poznańskich rajców, proboszczów kościoła, księży, duchownych, lekarzy, kupców, wybitnych twórców, rodziny poznańskich mieszczan, pokolenia, pokolenia...

Poza obrębem kolegiaty znajdował się też cmentarz parafialny, miejski, gdzie również pochowano tysiące poznańców, tych bardziej i mniej znanych – pokolenia, pokolenia... Gdzie są dzisiaj ich nagrobki, epitafia, trumny, sarkofagi, prochy? Gdzie ich nazwiska, gdzie pamięć o tym miejscu? Nie ma, prawie wcale nie istnieje w świadomości społecznej.

Czy poznaniak lub turysta mają świadomość, iż ta przestrzeń przez prawie 500 lat była również miejscem świętym, cmentarzem, sferą sacrum, miejscem spoczynku wielu pokoleń poznaniaków, godnego pożegnania mieszkańców królewskiego miasta Poznania.

To my musimy dzisiaj tę godność i to miejsce przypomnieć. Nie może być tak, aby miejsce świętości, miejsce sacrum – kolegiaty św. Marii Magdaleny i cmentarza, symbolizowały tylko koziołki.

Zwracam się więc z inicjatywą postawienia na placu artystycznej – rzeźbiarskiej formy kolegiaty i tablicy upamiętniającej istnienie w tym miejscu cmentarza, na którym pochowano tysiące poznańców, w tym najwybitniejszych przedstawicieli miasta.

Według mnie, napis powinien być w języku łacińskim, polskim, niemieckim i angielskim. Forma rzeźbiarska, miejsce i treść tekstu są oczywiście do ustalenia. Proponuję m.in. dwa teksty: pierwszy – na wzór greckiej epigrafiki:

„Przechodniu, pochyl głowę w pokorze, stąpasz po prochach Ojców naszych. 1253–1802; lub: „My nie umrzemy nigdy. Umiera tylko czas. Przekłety czas. Kiedy kochamy, stajemy się nieśmiertelni i niezniszczalni, jak bicie serca, jak deszcz lub wiatr” (E.M. Remarque).

Mam nadzieję, że apel o godne upamiętnienie jednego z najważniejszych historycznie miejsc Poznania, przeszłych pokoleń, zostanie wsparty przez władze miasta, Wielkopolską Izbę Rzemieślniczą oraz instytucje i firmy tworzące współczesne dzieje miasta.

DR ANDRZEJ ZARZYCKI



Historia uniwersyteckich studiów

W poprzednim numerze zamieściliśmy pierwszą część „Historii uniwersyteckich studiów stomatologicznych w Poznaniu”. W tym numerze część II obejmująca okres po 1950 r. Przeczytamy między innymi o próbach zastąpienia tytułu doktora medycyny radzieckim kandydatem nauk. AB

W styczniu 1950 r. Studium Lekarsko-Dentystyczne zostało przekształcone w Oddział Stomatologii przy Wydziale Lekarskim w powołanej wówczas, wydzielonej z Uniwersytetu Poznańskiego, samodzielnej uczelni wyższej: Akademii Medycznej. Pierwszym dyrektorem tego Oddziału został farmakolog prof. dr hab. Józef Dadlez (1950–1953), później, do roku 1969 funkcję tę pełnił prof. dr hab. Kazimierz Stawiński. W październiku 1952 r. katedry i zakłady Oddziału Stomatologii otrzymały nieco większe, ale nadal niewystarczające pomieszczenia w oddzielnym budynku (dawnym Collegium Kopernickiego) przy ul. H. Świeścickiego 4.

W pierwszych latach istnienia Studium Lekarsko-Dentystycznego i później Oddziału Stomatologii przy Wydziale Lekarskim kadra nauczycieli akademickich była bardzo szczupła. Stąd poza kształceniem studentów trzeba było dobierać i szkolić przyszłych asystentów. Początkowo zespół dydaktyczny składał się tylko z kilku lekarzy i lekarzy dentystów posiadających doświadczenie zawodowe.

Jako studentka pierwszego rocznika studiów stomatologicznych w Poznaniu pamiętam przede wszystkim dr. med.

Profesor Maria Krystyna Kobylańska



Profesor zwyczajny Maria Krystyna Kobylańska jest jedną z pierwszych absolwentek poznańskiej stomatologii, którą ukończyła w 1949 r. W tym samym roku rozpoczęła pracę w Uniwersyteckiej Poliklinice Dentystycznej, a w 1951 r. obroniła tytuł doktora medycyny dentystycznej. Stopień doktora habilitowanego uzyskała w 1967 r., będąc adiunktem Katedry i Zakładu Stomatologii Zachowawczej Akademii Medycznej. W 1969 r. została kierownikiem tej jednostki – do roku 1990, kiedy to odeszła na emeryturę.

Rudolfa Sarrazina i lek. med. Tadeusza Ziółkiewicza (dr w 1950 r.) oraz naturalnie prof. dr. Leona Laknera, a ponadto lek. med. Władysława Lewandowskiego, lek. med. Zbigniewa Krajewskiego, lek. med. Józefa Kałużnego, lek. med. Zofię Barańczak, lek. med. Marię Godlewską-Vetulani, lek. med. Mariana Gondzika.

Kadra dydaktyczna powiększała się jednak szybko poprzez dobór kończących studia, zdolnych absolwentów Studium Lekarsko-Dentystycznego.

Po powołaniu w roku 1950 Oddziału Stomatologii i przyznaniu mu etatów stopniowo powstał zespół ludzi, który w trudnych warunkach lokalowych, przy skromnym wyposażeniu w sprzęt prowadził zajęcia kliniczne, szkoląc stosunkowo duże grupy studenckie. Zajęcia te, na dwie lub cztery zmiany, trwały od godz 8.00 do 20.00. W tej sytuacji początkowo cały wysiłek skierowano na obowiązki dydaktyczne, głównie przy fotelu pacjenta. Chętnych do leczenia się nigdy nie brakowało, poczekalnia zawsze była pełna oczekujących pacjentów.

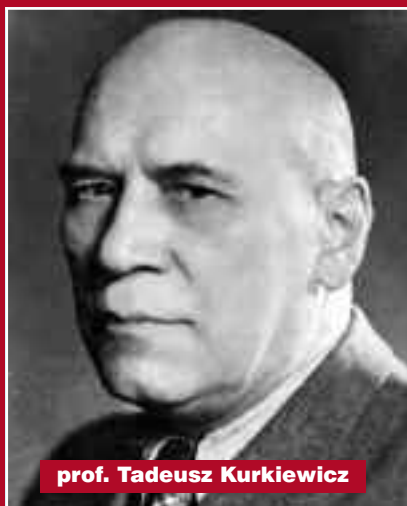
O jakiejś pracy naukowej w tym czasie nie myślano, nie było na to warunków, a dostęp do piśmiennictwa minimalny. Poza starymi, przeważnie przedwojennymi podręcznikami i ewentualnie czasopismami – „Stomatologia” w języku rosyjskim, ewentualnie w języku czeskim o podobnej nazwie i rodzime „Czasopismo Stomatologiczne”

– nie było dostępu do aktualnych źródeł w dziedzinie lecznictwa stomatologicznego na Zachodzie. I prawdopodobnie takie nastawienie do pracy naukowej trwałoby jeszcze długo, gdyby nie wiadomość, że od 1953 r. zostanie w Polsce Ludowej we wszystkich uczelniach i Polskiej Akademii Nauk zniesiony stopień doktora i zastąpiony stopniem kandydata nauk – jak to miało miejsce w Związku Radzieckim. Informacja ta zmobilizowała ówczesną starszą kadę Oddziału Stomatologii, posiadającą już stopnie naukowe (prof. dr Leon Lakner, dr med. Rudolf Sarrazin będący na etacie zastępcy profesora oraz dr Tadeusz Ziółkiewicz, będący świeżo po doktoracie), aby zachęcić młodszych kolegów o stosunkowo krótkim jeszcze stażu zawodowym do podjęcia własnych badań i obserwacji, które mogłyby stanowić podstawę do napisania rozprawy doktorskiej.

Temat pracy trzeba było jednak sobie samodzielnie wymyślić, zaplanować jakieś badania i obserwacje, wykonać je, opracować, omówić i wyciągnąć wnioski potwierdzone odpowiednią dokumentacją. Stąd poziom tych prac nie mógł być na ogół specjalnie wysoki, ale wielu spośród ówczesnych asystentów udało się wówczas sprostać wymaganiom i uzyskać stopień doktora medycyny dentystycznej. Okazało się to możliwe dzięki niezwykłej życzliwości i wspaniałomyślności



stomatologicznych w Poznaniu



prof. Tadeusz Kurkiewicz



prof. Stefan Różycki



prof. Stefan Dąbrowski



prof. Rudolf Sarazin



prof. Leon Lakner



prof. Józef Jarząb

silny konflikt jeszcze z okresu przedwojennego.

W celu otrzymania stopnia doktora poza rozprawą trzeba było zaliczyć kolokwium z antropologii u prof. dr. A. Wrzoska, a następnie zdać ustny egzamin z historii medycyny oraz z przedmiotu, czyli stomatologii. Egzaminatorem z tego ostatniego był prof. dr L. Lakner, który wszystkie prace firmował i oceniał. W latach 1950–1952 odbyły się cztery takie sesje egzaminacyjne na stopień doktora nauk dentystrycznych. W 1950 r. doktoryzowały się tylko dwie osoby, m.in. Marian Gondzik, w 1951 r. natomiast w czasie dwóch sesji stopień dr med. dent. otrzymało 13 osób, m.in. Zofia Barańczak, Kazimierz Stawiński, Barbara Perzyna, Maria Kobylańska (późniejsi samodzielni pracownicy naukowcy, którzy w przyszłości habilitowali się, zostali kierownikami katedr i zakładów).

W 1951 r. doktoraty uzyskało też kilku ogólnie lubianych i szanowanych nauczycieli akademickich, tj. Anna Magas, Stanisława Suchoń, Władysław Lewandowski i Henryk Grajkowski. W 1952 r., w czasie ostatniej wówczas sesji, stopień doktora nauk dentystrycznych otrzymało jeszcze 8 lekarzy dentyistów, m.in. Lesław Wójciak, Maria Walczak-Myślińska oraz cenieni i znani wieloletni pracownicy dydaktyczni Oddziału Stomatologii: Maria Godlewska-Vetulani, Urszula Strzyżowska oraz Ludwik Kozłowski. W sumie w latach 1951–1952 doktoryzowało się 27 lekarzy dentyistów.

W 1953 r. w miejsce stopnia doktora faktycznie wprowadzono (na szczęście na krótko) stopień kandydata nauk. Stopień ten uzyskał lek. dent. Stefan Włoch po 3-letnim stażu naukowym w Stomatologicznym Instytucie Medycznym w Moskwie u sławnego prof. Kurlandzkiego zajmującego się problemem zgryzu urazowego.

Po odwilży w 1956 r. przywrócono w kraju stopień doktora, który automatycznie przyznano kandydatom nauk. Od 1952 r. upłynęło niemal 10 lat, zanim doszło do następnych przewodów doktorskich z dziedziny stomatologii.

CDN

dr. Rudolfa Sarrazina i prof. Leona Laknera. Doktor Rudolf Sarrazin, który w tym czasie był kierownikiem Katedry i Zakładu Dentystryki Zachowawczej i Protetyki Dentystrycznej, nie

miał wówczas jeszcze uprawnień, aby być promotorem. Formalnie więc sędował tę funkcję na prof. dr. Leona Laknera, który się na to zgodził – choć między obu panami istniał niestety



Spotkanie Szwajcaria 2011

Kiedy 16 listopada 2009 r. grupa koleżanek i kolegów – uczestników Spotkania Floryda 2009 – oczekiwała na odlot do kraju z lotniska w Miami, nikt nie miał wątpliwości, że musimy się spotkać znowu w tym samym składzie. Na zjeździe w Antoninie we wrześniu 2010 r. zdecydowano: spotykamy się od 1 do 7 września 2011 r. w Szwajcarii.

Rzeczywiście, 1 września 2011 r. grupa absolwentów WL AM w Poznaniu z rocznika 1957–1962, po 12 godzinach jazdy autokarem ze stolicy Wielkopolski, podziwiała Marienplatz w Monachium. Następnego dnia Szwajcaria. Po drodze, w Austrii, do wycieczkowiczów dołączyła grupka koleżanek i kolegów z USA, Francji oraz Niemiec.

W Sankt Gallen rozpoczęto realizację planu pobytu w kraju Wilhelma Tella. Miasto słynie z późnobarokowego opactwa z XVIII w. Zwiedzaliśmy katedrę z przylegającym do niej dawnym dziedzińcem klasztornym i biblioteką – jedną z najbogatszych i najstarszych w świecie. Niestety, nie było możliwości zwiedzania jej wnętrza. Czas naglił, by zdążyć do Muzeum Polskiego w Rapperswilu. Ta placówka dokumentuje ślady uchodźstwa polskiego do Szwajcarii w ostatnich 140 latach.

Potem podziwialiśmy Rheinflall – największy pod względem przepływu wodospad Europy, i Stein am Rhein – stare miasto z doskonale zachowanym średniowiecznym centrum z dawnym układem ulic. Byliśmy pod wrażeniem scenerii, jaką stwarzają średniowieczna architektura, ciepły wrześniowy wieczór

i spokojni, siedzący grupkami przy ulicznych stolikach mieszkańcy. Nocowaliśmy w Lucernie. Nasza koleżanka ze studiów – Alicja Jenek, od ponad czterdziestu lat mieszkająca i praktykująca jako lekarz w Szwajcarii, podjęła nas kolacją. Wszyscy zapomnieli o niewygodach i uciążliwościach, choć dzień był tak intensywny!

Są też plany na przyszłość. Rok 2012 to pięćdziesiąta rocznica absolutorium! Jest czymś nadzwyczajnym, że z upływem lat szukamy okazji do spotkań, które dla naszego rocznika stają się już tradycyjne i coraz bardziej znane. Antonin, Braunlage w górach Harcu, Floryda i teraz Szwajcaria...

Ranek 3 września zapowiada słoneczną, bezchmurną pogodę. Pojechaliśmy w Alpy Berneńskie do Lauterbach i oglądaliśmy podziemne wodospady. Następnie koleją do Kleine Scheidegg – przełęcz alpejskiej położonej pomiędzy szczytami Eiger a Lauberhorn. Kończący się dzień był prawdziwą ucztą piękną krajobrazu i natury...

Następnego dnia – Berno, jego zabytki i Muzeum Tadeusza Kościuszki.

5 września zwiedzaliśmy zamek w Gruyères, który należy do największych w Szwajcarii. Góruje nad średniowiecznym miasteczkiem. Przechodząc przez jego dziedzińce i komnaty, poznaliśmy historię, kulturę i architekturę ostatnich 800 lat zamku, ściśle związanego z krajem, w którym gościliśmy. Po tej lekcji historii przeszliśmy do serowarni, w której produkuje się typowy ser szwajcarski, a któremu region zawdzięcza bogactwo i roz-

wój. Z Gruyères niedaleko jest do Fryburga – miasta leżącego na styku dwóch regionów etnicznych i językowych – niemieckiego i francuskiego. Zwiedzaliśmy bardzo dobrze zachowane średniowieczne Stare Miasto. I znowu polskie ślady! Witraże Mehoffera, zdobiące okna zbudowanej w latach 1283–1490 katedry Świętego Mikołaja. Po tych wędrowkach w przeszłość kulturową i architektoniczną czas na posiłek. Alicja zaproponowała fondue (typowa dla Szwajcarii potrawa z serem) w starym miasteczku Murten. W drodze powrotnej chwila zadumy. Niedaleko Murten jest przejazd kolejowy. Tu przed miesiącem, zderzając się z pociągiem, zginął nasz kolega – Krzysztof Konwicki... Zgodnie z testamentem, pochowany został w Poznaniu – mieście swoich studiów.

6 września to ostatni dzień naszego pobytu w Szwajcarii, która żegnała nas wspaniałą pogodą. Zwiedzaliśmy Lucernę. Stolica kantonu o tej samej nazwie, położonego w sercu kraju, na skraju Jeziora Czterech Kantonów, w tzw. prawdziwej Szwajcarii. W tym bowiem regionie 715 lat temu doszło do utworzenia nowego państwa. Zwiedzamy więc w tym symbolicznym dla kraju mieście Pomnik Lwa, słynne historyczne mosty Reussbrücke i Kapellbrücke oraz Stary Ratusz. Rejs statkiem po Jeziorze Czterech Kantonów kończyliśmy zwiedzaniem Kaplicy Wilhelma Tella.

I to koniec. Jesteśmy szczęśliwi, że dane nam było po tylu latach od zakończenia studiów cieszyć się wolną turystyką w zjednoczonej Europie. Jesteśmy zadowoleni z wyprawy do Szwajcarii, którą mogliśmy tak intensywnie w krótkim czasie poznać i równocześnie ciągle wracać wspomnieniami do lat poznańskich studiów. Są to już czasy tak odległe, a jednak tak nam bardzo bliskie...

DARIUSZ NOWAK



OMÓWIENIE POSIEDZENIA ORL

Nowy regulamin

Posiedzeniu rady przewodniczył prezes ORL WIL Krzysztof Kordel. Rozpoczęło się ono przedstawieniem propozycji oferty firmy DSA Financial Group SA oraz Branżowego Domu Ubezpieczeń dotyczącej nowoczesnych rozwiązań inwestycyjnych oraz ubezpieczeń w nowej sytuacji lekarzy po wprowadzeniu pakietu ustaw zdrowotnych. Wiemy już, że składki wzrosną, i to znacznie. Należy więc zapoznać się z ofertami różnych firm. Ważna jest przecież nie tylko suma do zapłacenia, ale i zakres usług, czyli bezpieczeństwo wykonywania naszej pracy.

Podjęliśmy, jak zwykle, uchwały o wytypowaniu przedstawicieli do komisji konkursowych oraz o przedłużeniu praw wykonywania zawodu dla cudzoziemców.

Po uzyskaniu zgody zainteresowanych udało się powiększyć skład Komisji Bioetycznej o dwie znakomite osoby. Zgodziły się pracować w tej bardzo ważnej komisji panie: prof. UM dr hab. med. Anna Jabłecka i dr n. praw. Joanna Haberko.

Rada uchwaliła nowy regulamin naliczania i trybu zwolnień z opłacania składek członkowskich. Oprócz uporządkowania dotychczasowej sytuacji, w nowym regulaminie zawarto dwie najważniejsze sprawy: 1) Lekarz stażysta opłaca składkę od miesiąca rozpoczęcia stażu. 2) Z uwagi na konieczność rozliczeń z Naczelną Izbą Lekarską rozpatrywane będą tylko wnioski dotyczące danego roku kalendarzowego.

Rada przyjęła także nowy regulamin udzielania pomocy finansowej na cele kształcenia medycznego. Uchwalono warunki i sumy, o które mogą wnioskować lekarze. I znów podaję dwie najważniejsze zasady: 1) należy mieć uregulowane składki oraz 2) złożyć wniosek o pomoc finansową 3 miesiące od ukończenia kursu lub stażu. Obecnie bardzo

często zdarza się, że wnioski spływają w grudniu, dotyczą całego roku i nie można wszystkim pomóc, bo brakuje pieniędzy.

Przyjęcie obu regulaminów pokazuje, że izba działa na zasadzie naczyń połączonych. Jeśli brak wpływów, czyli składek, trudno jest pomóc kolegom w potrzebie. Nieważne, czy pomoc finansowa przeznaczona jest dla sierot, szkolących się czy w osób w trudnej sytuacji losowej (choroba, pożar) pieniądze z naszych składek na pewno przekazywane są potrzebującym.

Przyjęcie regulaminów pokazuje, że izba działa na zasadzie naczyń połączonych. Jeśli brakuje pieniędzy, czyli składek, to trudno jest pomóc kolegom w potrzebie. Nieważne, czy pomoc finansowa przeznaczona jest dla sierot, szkolących się czy osób trudnej w sytuacji losowej (choroba, pożar), pieniądze z naszych składek na pewno przekazywane są potrzebującym.

Pieniądze wpłacane przez lekarzy wracają do nich, dlatego namawiam do uregulowania – jeśli takie istnieją – zaległości. Warto, bo to listopad (nadal podwójny podatek) i tyle próśb o pomoc czeka na realizację.

SEKRETARZ ORL, IWONA JAKÓB

Stany nagłe w stomatologii

Informujemy, że w I kwartale 2012 r. planowane są szkolenia dla lekarzy dentystów w zakresie „Stanów nagłych w stomatologii”. Zarezerwowaliśmy dla nich ostatni piątek każdego miesiąca w godzinach 12.00–20.00. Pracujemy jeszcze nad dodatkowymi terminami, ponieważ zainteresowanie jest bardzo duże, tematyka ciekawa i ważna, a cena (150 zł) więcej niż zachęcająca.

W 21 i 28 stycznia 2012 r. odbędzie się II edycja kursu komputerowego. Jego koszt to 200 zł, ale Komisja ds. Emerytów i Rencistów WIL pokrywa 150 zł dla osób, które osiągnęły wiek emerytalny i zgłoszą swoje uczestnictwo w WIL.

Dodatkowo informujemy, iż rozpoczęliśmy kurs nauki języka angielskiego w Delegaturze WIL w Pile, a jednocześnie rekrutujemy chętnych do nauki języka angielskiego i niemieckiego w Kolinie i Lesznie. Prosimy o zapisy w de-

legaturach, a szczegóły na temat kursu udzielane są w Ośrodku Doskonalenia Zawodowego WIL w Poznaniu (tel. 61 852 58 60 w. 220, 601 799 706 lub kształcenie@wil.org.pl).

W pozostałych sprawach dotyczących kursów, o których mowa wyżej, a także w sprawie zapisów na nie, proszę o kontakt z autorem niniejszego tekstu pod numerem tel. 783 993 939 lub admin@wil.org.pl.

MAREK SAJ

Wiersze

LEK. MED. RYSZARD
KRAWIEC**BOŻE LIMERYKI**

Na Wigilię Najwyższe Dobro u nas gości –
Wyrzeknijmy się więc odtąd naszych
ułomności:
Odrzućmy pychę, zazdrość, złorzeczenia,
Kłamstwo, lenistwo i niedomówienia.
Ale, czy kto widział karpia bez ości?

„Podnieś rękę Boże Dziecię, błogosław
krajem miłą” –
Wiele gardeł przez tygodnie będzie prośbę
tę głośiło.
Proszę Cię Dziecię (tu w swoim imieniu),
Nie pomagaj nam co dzień, tylko
– w zagrożeniu.
Żeby nas to nie rozleniwiło!

1994

Zwierzyna łowna

Wybrawszy onegdaj medycynę, dziedzinę
cudowną,
Staliśmy się teraz dla NFZ wręcz
zwierzyną łowną,
Który uzbrojony w moc przepisów
i zarządzeń
Czyha na nasze prawa i pieniądze.
Stąd nasza praca staje się
działalnością wielce ryzykowną.
20.11.2011

Ofiara procedur w medycynie

Leży powtórnie na operacyjnej pacjent
rozpłatany –
Wczoraj miał skręt kiszek, a dziś jest
reoperowany.
To nie z winy chirurga tylko księgowości.
I procedur NFZ-tu. Bo mówiąć
najprościej –
Miał pecha i został źle wypunktowany.
14.04.2004



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 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 Błaszczuk
wikalisz@neostrada.pl

DELEGATURA W KONINIE

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

DELEGATURA W LESZNIE

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

DELEGATURA W PILE

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

DELEGATURA OSTROWSKO-KROTOSZYŃSKA

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

kolegium redakcyjne Biuletynu Informacyjnego WIL

redaktor naczelny: Andrzej Baszkowski

członkowie redakcji: Alfred Adamczewski, Andrzej Grzybowski,
Krzysztof Ożegowski, Andrzej Piechocki,
zdjęcie na okładce: „Ulysses”. Archiwum M. Lewińskiego

Na zlecenie WIL wydany przez

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

Redakcja zastrzega sobie prawo do skrótów i zmiany tytułów w nadesłanych tekstach. Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca.

Przychodnia lekarska
MEDICUS

w Szamotułach
zatrudni

**lekarza
medycyny
rodzinnej
lub internistę**
do pracy w POZ

kontakt tel. 602 137 296,
604 421 363

NZOZ Nasza Przychodnia
w Kcyni

(województwo kujawsko-pomorskie,
25 km na pn.-wsch. od Wągrowca)

poszukuje

**lekarza
do pracy w POZ**

Oferujemy atrakcyjne wynagrodzenie
oraz mieszkanie służbowe 47 m²
lub 94 m² dla małżeństwa lekarskiego

Kontakt: pprusak@op.pl
lub tel. 502 624 355

K O M U N I K A T

Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Poznaniu
ul. Dąbrowskiego 12

poszukuje pracowników na stanowisko:

LEKARZY ORZECZNIKÓW

spełniających następujące wymagania:

1) posiadanie specjalizacji II^o, 2) niekaralność, 3) minimum 5-letni
staż pracy w bezpośrednim kontakcie z pacjentem.

Mile widziana specjalizacja w niżej wymienionym zakresie:

- **neurologia,**
- **ortopedia,**
- **choroby wewnętrzne,**
- **chirurgia,**
- **medycyna pracy,**
- **medycyna społeczna,**
- **psychiatria.**

Wymagane dokumenty:

1. CV oraz list motywacyjny, ze wskazaniem stanowiska, o które ubiega się kandydat.
2. Kserokopia dyplomu potwierdzającego wykształcenie.
3. Kserokopia zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu lekarza.
4. Kserokopia dokumentu potwierdzającego stopień i rodzaj specjalizacji.
5. Kserokopia świadectw pracy, jeżeli kandydat pracował w ramach umowy o pracę.
6. Zaświadczenie o niekaralności zawodowej z Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

Do składania ofert zachęcamy również kandydatów zainteresowanych podjęciem pracy w godzinach popołudniowych oraz w niepełnym wymiarze czasu pracy. Zgłoszenia kandydatów na lekarzy orzeczników prosimy składać w Wydziale Spraw Pracowniczych I Oddziału ZUS w Poznaniu, ul. Dąbrowskiego 12, pok. 206 lub 207. Informacja telefoniczna pod numerem tel. (61) 841-60-15, 841-60-06.

Dyrektor Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, I Oddział w Poznaniu



Prywatna Lecznica
CERTUS poszukuje

INTERNISTY
na dyżury w szpitalu
oraz do pracy
w ambulatorium

Prosimy o kontakt pod
nr. telefonu 507 003 855
61 8604 261;

kierownik.dp@certus.med.pl

**PRACA W POZ
OD LUTY/MARZEC 2012 r.**

Wielkopolska – miasteczko
w powiecie kolskim.
Ze specjalizacją lub bez.

Mieszkanie + atrakcyjne zarobki.
Tel. 509-779-124

Do wynajęcia
**gabinet
stomatologiczny**
z wyposażeniem
w **Strzałkowie**
(pow. Słupca).
Kontakt 501 020 231

www.ultrasonografy.pl

**Pediatra
szuka pracy
w Poznaniu**

603 503 585

**SPRZEDAM
Pełnoprofilowy
NZOZ**

(certyfikat ISO 9001:2000)

**działający
w pobliżu
Wągrowca**

tel. 604 473 051

BIURO RACHUNKOWE

SALDO

ul. Prądnicka 4, Poznań, tel./faks 61 843 26 16

Wasz ZUS i podatki w naszych rękach od 20 lat

NZOZ Hercules
zatrudni

**Lekarza
ortodontę
Lekarza
stomatologa**

kontakt:

biuro@hercules.com.pl
tel. 696 421 552

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

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
www.filobiuro.pl

WOLA POZNAŃ

Ośrodek lub lokale
pod medycynę paliatywną
lub inną do sprzedania
lub wydzierżawienia
tel. 603 236 219

LOKALE

po urol. gin. endoskop
Poznań, Os. Stare Żegrze
do sprzedania lub wydzierżawienia
lub inne specjalności
tel. 603 236 219

przejdź
na naszą stronę
www.wil.org.pl

