

BIULETYN INFORMACYJNY nr 10 (213) • POZNAŃ, PAŹDZIERNIK 2012



ISSN 1233-2216

WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA



TOYOTA

Zbadaj ciekawy przypadek wyjątkowej oferty dla lekarzy*



Zapraszamy do naszych salonów:

Toyota Ukleja Poznań - Suchy Las

ul. Obornicka 132

tel. : +48 61 811 75 70

e-mail: 070@toyota.pl

www.toyota-ukleja.pl

Toyota Ukleja Ujście

ul. Piłska 45

tel.: +48 67 210 51 00

e-mail: 042@toyota.pl

www.toyota-ukleja.pl

Toyota Avenis – zużycie paliwa i emisja CO₂ (UE 80/1268 z późn. zm.) w zależności od wariantu i wersji auta: od 4,5 do 7,0 l/100 km i od 119 do 170 g/km (cykl mieszany). Toyota Auris – zużycie paliwa i emisja CO₂ (UE 80/1268 z późn. zm.) w zależności od wariantu i wersji auta: od 4,7 do 6,5 l/100 km i od 124 do 152 g/km (cykl mieszany). Toyota Yaris – zużycie paliwa i emisja CO₂ (UE 80/1268 z późn. zm.) w zależności od wariantu i wersji auta: od 3,9 do 5,4 l/100 km i od 103 do 123 g/km (cykl mieszany). Informacje o działaniach dotyczących odzysku i recyklingu samochodów wycofanych z eksploatacji: www.toyota.pl. Samochody przedstawione na fotografii mogą różnić się od samochodów objętych niniejszą promocją.

* Oferta dotyczy wyłącznie lekarzy medycyny oraz stomatologów.

Diagnoza wstępna

Spis treści

Moim zdaniem	4
Powakacyjne ożywienie	5
Czy można badać pacjenta przez okno?	6
Historia kołem się toczy	8
Silva rerum	10
Co mogą znaleźć w sieci lekarze stomatolodzy?	10
I Mistrzostwa Polski Stomatologów w tenisie ziemnym	12
Upadek królowej	14
Drogo leczyć czy tanio marnować	17
Pożegnania	20
Nasze wspólne wyprawy	21
Poznańska Malta	22
Dawka informacji	24
Szkolenia i rekreacja na Warmii i Mazurach	25
SHORT CUTS	26
Lekarze – patroni wielkopolskich ulic	28
Wiersze	30

NFZ i Majowie



W ochronie zdrowia chodzi teraz głównie o oszczędności. Nie tyle o leczenie, skuteczność, dobro chorego, ile o to, żeby było taniej. Żeby starczyło na wszystko, choć na wszystko nie ma. Jeżeli pacjent dożyje i załapie się na limity, terminy, kontrakty – to jego wygrana. A jeżeli nie... no cóż. Oczywiście pan minister i pani prezes opowiadają, że wszystko robi się po to, żeby pacjentowi było lepiej, łatwiej, bez kolejek i taniej w aptece. Widok przychodniowych poczekalni, szpitalnianych korytarzy, zawiedzionych chorych przy wykupie leków zdaje się jednak świadczyć o czymś innym. Chorować jest bardzo ciężko... Słuchając oficjalnych wystąpień, można dojść do wniosku, że misją służby zdrowia jest komercjalizacja i podejmowanie działań oszczędnościowych, poprawiających finansowanie szpitali i przychodni, czy jak to się teraz oficjalnie nazywa „przedsiębiorstw podmiotu leczniczego”. O osiągnięciach czysto medycznych czy organizacyjnych mówi się tyle, co kot napłakał.

Bo też liczą się tylko pieniądze. Lekarze co roku, żeby nie powiedzieć każdego dnia, wykazują, że za te pieniądze leczyć się nie da. Powstają zadłużenia, ale prawdę powiedziawszy – jakoś to się przecież kręci. W przyszłym roku ma być gorzej. To znaczy będzie trochę więcej pieniędzy, ale wliczając inflację, wyjdzie mniej więcej na to samo. A to oznacza, że sytuacja będzie podobna, wzrośnie zadłużenie, trwać będą kolejki, POZ i stomatologia nie dostaną dużo więcej, jeżeli w ogóle, nadal zasadniczym beneficjentem funduszu będą szpitale, a one potrafią „zagospodarować” każdą sumę.

Budżet ochrony zdrowia trzeba koniecznie zasilić. Ale czym? Podniesienie składki czy wprowadzenie priorytetów to decyzje polityczne. Niepopularne, nieakceptowane społecznie, ale chyba niezbędne. Potrzeba tylko odwagi decydentów... Chociaż – zdradzimy tu tajemnicę – najprawdopodobniej problem resortu i funduszu rozwiąże się sam w grudniu tego roku. Raz na zawsze i definitywnie – NFZ zniknie, resort zresztą też. Wiemy to z miarodajnego źródła. Stanie się to jeszcze przed świętami Bożego Narodzenia, dokładnie 21 grudnia 2012 r. No i problemy z ochroną zdrowia będziemy mieli z głowy. W tym dniu ma nastąpić koniec świata. Majowie obliczyli dokładnie, że właśnie wtedy mija 5125-letni cykl kalendarzowy i nie ma zmiłuj. Skończy się wszystko. Nawet NFZ nie przetrzyma...

Andrzej Baszkowski

Moim zdaniem...



Krzysztof Kordel
prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

Moim zdaniem, zaczyna się masowe przechodzenie lekarzy z etatowej formy zatrudnienia na kontrakty cywilnoprawne. W pewnej części jest to nasz wybór, ale niektórzy z nas nie mają innej możliwości znalezienia pracy. Coraz częściej można usłyszeć, i ja się z tym poglądem zgadzam, że są to „śmieciowe” umowy. Coś jest na rzeczy.

Mam nadzieję, że stan lekarski jest świadomy, jakie są plusy i minusy samozatrudnienia. Z jednej strony, można dłużej pracować, a tym samym więcej zarobić. I tu pojawia się pytanie, ile godzin na dobę można pracować bez rujnowania sobie zdrowia. Nie przypadkiem dyrektywa unijna mówi o konieczności zapewnienia pracującemu europejczykowi 11 godzin wypoczynku na dobę. Statystyki wypadków przy pracy i popełnianych błędów wynikających z przemęczenia są nieubłagane. Jest nas zbyt mało, by pracując w takim systemie, sprostać zadaniu zapewnienia leczenia wszystkim potrzebującym. Wymyślono więc obejście prawa – kontrakt cywilnoprawny lub w niektórych wypadkach *opt-out*. No i pracujemy jak nigdy dotychczas. Taki styl pracy staje się niebezpieczny zarówno dla pacjentów, jak i dla nas. Nie tak dawno media poprosiły mnie o wypowiedź, co sądzę o sfotografowanym przez pacjentkę planie dyżurów w jednym z naszych szpitali – z planu wynikało, że na 14 dni zaplanowanych kolejnych dyżurów 10 ma ordynator oddziału (dodam, że chodziło o położnictwo i ginekologię). Moim zdaniem, do kategorii cudu należy zaliczyć, że nic złego w tym czasie się nie wydarzyło (może za wstawiennictwem kapelana szpitalnego u Najwyższej Instancji). A co ja miałem powiedzieć dziennikarzom? Niestety, statystyki błędów medycznych również w Polsce obowiązują i nie kłamią. Błędy będą i pracowanie lekarza na pewno nie będzie traktowane jako okoliczność łagodząca.

Oczywiście, że pieniądze są każdemu potrzebne, ale w ich zdobywaniu potrzebny jest także zdrowy rozsądek. Wydaje się oczywistością, że część z nas zapomniała, że bycie przedsiębiorcą wiąże się z koniecznością myślenia o wielu sprawach, o których przy zatrudnieniu pracowniczym myśleli za nas inni – trzeba się odpowiednio ubezpieczyć, zgłosić wytwarzane odpady i spaliny, wdrożyć po-

litykę bezpieczeństwa zarządzania danymi wrażliwymi i Bóg jeden wie, co nam jeszcze wymyślą, a także chociażby samemu zapłacić składkę do izby). Najważniejsze jest jednak, żeby pomyśleć o przyszłości. Co będzie, kiedy z różnych powodów nie będę mógł się wywiązać z podpisanej umowy kontraktowej – chociażby z powodu choroby czy wypadku? ZUS wypłaci pieniądze dopiero po miesiącu. I to jakie? Ano takie, jaka jest odprowadzona do niego składka – bardzo często najniższa z możliwych. Co będzie, kiedy nie da się już pracować? Moim zdaniem, nikt za nas o tym nie pomyśli.

Moim zdaniem, warto odłożyć coś na przyszłość i pomyśleć o nowym ubezpieczeniu, które wchodzi na polski rynek – ubezpieczenie od niemożności wykonywania kontraktu medycznego. Niedługo przekażemy więcej informacji na ten temat.

Kolejnym zagrożeniem, jakie widzę w zatrudnieniu kontraktowym, jest szkolenie naszych następców. Gdzie w tym systemie jest miejsce na relację mistrz – uczeń? Kto za to zapłaci? Z drugiej strony, starzejemy się i możemy sami potrzebować pomocy medycznej, a następców może nie być.

W ostatnich wywiadach wielokrotnie podnosiłem kwestię braku lekarzy w stosunku do zapotrzebowania społeczeństwa na nasze usługi. Niestety, nie widzę, by ktoś z rządzących się tym przejmował. Nieznacznie zwiększone limity przyjęć na studia medyczne radykalnie sytuacji nie zmieniają. Podobnie zmiana systemu kształcenia i zniesienie stażu (jakoś tego nowego systemu jako belfer uczelniany nie potrafię sobie wyobrazić) nie wypełni luki, która tworzyła się przez ostatnie ponad 20 lat. Najtragiczniejsze w tym wszystkim są nieszczęsne rezydentury, a zwłaszcza brak pieniędzy. W tym roku (może dzięki temu, że minister pracy jest lekarzem) w ostatniej chwili znalazły się pieniądze na 2500 etatów rezydenckich z Funduszu Pracy. A studia skończyło 4000 młodych ludzi, którzy chcą się dalej kształcić.

Moim zdaniem, należy się zastanowić nad zmianą specjalizowania – może warto wrócić do możliwości kształcenia się w miejscu pracy, tylko z okresowymi stażami w ośrodkach klinicznych. Jeśli nie pomożemy naszej młodzieży, to nie dziwnym jest, że wyjedzie z kraju, a nam pozostanie modlić się o zdrowie i już teraz o nie zadbać.

Co słyszeć w izbie...

Powakacyjne ożywienie



Po wakacyjnym spowolnieniu, w przeciwieństwie do światowych rynków, w Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej nastąpiło znaczące ożywienie.

Po pierwsze, realizowane są prace związane z modernizacją parkingu. Obejmują one kanalizację deszczową, roboty ziemne i drogowe oraz montaż oświetlenia i kontroli dostępu. Zakres prac jest naprawdę imponujący i z pewnością wiele osób odwiedzających WIL nie spodziewało się aż takich utrudnień. No i właśnie za te utrudnienia serdecznie przepraszamy. Mam nadzieję, że pisząc kolejne sprawozdanie, będę mógł ponownie potwierdzić, że prace idą zgodnie z planem. Zakończenie projektu ma nastąpić 22 października.

Roboty budowlane nie spowodowały jednak żadnych przestoju w działalności administracyjnej, a w szczególności szkoleniowej.

Z administracyjnej perspektywy najistotniejsze było przyznanie miejsc stażowych. Na wniosek Komisji ds. Kształcenia Medycznego listy zatwierdziło prezydium na posiedzeniu 11 września. Kolejne posiedzenie prezydium miało przed posiedzeniem Okręgowej Rady Lekarskiej, które z uwagi na I Festiwal Chórów Lekarskich odbyło się 22 września w Ostrowie Wielkopolskim. Na posiedzeniu ORL omawiano już zagadnienia związane z następnymi wyborami do organów samorządu lekarskiego w przyszłym roku. Pierwsze czynności związane z wyborami zostaną jednak przeprowadzone przez Okręgową Komisję Wyborczą już w październiku.

Należy również odnotować aktywność komisji problemowych, które zorganizowały swoje posiedzenia: Komisja ds.

Emerytów i Rencistów (10 września), Komisja Etyki Lekarskiej (12 września), Komisja Finansowa (19 września).

Przywołany wyżej I Festiwal Chórów Lekarskich organizowała Wielkopolska Izba Lekarska po raz pierwszy w historii. Odbył się on w dniach 20–22 września w Ostrowie Wielkopolskim. Podczas dwóch pierwszych dni była okazja do wysłuchania koncertów chórów lekarskich w ostrowskiej synagodze, a w finale w Ostrowskim Centrum Kultury wystąpiły wszystkie chóry z towarzyszeniem zespołu kameralnego WIL.

Na koniec jest mi niezmiernie przyjemnie opisać działalność szkoleniową WIL we wrześniu. Udało się zorganizować kilka kursów i spotkań, które cieszyły się bardzo dużym zainteresowaniem. Zaczęliśmy od wizyty w Delegaturze Kaliskiej i przeprowadzenia kursu komputerowego 6 i 7 września. Kursy komputerowe odbyły się również w Poznaniu, i to dwukrotnie: 11 i 12 września oraz 18 i 19 września. Wróciły również kursy z medycyny ratunkowej: 21 września odbyło się szkolenie „Stany nagłe w praktyce lekarza dentysty”, a 25 i 27 września kurs „Nagłe zagrożenia stanu zdrowotnego w praktyce lekarskiej”. Od 20 września rozpoczęliśmy również cykl kursów „Zakażenia oddechowe”. W kolejnych miesiącach kurs ten będzie się odbywał w delegaturach WIL. Zorganizowano również robocze warsztaty poświęcone programowi „Prawo i zdrowie” 25 września. Jest to darmowa aplikacja dla członków WIL dostępna za pośrednictwem strony internetowej izby, która umożliwi dostęp do aktualnych aktów prawnych i komentarzy oraz daje możliwość zadawania pytań ekspertom. 14 września zorganizował spotkanie szkoleniowe dla swoich zastępców Okręgowej Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej. Kontynuowane są również kursy językowe, a także rozpoczęliśmy kolejną edycję z rozszerzoną ofertą.

MAREK SAJ

Z medycznej wokandy

Czy można badać pacjenta

JĘDRZEJ
SKRZYPCZAK

GRZEGORZ WRONA

Choć pytanie zawarte w tytule może brzmieć niedorzecznie (i nie chodzi wcale o okna pewnego znanego koncernu komputerowego, co samo w sobie zasługuje na odrębne opracowanie), to jednak taki stan faktyczny był podstawą procesu przed jednym z sądów lekarskich i dotyczył badania psychiatrycznego. Otóż do jednego z okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej wpłynęła skarga A. na lekarza psychiatrę dr n. med. X. o wystawienie opinii o stanie zdrowia bez badania. Po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego rzecznik złożył wnioski o ukaranie dr. X., obwiniając go o to, że popełnił błąd diagnostyczno-decyzyjny, bowiem będąc w W. z zamiarem przeprowadzenia badania psychiatrycznego A. u niego w domu, gdzie nie został wpuszczony, rozpoznał u „badanego” zaburzenia urojeniowe oraz niezdolność do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, opierając się jedynie na wywiadzie od S., żony „badanego”, i krótkiej obserwacji „przez okno”, bez osobistego badania lekarskiego i nawiązania kontaktu słownego. Na tej podstawie obwiniony lekarz uznał, że A. wymaga leczenia psychiatrycznego w trybie wnioskowanym z art. 29 ustawy o zdrowiu psychicznym, tj. o naruszenie art. 30 ustawy z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego oraz art. 40 Kodeksu Etyki Lekarskiej.

OSL orzeczeniem uniewinnił dr. X. o stawianych mu zarzutów. Od tego orzeczenia OROZ i pokrzywdzony odwołali

się do NSL. NSL uchylił zaskarżone orzeczenie i przekazał sprawę do ponownego rozpoznania przez sąd I instancji. OSL po przeprowadzeniu ponownego postępowania i zasięgnięciu drugiej opinii biegłego psychiatry prof. V. uznał dr. X. winnym zarzucanego przewinienia zawodowego i wymierzył mu karę nagany. Od tego orzeczenia tym razem odwołał się pokrzywdzony i obrońca obwinionego. W opinii NSL oba odwołania nie były zasadne.

Sądy lekarskie w trakcie postępowania dowodowego ustaliły, że oprócz żaluzji w oknach były także rolety, co mogło mieć wpływ na czas obserwacji przez dr. X. Wymierzając karę, OSL w trakcie drugiego procesu uwzględnił w orzeczeniu jej wysokości dotychczasową dobrą opinię dr. X., jego niekaralność, a także fakt, że wydane z naruszeniem zasad art. 40 KEL i dobrej praktyki lekarskiej, wystawione na podstawie takiego „badania przez okno” przez ukaranego lekarza, zaświadczenie nie skutkowało szczególnie dolegliwymi następstwami w postaci np. umieszczenia pokrzywdzonego w szpitalu psychiatrycznym. W tych okolicznościach wymierzenie kary nagany było adekwatne do przewinienia zawodowego, którego dopuścił się obwiniony lekarz, a także wystarczająco dla niego dotkliwie.

Zdaniem NSL – w świetle zebranego materiału dowodowego – wina obwinionego nie budziła wątpliwości. Zdaniem sądu II instancji opinie biegłych były pełne, jasne i nie zawierały wewnętrznych sprzeczności. Były one całkowicie zgodne, jeśli chodzi o odpowiedzi na pytania sądu (jednoznacznie podkreślały niedopuszczalność takich praktyk), natomiast różniły się w poszczególnych sformułowaniach, co wydawało się sądowi naturalne, gdyż były wydane samodzielnie i odrębnie przez dwóch różnych psychiatrów. Jak podkreślił NSL w uzasadnieniu swojego drugiego i ostatecznego orzeczenia, zawód lekarza jest zawodem szczególnego zaufania. Badanie psychiatryczne jest badaniem specjalistycz-

nym, ale pozostaje nadal badaniem lekarskim. Część pacjentów może zachowywać się niechętnie i podejrzliwie, część może utrudniać jego przeprowadzenie, niektórzy mogą protestować i zachowywać się wręcz agresywnie. Nie zwalnia to jednak psychiatry od cierpliwości, prób nawiązania kontaktu i dołożenia wszelkich starań, aby wydane w następstwie zaświadczenie lekarskie czy skierowanie do szpitala było oparte na rzetelnych podstawach. Badanie lekarskie – w szczególności psychiatryczne – powinno być prowadzone w taki sposób, aby poddana mu osoba miała świadomość, iż jest badana, lub co najmniej w sposób potencjalnie stwarzający możliwość uświadomienia, że stanowi ono badanie lekarskie. Każda osoba widząca na zamkniętym terenie swojej posesji nieznaną osobę zaglądnącą do domu przez zamknięte okna może się czuć nieswojo, może mieć obawy, czy osoba ta jest tym, za kogo się podaje, czy nie jest to np. złodziej. W ocenie NSL przeciętny obywatel nie spodziewałby się, że taka sytuacja może być interpretowana jako badanie psychiatryczne i to skutkujące wystawieniem zaświadczenia o stanie zdrowia psychicznego. Według NSL, „badanie” dr. X. było niewystarczające do wydania rzetelnego zaświadczenia lekarskiego, a więc wystawienie zaświadczenia o stanie zdrowia pokrzywdzonego nastąpiło z naruszeniem art. 40 KEL i art. 42 ustawy o zawodzie lekarza. Trzeba tu zaznaczyć, że na podstawie takiego badania, ukarany lekarz rozpoznał zaburzenia urojeniowe u A., ponadto stwierdził, że nieprzyjęcie osoby badanej do szpitala psychiatrycznego spowoduje pogorszenie jego stanu zdrowia oraz że badana osoba jest niezdolna do zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych.

Na marginesie warto zwrócić uwagę na jeszcze jeden wątek podniesiony w uzasadnieniu orzeczenia NSL. Otóż sąd ten czuł się zobowiązany odpowiedzieć na dywagacje obrońcy zawarte w piśmie procesowym, odnośnie do fragmentu uzasadnienia do orzeczenia OSL, dotyczące-

przez okno?

go postawy obwinionego przed Sądem, polegającej na kreowaniu zarzutów wobec biegłych, konsultantów wojewódzkiego i krajowego w dziedzinie psychiatrii, starszych od niego lekarzy, doświadczonych i szanowanych profesorów. Jak podkreślono, każde środowisko ma naturalną potrzebę kreowania i uznawania autorytetów, tak samo w prawie, jak i w medycynie. NSL zawsze z dużym szacunkiem, mimo znanej mu zasady samodzielności jurysdykcyjnej wynikającej z art. 8 kpk, odnosił się do wyroków Sądu Najwyższego. Sędziowie Sądu Najwyższego przez wiele lat wchodziłi w skład zespołów orzekających NSL. W odwołaniu cytowany był także wyrok Sądu Najwyższego, co świadczy o znajomości przez obronę faktu, że w przypadkach nieujętych w kodeksach wyroki Sądu Najwyższego kształtują wykładnię prawa. Tak samo stanowi art. 76 KEL: „w przypadkach nieprzewidzianych w KEL należy się kierować zasadami wyrażonymi w uchwałach władz samorządu lekarskiego, w orzecznictwie sądów lekarskich, oraz dobrymi obyczajami przyjętymi przez środowisko lekarskie”. Dlatego też – zdaniem NSL – sąd lekarski ma prawo wyrazić swoją opinię na temat postawy obwinionego lekarza przed sądem, która to postawa nie ma nic wspólnego z dobrymi obyczajami środowiska. Czym innym jest dyskusja i polemika z autorytetami, jeśli jest oparta na racjonalnych argumentach, a zupełnie czym innym arogancja, co sąd lekarski powinien odróżnić i napiętnować. Konsultant wojewódzki i krajowy oprócz doświadczenia zawodowego, dorobku naukowego, musi swój autorytet potwierdzić opinią środowiska i akceptacją przez izbę lekarską. Stąd też zaakcentowano, że NSL bardziej ceni sobie opinie uznanych specjalistów niż dowolnie wybrane przez obronę cytaty z podręcznika. Podniesiony przez obronę fakt, że obwiniony był nauczycielem akademickim z pewnym dorobkiem naukowym, w myśl art. 78 KEL, który nakłada na niego obowiązek stanowienia swoim postępowaniem przykładu godnego naśladowania dla studentów i młodych

lekarzy, mógłby wobec całokształtu tej sprawy być tylko dodatkową okolicznością obciążającą.

NSL zwrócił też uwagę na jeszcze inny aspekt tej sprawy. Otóż jego w ocenie, rozstrzygając tę sprawę, należało mieć na uwadze także szczególną odpowiedzialność lekarza psychiatry przed podjęciem decyzji o potrzebie umieszczenia badanego w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym. Negatywny stosunek do badania jest prawem chorego, a psychiatrzy nie wolno tracić z pola widzenia faktu, że obligatoryjna obserwacja w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym może się okazać dla stanu zdrowia psychicznego zła w skutkach i jest *de facto* pozbawieniem wolności. Istnieje opisane w literaturze przedmiotu występowanie stresu pourazowego

u osób zmuszonych do przebywania na oddziale psychiatrycznym. Trybunał Konstytucyjny orzekł, powołując się na doświadczenie *Collegium Medicum* Uniwersytetu Jagiellońskiego, które dowodzi, że nawet w najtrudniejszych, najbardziej skomplikowanych sprawach wystarczające jest posłużenie się badaniem ambulatoryjnym, odpowiednio długo trwającym.

Jak z powyższego wynika, przedstawiony stan faktyczny stał się podstawą do sformułowania ciekawych i wielowątkowych wywodów, które z pewnością mogą się okazać pouczające.

Ciekawi jesteśmy, czy dzisiaj ukarany lekarz postąpiłby w podobnej sytuacji inaczej? A czy każdego z nas nie trapią wątpliwości, iż nawet w bardzo dużym pośpiechu, do którego zmusza nas codzienność, nie powinniśmy nieco dokładniej zbadać chorego przed podjęciem wielu, nawet mniej znaczących niż w opisanym przypadku, decyzji?

NACZELNA IZBA LEKARSKA, WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA
I STOWARZYSZENIE „POLSKA ORKIESTRA LEKARZY”
ZAPRASZAJĄ NA

TRZECI KONCERT POLSKIEJ ORKIESTRY LEKARZY



DYRYGENT: DOBROCHNA MARTENKA
FORTEPIAN: JOLANTA RESZELSKA

W PROGRAMIE:

L. van Beethoven – Uwertura Egmont op. 84
E. Grieg – Koncert fortepianowy a-moll op. 16
F. Schubert – Symfonia h-moll Niedokończona (D759)

POZNAŃ AULA NOVA 21.10.2012 GODZ.17

Historia kołem się toczy

19 maja 1920 r. Sejm przyjął ustawę o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, co równało się powstaniu kas chorych. Miały być one dobrodziejstwem dla pracowników najemnych i najuboższych, a także dobrymi miejscami pracy dla lekarzy. Tak się jednak nie stało. Pacjenci byli niezadowoleni z konieczności płacenia składki. Lekarze z kolei nie byli zachwyceni faktem sprowadzenia ich do roli pracowników najemnych kas i podporządkowania wolnego zawodu lekarza administracji kasowej. Czary goryczy dopełniły zaniżone ceny, jakie kasy płaciły za wykonywane świadczenia w ramach ubezpieczeń, a także zastąpienie wolnego wyboru lekarza przydzieleniem pacjenta do określonego lekarza kasowego. Lekarze podkreślali, że ustawa pomijała tradycje wykonywania zawodu lekarza – jego profesjonalizm, godność i etykę zawodową.

Mnożyły się więc protesty lekarzy. W „Nowinach Lekarskich” pojawiały się artykuły coraz gwałtowniej atakujące kasy. Przytaczamy dwa artykuły z 1923 i 1925 r. Są one reprezentatywne dla atmosfery, jaka wtedy panowała wśród lekarzy. Byli rozgoryczeni, uważali, że nikt się nie przejmuje ich losem i bytem ich samych oraz ich rodzin. Proszę zwrócić uwagę na język, jaki pojawił się w oficjalnym przecież periodyku. Zachowaliśmy oryginalną składnię i pisownię.

AB

„NOWINY LEKARSKIE” pisały 82 lata temu...

„Wszyscy wiedzą jak Polska długa i szeroka, że instytucje Kas Chorych stały się terenem walk partyjnych dla najrozmaitszych stronnictw politycznych, czego są dowodem walki do zarządów Kas Chorych w Warszawie, Poznaniu i Krakowie. Wiemy również o tym, że ustawa o Kasach Chorych została tak skonstruowana, ażeby z góry zabezpieczyć wpływ dominujący właśnie tym, którzy w ogóle żadnego o lecznictwie pojęcia nie mają. Lekarzy usunięto od wszelkich wpływów na rozwój lecznictwa kasowego, pomimo, że społecznych, dla rozwoju którychby pracować mogli.

Ustawa o Kasach Chorych daje lekarzom naczelnym przecież tylko głos doradczy, a do rozstrzygnięcia w sprawach istotnie ważnych dopuszcza laików, którzy w niektórych nawet Kasach decydują, czy te lub inne zabiegi lecznicze mogą być przez lekarzy wykonywane. (...)

System wolnego wyboru lekarza powstał jako przeciw wstawienie do krańcowego odmiennego systemu ambulatoryjnego, (gabinetów kasowych) opartego na uprzywilejowaniu pewnych grup lekarzy z jednej strony, z drugiej strony odebraniu pracy lekarskiej charakteru wszelkich cech indywidualnych, robiąc z lekarza pracownika, wykonywującego na godziny swoje czynności i na godziny płatnego. (...) W tym wypadku chodzi jedynie o podkreślenie, że ściśle teoretycznie założenie stosowanie lecznictwa ambulatoryjnego w Kasach zostało demagogicznie wprowadzone w czyn, i pomimo najróżnorodniejszych objawów niedomagania tego systemu w obecnych warunkach ekonomiczno-społecznych, trwa ono nieustępliwie, bez okazywania najmniejszych chęci przystosowania się do otaczających go warunków, jakie powstały wobec istnienia Kas Chorych, nie posiada właśnie tej nieustępliwości. Przy stosowaniu się on do tych warunków. System ten, w przeciwieństwie do systemu ambulatoryjnego, nazwać można by systemem, opartym na podłożu etycznym w stosunkach koleżeńskich, gdyż wyklucza protekcyjność, a umożliwia pracę wszystkim lekarzom, którzy w obrębie danej Kasy zamieszkują. Zwolennicy tego systemu nie zamykają oczu na pewne niedomogi z wolnym wyborem lekarza związane i starają się je usunąć.

Nie jest przeto żadnym dowodem przeciwko wolnemu wyborowi lekarzy, że Związek Lekarzy w Poznaniu ograniczył liczbę punktów, jakie lekarz maksimum może zarobić. (Chodziło o to, jak można przeczytać w innym miejscu, że dochód lekarza zależy od liczby porad, przeto niejednokrotnie lekarz dąży choćby podświadomie do zrobienia dużej ilości wizyt lekarskich, często bez potrzeby, często kosztem krańcowej oszczędności czasu niezbędnego na poradę, wreszcie, nieraz z uszczerbkiem dla chorego). Przeciwnie jest to dowodem, że na tej drodze możliwe jest porozumienie pomiędzy zwolennikami wolnego wyboru lekarza a Kasami, gdyby ze strony tych ostatnich widać było zrozumienie potrzeby uzgodnienia wspólnych zapatrywań na nieuzgodnione odtąd punkty w systemie lecznictwa kasowego.

Autorzy (zwolennicy systemu kasowego) zapominają o tym, jak w wyidealizowanym przez nich systemie ambulatoryjnym pękały butelki rozbijane o drzwi gabinetów ambulatoryjnych w Warszawskiej Kasie Chorych, na stosunek naczelnego lekarza do swoich współpracowników lekarzy, na zapowiedziane redukcji wśród tych ostatnich, na odruch pracowników Warszawskiej Kasy Chorych, którzy w obronie interesów swoich powołać musieli odrębne pismo zawodowe „Lekarza Kasowego”.

Twierdzenie (...) jakoby istniały organizacje lekarskie, które wysuwając hasło wolnego wyboru lekarza, żądały jednocześnie równomiernego rozdzielania chorych pomiędzy wszystkich miejscowych lekarzy, należy kategorycznie sprostować i uznać jako nieściśle i nie zgadzające się z prawdą.

Jest ono do pewnego stopnia insynuacją wobec zwolenników wolnego wyboru lekarza i jest chyba obliczone jedynie na łatwowiernych i niezorientowanych czytelników.

Wszelkie zakusy wprowadzenia tego systemu w Województwie Poznańskim przez miejscowe Kasy Chorych, były kategorycznie przez Związek Poznański odrzucane. Na temat ten odbywały się niejednokrotne konferencje i każdorazowo idea, reprezentowana przez kierownicze strefy kasowe ryczałtowego opłacania lekarzy w kasach w danej miejscowości, nie mogła być przyjęta z powodu zasadniczego stanowiska Związku, że wynagrodzenie za czynności lekarskie odpowiadać powinno intensywności i wydajności pracy lekarza”.

Dlaczego lekarze winni się zorganizować?

Gospodarcze położenie sanu lekarskiego (...) jest niekorzystne. Mówiąc o stanie lekarskim ma się na myśli ogół lekarzy praktykujących. Wyjątkowe wśród tysięcy powodzenie głośnych jednostek lub wielką sławą cieszących się specjalistów, w szczególności profesorów Wszechnic, nie zmienia zupełnie warunków, w jakich znajduje się ogół.

(...) stan lekarski tak co do swej zamożności, jak co do powagi w społeczeństwie, stacza się dół z chyżością przyspieszoną.

Składa się na to wiele czynników. Przedewszystkim nadmierny przyrost.

Ubywa nas (...) najwyżej 30-tu. Przybywa kilkuset. Jeżeli nawet, dzięki ograniczonej ilości przyjmowanych na wydział lekarski słuchaczy, ilość promowanych doktorów (...) spadnie (...), to wobec już dziś istniejącego przesylenia w zawodzie lekarskim za lat kilka lekarz ten, do niedawna jeszcze wzór wolnego i niezawisłego człowieka, będzie biednym proletariuszem, żyjącym w nędzy z dnia na dzień.

To przesylenie lekarzami powoduje oczywiście objawy współzawodnictwa, nie zawsze licujące z godnością stanu. Wśród tysięcy lekarzy znajdują się naturalnie ludzie o charakterach mniej silnych, mniej etycznych, którzy nawet w warunkach prawidłowych przenosiliby powodzenie materialne nad zasady etycznego współżycia koleżeńskiego i nieskalanej służby społeczeństwu w myśl ideowego posłannictwa lekarza. Cóż dopiero dziać się może, jeżeli setki lekarzy nie są, czy też nie będą w stanie zarobić na chleb codzienny rzetelnym wykonywaniem swojego zawodu? (...)

Ważną dalej przyczyną, podkopującą materialny byt lekarzy, jest znachorstwo. (...)

Zastanowić się każdy z nas musi, jak to być może, że w państwie, w którym istnieje przymus adwokacki, w którym więc w zasadzie nie wolno nikomu, poza adwokatem, być rzecznikiem drugiego, gdy idzie o kilka złotych, w którym każde partactwo, a osobliwie „prawnicze”, czy „adwokackie”, tępi się w niemiłosierny sposób, w którym równocześnie szumnie i wiele mówi się o trosce o zdrowie publiczne, cierpi się, a nawet popiera partactwo lekarskie.

W ogóle wszędzie i zawsze, gdzie warstwy rządzące, czy to rząd, czy sejm, stanowiąc mają o czymś, co dotyczy lekarzy, postanowienia te owiane są duchem oczywistej, jeśli nie wprost nienawiści, czy niezyczliwości, to niezyczliwej obojętności. Dlaczego lekarzowi płaci się za obecność na rozprawie głównej w sądzie za pół godziny 2 zł. – dosłownie dwa złote – a adwokaci ten sam sędzia przyznaje co najmniej 20 zł! (...)

Do tego wpływ Izby lekarskich na wszelkie sprawy, tyżące się ogółu lekarzy, a poza Izbami się rozgrywające, równa się niemal zeru. O szewcach czy bednarzach bez zgody ich cechu nikt niczego nie może postanowić, ale lekarzom narzuca się rozmaite obowiązki, nie licząc się zupełnie ze zdaniem Ich stanowych przedstawicielstw. (...)

Z całym naciskiem i jak najdosadniej musimy zaznaczyć, że my lekarze nie jesteśmy i nie mamy prawa być przeciwnikami zasady ubezpieczenia społecznego w ogólności a ubezpieczenia na wypadek choroby w szczególności. Ubezpieczenia tego nie zwalczymy, ani zwalczyć nie chcemy, przeciwnie uważamy je za nieodzowne, za bezwarunkowo konieczne. A uważamy je za takie w interesie ekonomicznie słabych współ-

obywateli, pracujących ciężko, a zarabiających za ledwie z dnia na dzień bez zapewnienia jutra dla siebie i swych rodzin, skazanych w razie choroby na najskrajniejszą nędzę. Ale uważamy je za konieczne i potrzebne tylko dla tych właśnie ludzi.

Tymczasem ubezpieczenie na wypadek choroby przybrało i przybiera w dalszym ciągu zupełnie niepotrzebnie, jakby w napadzie, czy stanie jakieś megalomanji, tego rodzaju rozmiary, że jest ono zamachem na wolny stan lekarski, odbiera ogółowi lekarzy ich wolności, podkopuje ich byt materialny, czyni z nich najmitów, wprost wrogich im instytucji, albo do proletaryzacji społeczeństw dążących stronnictw politycznych, nie dając za to lekarzom nic, zgoła nic.

Przeciw temu stanowi rzeczy muszą wystąpić lekarze z całą stanowczością, z całą siłą i energią, na jaką stać człowieka w stanie najwyższego zwątpienia, najwyższej rozpacz, przyczem jednostki muszą podporządkować chwilowy swój interes dobru ogółu, czy dobru wszystkich bez wyjątku – w przyszłości. Do współpracy w tej sprawie winni stanąć wraz z nami, lekarzami wolno-praktykującymi, profesorowie wydziałów lekarskich. Winni to uczynić przede wszystkim celem zaznaczenia swej przynależności do stanu, swej łączności z szeroką rzeszą lekarzy, celem nadanie całej dalszej akcji powagi i siły na zewnątrz i wewnątrz, a niemniej także dlatego, ponieważ ich nietykalność i odporność w stosunku do sprawy ubezpieczenia społecznego jest naprawdę pozorną i chwilową. Jeszcze odrobinę dalej na tej drodze, którą idą twórcy ustaw o ubezpieczeniu na wypadek choroby, a wielcy specjaliści wraz z profesorami staną wspólnie z wszystkimi lekarzami w jednym szeregu przymusowych sług pod dyktando proletariatu. (...)

I znowu z małymi tylko wyjątkami lekarze w kasach chorých opłaceni są ryczałtowo za tyle a tyle pracy dziennej, czy tygodniowej pobierają miesięcznie taką a taką płacę, jakichkolwiek najważniejszym w kasie są czynnikami, płaca ich stanowi w budżecie kasy najmniejszą rubrykę. Wydatek na lekarzy we wszystkich kasach pochłania miesięcznie za ledwie kilkanaście odsetek miesięcznego dochodu kas. Lekarz taki jest oczywiście funkcjonariuszem, czy urzędnikiem kasy, od jej zarządu zależnym; on u Zarządu kasy chorych służy.

Płaca, za którą ten lekarz sprzedaje wolność swego zawodu i staje się zarządu kasy sługą, czy urzędnikiem, znaczy w dochodach dotyczącego lekarza pozornie wiele, ale jeśli tę płacę przeliczy się, czy rozbierze według ilości ordynacji, to za jedną ordynację wypadnie za ledwie kilkanaście groszy. (...)

Z reszty dochodów kas chorych pokrywa się zasiłki dla niezdolnych do pracy, które jednak zbyt wiele w regulę – dotąd przynajmniej – nie wnoszą, resztę zaś pochłaniają leki, droga administracja, no i często oszczędności... Otwarcie mówiąc, administracja i oszczędności, to krzywda lekarzy! (...)

Nic też dziwnego, że wszędzie i zawsze, gdy tylko sposobność się nadarzy lub pewnym czynnikom to wygodnie, czyni się z nami, co i jak kto chce, nie licząc się z nimi zupełnie.

Społecznie jesteśmy najslabsi ze słabych, jesteśmy zerem! (...)

Od lekarzy, tylko od lekarzy zależy, by wszystko co ich krzywdzi usunięto i by to, co się ich dotyczy, urządzono po ich myśli. Jedno tylko powinni uczynić – zorganizować się!

Silva rerum

Silva rerum (łac. las rzeczy) to zbiór wiadomości albo utworów różnego rodzaju. W Polsce XV i XVI w. była to księga domowa bądź rodzinna, w której zapisywano rozmaite zdarzenia, także polityczne, wiadomości, dokumenty różnej treści, mowy sejmowe, weselne, pogrzebowe, wiersze, satyry, daty ważniejszych wydarzeń, rachunki, anegdoty, sentencje, przepisy, porady domowe i ciekawostki. Zachowane w rękopisach albo wydane drukiem stanowią bezcenne źródło informacji o życiu i obyczajach dawnej Polski.

Dzięki uprzejmości prof. Andrzeja Kierzka mamy do dyspozycji książeczkę jego autorstwa *Silva rerum medicarum veterum*. We wstępie autor pisze, że publikacja ta „stanowi zbiór wiadomości z różnych dziedzin lekarskiej wiedzy, a także z pogranicza medycyny, dotyczący zarówno ludzi o sławnych w świecie nazwiskach, jak i tych, o których pamięć utrwala tylko owe krótkie wzmianki. Często bowiem popełnia się błąd perspektywy, pamiętając jedynie o wielkich osiągnięciach i wielkich nazwiskach, obecnych na łamach wielkich dzieł. *Silva rerum medicarum veterum* to także wiele licznych i barwnych drobiazgów i ciekawostek z drugiej połowy tak niezmiernie



ciekawego XIX stulecia oraz z pierwszych dekad XX wieku. (...) Głównym celem wydania tego zbioru jest wzniecenie zainteresowania lekarzy i studentów medycyny historią własnej profesji. Może lektura *Silva rerum medicarum veterum* przyniesie im jakąś korzyść? (...) Może według zasady nie nudząc – uczyć, uda się połączyć *utile cum dulci*?”

Jeszcze raz dziękuję profesorowi Kierzkowi za miły prezent. Nadal będziemy drukować fragmenty książeczki. Dzisiaj kolejna część. AB

Silva rerum medicarum veterum

Z Cesarstwa.

Wracz (Nr. 7) słusznie zwraca uwagę na niewłaściwe niekiedy zachowanie się obrońcy względem lekarza, występującego w obec sądu w charakterze biegłego. W Petersburgu podczas sądenia sprawy o okaleczenia, dr. Bernardskij wykazywał, że między innymi na ciele poszkodowanego znajdowały się ślady okaleczeń za pomocą igieł czy szpilek. Obrońca obwinionych p. Andrejewskij odezwał się w te słowa: „oczywistem jest, że dr. B. nie ma ściśle określonego pojęcia o rozmaitego rodzaju krostach, strupach i t. p. a wreszcie czyż dr. B. jest takim luminarzem w medycynie, iżby się mylić niemógł, kiedy przeciw znani i bardzo uczeni lekarze, niekiedy rozpoznać nie są w stanie najzwyczajszej ciąży i lecząc chore na zupełnie inną chorobę, wyprawiają je na tamten świat.” Prezes sądu bynajmniej nieprzywołał beztaktownego obrońcy do porządku.

„Medycyna” 1883, XI, 223

Co mogą znaleźć w sieci lekarze

Nowoczesne technologie stały się już czymś normalnym w życiu prywatnym i zawodowym większości lekarzy stomatologów. To jedna z wielu grup zawodowych, które coraz aktywniej korzystają z internetu w codziennej pracy. Wzrost liczby portali o tematyce stomatologicznej nie zawsze idzie w parze z jakością publikowanych treści.

Wśród przytłaczającej liczby artykułów, dyskusji na forach i plotek trudno odnaleźć rzetelne opracowania o charakterze strictly medycznym. Jeszcze trudniej natrafić na profesjonalne filmy

czy zdjęcia ilustrujące zabiegi lub dobrze przygotowane grafiki. Tego brakuje najbardziej i pod tym względem internet nie zaspokaja rosnących wciąż potrzeb stomatologów.

Z badań przeprowadzonych przez wydawcę serwisu Dentalmentor.pl wynika bowiem, że portale stomatologiczne są

dość krytycznie oceniane przez ich użytkowników – głównie ze względu na ubogą treść edukacyjną, a tych przede wszystkim szukają w internecie lekarze stomatolodzy. Coraz częściej wybierają oni właśnie tę formę samokształcenia jako alternatywę dla szkoleń tradycyjnych.

E-learning to dziś powszechna forma edukacji – atrakcyjna ze względu na niższe koszty oraz dużą oszczędność czasu. Dla wielu stomatologów planujących udział w tradycyjnym szkoleniu lub kursie największym dylematem jest: czy zamykać gabinet i na jak długo? Mogłoby się wydawać, że dla tej grupy oferta

– W dosyć ludnym miasteczku Borszczahówce [gub. Kijowska] niema ani lekarza ani felczera; praktykuje tam tylko... fryzyer, i na jego recepty miejscowy skład apteczny wydaje lekarstwa.
„Gazeta Lekarska” 1910, XXX, 261

W ostatnich dniach ubiegłego miesiąca uniwersytet w Lipsku obchodził 500-ą rocznicę założenia. Uniwersytet lipski zajmował zawsze wybitne stanowisko pomiędzy wszechnicami niemieckimi, szczególnie wydział lekarski odznaczał się doboorem sił naukowych. W Lipsku wykładali profesorowie tej miary, co fizyolog Karol Ludwig, histolog Wilhelm His, dalej klinicysta Wilhelm Wunderlich, anatomopatolog Ernest Wagner, chirurg Thiersch, Credé i inni. Uniwersytet lipski należy do największej uczęszczanych wszechnic w Niemczech i zajmuje 3 miejsce w tym względzie (Berlin, Monachium). Dawniejszymi czasy bywało tam dużo studentów polaków. Do ciała profesorskiego uniwersytetu lipskiego zalicza się od szeregu lat polak warszawianin d-r br. Lesser, chirurg.

„Medycyna i Kronika Lekarska” 1909, XLIV, 771

„Le Praticien” (Nr. 27) podaje opis następnego dramatu, jaki miał miejsce w prowincji hiszpańskiej Walencji,

a dowodzącego niezwyklej w Europie ciemnoty i barbarzyństwa tamecznych mieszkańców. W Puebla-Larga zmarł w ostatnich dniach pewien człowiek z cholery. Rodzina oczekuje opiekującego się nim lekarza i nic nie mówiąc mu o zejściu wprowadza wgląd' mieszkania. Tutaj rzucają się na niepodejrzewającego nic lekarza i wśród najbrutalniejszych obelg i pastwienia się wlewają mu przemocą w gardło wszystkie lekarstwa, pozostałe po chorym, i co zresztą było pod ręką. Scena ta trwała 20 minut. W godzinę później nieszczęśliwa ofiara wyzionęła ducha. Wobec tego faktu i wogóle nader nieprzyjaznego względem lekarzy usposobienia ciemnej i zabonnej ludności, pobudzonej grożącym widmem cholery, Towarzystwo lekarskie w Walencji postanowiło obmyśleć środki zabezpieczenia lekarzy od możliwych nieprzyjemności przy niesieniu pomocy chorym.

„Kronika Lekarska” 1885, VI, 669-670

Uposażenie profesora położnictwa w Krakowie. Sejm galicyjski na posiedzeniu z d. 3. Paźd. b. r. uchwalił jak wiadomo etat osób i płac służby lekarskiej i administracyjnej w szpitalach krajowych. Według tej uchwały prof. położnictwa w Krakowie za pełnienie obowiązków lekarza ordynującego w szpitalu św. Łazarza otrzyma wynagrodzenie w kwocie 200 złr. (!) rocznie.

Co spowodowało komisję szpitalną a następnie i Sejm do powzięcia podobnego rodzaju dziwnej uchwały rzeczywiście trudno pojąć. Komisja szpitalna zapatrywała się podobno w tej mierze na smutne wzory szpitalu lwowskiego, lecz nie wolno jej było zapominać, iż inne zachodzą stosunki w szpitalu lwowskim a inne w Krakowie. We Lwowie klinika położnicza i oddział położnic w jednym znajdują się gmachu, w Krakowie tymczasem szpital św. Łazarza znacznie jest od miasta i od kliniki oddalony. Dalej pod opieką prof. w Krakowie znajdują się podrutki i dzieci szkolne. Profesor położnictwa w rzeczy samej ma uciążliwszą daleko służbę aniżeli każdy inny lekarz ordynujący i za swą pracę ma mieć tak nędzne wynagrodzenie. Płaca w ilości złr. 200 ubliża zarówno stanowisku lekarza szpitalnego jak i godności profesora. Niestety Sejm na równi widocznie stawia profesorów Uniwersytetu z woźnym i stróżami szpitalnymi, którzy nawet większą pobierają płacę bo złr. 300. W uchwale sejmowej będącej w mowie widzimy wielką krzywdę i niesprawiedliwość wyrządzoną profesorowi położnictwa w Krakowie.

„Przegląd Lekarski” 1871, X, 335

EXCERPTA SELEGIT
ANDRZEJ KIERZEK

stomatologodzy?

szkoleń przez internet powinna być niezwykle bogata. Niestety, jest zupełnie inaczej. Nieliczne kursy on-line są bardzo ubogie pod względem treści, a jakość zamieszczonych w nich materiałów pozostawia wiele do życzenia.

Pozostaje tylko mieć nadzieję, że ten stan zacznie się powoli zmieniać, czego pozytywnym objawem może być serwis dla stomatologów Dentalmentor.pl. W gruncie rzeczy jest to nie tyle portal internetowy, ile specjalistyczny program edukacyjny, zawierający bogaty wybór kursów on-line z różnych dziedzin stomatologii: endodoncji, estetyki, chirurgii z implantolo-

Program edukacyjny został zatwierdzony przez Naczelną Izbę Lekarską, dzięki czemu daje możliwość zdobycia ponad 100 pkt edukacyjnych.

logią oraz protetyki. Całość materiału edukacyjnego udostępnionego w serwisie to ponad 36 godzin szkoleń, na które składają się opracowania wideo, instruktaże, zdjęcia i prezentacje. Trzeba przyznać, że to dosyć udana próba bardzo praktycznego ujęcia nietrywialnych tematów.

Program edukacyjny został zatwierdzony przez Naczelną Izbę Lekarską,

dzięki czemu daje możliwość zdobycia ponad 100 punktów edukacyjnych. To z pewnością będzie szczególnie ważne dla tych lekarzy stomatologów, którzy jeszcze nie uzyskali wymaganych 200 pkt.

Warto zaznaczyć, że e-learning to przede wszystkim metoda uzupełniania i rozszerzania wiedzy. Nie zastąpi ani studiów, ani szkoleń z pacjentem. Stanowi jednak bardzo dobrą alternatywę dla wielu kursów i szkoleń tradycyjnych, których program, choć mocno osadzony w teorii, często okazuje się mieć nikłe przełożenie na praktykę w gabinecie.

I Mistrzostwa Polski Stomatologów

Zawód i hobby, profesja i przyjemność! Często te sfery są bardzo odległe, nierzadko jednak się uzupełniają. W wypadku stomatologii i tenisa istnieje podobieństwo na wielu płaszczyznach. W obu potrzebna jest cierpliwość, precyzja, odporność psychiczna, „pewna ręka”, najlepsze indywidualne rozwiązania, wybór taktyki, systematyczność, a także kondycja fizyczna. Cechy te warto więc niekiedy skontrolować, ale przede wszystkim trzeba je ciągle doskonalić.

Na I Mistrzostwach Polski Stomatologów (brawo Poznań!), które odbyły się w drugi weekend września na kortach Centrum Tenisowego Kortowo w Luboniu, spotkało się kilkudziesięciu lekarzy dentyków z różnych regionów kraju, by sprawdzić nie tylko swoje umiejętności na korcie, ale podyskutować o niektórych sprawach zawodowych i spędzić miło czas w korporacyjnym środowisku. Można było sprawdzić celność uderzeń na specjalnie przygotowanym korcie, szybkość serwisu czy wreszcie zagrać kilka dwusetowych meczów (w różnych kategoriach wiekowych). Zacięta rywalizacja powodowała, że wiele meczów kończyło się trzecim, decydującym setem (tie-breakiem). Była również Akademia Tenisowa dla początkujących lub chcących doskonalić swoje umiejętności, prowadzona przez znanego poznańskiego trenera. Cieszy więc szczególnie liczna grupa osób, które po raz pierwszy uczestniczyły w tego typu wydarzeniu.

W krótkiej sesji naukowej firma 3M-ESPE – główny sponsor imprezy – zaprezentowała najnowsze osiągnięcia w zakresie protetycznej rekonstrukcji narządu żucia, a potem już były tylko tenisowe sprawdziany. Jesteśmy przekonani, że w przyszłym roku liczba chętnych do uczestnictwa w tej, jak sądzę, tradycyjnej imprezie będzie jeszcze większa, bowiem obserwacje tenisowego środowiska i „profesjonalne” tenisowe dyskusje dają podstawy do takiej opinii.

Z dziennikarskiego obowiązku warto przytoczyć wyniki zawodów, choć już samo uczestnictwo mogło sprawić przyjemność i być satysfakcjonującą przygodą.

Kategoria pań:

1. miejsce Anna Świder
2. miejsce Anna Lehmann-Kalata
3. miejsce Katarzyna Iżycka

Kategoria panów – OPEN:

1. miejsce Maciej Koczorowski
2. miejsce Andrzej Glabisz
3. miejsce Krzysztof Caruk

Kategoria panów – MASTERS (40–54 lat):

1. miejsce Tomasz Maziak
2. miejsce Marek Andrzejewski
3. miejsce Krzysztof Griman

Kategoria panów 55+:

1. miejsce Jerzy Glabisz
2. miejsce Ryszard Koczorowski
3. miejsce Jan Ligocki

W konkursie na najszybszy serwis zwyciężył Marek Andrzejewski z Piły (147 km/godz.)

W konkursie dokładności pierwszy był Maciej Koczorowski, jednak dopiero po interesującej dogrywce z Marianem T. Nowaczykiem (obaj z Poznania). Miło było zauważyć także niemałą grupę osób towarzyszących oraz kibiców – stomatologów, którym być może jeszcze zabrakło odwagi, by wystartować w takiej imprezie. Szkoda! Może za rok?

RWK



w tenisie ziemnym



PERYSKOP **onet.pl**

Janusz Skowronek

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

Badania potwierdzają: nigdy nie jest za późno, by zacząć ćwiczyć

Korzyści z ćwiczeń fizycznych, np. lepsza sprawność fizyczna i samopoczucie psychiczne, mogą odnosić nawet osoby w bardzo podeszłym wieku, uważane za słabowite – wykazały kanadyjskie badania. Co więcej, można to zaobserwować już po trzech miesiącach regularnej aktywności fizycznej. Tak wynika z pracy, którą publikuje internetowe wydanie pisma „Journals of Gerontology”.

– *Mój zespół wykazał, że słabowici seniorzy, prowadzący siedzący tryb życia, mogą odnieść korzyści z ćwiczeń nie tylko w zakresie funkcjonowania fizycznego, ale też sprawności mózgu, np. zdolności do zapamiętywania, oraz jakości życia* – tłumaczy główny autor pracy dr Louis Bherer z Instytutu Geriatrii Uniwersytetu w Montrealu. Razem ze swoimi współpracownikami przeprowadził on badania w grupie 83 seniorów w wieku 61–89 lat. Część z nich uznano za bardzo wątłych i słabowitych ze względu na stan zdrowia i związane z nim wyższe ryzyko upadków, hospitalizacji, pogorszenia sprawności intelektualnej oraz większą wrażliwość psychiczną. Ponad połowa z nich (43 osoby) zaczęła uczęszczać na grupowe zajęcia ruchowe, które odbywały się trzy razy w tygodniu przez 12 tygodni. W tym samym czasie grupa kontrolna (40 osób) nie brała udziału w podobnym treningu. Wszyscy pozostawali pod ścisłą opieką medyczną. Tydzień przed rozpoczęciem zajęć i niedługo po ich zakończeniu seniorów przebadano pod względem wydolności fizycznej i sprawności intelektualnej oraz poproszono o ocenę jakości życia. W porównaniu z grupą kontrolną, u osób, które brały udział w zajęciach fizycznych, stwierdzono po trzech miesiącach poprawę wytrzymałości i sprawności fizycznej, sprawności umysłowej (w tym zdolności pamięciowych) oraz jakości życia (w tym

PERYSKOP onet.pl

relacji z rodziną i znajomymi oraz zdrowia fizycznego). Korzyści z ćwiczeń były porównywalne w grupie seniorów uznanych za szczególnie słabowitych, jak i tych w lepszym stanie. Zdaniem autorów pracy dowodzi to, że nigdy nie jest za późno, by podjąć aktywność fizyczną.

Jak podkreślają badacze, ich wyniki są bardzo optymistyczne, ponieważ wraz ze starzeniem się społeczeństwa liczba słabowitych seniorów będzie rosła. – *Mamy nadzieję, że uda nam się zaadaptować program ćwiczeń zastosowanych w badaniach i skierować go do użytku publicznego za pośrednictwem centrum promocji zdrowia seniorów, które powstaje w naszym instytucie* – komentują naukowcy. Liczą na to, że dzięki temu pomogą większej liczbie starszych osób dłużej zachować samodzielność i niezależność.

Pracujące mamy są zdrowsze

Mamy, które aktywnie uczestniczą w życiu zawodowym po urodzeniu dziecka, cieszą się lepszym zdrowiem psychicznym i fizycznym w wieku 40 lat – informują amerykańscy naukowcy. Kobiety, które po urodzeniu dziecka szybko wróciły do pracy i pracują w pełnym wymiarze godzin, są zdrowsze niż matki, które zostały z pociechą w domu, pracują na część etatu bądź mają permanentne problemy ze znalezieniem zatrudnienia. Dobra kondycja fizyczna i psychiczna u pracujących kobiet objawia się m.in. mniejszym odsetkiem zachorowań na depresję, zwiększoną mobilnością i wyższym poziomem energii życiowej. – *Praca jest dobra dla zdrowia zarówno pod względem psychicznym, jak i fizycznym. Daje kobietom poczucie celu w życiu, samowystarczalność, kontrolę i autonomię. Kobiety wiedzą, że jest takie miejsce, w którym mogą się czuć ekspertami, a w dodatku dostają wynagrodzenie* – tłumaczy wpływ pracy na samopoczucie kobiet Adrienne Frech, współautorka badania, które zostało zaprezentowane na corocznym spotkaniu Amerykańskiego Towarzystwa Socjologicznego 17–20 sierpnia

Zagrożenia oraz możliwości organizacyjne w obszarze chorób wewnętrznych

Upadek królowej

Interna, zwana królową dyscyplin medycznych, niestety upada. W ostatnich kilkunastu latach w naszym kraju mamy do czynienia z bardzo niekorzystnym zjawiskiem, które polega na fragmentaryzacji opieki medycznej, zarówno ambulatoryjnej, jak i szpitalnej. Mamy już rekordową liczbę specjalizacji lekarskich w Europie (ok. 75), a nasze szpitale to zbiorowiska coraz mniejszych oddziałów czy pododdziałów, zorganizowanych według specjalizacji lekarskich, a nie stopnia natężenia opieki nad pacjentem.

W leczeniu ambulatoryjnym internistom, czyli specjalistom chorób wewnętrznych, nakazano nauczenie się pediatrii i uzyskanie specjalizacji z medycyny rodzinnej. W poradniach szpitalnych interniści nie zyskali uznania w oczach Narodowego Funduszu Zdrowia i zostali jako specjalizacja praktycznie wyeliminowani. Interniści, których większość szkolenia i praktyki zawodowej dotyczy pacjentów starszych, nie okazują się już godni zaufania, gdyż nagle muszą być geriatrami.

Dzielenie włosa na czworo

W leczeniu tak powszechnych chorób przewlekłych, mających wpływ na różne narządy wewnętrzne, jak cukrzyca czy nadciśnienie tętnicze, promowani są specjaliści od tych chorób, tacy jak diabetolodzy czy hipertensjologodzy. Intensywną terapię, będącą przecież w znacznym zakresie medycyną wewnętrzną o najwyższym stopniu natężenia, zawłaszczyli anestezjologodzy, których domeną było – i w wypadku wielu anestezjologów niepraktykujących na co dzień intensywnej terapii dalej jest – znieczulanie pacjentów do zabiegów chirurgicznych i innych procedur. Nawet tak stare dziedziny wywodzące się z interny, jak kardiologia, wyrzekły się „królowej” i w naszym kraju wywalczyły bezpośredni tryb specjalizacji, co jest przypadkiem bardzo rzadkim w skali międzynarodowej. Oczywiście, podpierające się opiniami hiperspecjalistów i zatroskane media często informują, że specjalistów u nas brakuje, potęgując poczucie zagrożenia.

(Nie tak) dawno temu w Ameryce

Na początku lat 90. jedno z najbardziej renomowanych medycznych towarzystw naukowych na świecie – American College of Physicians (ACP) przeprowadziło kampanię wizerunkową dotyczącą interny w USA. Specjalizacja ta cierpiała wtedy na kryzys wizerunkowy. Wprawdzie w USA nie było i nie ma specjalizacji „jednochorobowych”, a każdy kardiolog, gastroenterolog czy pulmonolog musiał i nadal musi odbyć intensywne trzyletnie szkolenie z pełnego zakresu chorób wewnętrz-



nych, a jednak interna miała problem. Dodatkowym czynnikiem komplikującym było nazewnictwo, gdyż *internist* – czyli specjalistę internistę – mylono z *intern* – czyli stażystą z jakiegokolwiek dziedziny lekarskiej, a nawet nielekarskiej. Kampania ACP była prowadzona pod hasłem „interna – lekarze dorosłych” (*internal medicine: doctors for adults*). W zakresie opieki ambulatoryjnej nie było takiego problemu jak u nas czy w Wielkiej Brytanii – każdy internista może prowadzić praktykę pierwszego kontaktu dla pacjentów dorosłych. Zresztą ze względu na brak pewnych uciążliwości związanych z obecnością dzieci w przychodni często starsi pacjenci preferują POZ prowadzone przez internistów. Dodatkowym atutem jest także szersze wykształcenie i praktyka internistów w zakresie wielu chorób przewlekłych.

Lekarze rodzinni

W Polsce postawiono na lekarzy rodzinnych, którzy w przeciwieństwie do lekarzy brytyjskich (GP) rzadko zajmują się urazami czy drobnymi zabiegami chirurgicznymi, a jeszcze rzadziej ginekologią i można zaryzykować stwierdzenie, że są oni w praktyce przeważnie pediatro-internistami ambulatoryjnymi. Kampania informacyjna ACP przyniosła głównie korzyści wizerunkowe, gdyż na przykład w obszarze ambulatoryjnym nie było wiele do wywalczenia. Ciekawy i budujący, także w odniesieniu do naszego rynku, jest natomiast sposób, w jaki interna obroniła swoją pozycję i dostosowała się do wymogów nowoczesnego szpitalnictwa. Otóż w USA też postępowała fragmentaryzacja opieki medycznej w szpitalach, co niestety, jak zbadano, miało negatywne konsekwencje. Brak koordynacji leczenia szpitalnego prowadzonego przez specjalistów z wąskich dziedzin, szczególnie w odniesieniu do nieco bardziej skomplikowanych przypadków, prowadził do zdarzeń niepożądanych. Na podstawie badań porównawczych stwierdzono, że nawet pacjenci wymagający operacji chirurgicznej, ze schorzeniami współistniejącymi lub w podeszłym

PERYSKOP **onet.pl**

w Denver (Colorado). Wydaje się, że w najgorszej sytuacji są „wiecznie bezrobotne” matki, czyli kobiety, które mają problem ze znalezieniem lub utrzymaniem pracy, przez co doświadczają ciągłych wzlotów i upadków i wielokrotnie muszą od nowa zaczynać cykl poszukiwania zatrudnienia. Takie kobiety charakteryzują się najgorszym zdrowiem w wieku 40 lat, ponieważ są narażone na permanentny stres, który źle wpływa na ich psychikę i ciało. Badaczki, Adrienne Frech z University of Akron i Sarah Damaske z Pennsylvania State University, podkreślają też ujemne strony pracy na część etatu, jako oferującej gorszą pensję, mniejsze szanse awansu, niską gwarancję zatrudnienia oraz mniej dodatkowych korzyści niż praca pełnoetatowa. Zgodnie stwierdzają również, że mamy, które zdecydowały się na pozostanie w domach, nierzadko muszą zmierzyć się z takimi zjawiskami, jak zależność finansowa i izolacja społeczna. – *Kobiety z zakłóconym przebiegiem zatrudnienia napotykały więcej barier związanych z pracą i muszą zmierzyć się z negatywnymi skutkami tego stanu rzeczy, które gromadzą się z upływem czasu* – mówi Frech. – *Jeśli kobiety dokonywałyby dobrych wyborów jeszcze przed poczęciem pierwszego dziecka, mogłyby skorzystać na tym zdrowotnie w późniejszym czasie. Przykładem dobrego wyboru może być zaczekanie z urodzeniem dziecka, zanim nie wyjdiesz za mąż i nie zakończysz swojej edukacji lub szybki powrót do pracy po porodzie* – dodaje.

Adrienne Frech gorąco zachęca młode kobiety, aby pomyślały o swojej edukacji i zbudowaniu historii zawodowej, zanim zajmą w ciąży.

Grejfrut zwiększa efektywność leków przeciwnowotworowych

Szklanka soku z grejfruta dziennie może znacznie spowolnić proces rozkładu leków przeciwnowotworowych, a tym samym utrzymać ich poziom we krwi bez potrzeby zwiększania dawki – wykazały badania kliniczne, o których informuje pismo „Clinical Cancer Research”.

PERYSKOP onet.pl

Takie rozwiązanie może pomóc uniknąć efektów ubocznych związanych ze zwiększaniem dawek leków, a także zredukować koszty – podkreślają naukowcy z Uniwersytetu Chicagowskiego, którzy analizują wpływ konkretnych składników diety na działanie leków przyjmowanych przez osoby chore na raka. Ich najnowsze badania wykazały, że codzienne spożywanie około 227 g soku wyciśniętego z grejpfruta może spowolnić rozkład leku immunosupresyjnego o nazwie sirolimus (rapamycyna), który stosowany jest w transplantologii, ale także pomaga części pacjentów cierpiących na nowotwory. W grupie pijącej sok zaobserwowano 350-procentowy wzrost stężenia leku we krwi w porównaniu z pacjentami przyjmującymi sam lek. Wśród chorych otrzymujących zamiast soku ketokonazol, który również wpływa na spowolnienie rozkładu leku, poziom rapamycyny wzrósł o 500 proc.

– Sok grejpfrutowy i leki o podobnym mechanizmie działania mogą znacznie zwiększyć stężenie wielu leków. Jest to jednak związane z ryzykiem przedawkowania. Naszym celem było ustalenie, czy sok z grejpfruta może zwiększać skuteczność rapamycyny w sposób kontrolowany – mówi kierujący badaniami dr Ezra Cohen. – W każdym organizmie wydzielane są inne ilości enzymów rozkładających rapamycynę, dlatego w przypadku konkretnych pacjentów efekty mogą się różnić. Reakcję poszczególnych osób można jednak przewidzieć, badając wcześniej poziom tych enzymów – dodaje badacz.

Pierwszy sprej na wrzodzące rany

Specjaliści amerykańscy opracowali sprej znacznie przyspieszający gojenie się ran powodowanych przez żylne owrzodzenie podudzi – informuje pismo „Lancet”. Owrzodzenie podudzi jest częstą dolegliwością, cierpi na nie co 500. osoba. Powoduje bolesne i trudno gojące się rany, wymaga intensywnego i długotrwałego leczenia. Doprowadzają do nich schorzenia układu żylnego, takie jak

wieku, których lekarzem prowadzącym był internista z chirurgiem czy ortopedą w roli konsultanta, mieli korzystniejszy przebieg leczenia szpitalnego niż ci, których prowadził chirurg konsultujący się z internistą według uznania. Powstał zatem projekt nowej definicji medycyny wewnętrznej w szpitalu, który szczęśliwie zakończył się wyodrębnieniem internistów szpitalnych, czyli hospitalistów. Menedżerowie szpitali, prywatne firmy ubezpieczeniowe, federalne fundusze zdrowia, organizacje medycyny koordynowanej, a wkrótce i pacjenci szybko zorientowali się, że taki właśnie model – z wiodącą rolą hospitalisty jako lekarza prowadzącego szeroki zakres leczenia szpitalnego – nie tylko się opłaca, lecz także jest bezpieczny i zmniejsza narażenie na procesy sądowe. Co ciekawe, od dekady także specjaliści z dziedzin internistycznych oraz chirurgicznych chętnie przyjęli model współpracy z hospitalistami, skupiając się na swoich umiejętnościach specjalistycznych, przede wszystkim zabiegowych czy operacyjnych. Mówi się już nawet o tzw. specjalistach proceduralistach, jak np. kardiolog interwencyjny czy gastroenterolog endoskopista, co sprzyja utrzymywaniu wysokiej sprawności zabiegowej. Kompleksowe prowadzenie coraz bardziej skomplikowanego pacjenta szpitalnego oddaje się w ręce hospitalistów. Obecnie jest to pożądana, dobrze płatna i stale rozwijająca się specjalizacja lekarska.

Ratujemy polską internę

Jaki jest zatem sposób na uratowanie honoru królowej w Polsce? Oczywiście, w lecznictwie ambulatoryjnym sprawa jest prosta: internista powinien mieć prawo do prowadzenia i kontraktowania POZ dla dorosłych, a także uprawnienia samodzielnego konsultowania pacjentów z chorobami wielosystemowymi w ramach po-

Nasze szpitale to zbiorowiska coraz mniejszych oddziałów czy pododdziałów, zorganizowanych według specjalizacji lekarskich, a nie natężenia opieki nad pacjentem

radni specjalistycznych. Ostatnio wreszcie słychać, że ważna jest kompleksowość opieki nad pacjentem szpitalnym. Mówi się przy tym, że specjalistów z wąskich dziedzin oczywiście brakuje. Im bardziej brniemy w ten schemat, tym bardziej będzie ich brakować. Menedżerowie szpitali chcą nowoczesnej organizacji pracy, obszarów wieloprofilowych i możliwości optymalnej gospodarki zasobami łóżkowymi, a także ludzkimi. Narodowy Fundusz Zdrowia chce leczyć kosztowo efektywnie. Pacjenci potrzebują lekarzy, którzy ich poprowadzą, wyjaśnią, przypilnują, a nie tylko wykonają konkretną procedurę, w czym mogliby mieć nawet – co zrozumiałe – interes ekonomiczny. Firmy ubezpieczeniowe (chwilowo u nas tylko jedna) chętnie widzą dobrze skoordynowaną i bezpieczną opiekę szpitalną, a w roli menedżerów ryzyka medycznego chętnie zobaczą lekarzy hospitalistów. Wielu specjalistów tak bardzo zajmuje się szlifowaniem perfekcji wykonywania procedur czy zabiegów, że powinni być zainteresowani przekazaniem części niezabiegowej hospitalistom. Tak więc są liczne argumenty za nadaniem nowej tożsamości internie szpitalnej poprzez wprowadzenie modelu hospitalistów. Polska Federacja Szpitali zamierza podjąć dalsze działania w tej sprawie, także we współpracy z organizacjami lekarskimi, a przede wszystkim z Towarzystwem Internistów Polskich. Chcemy unaocznić wszystkim uczestnikom rynku ochrony zdrowia, że warto ratować internę, warto ratować królową.

JAROSŁAW J. FEDOROWSKI

Drogo leczyć czy tanio marnować

Rozmowa z Katarzyną Kolasą,
ekspertem do spraw ochrony zdrowia
Forum Obywatelskiego Rozwoju



Jaka jest skala marnotrawstwa pieniędzy w polskiej ochronie zdrowia?

Olbrzymia. A o przyczynie tej sytuacji można powiedzieć, że jest z gatunku najtrudniejszych do zwalczenia. Są to kształtowane przez lata przyzwyczajenia, utarte zwyczaje, schematy, mentalność. U nas obowiązuje metoda leczenia i rozliczania pracy świadczeniodawcy poprzez odprawianie pacjenta z kwitkiem. W przybliżeniu wygląda to tak, że pacjent przychodzi do lekarza – obojętnie czy rodzinnego, czy specjalisty – z problemem zdrowotnym. Lekarz ma dla niego niewiele czasu, wcale nie zamierza kompleksowo rozwiązać jego problemów zdrowotnych, dociec ich głębszych przyczyn. Pacjentowi trzeba jednak pomóc, z braku czasu – na skróty. Najlepszym i utartym przez lata skrótem jest wypisanie recepty na lek (czyli przysłowiowego kwitka), odesłanie go do apteki i zapomnienie o sprawie. No, prawie zapomnienie – trzeba jeszcze wypełnić dokumentację medyczną i na jej podstawie wystawić rachunek Narodowemu Funduszowi Zdrowia. Gdy chodzi o bardziej skomplikowane świadczenia lekarskie, obowiązuje podobna zasada. Pacjenci po zabie-

Taniej nie znaczy lepiej. Istnieje ogrom prac naukowych potwierdzających fakt, że nieleczenie kosztuje więcej niż leczenie

gach, profesjonalnych i dobrej jakości, zostają pozostawieni sami sobie, bez należytej i dobrze prowadzonej opieki pooperacyjnej. Zwiększanie nakładów na ochronę zdrowia da niewiele, o ile ta „metoda leczenia” się nie zmieni.

Zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia jest przecież potrzebne. W wydatkach na ten cel włączmy się w ogonie Europy.

Zanim jednak pomówimy o zwiększeniu wydatków, przyjrzyjmy się, ile dziś wydajemy na leczenie, i sprawdźmy, ile kosztuje złe leczenie, czyli takie, jak opisałam przed chwilą. Dopiero gdy będziemy mieli sprawnie działający system, zastanówmy się, ile potrzeba na niego pieniędzy. Bez tej refleksji zamiast zwiększyć skuteczność systemu, zwiększymy jedynie skalę marnotrawstwa pieniędzy. W takim razie, jak ten system zmieniać? Skoro problem jest w mentalności, w utartych schematach, zacznijmy właśnie od mentalności lekarzy, decydentów i pacjentów. Zaczę od tych ostatnich. I oni przyzwyczaili się do metody odprawiania z kwitkiem. W krajach skandynawskich pierwsza wizyta u lekarza i zgłoszenie dolegliwości nie kończy się na wypisaniu recepty. Pacjent otrzymuje porady, jak się odżywiać, w jaki sposób układać rytm dnia, jak zażywać ruchu. Taki sposób postępowania nazywany jest tam „wystawianiem recepty na ruch”. Wyobrażam sobie, jak mogłaby się zachować

PERYSKOP onet.pl

niewydolność naczyń żylnych, żylaki podudzi oraz przebyta zakrzepica żył głębokich. Bezpośrednią przyczyną owrzodzenia jest wzrost ciśnienia w naczyniach żylnych, bierny zastój krwi powodujący niedokrwienie skóry oraz wydłużenie, rozszerzenie i kręty przebieg naczyń włosowatych skóry. Często zdarza się to u osób po 50. roku życia mniej aktywnych ruchowo, szczególnie ludzi otyłych. Najczęściej stosowana jest terapia uciskowa, która poprawia przepływ krwi w naczyniach. Takie efekty dają bandaże uciskowe albo chętniej stosowane rajstopy, pończochy lub podkolanówki. Podobny efekt z jeszcze lepszym skutkiem daje sprej firmy Healthpoint Biotherapeutics z Teksasu zawierający mieszaninę białek poprawiających miejscowe krążenie krwi. Wykazały to testy przeprowadzone na 228 osobach cierpiących na owrzodzenie podudzi w USA i Kanadzie. Aż u 70 proc. z nich udało się wyleczyć rany po trzech miesiącach. W grupie kontrolnej, leczonej tradycyjnymi metodami, taki efekt uzyskano u 46 proc. chorych. Sprej na owrzodzenie stosowany jest co dwa tygodnie.

Urodzenie dziecka po trzydziestce może obniżyć ryzyko raka macicy

Amerykańskie badania sugerują, że kobiety, które urodziły dziecko w wieku 40 lat miały o 44 proc. niższe ryzyko zachorowania na raka trzonu macicy niż rodzące w wieku 25 lat – informuje MyHealthyNewsDaily. Według badań opublikowanych w „American Journal of Epidemiology” kobiety, które urodziły dziecko po 40. roku życia, były o 44 proc. mniej narażone na wystąpienie raka trzonu macicy niż kobiety, których ostatni poród nastąpił w wieku 25 lat lub wcześniej. Ryzyko dla kobiet rodzących w wieku 34–39 lat było niższe o 32 proc., natomiast kobiety rodzące w wieku 30–34 były narażone o 17 proc. mniej. Naukowcy prowadzili badania, obserwując ok. 9 tys. kobiet chorych na raka trzonu macicy oraz ponad 17 tys. kobiet zdrowych. Sprawdzali, jak ciąży i po-

PERYSKOP onet.pl

ród wpływają na ryzyko wystąpienia raka, biorąc również pod uwagę inne czynniki, takie jak stosowanie antykoncepcji i liczba dzieci.

Eksperci nie są pewni, dlaczego późniejsze rodzicielstwo ma wpływ na obniżenie ryzyka wystąpienia raka trzonu macicy. – *Możliwe, że poziom hormonów w czasie ciąży jest bardziej korzystny dla kobiet dojrzałych albo pozbywają się przy porodzie komórek rakotwórczych. Niewykluczone też, że kobiety, które są w stanie zająć w ciąży w późniejszym wieku, są po prostu zdrowsze* – mówi autor badania prof. Wendy Setiawan z Uniwersytetu of Southern California's Keck School of Medicine.

Bezczynność tak samo zabójcza jak palenie

Z raportu opublikowanego w czasopiśmie „Lancet” wynika, że około jedna trzecia dorosłych nie wykonuje wystarczająco dużo ćwiczeń fizycznych, co powoduje 5,3 mln zgonów rocznie.

BBC informuje, że według najnowszych badań brak aktywności fizycznej jest przyczyną takiej samej liczby zgonów jak palenie papierosów. Każdego roku 5,3 mln osób umiera z powodu braku aktywności fizycznej. Odpowiada to ok. 1 na 10 zgonów z powodu takich chorób, jak choroby serca, cukrzyca, rak piersi i rak jelita grubego.

Naukowcy ostrzegają, że w przeciwdziałaniu potrzebna jest zmiana sposobu myślenia. Należy opinię publiczną ostrzegać przed niebezpieczeństwem beczynności, a nie tylko wyliczać zalety aktywności fizycznej. Dorosłym zaleca się 150 min w tygodniu umiarkowanej aktywności fizycznej, takiej jak marsz czy jazda na rowerze. Zdaniem naukowców problem jest na tyle poważny, że powinien być traktowany jak pandemia. Eksperci podkreślają, że podczas gdy palenie i beczynność zabijają podobną liczbę osób, to liczba palaczy jest mniejsza niż osób nieaktywnych fizycznie, co oznacza, że palenie jest jednak bardziej niebezpieczne.

większość polskich pacjentów po takiej wizycie, po której lekarz nie zapisałby żadnego leku, za to zalecił dwugodzinne spacery codziennie, gdy jest ładna pogoda.

Przychodzi baba do lekarza, a lekarz mówi: niech pani trochę pospaceruje. To spróbujmy sobie wyobrazić reakcję polskiego pacjenta.

Sądzę, że poczułby się zignorowany i zawiedziony. Lekarz nie zapisał tabletki, to znaczy, że zakwestionował sam fakt istnienia moich dolegliwości. Przecież wcześniej zawsze coś wypisywał. Lekarz jest kiepski, muszę jego diagnozę sprawdzić u innego – tak sobie wyobrażam tę reakcję.

A jak przeprowadzić zmianę?

Najlepsza rada to kampanie społeczne, przekonywanie, tłumaczenie, dostarczenie wiedzy.



Kampanie społeczne? A nie sądzi Pani, że odczuwamy już ich przesyt? Codziennie telewizje emitują kilkadziesiąt spotów reklamowych, co tydzień jest akcja prozdrowotna. Gdyby Polacy chcieli wysłuchać wszystkich dobrych rad z kampanii społecznych, musieliby mieć w kalendarzu co tydzień dodatkowy wolny dzień przeznaczony na sprawdzenie stanu zdrowia.

Rzeczywiście, akcji prozdrowotnych jest sporo, ale ciągle za mało. Brakuje takich, które nie dotyczą profilaktyki konkretnej choroby, lecz po prostu promują zdrowy styl życia, ruch, odpowiednią dietę. Jest jeszcze jeden warunek: aby te kampanie miały sens, musi się zmienić sposób funkcjonowania polskiej ochrony zdrowia. Zamiast leczenia „kwitkiem” pacjentowi potrzebny jest lekarz rodzinny – partner i doradca w dbaniu o jak najlepszy ogólny stan zdrowia, w razie potrzeby zachęcający do zasięgnięcia porady specjalisty. I lekarz rodzinny musi być premiowany nie za liczbę udzielonych świadczeń, ale za ich jakość mierzoną ogólnym stanem zdrowia podopiecznych.

Tak, ale żeby zmienić sposób funkcjonowania polskiej ochrony zdrowia, nie są potrzebne kampanie społeczne, lecz kampanie skierowane do decydentów. To oni są odpowiedzialni za przeprowadzenie zmian.

Tego oczywiście zaniedbać nie wolno, ale sądzę, że w tym wypadku problem jest głębszy. Decydenci często zdają sobie sprawę z tego, że obecny system ochrony zdrowia funkcjonuje źle i mają pomysły na to, jak go poprawić. Obawiają się jednak wprowadzenia zmian ze względu na ewentualny opór społeczny, niezrozumienie ze strony pacjentów, czyli wyborców. Koło się zamyka: kampanie społeczne i zrozumienie konieczności zmian pomogłyby decydentom w ich wprowadzeniu.

Do tej pory najbardziej spektakularnym posunięciem decydentów było wprowadzenie nowej ustawy refundacyjnej. W opinii ekspertów dodatkowo ograniczyło to dostęp do najdroższych, innowacyjnych leków.

To kolejny kłopot, z którym musimy się uporać. Gdy chodzi o rachunki za właściwe prowadzenie i finansowanie polityki zdrowotnej, mamy w Polsce dwa wyspecjalizowane i niezależne od siebie resorty: zdrowia i spraw socjalnych. Resort zdrowia stara się zmieścić w budżecie i leczyć tanio. Finansowo nie jest zaintereso-

W Polsce obowiązuje metoda leczenia

i rozliczania pracy świadczeniodawcy poprzez

odprawianie pacjenta z kwitkiem, czyli receptą

wany tym, aby płacić drogo za leki innowacyjne, często wybiera tańsze, starszej generacji. Problem polega na tym, że te tańsze działają gorzej, po nich częściej i wcześniej występują absencje chorobowe, trwała niezdolność do aktywności zawodowej. Konsekwencji finansowych takiej polityki nie ponosi resort zdrowia, ale resort spraw socjalnych, odpowiedzialny za wypłatę zasiłków i rent chorobowych. Taniej nie znaczy lepiej. Istnieje ogrom prac naukowych potwierdzających, że nieleczenie kosztuje w istocie więcej niż leczenie. Na przykład analizy wykonane przez Birnbauma wykazały, że koszty opieki specjalistycznej i hospitalizacji chorego na stwardnienie rozsiane otrzymującego leczenie wyniosły 4393 dol., podczas gdy nieleczzonego – 6187 dol. Jednocześnie koszty zwolnień lekarskich wyniosły 2252 dol. w pierwszej i 3053 dol. w drugiej grupie. Myślę, że najwyższy czas rozważyć, jak rzetelnie zliczać koszty chorób (bezpośrednie i pośrednie) przy zaangażowaniu instytucji rządowych i naukowych. Bo dopiero na podstawie takich wyliczeń można podejmować właściwe decyzje alokacyjne, ważąc z jednej strony koszty innowacyjnych terapii, a z drugiej koszty zaniechania ich zastosowania. Z pożytkiem dla pacjenta i gospodarki.

ROZMAWIAŁ BARTŁOMIEJ LEŚNIEWSKI

Szczepienia przeciw HPV chronią też niezaszczepionych

Z badań, które publikuje pismo „Pediatrics”, wynika, że szczepienia przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV), uważanego za główny czynnik sprawczy raka szyjki macicy, zmniejszają liczbę zakażeń nawet wśród niezaszczepionych nastolatków. Dowody na wzrost tzw. odporności populacyjnej pod wpływem szczepień przeciw HPV znaleźli naukowcy z Cincinnati Childrens Hospital Medical Center w Cincinnati (stan Ohio, USA). O odporności tego rodzaju mówi się wówczas, gdy z powodu wszczęcia przeciw chorobie zakaźnej pewnej krytycznej liczby osób w społeczeństwie spada liczba przypadków tej infekcji. Najnowsza analiza wykazała, że liczba zakażeń onkogennymi typami wirusa HPV, przeciwko którym skierowana jest szczepionka, zmniejszyła się wśród zaszczepionych młodych kobiet o 69 proc., natomiast w grupie niezaszczepionej redukcja wyniosła 49 proc. Jak przypomina główna autorka pracy, dr Jessica Kahn, dwa onkogenne typy HPV – tj. HPV-16 i HPV-18 – przyczyniają się do rozwoju ok. 70 proc. przypadków raka szyjki macicy. – *Nasze wyniki są obiecujące, bo sugerują, że wprowadzenie tych szczepień może w przyszłości w znacznym stopniu zmniejszyć odsetek zachorowań na raka szyjki macicy w społeczeństwie* – podkreśla badaczka.

Pierwsza szczepionka przeciw HPV została zarejestrowana do użycia w USA i w Europie w 2006 r. Była to szczepionka chroniąca przed czterema typami wirusa: HPV-16 i HPV-18, które odpowiadają za 70 proc. przypadków raka szyjki macicy, oraz HPV-6 i HPV-11, które powodują niezłośliwe zmiany na narządach rodnych kobiet i mężczyzn, określane jako kłykciny kończyste, a rzadko mogą doprowadzić do raka pochwy.

Od 2007 r. w Europie i od 2009 r. w USA dostępna jest też druga szczepionka przeciw dwóm onkogennym typom HPV, tj. HPV-16 i HPV-18.

PERYSKOP

onet.pl

W roku 2006 oraz 2007 dr Kahn wraz ze współpracownikami przebadła 368 dziewcząt w wieku od 13 do 16 lat, które były pacjentkami dwóch klinik w Cincinnati. Wszystkie przeszły już inicjację seksualną i żadna nie została zaszczepiona przeciw HPV. W 2009 i 2010 r. badacze zaprosili do badań 409 innych dziewcząt z tego samego przedziału wiekowego, z których ponad połowa otrzymała przynajmniej jedną dawkę szczepionki. Następnie porównali rozpowszechnienie infekcji HPV w obu grupach. Okazało się, że odsetek zakażeń typami HPV obecnymi w szczepionce czterowalentnej zmniejszył się wśród nastolatek ogólnie o 58 proc. (z 31,7 proc. do 13,4 proc.). Największą redukcję stwierdzono wśród dziewcząt zaszczepionych – o 69 proc., ale w grupie niezaszczepionej również była ona znaczna i wyniosła 49 proc. Jak tłumaczy dr Kahn, spadek liczby infekcji typami HPV obecnymi w szczepionce wśród dziewcząt poddanych szczepieniom jest szczególnie godny uwagi, jeśli się uwzględni, że miały one doświadczenia seksualne i wiele z nich miało wcześniejszy kontakt z typami HPV, przed którymi chroni szczepionka. Co więcej, za zaszczepione uznano nawet te dziewczęta, które otrzymały jedną dawkę szczepionki. Badaczka zwraca zarazem uwagę, że analizy jej zespołu objęły stosunkowo małą grupę, dlatego potrzebne są szersze badania na ten temat. Jej zdaniem, nawet jeśli potwierdzą one występowanie odporności populacyjnej na HPV, to ważne jest, by przeciw wirusowi szczepić wszystkie nastolatki i kobiety w wieku 11–26 lat. Pozwoli to uzyskać maksymalne korzyści zdrowotne ze szczepień.

Doktor Kahn podkreśla, że choć odsetek zakażeń typami HPV obecnymi w szczepionce zmalał również w grupie niezaszczepionej, to ogólnie ich rozpowszechnienie (w tym infekcji typami nieobecnymi w preparacie) było wyjątkowo duże. – *Blisko jedna na cztery niezaszczepione dziewczęta miała pozytywny wynik w odniesieniu do infekcji co najmniej jednym typem wirusa* – dodaje. Amerykański Komii-

Pożegnania

Odszedł jeden z nas – w wieku niespełna 59 lat zmarł dr Zbigniew Miklas

18 sierpnia nagle odszedł jeden z nas – lekarz rodzinny, społecznik, samorządowiec, delegat Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, ale przede wszystkim wiceprezes związku Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia, w którym pełnił funkcję prezesa zespołu ds. kryzysowych. Autor wielu artykułów w „Gazecie dla Pacjenta”. Syn, ojciec trojga dzieci i dziadek pięciorga wnucząt.

Urodził się 1 września 1953 r. w Kaliszu. W roku 1972 chciał zdawać do Wojskowej Akademii Medycznej, jednak uciekł z egzaminów wstępnych. Dostał się na Wydział Geodezji Akademii Rolniczej we Wrocławiu. Po roku studiów ponownie zdawał do akademii medycznej, tym razem w Poznaniu, gdzie studiował w latach siedemdziesiątych. Wydział lekarski ukończył w 1979 r. Pracę rozpoczął w szpitalu powiatowym w Turku. Zdobywał kolejne specjalizacje: w 1983 r. I stopnia z chirurgii ogólnej, w 1988 r. II stopnia z chirurgii ortopedycznej i traumatologii, a w 1997 r. II stopnia z medycyny rodzinnej.

Nie pozostał jednak w szpitalu, od początku poszedł na pierwszą linię frontu, czyli do podstawowej opieki zdrowotnej. Od 2000 r. pracował w NZOZ w Dobrej (woj. wielkopolskie) jako lekarz rodzinny, wcześniej – od 1979 r. pracował tam w charakterze lekarza rejonowego.

Odszedł nagle, niespodziewanie, pozostawiając smutek, pamięć i dozgonną wdzięczność licznych pacjentów, ale również lekarzy, którym nigdy nie szczędził czasu i pomocy.

Doktorze Miklas, Zbyszku!

Miarą człowieka nie jest tych kilka liter przed nazwiskiem, nie jest również majątek czy zachowanie w chwilach spokoju, lecz to, co czyni, gdy nadchodzi czas próby, co jest w stanie poświęcić, dać drugiemu człowiekowi...

Za tę nieocenioną pomoc, zaangażowanie i wytrwałość otrzymałeś od wszystkich lekarzy zasłużony Order Lekarz Lekarzom, czyli Złote Winogrona.

Gdziekolwiek biegną teraz Twoje drogi, a czujemy, że biegną blisko, Zbyszku, noś go z dumą i godnością, tak jak to czyniłeś tu, kiedy byłeś wśród przyjaciół.

Nie mówię „żegnaj”, lecz „do zobaczenia”...

w imieniu Zarządu PPOZ i lekarzy nie tylko z Wielkopolski

BOŻENA JANICKA



Turystyka

Nasze wspólne wyprawy

W 2011 r. Wielkopolska Izba Lekarska zaproponowała swoim członkom wycieczkę do Portugalii i Hiszpanii (od 26 września do 2 października). Była to 7-dniowa wycieczka lotnicza do takich miast, jak Lizbona, Porto, Fatima, Santiago de Compostella, Sintra, Batalha i Tomar.

W 2012 r. odbyły się dwie wyprawy. Pierwsza, do krajów nadbałtyckich (Rosja, Finlandia, Estonia, Łotwa, Litwa), trwała 10 dni: od 29 maja do 7 czerwca. Było to połączenie wycieczki lotniczej i autokarowej z przeprawą promową do Helsinek. Pod koniec sierpnia 2012 r. odbyła się 8-dniowa autokarowa wycieczka na Ukrainę do takich miejscowości, jak Lwów, Rudki, Sambor, Drohobycz, Kołomyja, Kamieniec Podolski, Olesko. Łącznie na wymienione wycieczki pojechało ponad 120 osób.

W związku z rosnącym zainteresowaniem z państwa strony, chciałbym przedstawić planowany program wyjazdów na rok 2013:

- początek marca – tygodniowy wyjazd na narty do Włoch, do wyboru rodzaj transportu – własny bądź zorganizowany;
 - długi weekend majowy – autokarowa wycieczka do Bawarii, m.in. Monachium oraz zamki Ludwika Bawarskiego;
 - początek lipca – Rumunia, śladami Drakuli z rejsem po delcie Dunaju, zwiedzanie z możliwością wypoczynku nad Morzem Czarnym;
 - początek października – wycieczka lotniczo-autokarowa Hiszpania – Andaluzja z Marokiem.
- W kolejnych latach planujemy pielgrzymkę Wielkopolskiej Izby Lekarskiej do Ziemi Świętej.

Szczegółowe informacje będą się ukazywały w kolejnych numerach „Biuletynu WIL” oraz na stronie internetowej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej (<http://www.wil.home.pl/>) w informacjach ogólnych oraz w dziale „Wydarzenia kulturalne i sportowe”. W razie dodatkowych pytań lub wstępnego zainteresowania proszę o kontakt e-mailowy (biuro@wil.org.pl) lub telefoniczny (783 993 900).

Podziękowania

Pragnę przekazać Państwu podziękowania, jakie otrzymałem od dr n. med. Marii Bicz-Kubiatiowicz, za które serdecznie dziękuję i które motywują mnie do dalszej pracy.

Pragnę podziękować Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej, a przede wszystkim koordynatorowi wycieczki do krajów nadbałtyckich, Janowi Skrobiszowi, za zorganizowanie wspaniałej wyprawy. Jestem przekonana, że tym podziękowaniem wyrażam opinię wszystkich uczestników tej przygody. Mam nadzieję, że wielu lekarzy czeka na kolejne piękne przedsięwzięcia.

JAN SKROBISZ

PERYSKOP

onet.pl

tet Doradcy ds. Szczepień Ochronnych (ACIP) rekomenduje szczepienie dziewcząt w wieku 11 i 12 lat trzema dawkami jednej z dwóch szczepionek przeciw HPV, przy czym serię szczepień można rozpoczynać już w 9. roku życia. Szczepienie rekomenduje się też dziewczynkom i kobietom od 13. do 26. roku życia, które wcześniej nie były szczepione przeciw wirusowi lub nie otrzymały wszystkich trzech dawek szczepień. Eksperci ACIP zaznaczają, że najlepiej jest szczepić przed potencjalnym kontaktem z wirusem, czyli przed inicjacją seksualną. Eksperci z Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego zalecają, by przeciw HPV szczepić dziewczynki w wieku 11–12 lat oraz w wieku 13–18 lat, jeśli nie zostały wcześniej zaszczepione (są to tzw. szczepienia nadrabiające). Rekomendacje te są zgodne z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) oraz Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC).

W Polsce szczepienia te nie są jednak obowiązkowe, co oznacza, że nie są refundowane. Wirus HPV jest przenoszony głównie drogą płciową, a niezwykle rzadko w inny sposób. Ocenia się, że w ciągu życia aż 80 proc. aktywnych seksualnie kobiet i mężczyzn ulega zakażeniu tym wirusem. Najczęściej dochodzi do niego w początkowym okresie aktywności seksualnej, tj. między 20. a 24. rokiem życia. Przeważnie nie towarzyszą temu objawy i w 70–80 proc. infekcja ustępuje samoistnie. U części kobiet zakażenia utrzymują się jednak dłużej niż 24 miesiące i są one przeważnie wywołane typami wirusa, które mogą wywołać raka szyjki macicy. Nowotwór ten rozwija się tylko u kilku procent pań zakażonych HPV przewlekłe.

Ponieważ procesy prowadzące do choroby zaczynają się ok. 20 lat wcześniej, można je wykryć dzięki regularnemu zgłaszaniu się na badania cytologiczne. Wykrycie raka szyjki macicy w stadium przedinwazyjnym daje prawie 100 proc. szans na całkowite wyleczenie.



Poznańska Malta

Poznaniacy są dumni z kompleksu rekreacyjno-sportowego nad jeziorem Malta. Jest tu najpiękniejszy, naturalny tor wioślarski, czynny cały rok stok narciarski i saneczkowy, termy, hotel, pięknie zagospodarowane tereny spacerowe i rowerowe, liczne punkty gastronomiczne, no i położenie – praktycznie w mieście.

Nie wszyscy jednak wiedzą, skąd wzięła się nazwa Malta. Jej geneza sięga XII w. Wówczas książę Mieszko Stary oraz biskup Radwan ufundowali szpital dla ubogich i wędrowców. Personel – jak byśmy dziś powiedzieli – stanowili joannici albo

kawalerowie maltańscy, znani z najlepszej opieki medycznej w ówczesnej Europie. Na przełomie XII i XIII w. joannici rozpoczęli w Poznaniu budowę nowego kościoła pod wezwaniem św. Jana Jerozolimskiego, czyli św. Jana Chrzciciela. Do zakonu należało kilka pobliskich wsi. Joannici mieli zgodę na wysyłanie nadwyżek finansowych do głównej siedziby zakonu i w ten sposób powstała w Poznaniu komandoria zakonu, która funkcjonowała prawie 600 lat. Właśnie z uwagi na obecność w tym miejscu kawalerów maltańskich dzisiejsza dzielnica Poznania nazywa się Malta, podobnie jak położone tam Jezioro Maltańskie. Skąd jednak powstały w Jerozolimie zakon rycerski znalazł się w tym miejscu? Historia zakonów rycerskich sięga XI w. Były trzy zakony podlegające władzy papieskiej. Rycerze Świątyni – zwani templariuszami, rycerze Szpitala Je-





rozolimskiego – znani jako joannici lub szpitalnicy, oraz Zakon Szpitala Najświętszej Panny Marii Domu Niemieckiego w Jerozolimie – zwany później zakonem krzyżackim. Zakony miały za zadanie nieść pomoc medyczną pielgrzymom przybywającym do Ziemi Świętej i bronić ich przed wrogością ze strony muzułmanów. W tym czasie istniało utworzone pod koniec XI w. Królestwo Jerozolimskie, które przez 200 lat chronione było przez rycerzy zakonnych, właśnie przed muzułmanami. Rycerze zakonni cieszyli się wielkim szacunkiem w Europie. Użytkowali zamki i twierdze warowne, byli obdarowywani kosztownościami przez władców z całej Europy, zorganizowali świetnie działającą organizację finansową, ich system pożyczek słynął z uczciwości.

Królestwo Jerozolimskie upadło ostatecznie w 1291 r. Zakony rozproszyły się. Krzyżacy przenieśli się początkowo do Wenecji, później nawet do Polski, a templariusze i joannici osiedli na Cyprze. Planowali odzyskanie Jerozolimy, jednak król Francji Filip IV Piękny, zadłużony u templariuszy, postanowił sprawę długu zakończyć w prosty sposób. Oskarżył za-

kon o herezję, wielu zakonników wymordował i tak skutecznie doprowadził do upadku Rycerzy Świątyni, a przy okazji problem długu przestał istnieć. W rejonie Morza Śródziemnego zostali tylko joannici. Na Cyprze rozpoczęli budowę szpitala, ale nie zrezygnowali z planów odebrania Jerozolimy muzułmanom. Przenieśli się na wyspę Rodos, utworzyli suwerenne państwo, które jednak zostało zdobyte przez tureckie wojska pod wodzą Sulejmana Wspaniałego. Joannici musieli opuścić wyspę, by w końcu po latach tułaczki znaleźć swe miejsce na Malcie. Turcy próbowali wyprzeć joannitów także i stamtąd, ale ostatecznie ich wielomiesięczne oblężenie zakończyło się fiaskiem. Joannici zajęli się umacnianiem wyspy, data Wielkiego Oblężenia w 1565 r. jest jedną z najważniejszych dat w historii Malty.

W ten to sposób zakon szpitalników z Jerozolimy poprzez Cypr i Rodos trafił na Maltę i do Polski, jego rycerzy zaczęto nazywać kawalerami maltańskimi, a nazwa wyspy na stałe gościła w jednej z dzielnic Poznania.

ANDRZEJ BASZKOWSKI



Dawka informacji

Andrzej Piechocki

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

2500 rezydentur

Minister zdrowia przyznał 2500 miejsc rezydenckich dla lekarzy i lekarzy dentystów, którzy rozpoczną specjalizację na podstawie postępowania kwalifikacyjnego przeprowadzane go w okresie od 1 do 31 października 2012 r.

Podjmując tę decyzję, minister zdrowia uwzględnił w 100 proc. zapotrzebowanie w dziedzinach priorytetowych (podstawowych) zgłoszone przez wydziały zdrowia urzędów wojewódzkich oraz wojewódzkie centra zdrowia publicznego. Zgodnie ze zgłoszonym zapotrzebowaniem w dziedzinach: anestezyjologia i intensywne terapie, epidemiologia, kardiologia, medycyna pracy, medycyna ratunkowa, medycyna rodzinna, neonatologia, onkologia kliniczna, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, patomorfologia, pediatria, radiologia i diagnostyka obrazowa, radioterapia onkologiczna, rehabilitacja medyczna, stomatologia dziecięca, przewidziano 1362 rezydentury. Zgodnie ze zgłoszonymi zapotrzebowaniami oraz uwzględniając strukturę wiekową lekarzy specjalistów, przyznano 1138 rezydentur w pozostałych podstawowych dziedzinach medycyny.

Komunikat dotyczący liczby przyznaczonych miejsc rezydenckich dla lekarzy i lekarzy dentystów, którzy rozpoczną specjalizację na podstawie postępowania kwalifikacyjnego przeprowadzonego w terminie od 1 do 31 października 2012 r., jest już dostępny na stronie internetowej ministerstwa w dziale *Nauka*, w części *Lekarze i lekarze dentyści, Kształcenie podyplomowe*. Szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury może odbywać wyłącznie lekarz nieposiadający I lub II stopnia specjalizacji lub tytułu specjalisty.

AGNIESZKA GOŁĄBEK
WWW.MZ.GOV.PL

Potrąfi sprostać wyzwaniu



Procedura wyboru nowego szefa NFZ została ostatecznie zamknięta. Spośród 15 kandydatów minister zdrowia zarekomendował, a premier powołał na to stanowisko Agnieszkę Pachciarz, wiceminister zdrowia. Można ją było jeszcze na początku tego roku spotkać na korytarzach naszego szpitala, którym nie zwykła zarządzać, jako prezes PCM w Pleszewie, jedynie zza biurka swojego gabinetu.

Będziemy trzymać kciuki za powodzenie kolejnej ważnej misji, której podejmuje się „nasza” Pani Prezes. Życzymy, aby na nowym, jakże odpowiedzialnym stanowisku udało jej się rozwiązać wszystkie trudne problemy i zadania stojące przed systemem ubezpieczeń zdrowotnych w naszym kraju. Wielkie

to wyzwanie, ale wierzymy, a wiara ta ma oparcie w sukcesach, jakie współtworzyliśmy pod jej kierownictwem, że Agnieszka Pachciarz potrafi temu wyzwaniu sprostać.

WWW.SZPITALPLESZEW.PL

III edycja konkursu

Rusza III edycja konkursu „Wielkopolska otwarta dla niepełnosprawnych”. Konkurs organizowany jest przez samorząd województwa wielkopolskiego wspólnie z Telewizją Polską S.A. Oddział w Poznaniu. Obok nagrody głównej marszałka województwa wielkopolskiego Marka Woźniaka w wysokości 30 tys. zł na dofinansowanie przedsięwzięć adresowanych do osób niepełnosprawnych, przewidziane są także wyróżnienia w postaci zrealizowanych przez poznańską telewizję reportaży i ich emisji w ramach programu „Wielkopolska otwarta dla niepełnosprawnych”. Celem konkursu jest promowanie „dobrych praktyk” w zakresie wsparcia osób niepełnosprawnych, kreowanych i wdrażanych przez wielkopolskie powiaty i gminy w latach 2010–2012. Oceniana będzie m.in. różnorodność oddziaływań, innowacyjność i wysoka dostępność usług uwzględniających potrzeby osób niepełnosprawnych. Termin nadsyłania zgłoszeń na konkurs upływa 31 października 2012 r.

WWW.UMWW.PL

Z osiemnastu państw



Aulę Centrum Kongresowo-Dydaktycznego tłumnie wypełnili nowo przyjęci studenci anglojęzyczni i tym spotkaniem zainaugurowali w swoim gronie nowy etap w murach naszej uczelni. W trakcie Orientation Days, organizowanych corocznie przez Centrum Nauczania w Języku Angielskim, studenci zagraniczni uzyskują wiele cennych i praktycznych informacji ułatwiających im rozpoczęcie nauki. Powitani zostali przez władze uczelni, które reprezentował prorektor ds. klinicznych i szkolenia podyplomowego, dyrektor Centrum Nauczania w Języku Angielskim prof. dr hab. Grzegorz Oszkinis. W swoim przemówieniu, gratulując wstąpienia w mury naszej uczelni, podkreślił rangę Uniwersytetu Medycznego jako ośrodka realizującego kształcenie w języku angielskim od 1993 r., wyrażając jednocześnie nadzieję, że studia w Poznaniu dla wszystkich zakończą się sukcesem. Wykonywanie zawodu lekarza i udzielanie pomocy pacjentom nie należą do łatwych zadań, co zaakcentował pełnomocnik ds. nauk podstawowych dr hab. Grzegorz Dworacki, prof. UM, przybliżając zebranym postać Karola Marcinkowskiego – patrona Uniwersytetu Medycznego.

W roku akademickim 2012/2013 łącznie rozpocznie naukę 171 studentów anglojęzycznych, którzy pochodzą z 17 państw: głównie z Norwegii, Kanady, USA, a także z Arabii Saudyjskiej, Wielkiej Brytanii, Szwecji, Tajwanu, Izraela, Niemiec, Irlandii, Japonii, Jamajki, Iranu, Nigerii, Mauritiusa, Pakistanu i Ukrainy.

WWW.UMPEDU.PL

Szkolenie i rekreacja na Warmii i Mazurach

Od 30 sierpnia do 2 września z inicjatywy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej grupa 38 lekarzy i lekarzy dentyistów przebywała na szkoleniu połączonym z wypoczynkiem w Rynie, miasteczku leżącym między jeziorami Ryńskim i Otów. Temat przewodni szkolenia brzmiał: „Jak sprawnie prowadzić praktykę lekarską”.

Szkolenie otworzył prezes WIL dr Krzysztof Kordel, kolejnymi prelegentami byli mecenas Anna Piotrowska-Musioł, która przedstawiła temat dokumentacji medycznej, Karol Chojnacki – dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, który mówił o kontraktowaniu świadczeń medycznych, Sławomir Wiciak – doradca finansowy, który analizował sprawy podatkowe, Marek Saj, który podjął zagadnienie ochrony danych osobowych w gabinecie lekarskim. Ostatni zabrał głos Jan Skrobisz i powiadomił zebranych o możliwościach ubezpieczenia się w PZU. Poinformował, że PZU otwiera swoje biuro w siedzibie izby.

Mieszkaliśmy w pięknie odrestaurowanym pokrzyżackim zamku, tam też odbywały się wspomniane szkolenia.

W piątek po szkoleniu wypłynęliśmy z Mikołajek w rejs po jeziorze Śniardwy, w sobotę w godzinach przedpołudniowych zwiedzaliśmy zamek z przewodniczką, która przedstawiła nam jego historię i dzieje odbudowy przez Andrzeja Dowgiałło, rodowitego mieszkańca Rynu. Następnie pojechaliliśmy zwiedzać Sanktuarium Maryjne w Świętej Lipce, gdzie wysłuchaliśmy pięknego koncertu wykonanego przez Rafała Sulimę na organach zbudowanych w latach 1719–1721 przez Jana Josue Mosengela. W Reszlu zwiedziliśmy gotycki zamek – dawną siedzibę biskupów warmińskich. W miasteczku tym 21 sierpnia 1811 r. po raz ostatni w Europie spalono czarownicę na stosie – ofiarą była Barbara Zdunk. Obejrzeliliśmy też w Gierłozie Wilczy Szaniec – kwaterę główną Adolfa Hitlera i Naczelnego Dowództwa Sił Zbrojnych Niemiec w czasie II wojny światowej. Wieczorem byliśmy zaproszeni na premierę filmu „Komisarz Blond i oko sprawiedliwości”, który kręcono między innymi na terenie Zamku w Rynie.

Nad całością spraw związanych z naszym pobylem w Zamku Ryn czuwali panowie Marek Saj i Jan Skrobisz.

LEK. DENT. WITOLD NOWAK



SHORT CUTS

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



Złota jesień

Wbrew tytułowi, ścinek ten nie będzie dotyczył „bursztynowego złota”, którego nie tylko „złotem” media i politycy fascynują się już od pewnego czasu. Zapewne w chwili, gdy będą Państwo czytać te słowa, za oknami zagości w pełni polska złota jesień, mieniąca się setkami odcieni żółci, brązów i czerwieni, a także będącej już w defensywie zgniłej zieleni. Próbkę jej (jesieni, nie zieleni) możliwości mogą Państwo podziwiać, patrząc na okładkę tego numeru „Biuletynu WIL”. Jednakże jesień w przyrodzie to także nie temat moich dzisiejszych rozważań. W takim razie co? – spyta pewnie co bardziej niecierpliwzy z czytelników. Już spieszę z wyjaśnieniem. Tytułowa „złota jesień” dotyczy szpitali. Nie wiem, czy zdają sobie Państwo sprawę z tego, że to pewnie już ostatnia „tak spokojna” złota jesień w polskich szpitalach. I to nie tylko publicznych, ale także „skomercjalizowanych”. Wbrew urzędowemu optymizmowi, który w komercjalizacji szpitali widzi lek na całe zło toczące polską medycynę szpitalną, podane ostatnio przez media dane rysują obraz nieco mniej kolorowy. Brnięcie przez tzw. publiczne placówki w coraz większe długi to nic nowego. Można powiedzieć, że twórcy ustawy przewidzieli to, zapisując w niej groźbę, że albo samorząd będący właścicielem takiego szpitala pokryje jego długi, albo szpital będzie podlegał przymusowemu przekształceniu w spółkę prawa handlowego (cokolwiek ma to oznaczać w praktyce). Ponieważ większość samorządów nie ma wolnych funduszy, by pokryć długi szpitali (a jeśli nawet je „przypadkowo” posiada, woli wydać z większym sensem), bliska jest pora, gdy wszystkie szpitale będą skomercjalizowane. I wtedy już nie będzie z nimi problemów, gdyż „prywatny” właściciel nie pozwoli sobie na powstawanie i powiększanie się długów. Uboczny efekt tej decyzji to upadek firm – nie, nie będę ryzykował określenia „parabankowych”, gdyż obecnie szczególnie źle się ono kojarzy – wspierających finansowo szpitale, które w normalnych bankach nie mogą uzyskać w żaden sposób kredytu umożliwiającego im dalsze kredytowanie naszego wielkiego mo-

nopolisty, czyli Narodowego Funduszu Zdrowia. Przecież NFZ „nie może” się zadłużyć, by pokryć swoje zobowiązania wobec osób z przymusu korzystających za jego pośrednictwem ze świadczeń, które powinien im zagwarantować i opłacić, a miały tego pecha, że zachorowały pod koniec roku, gdy tzw. limity się wyczerpały, a nie na początku, gdy jeszcze była szansa, że fundusz zapłaci za ich leczenie. Dlaczego te firmy upadną?! Ależ to proste! Przecież teraz „prywatny” już szpital nie będzie się zadłużał, ergo nie będzie potrzebował kredytu. Ani bankowego, ani tym bardziej parabankowego. Tak, poniosło mnie. Niestety, ta wizja nie będzie miała nic wspólnego z rzeczywistością, bowiem jak donoszą media, w tym roku zadłużają się już także przekształcone placówki, a te, które jeszcze jakoś ciągną, mają coraz gorsze wyniki i jak wieszczą eksperci, w przyszłym roku już na pewno „zatoną”. Tak więc tegoroczna jesień jest już zapewne ostatnią złotą jesienią polskich szpitali, bo za rok od razu będzie szary i dżdżysty listopad, bez liści na drzewach, tylko z samymi „upadłymi” liśćmi pod nogami, pokrywającymi równie upadłe szpitale... Ale może do tego nie dojdzie, z powodów, o których pisał w swoim „Wstępniaku” redaktor naczelny.

Wiedza lekarza jest niewiele warta

Prezes NFZ w jednym z ostatnio udzielonych wywiadów z troską „pochyliła się” nad leczeniem ambulatoryjnym. Efektem tego „pochylenia się” były obserwacje dotyczące porad w tzw. AOS, czyli ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Według prezes, dominują tu proste porady (niemal 90 proc.), jak to nazwała „recepturowe”. Lekarze AOS nie kwapią się natomiast wykonywać porad złożonych, a najlepiej zabiegowych. W domyśle zapewne chodziło jej o domniemane przez nią przerzucanie tych porad, zabiegów do szpitali, gdzie kierują pacjentów „bez uzasadnienia”. Zapewne by jeszcze dobić tych „wrednych” specjalistów, prezes NFZ pozwoliła sobie na dygresję, że w Niemczech lekarz specjalista, który skieruje do szpitala pacjenta niewymagającego hospitalizacji, musi się wytłumaczyć przed ubezpieczycielem. Po pierwsze, dlaczego jego leczenie jest nieskuteczne, po drugie, czy nie była to przypadkiem próba przerzucenia kosztów na szpital, który zawsze jest droższy. Nie będę dyskutował, czy podany niemiecki przykład jest prawdziwy, tylko zwrócę uwagę pani prezes, że w Polsce o leczeniu szpitalnym nie decyduje lekarz kierujący (a może nim być nawet LEKARZ NIEBĘDĄCY LEKARZEM UBEZPIECZENIA!), tylko lekarz przyjmujący do szpitala. Ewentualne pretensje powinna więc kierować do lekarzy przyjmujących w szpitalach, że nie są dostatecznie asertywni i nie potrafią odmówić pacjentowi, który ich zdaniem (bądź raczej funduszu) został niepotrzebnie skierowany. Ale wróćmy do naszego tytułowego stwierdzenia, że „wiedza lekarza jest niewiele warta”. Inną konstatacją wynikającą z obserwacji prezes NFZ jest to, że po raz kolejny

mamy na tym stanowisku osobę uważającą, że wiedza lekarza specjalisty jest nic niewarta! No, może nieco przesadziłem. Nie nic, tylko 3,5 pkt. Pani prezes, to polskim, a właściwie NFZ-owskim wypaczeniem jest to, że w AOS płaci się za „fikołki” i „gadżety”, a nie za wiedzę. W cywilizowanych krajach (też mógłbym podać różne przykłady, tak samo bulwersujące NFZ-owskiego płatnika, jak pani przykład – mnie) lekarzowi specjalście płaci się za wiedzę i doświadczenie zawodowe, a nie za to, czy wykonał np. echo serca, EKG wysiłkowe lub zlecił 10 czy 20 badań laboratoryjnych. I jeszcze jedna uwaga. W obecnym „cenniku” NFZ nie ma czegoś takiego jak porada „recepturowa”, który to termin jest już sam w sobie kuriozum.

Liski chytruski

Prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej wyraził kilkanaście stron wcześniej zadowolenie z faktu, że zwiększono liczbę rezydentur dla lekarzy po stażu. Też się z tego cieszę. Należy jednak pamiętać, że rezydentur jest tylko 2500, a lekarzy, którzy teraz staż ukończyli, niemal 4000, nie licząc tych, którzy pozostali z poprzednich lat. Tak samo jak prezes uważam, że szkolenie specjalizacyjne powinno zostać „zdecentralizowane” i powinno wrócić do korzeni, jak to było przez wiele dziesięcioleci i jakości ci specjaliści, wyszkoleni w tamtym, zapewne „niesłusznym” systemie (skoro został zarzucony), nie prezentują gorszego poziomu, a śmiem nawet twierdzić, że średnio ten poziom jest wyższy. Mój ścinek nie ma jednak być tylko powtórzeniem uwag prezesa, lecz tak przy okazji chciałbym zwrócić uwagę na pewną patologię, która szerzy się w Polsce i w przyszłości może spowodować, że studia lekarskie będzie kończyło jeszcze mniej osób niż obecnie (może wtedy rezydentur będzie więcej niż chętnych). O co chodzi? Otóż jak doniosły media, niektóre szpitale, w których studenci mają odbywać obowiązkowe praktyki, żądają od nich opłat za możliwość ich odbycia. Te mniej pazerne zadowolają się jednorazową opłatą od 120 do 200 zł, te bardziej życzą sobie 5 zł netto za godzinę praktyki, co czyni ponad 900 zł brutto za wymaganą praktykę. Tym sposobem studenci medycyny są chyba jedynymi „uczącymi się zawodu”, którzy za swoją pracę nie tylko nie dostają wynagrodzenia, ale jeszcze muszą płacić. Co prawda to uczelnia powinna zagwarantować miejsce do odbycia takiej praktyki, ale jak wiadomo, kliniki z gumi nie są i wszyscy się tam nie zmieszczą. Naturalne jest więc, że studenci są kierowani także do innych szpitali. Teoretycznie w sprawie opłat za taką praktykę uczelnia powinna porozumieć się ze szpitalem, ale jak to w życiu bywa – albo nie mogą dojść do porozumienia, albo po prostu udają, że problemu nie ma, a w efekcie student, by zaliczyć rok, musi sam zapłacić. Tak jest teraz. A jak będzie w niedalekiej przyszłości, gdy studenci ostatniego roku studiów będą musieli odbywać praktyki zawodowe? Nie będę snuł apokaliptycznych wizji, ale odpowiedź nasuwa się sama. Skoro obecnie nie ma miejsca w klinikach dla wakacyjnych praktykantów, co się będzie działo za parę lat z praktykami zawodowymi (przecież nagle nie przybędzie klinik i pracujących tam opiekunów studentów), mogą sobie Państwo sami wyobrazić. I nie będzie to budujący obraz. A gdy jeszcze na to nałożymy podobną do obecnej patologiczną chęć zarobku niektórych lisków chytrusków – dyrektorów szpitali, to raczej nie chciałbym być w skórze studentów ani potem ich ewentualnych (o ile udaloby im się zaliczyć wymaganą praktykę zawodową) pacjentów.

W dniach 13–14 grudnia 2012 roku w Poznaniu odbędzie się
II Międzynarodowa Konferencja
„Nowe możliwości leczenia endowaskularnego chorób naczyń”,
 której organizatorem jest Klinika Chirurgii Ogólnej i Naczyń
 Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Do udziału w tegorocznej dyskusji zaproszeni zostali najwybitniejsi eksperci z kraju i zagranicy zajmujący się diabetologią, chirurgią ogólną i naczyniową, ortopedią, terapią genową w cukrzycy. W trakcie konferencji zaprezentowane zostaną najnowsze osiągnięcia wiedzy medycznej i technik operacyjnych, odbędą się liczne warsztaty praktyczne oraz transmisje zabiegów operacyjnych wykonywanych na żywo.

Serdecznie zapraszamy do udziału w wydarzeniu!



Stop Amputacjom

II Międzynarodowa Konferencja
Nowe możliwości leczenia endowaskularnego chorób naczyń
Poznań 13-14 grudnia 2012 r.

Tematy główne

- Strefa endowaskularna
- Przeglądowe i selektywne interwencje
- Techniki endowaskularnej
- Ciężkie choroby naczyń
- Kardiologia i endowaskularna choroba serca
- Kardiologia interwencyjna i kardiologia
- Choroby

Transmisje na żywo z sal operacyjnych
 (Przebiegi z zabiegów endowaskularnych i wycieczki)

Miejsce konferencji
 Centrum Kongresowo-Gdybiologiczne
 Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu
 ul. Przybyszewskiego 33

Organizator
 Klinika Chirurgii Ogólnej i Naczyń
 Uniwersytetu Medycznego
 im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
 tel. 011 666 40 41

Przewodniczący Komitetu Naukowego
 Prof. dr hab. med. Grzegorz Chudzik

Selektor Konferencji
 Dr med. Krzysztof Wójcik

Miejsce Konferencji
 Centrum Kongresowo-Gdybiologiczne
 Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu
 ul. Przybyszewskiego 33

Opłaty
 polskie osoby: 100 zł (wz. 30 zł) + 200 zł (wz. 100 zł)
 polski: 200 zł (wz. 30 zł) + 300 zł (wz. 100 zł)
 zagraniczni: bezpłatnie

Skontaktuj się z nami

- Dr med. Grzegorz Chudzik
 tel. 011 666 40 41
 e-mail: gchudzik@um.poznan.pl
 www.kkcz.um.poznan.pl
- Wpisy należy wysyłać na adres:
 Dr med. Grzegorz Chudzik
 Klinika Chirurgii Ogólnej i Naczyń
 ul. Przybyszewskiego 33, 61-200 Poznań
 Poczta: 61-200 Poznań, ul. Przybyszewskiego 33
 e-mail: gchudzik@um.poznan.pl
 www.kkcz.um.poznan.pl

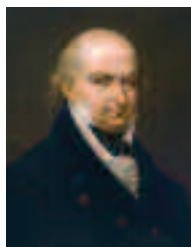
Lekarze – patroni wielkopolskich ulic

Śniadeckich



Jan i Jędrzej Śniadeccy byli wybitnymi naukowcami XVIII i XIX w. i to oni właśnie zostali upamiętnieni w nazwie ulicy, która znajduje się na terenie poznańskiego Grunwaldu.

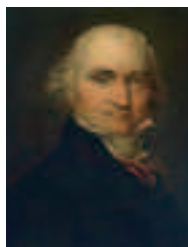
Byli synami Jędrzeja i Franciszki z Giszczyńskich, którzy posiadali w Żninie (ówcześnie województwo gnieźnieńskie) niewielki majątek, który jednak zapewnił im godne utrzymanie oraz wykształcenie dzieci. Śniadeccy mieli czworo synów, wspomnianych już Jana i Jędrzeja oraz Franciszka (zmarł w 6. roku życia) i Józefa, prawnika, który zajął się prowadzeniem gospodarstwa we wsi Niestabin pod Śremem.



Jędrzej Śniadecki (ur. 30.11.1768 w Rydlewie koło Żnina, zm. 11.05.1838 w Wilnie) początkowo uczył się w Trzemesznie, potem w Krakowie i w Pawii, gdzie otrzymał tytuł doktora medycyny i filozofii. W tym czasie Uniwersytet w Pawii należał do najlepszych w Europie. Wykładowcami tam byli m.in. Galvani, Volta, Spalanzani oraz Scarpa. W 1797 r. został profesorem chemii i medycyny w Szkole Głównej Wielkiego Księstwa Litewskiego i Akademii Medyko-Chirurgicznej w Wilnie. Zajmował się głównie medycyną, biologią, chemią i filozofią. W 1808 r. odkrył nowy pierwiastek o liczbie atomowej 44 (obecnie znany jako ruten), który nazwał west, od łac. Vestium. Odkrycie to nie zostało jednak rozpropagowane, a za odkrywcę rutenu obecnie uznaje się Karla Klause (1844 r.). Jędrzej Śniadecki opracował podstawy pol-

skiej terminologii chemicznej oraz napisał pierwszy polski podręcznik chemii. Jego terminologia chemiczna odbiegała od ogólnie przyjętej na świecie, wywodzącej się bezpośrednio od nazw łacińskich. Do dzisiaj terminologia Śniadeckiego obecna jest w nietypowych, polskich nazwach pierwiastków: wodór, węgiel, krzem, siarka, kwasoród dla tlenu. W 1822 r. Śniadecki opisał metodę leczenia krzywicy za pomocą zwiększonej ekspozycji na światło słoneczne. Był też autorem oryginalnej i nowatorskiej pracy pt. „Teoria jestestw organicznych” (1804 r.), w której opisał wyjątkową cechę organizmów żywych – ciągłą przemianę materii. Jego grób znajduje się na wiejskim cmentarzyku w Horodnikach w powiecie oszmiańskim województwa wielkiego, niedaleko rodzinnego majątku Śniadeckich w Bołtupiu.

Jan Śniadecki (ur. 29.08.1756 w Żninie, zm. 9.11.1830 w Jaszunach koło Wilna) studiował początkowo w Poznaniu na Akademii Lubrańskiego, potem w Krakowie i w Paryżu. W 1781 r. został profesorem matematyki i astronomii w Krakowie. W 1782 r. zaproponował utworzenie obserwatorium astronomicznego w Krakowie na terenie Ogrodu Botanicznego, a w 1784 r. (rok po braciach Montgolfier) skonstruował pierwszy w Polsce balon. Zajmował się głównie astronomią, matematyką, filozofią i geografiami. Przyczynił się do utworzenia podstaw polskiej terminologii matematycznej. Na cześć uczonego została nazwana jedna z planetoid oraz krater na Księżycu.



Jan Śniadecki (ur. 29.08.1756 w Żninie, zm. 9.11.1830 w Jaszunach koło Wilna) studiował początkowo w Poznaniu na Akademii Lubrańskiego, potem w Krakowie i w Paryżu. W 1781 r. został profesorem matematyki i astronomii w Krakowie. W 1782 r. zaproponował utworzenie obserwatorium astronomicznego w Krakowie na terenie Ogrodu Botanicznego, a w 1784 r. (rok po braciach Montgolfier) skonstruował pierwszy w Polsce balon. Zajmował się głównie astronomią, matematyką, filozofią i geografiami. Przyczynił się do utworzenia podstaw polskiej terminologii matematycznej. Na cześć uczonego została nazwana jedna z planetoid oraz krater na Księżycu.

PROF. NADZW. DR HAB. MED. ANDRZEJ GRZYBOWSKI
AE.GRZYBOWSKI@GMAIL.COM

ultrasonografy.pl



ZESPÓŁ GABINETÓW LEKARSKICH
Poznań, ul. Promienista
nawiąże współpracę
z lekarzami specjalistami
tel. 502 400 820
tel. 61 8610 433
e-mail: wojciechciesielski@wp.pl

Dyrekcja Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Środzie Wilk.
pilnie strudni w Szpitalu w Środzie Wilk.

- lekarzy w Specjalistycznych Zespołach Ratownictwa Medycznego
- lekarzy w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym chcących specjalizować się w medycynie ratunkowej (posiadamy miejsca akredytacyjne)
- lekarza w oddziale położniczo-ginekologicznym (praca w godzinach dopołudniowych)

ZAPEWNIAMY DOBRE WARUNKI PRACY I PŁACY

Uprzejmie prosimy o kontakt osobisty, listowny lub telefoniczny. Tel. 61 285 40 31 w. 218 lub 210.

Oferty prosimy kierować pod adresem: Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej, 63-000 Środa Wilk., ul. Czerwonego Krzyża 2

CHIRURGIA og.
Podejmę pracę
lub na zastępstwa
w ramach gabinetu (emeryt)
tel. 609 521 362

Do wynajęcia
gabinet
lekarski
Grunwald
tel. 603 23 71 74

Do wynajęcia gabinet
w zespole
gabinetów lekarskich
w Poznaniu,
ul. Promienista
tel. 502 400 820

Echo serca, ekg...
wykonuje prywatnie
kardiolog
dziecięcy
lek. med. Hanna Mikołajczak
rejestracja tel. 602 68 20 38

Szukam pracy
na terenie Poznania
pediatra
lek. med. rodzinnej
603 503 585

UROLOG
poszukuje pracy
na terenie Poznania i okolic
w ramach NFZ lub prywatnie
(szpital, poradnia, gabinet prywatny)
tel. 604 759 490

Przychodnia
Medycyny
Rodzinnej
MEDJAST
w Jastrowiu
zatrudni
lekarza
do pracy
w POZ

Kontakt tel. 604 625 571

Wynajmę
gabiny
lekarskie
w centrum
Poznania

ul. Krakowska 32
(obsługa recepcjonistek).

Atrakcyjna cena.

Telefon 61 8501 221
w godzinach 11–20

Spotkanie koleżeńskie
z okazji 20-lecia dyplomu
Wydziału Lekarskiego
Zjazd absolwentów AM w Poznaniu
Wydział Lekarski
Rok ukończenia 1992

Odbędzie się dnia 27 października 2012 roku
w restauracji Piano Bar w Starym Browarze w Poznaniu

Rejestracja i informacje strona www.stawniak.pl
Kontakt Maciej Cymerys m.cymerys@plusnet.pl

LEKARZE BEZ GRANIC

zapewniają pomoc medyczną w nagłych wypadkach,
kiedy w strefach wojennych lub w momencie katastrofy
naturalnej jest zagrożone życie wielu osób – nie pytając
o pochodzenie, religię czy polityczne przekonanie.
Interesujecie się pracą Lekarzy bez Granic i chcecie
może nawet sami pracować w projekcie za granicą?

Zapraszamy Was na nasz wieczór informacyjny
7 listopada w Poznaniu, podczas którego przedstawimy
naszą organizację i ukážemy Wam możliwości
współpracy. Następnie będziecie mieli okazję,
by zadać pytania.

Dalsze informacje możecie uzyskać,
kontaktując się mailowo
dominika.solecka@bonn.msf.org.
Czekamy na Was!

Atrakcyjne działki w otulinie leśnej



Tylko 35 min
od Poznania
Ceny już od 20 zł/m²



Tel. 608 026 853 www.adcentrum.com.pl/dzialki

Wiersze



LEK. MED. RYSZARD
KRAWIEC

Historio! Ech ty...!

(refleksje po wycieczce na Ukrainę)

„Kto ty jesteś? – Polak mały...”
Nie zapomina się tych słów
Bo usta matki mej je szeptały.
I jeszcze że: „...obroniliśmy Lwów!”

Kiedyś „...szum Prutu i Czeremoszu”
W piosence brzmiał jak zakłęcie
Śpiewane chórem młodzieńczych
głosów,
I to, że „...Ukrainy nigdy więcej

Nie zobaczę...” Tymczasem widziałem
Orląt Lwowskich białe groby jednolite,
Z nostalgią nad Dniestrem
wspominałem
Ukrainy dzieje i naszej Rzeczypospolitej...

Cała ta ziemia:
Chocim, Zbaraż, Kamieniec Podolski
Wielu nacji kryją w ziemi krew i kości...
Stąd refleksja: chyba równa polskiej
Była Ukraińców trudna droga
do wolności.

„Śladami Trylogii”
sierpień–wrzesień 2012

Jaja w Kołomyi

Podróże bawią i kształcą – to powiecie
sami
Np. w Kołomyi pokazano nam, jak kręcić
jajkami
Kurzymi. Duża sztuka! Rezultat zachwyca
Choć nie jest to omlęt ani jajecznicą.
Lecz kraszanka.
Dzięki temu mają Muzeum z pisankami.

Kołomyja 27.08.2012.



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-Koźmińska
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: Krzysztof Ożegowski

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.

N.Z.O.Z. PRZYCHODNIA STOMATOLOGICZNA



we Wschowie

ZATRUDNI lekarza stomatologa

umowa z NFZ oraz prywatnie
(oferujemy dobre warunki pracy)

kontakt z kierownikiem - 509 502 611

www.kadent.com.pl

NZOZ Klinika Promienista
w Poznaniu
nawiąże współpracę
ze specjalistami:

- DIABETOLOGII ● NEUROLOGII
- DERMATOLOGII ● LARYNGOLOGII
- ALERGOLOGII ● KARDIOLOGII
- MEDYCYNY ESTETYCZNEJ ● PSYCHIATRII
ORAZ PSYCHOLOGIEM I LOGOPEDĄ

w zakresie ambulatoryjnych usług prywatnych.
tel. 61 862 20 15 info@promienista.pl

BIURO RACHUNKOWE

mgr Zofia Szczerkowska

60-651 Poznań, ul. gen. St. Maczka 14
tel./faks 61 840 13 71, tel. kom. 501 381 255
e-mail: biuro@filobiuro.pl, www.filobiuro.pl



NZOZ Klinika Promienista w Poznaniu
nawiąże współpracę ze specjalistami zabiegowcami

w zakresie prywatnych operacji planowych

tel. 61 862 20 15 info@promienista.pl

Centrum Specjalistyczne
AUXILIUM

Września, ul. Legii Wrzesińskiej 19A

wydzierżawi

**4 nowe gabinety lekarskie
wraz z recepcją i poczekalnią
lub podejmie współpracę
z lekarzami**

- gabinety położone w centrum miasta w pobliżu szpitala
- bezpłatny parking dla pacjentów

tel. kont. 601 71 24 73

NZOZ w Poznaniu
zatrudni

NEUROLOGA

do pracy
w ramach kontraktu z NFZ
tel. 602 359 196



Klinika w Poznaniu wydzierżawi
specjaliście radiologowi

PRACOWNIĘ RENTGENOWSKĄ
z pełnym wyposażeniem (aparaturę cyfrową)
oraz aktywną umową o odczyt zdjęć.

tel. 61 862 20 15 info@promienista.pl

**Pomieszczenie
na gabinet lekarski
w przychodni**

do wynajęcia
w Szamotułach
603 331 452

Nowa placówka medyczna
w Poznaniu – Nowe Miasto
zaprasza do współpracy

**stomatologów
(również młodych
po stażu)**

**lekarzy specjalistów
dietetyków
specjalistów**

medycyny estetycznej

Istnieje możliwość wynajmu
gabinetu na wyłączność
lub na godziny
telefon kontaktowy 602 494 996

**Przychodnia
Medycyny
Rodzinnej**
w pobliżu
Wągrowca
zatrudni
stomatologa

od sierpnia 2012
tel. 604 473-051

**Szkolenia
z medycyny
estetycznej
dla lekarzy
oraz lekarzy
dentystów**

Szczegółowe informacje
na stronie
www.lasercosmetica.pl
Laser Cosmetics
ul. Krzywoustego 9-10,
70-250 Szczecin

Dyrekcja Samodzielnego

Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej
w Kościanie ul. Szpitalna 7, 64-000 Kościan

zatrudni lekarzy specjalistów do pełnienia dyżurów

na Oddziale Położniczo-Ginekologicznym
(kontrakt/dyżury)

Bliższych informacji udziela
Dyrektor SP ZOZ w Kościanie
tel. 65 512 16 40, faks 65 512 07 07

ZATRUDNIMY

STOMATOLOGÓW

(B. DOBRE WARUNKI)

NZOZ – STOMATOLOGICZNY

DENT

Poznań

tel. **602 299 934**

**Zakład Opieki Zdrowotnej
Aresztu Śiedczego
w Poznaniu**

**poszukuje lekarzy
I lub II st. specjalizacji,
najlepiej z zakresu
chorób wewnętrznych,
chętnych do pracy
w Amulatorium.**

Istnieje możliwość zatrudnienia w formie
umowy o pracę na cały lub częściowy etat.
Praca w areszcie nie wyklucza możliwości
zatrudnienia w innych placówkach.
Osoby zainteresowane proszę o kontakt
Dyrektorem Szpitala
pod numerami telefonów:
61 8568 420 oraz 61 8568 434



post
eular

WWW.TERMEDIA.PL

TERMIN:

16–17 listopada 2012 r.

**PRZEWODNICZĄCY
KOMITETU NAUKOWEGO:**

prof. dr hab.
Włodzimierz SAMBORSKI

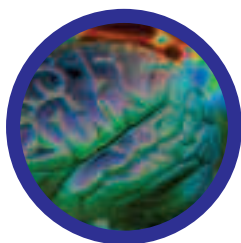
MIEJSCE:

Poznań, Hotel Novotel Poznań
Centrum, pl. Andersa 1

ORGANIZATORZY:

Klinika Reumatologii
i Rehabilitacji
Ortopedyczno-Rehabilitacyjnego
Szpitala Klinicznego
im. Wiktora Degi
Uniwersytetu Medycznego
im. K. Marcinkowskiego
w Poznaniu,

Oddział Poznański
Polskiego Towarzystwa
Reumatologicznego,
wydawnictwo *Termedia*



**NEUROPSYCHIATRIA
I NEUROPSYCHOLOGIA
2012 UPDATE**

POZNAŃ, 22–23 listopada 2012 r.

Clinical and neurobiological staging of bipolar affective illness | Biomarkery w zespołach otępiennych – 2012 update | Neurologia na przełomie wieków | Zaburzenia psychiczne poporodowe – 2012 update | Płeć mózgu: dlaczego jesteśmy różni? 2012 update | Co badania typu GWAS (*genome-wide association study*) wniosły do psychiatrii i neurologii? | Obraz mózgu w depresji i w manii | Jak narkotyki oszukują mózg? | Choroby prionowe – 2012 update | Neurobiologia łaknienia – 2012 update | Kontinuum psychozy | Internet i pornografia. Aspekty psychopatologiczne

WWW.TERMEDIA.PL

MIEJSCE:

Poznań
Centrum Kongresowo-Dydaktyczne
Uniwersytetu Medycznego
im. K. Marcinkowskiego
ul. Przybyszewskiego 37 A

KIEROWNIK NAUKOWY:

prof. Janusz RYBAKOWSKI

ORGANIZATORZY:

Klinika Psychiatrii Dorosłych
Uniwersytetu Medycznego
im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu,
Sekcja Psychofarmakologii
Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego,
wydawnictwo *Termedia* – wydawca czasopisma
Neuropsychiatria i Neuropsychologia



SERCE i MÓZG

**CHOROBY NACZYNIOWE SERCA I MÓZGU:
RÓŻNICE I PODOBIENSTWA**

WARSZAWA, 8 grudnia 2012 r.

**CZYNNIKI RYZYKA ZAWAŁU SERCA I UDARU MÓZGU
– BADANIE INTERHEART I INTERSTROKE**

MIGOTANIE PRZEDSIÓNKÓW

– RYZYKO I PREWENCJA POWIKŁAŃ ZAKRZEPOWO-ZATOROWYCH

POSTĘPOWANIE W OSTRYCH ZESPOŁACH WIĘNCOWYCH

I W OKRESIE OSTRYM UDARU MÓZGU – RÓŻNICE I PODOBIENSTWA

ZABIEGOWE LECZENIE MIAŻDŻYCY NACZYŃ

– PROFILAKTYKA UDARU MÓZGU I LECZENIE CHOROBY WIĘNCOWEJ

WWW.TERMEDIA.PL

TERMIN

8 grudnia 2012 r.

MIEJSCE

WARSZAWA
Biblioteka Narodowa
al. Niepodległości 213

PRZEWODNICZĄCY KOMITETU NAUKOWEGO

prof. dr hab. Anna CZŁONKOWSKA
prof. dr hab. Andrzej BUDAJ

ORGANIZATORZY

Instytut Psychiatrii i Neurologii,
II Klinika Neurologiczna
Klinika Kardiologii Centrum Medycznego
Kształcenia Podyplomowego
Szpital Grochowski
oraz
wydawnictwo *Termedia*