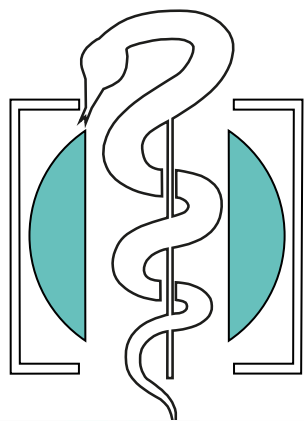


BIULETYN INFORMACYJNY NR 9 (308) • POZNAŃ, WRZESIEŃ 2020



WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA



Kurs doskonalący z zakresu diagnostyki, leczenia i profilaktyki chorób i zaburzeń psychicznych. DEPRESJA.



KURS ON-LINE

SZKOLENIA SKIEROWANE DO LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW,
SKŁADAJĄ SIĘ Z 3 CZĘŚCI:

MODUŁU MEDYCZNEGO ORAZ **MODUŁU KOMPETENCJI
MIĘKKICH**, KTÓRE ODBYWAJĄ SIĘ W CZASIE RZECZYWISTYM,

A TAKŻE **DOSTĘPU DO PLATFORMY E-LEARNINGOWEJ**
NA KTÓREJ ZNAJDUJĄ SIĘ MATERIAŁY EDUKACYJNE,
WYTYCZNE ORAZ FILMIKI EDUKACYJNE.

NA PLATFORMIE ZNAJDUJE SIĘ TAKŻE TEST WIEDZY,
PO ZALICZENIU KTÓREGO UCZESTNIK OTRZYMA

CERTYFIKAT UKOŃCZENIA KURSU.

ZA SZKOLENIE PRZYSŁUGUJE **20 PUNKTÓW EDUKACYJNYCH**.

SZKOLENIA POPROWADZĄ:

DR **WOJCIECH PAWLAK** – SPECJALISTA PSYCHIATRA
ORAZ PROF. **ALICJA GAŁĄZKA** – PSYCHOTERAPEUTA,
LICENCJONOWANY COACH I PEDAGOG

SZKOLENIE BEZPŁATNE

DOSTĘPNE TERMINY

| | |
|-----------------------|-------------|
| 11 WRZEŚNIA 2020 ROKU | GODZ. 18.00 |
| 12 WRZEŚNIA 2020 ROKU | GODZ. 9.00 |
| 25 WRZEŚNIA 2020 ROKU | GODZ. 18.00 |
| 26 WRZEŚNIA 2020 ROKU | GODZ. 9.00 |

SZCZEGÓŁY NA STRONIE PROJEKTU

www.wytyczne.org

LICZBA MIEJSC OGRANICZONA.
W CELU REJESTRACJI NA SZKOLENIE NALEŻY UZUPEŁNIĆ
DOKUMENTY REKRUTACYJNE DOSTĘPNE NA STRONIE
PROJEKTU I WYŚLAĆ JE NA ADRES:
wytyczne@hipokrates.org

ZABIEGI Z WYKORZYSTANIEM KOFERDAMU W TRAKCIE PANDEMII KORONAWIRUSA



26 WRZEŚNIA 2020 (SOBOTA)
GODZ. 10:00-13:00

Centrum Konferencyjne EDU WIL
ul. Szyperska 14, Poznań

Kurs obejmuje zagadnienia teoretyczne
(m.in. omówienie zestawu do koferdamu, wskazania do jego
stosowania), jak również praktyczną naukę kilku metod
zakładania koferdamu. Kierowany jest zarówno do asystentek,
jak i lekarzy stomatologów pragnących rozpocząć pracę z
wykorzystaniem koferdamu.

- Prowadzący: higienistka stomatologiczna Mariola Zubert
- 3 punkty edukacyjne
- **Promocyjna cena**
na pakiet lekarz + asystentka/higienistka



Zapisy:

Karolina Chojnacka, k.chojnacka@pident.pl, tel.: 605 221 120

Co w prawie piszczy?

Webinarium dla Lekarzy i Lekarzy Dentystów WIL



26.09.2020, godz. 10:00

Agresja i hejt okiem prawnika



Diagnoza wstępna



Epidemia V

No i po wakacjach. Albo po urlopie – jak kto chce. W każdym przypadku wracamy. Ludzie wyjeżdżali masowo, marzyli o przestrzeni, łąkach w Bieszczadach, dość mieli siedzenia od miesięcy w jednym i tym samym miejscu, gdy czekały na nich najpiękniejsze plaże Bałtyku albo Mazury. Zwłaszcza że premier oświadczył, iż epidemia jest opanowana, można spokojnie głosować. Lekarze wypowiedź premiera uznali za nieodpowiedzialność. Ale w końcu mówił to premier, więc o co chodzi... Wirus zamiast się uciszyć i uspokoić zgodnie z sugestią premiera Morawieckiego, poczyną sobie od tego czasu coraz swobodniej – już dochodzi do blisko 900 zakażeń na dobę. Niedawno było 300... Trzeba sobie jasno powiedzieć, że nie ma żadnego uspokojenia, epidemia rozlewa się dalej, i co gorsza, słyszymy oświadczenia, że szczyt zachorowań jest dopiero przed nami.

Ludzie niby boją się wirusa, ale dominuje przekonanie, że skoro dotąd nic się im nie stało, to dlaczego zarazek ma ich trafić akurat teraz. Boją się też jeździć za granicę, wołają przed wirusem chować się w kraju. Nad morzem w parze ze szczupłością strojów plażowych idzie zaniedbywanie chodzenia w maseczkach. Nie mówiąc już o gastronomi, gdzie jest pełno, tłoczno, no ale jeść przecież trzeba. A co dopiero na weselach, gdzie panuje przekonanie, że wesele jest raz w życiu, przynajmniej własne i teoretycznie, więc mamy prawo zaszaleć... Żartów nie ma. Jest coraz bardziej niebezpiecznie. Epidemia się rozszerza. Jest wielce nierozsądne lekceważenie zaleceń ochronnych. Trzeba nosić maseczki, myć ręce, unikać tłumów, wesel, pogrzebów, trzymać dystans socjalny. Chronimy w ten sposób zarówno siebie, jak i innych (pisząc ten felieton, właśnie dotarła do mnie wiadomość, że mamy już 902 nowych infekcji w ciągu ostatniej doby).

Niepokój budzi przyszłość. Co będzie, jak jesienią spotka się wirus grypy, tej, która nawiedza nas co roku, z COVID-19? Nie wiadomo. Specjaliści mają różne zdanie. Jedni mówią, że nic takiego, inni, że lepiej się zabezpieczać, bo nie wiadomo, co będzie... Więc wracamy do maseczek, higieny rąk, dystansu. Niby drobiazgi, ale niesłuchanie ważne.

Czy potrafimy sobie wyobrazić, co będzie, gdy dzieciaki wrócą do szkoły? Czy jesteśmy przygotowani na to, co może się stać, gdy pojawią się infekcje?

Do dymisji podał się minister zdrowia Łukasz Szumowski i jego zastępca Janusz Cieszyński. Komentarze są różne. Od domniemania o drugim dniu do przywoływania stwierdzenia ministra sprzed kilku dni, gdy mówił, że „w takiej sytuacji, jaką mamy nie można w ogóle rozmawiać o opuszczeniu okrętu. Jestem żeglarzem i sternikiem, wiem, że takich rzeczy się nie robi”. A jednak po paru dniach odchodzi.

Trudno ocenić pozytywnie krok ministra wobec sytuacji zdrowotnej w Polsce opisaną powyżej. To jednak jest opuszczenie okrętu w obliczu zbliżającej się być może katastrofy. Sytuacja wymaga od nas wszystkich dyscypliny i cierpliwości w oczekiwaniu na szczepionkę. Prześcigają się w pracach nad nią w kilkunastu miejscach na świecie. Nie ma co się dziwić: kto będzie pierwszy, zgarnie niezłą sumkę. Tak czy inaczej ważne, by ta nowa szczepionka była skuteczna i nieszkodliwa. Osiągnięciami w tej dziedzinie chwalą się m.in. Chińczycy czy Rosjanie – ich szczepionka nazywa się Sputnik...

Andrzej Baszkowski

Spis treści

| | |
|---|----|
| Niefrasobliwe oblicza pandemii | 4 |
| Nie dla niszczenia, tak dla leczenia | 5 |
| Dwukrotnie w #gaszynchallenge | 6 |
| WIL a Europejski Egzamin Specjalizacyjny | 7 |
| Epidemia niestety pozostaje z nami | 8 |
| Z niepokojem czekamy na wrzesień | 11 |
| Chodzi o misję przydatności | 12 |
| PERYSKOP | 14 |
| Mi(ni)ster COVID, czyli o niepotrzebnym lęku przed zmianą | 14 |
| Zdobywcy Statuetki Wielkopolskiej Izby Lekarskiej Mentor | 16 |
| W 2021 roku budżet rekordowo wysoki? | 18 |
| SHORT CUTS | 19 |
| Z medycznej wokandy | 20 |
| Dawka informacji | 22 |
| SILVA RERUM MEDICARUM VETERUM | 23 |
| Nowe skrzydło szpitala | 24 |
| Model z trzema modułami | 24 |
| Medale dla lekarzy WIL | 25 |
| Recepta seniora | 26 |
| Wspomnienie o dr. n. med. Krzysztofie Tuszyńskim | 27 |
| Wspomnienie o dr. n. med. Rajmundzie Siennickim | 28 |
| Wiersze | 30 |

Autorka okładki

Antonina Bąk – rysunki są zapisem moich myśli, uczuć, przeżyć i wspomnień. Lubię, gdy każdy odczytuje je na swój sposób. Fascynuje mnie życie. Studiuję na Uniwersytecie Artystycznym w Poznaniu projektowanie mebli, ale interesuje mnie również rzeźba, projektowanie przestrzeni i najbliższa mi – bionika. Dla mnie to poezja natury. Technika wykonania to tusz na papierze.



Artur de Rosier
prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

Okiem prezesa...

Niefrasobliwe oblicza pandemii

Jednym z praw natury jest prawo akcji i reakcji, znane również jako trzecia zasada dynamiki Newtona. Prawo to mówi, że każdej akcji towarzyszy reakcja równa co do wartości, lecz przeciwnie zwrócona. I tak, w zgodzie z rzezonym prawem, powstał epidemiczny ruch oporu. Opierając się na rzekomym spisku WHO, sprzeciwie przeciw łamaniu wolności obywatela („nikt nie będzie mi mówił, co mam robić”), zdejmuje się maseczki i ogłasza, że wirusa nie ma. W imię tej samej wolności zdziera się maseczki z ust innych osób, tych spoza przecież jedynie słusznego ruchu, a WHO posądza się, że chce przejąć kontrolę nad światem – pewnie z pomocą koncernów farmaceutycznych, sieci 5G, a jak się można domyślać, kiedy powstanie szczepionka przeciw SARS-CoV-2, prawo Newtona uaktywni irracjonalizm antyszczepionkowców.

W ostatnich dwóch wstępniakach opisałem reakcję lękową na pandemię, traktując społeczeństwo jak jeden organizm i wskazując konsekwencje społeczne reakcji na stres. Teraz zastanawiam się, co dzieje się w społeczeństwie dziś? Czy w skutek ostrej reakcji na stres mamy teraz przypadki paranoi? Irracjonalne teorie, oskarżanie o spisek, poczucie zagrożenia i braku kontroli, podważanie zaufania, poczucie bezsilności – to czynniki wzmacniające postawy paranoiczne. I trafiają one na podatny grunt, bo nie ma jeszcze odpowiedzi na wszystkie pytania dotyczące wirusa, nie ma szczepionki, nie ma skutecznego leku. I choć ruchy antymaseczkowców są marginalne i słabe, to wprowadzają wiele zamętu w i tak zestresowanym społeczeństwie. Ale ludzkość dręczy jeszcze inna przypadłość – niefrasobliwość. Łamy naszego biuletynu i szacunek dla słowa nie pozwalają mi na użycie bardziej dobitnych określeń. Oto w województwie pomorskim młody człowiek, łamiąc zasady kwarantanny i nie czekając na wynik testu (który, jak się potem okazało, był dodatni), udał się na wesele, narażając na zakażenie 93 osoby. Z kolei koronaparty stają się znanym miejscem rozprzestrzeniania wirusa, a mimo to chodzimy na imprezy. Powinno się tego zakazać! Sięgamy już 1000 zakażeń dziennie, a niefrasobliwi bezmaseczkowcy krążą po sklepach i bezprawnie jeżdżą komunikacją miejską, obrażają się na pracodawców, gdy ci zakazują im powrotu do pracy, bo byli na weselu. Reagujemy, zakazujemy!

Kolejna kwestia, która mnie niepokoi, to niestabilność w ochronie zdrowia. Dymisje ministerialne i pytania o przeszłość, czy nowe władze zapewnią nam bezpieczeństwo? Oczekujemy jasnych wytycznych postępowania, w sytuacjach gdy naszych pacjentów, bliskich i nas samych dotyka bezpośrednio problem koronawirusa. Przecież, jak prognozuje WHO, to potrwa do dwóch lat. W Wielkopolsce niepokoi mnie to, że tak często zmieniają się lekarze zarządzający – w wakacje wybraliśmy swoich przedstawicieli aż do pięciu komisji konkursowych na stanowiska zastępców dyrektora ds. lecznictwa i docierają do nas informacje o sytuacjach trudnych czy konfliktowych w wielu szpitalach. Konflikty

dotyczą obsady lekarskiej, zamykane są oddziały, dowiadujemy się o złożonych wypowiedzeniach i zagrożeniu dla ciągłości istnienia określonej specjalności medycznej w województwie. Niepokoi także to, że kwestie polityczne też próbują mieć przełożenie na codzienną pracę lekarzy i jako Izba musimy w tych sprawach interweniować. Izba lekarska stała się miejscem, do którego spływają informacje, miejscem, gdzie prosi się o radę i pomoc. Współpracujący z nami prawnicy wspomagali lekarzy WIL w wyjaśnianiu zawłości prawnych konfliktów, w jakich się znaleźli, i my sami stanęliśmy przy lekarzach. To właśnie szpitale borykają się z największymi problemami kadrowymi, praca w szpitalu i zarządzanie oddziałami staje się zajęciem dla pasjonatów. Niech nigdy nie zabraknie nam pasji i poczucia odpowiedzialności, i niech będą one odpowiednio wynagradzane.

A co z osławionymi już teleporadami w POZ i specjalistycy? Czasami to błogosławieństwo systemu, możliwość pomocy pacjentowi na odległość, jaka nie była nam dotąd dana, możliwość zadbania o ciągłość leczenia, zapobieżenia odstawieniu leczenia na urlopie, bo „zapomniałem zabrać leków”, jedyna szansa, by dostać się do konkretnego lekarza poza zajętej terminami przyjęć. Ale borykamy się też z pretensjami pacjentów, że teleporada to jedyna forma kontaktu z lekarzem, która (nie sposób się nie zgodzić) nie zastąpi wizyty osobistej. Pewnie ta forma pomocy zostanie już z nami na zawsze, a trwająca pandemia usankcjonuje jej istnienie. Znajdźmy jednak drogę środka, bo ta – w odróżnieniu od teleporady – jest dużo starszą drogą i liczy sobie ponad 2,5 tysiąca lat.

Jak to jest – czy przyziemność i codzienność odbiera nam poczucie idealizmu? Kodeks etyczny może wpływać na działania lekarzy, pod warunkiem że mają oni odpowiednio ukształtowane charaktery. Lekarze, którzy dysponują cnotami, kodeksów nie potrzebują, a lekarze, którzy cnót nie posiadli, nie będą w stanie sprostać autentycznej trosce o ideały etyki lekarskiej, którym kodeksy miałyby służyć. W dobie pandemii nie zapominajmy, by w pracy z pacjentami koncentrować się na leczeniu nie tylko ciała, lecz i duszy, traktować człowieka jak współtowarzysza w istnieniu, odczuwającą istotę, jedność psychofizyczną, a nie tylko zbiór narządów, uszkodzoną maszynę organiczną, którą należy naprawić niczym pojazd oddany do warsztatu. Szlachetny zawód zobowiązuje do szlachetnego postępowania. Filozofia medycyny to nie tylko pytanie o sens istnienia i bytu, to także pytanie o sens choroby jako nieodłącznej części życia. Tylko o istocie ludzkiej można w pełni powiedzieć, że „choruje”, „umiera” i „cierpi”, że zewnętrznie, wewnętrznie oraz świadomie doświadcza sytuacji choroby czy cierpienia w skali całej swojej istoty i na miarę swojej osobowej wrażliwości. Nauczajmy młodych kolegów nie tylko tego, jak leczyć, ale też jak być lekarzami. Zwłaszcza teraz, w warunkach bojowych, na froncie walki z wirusem. ■

Nie dla niszczenia, tak dla leczenia

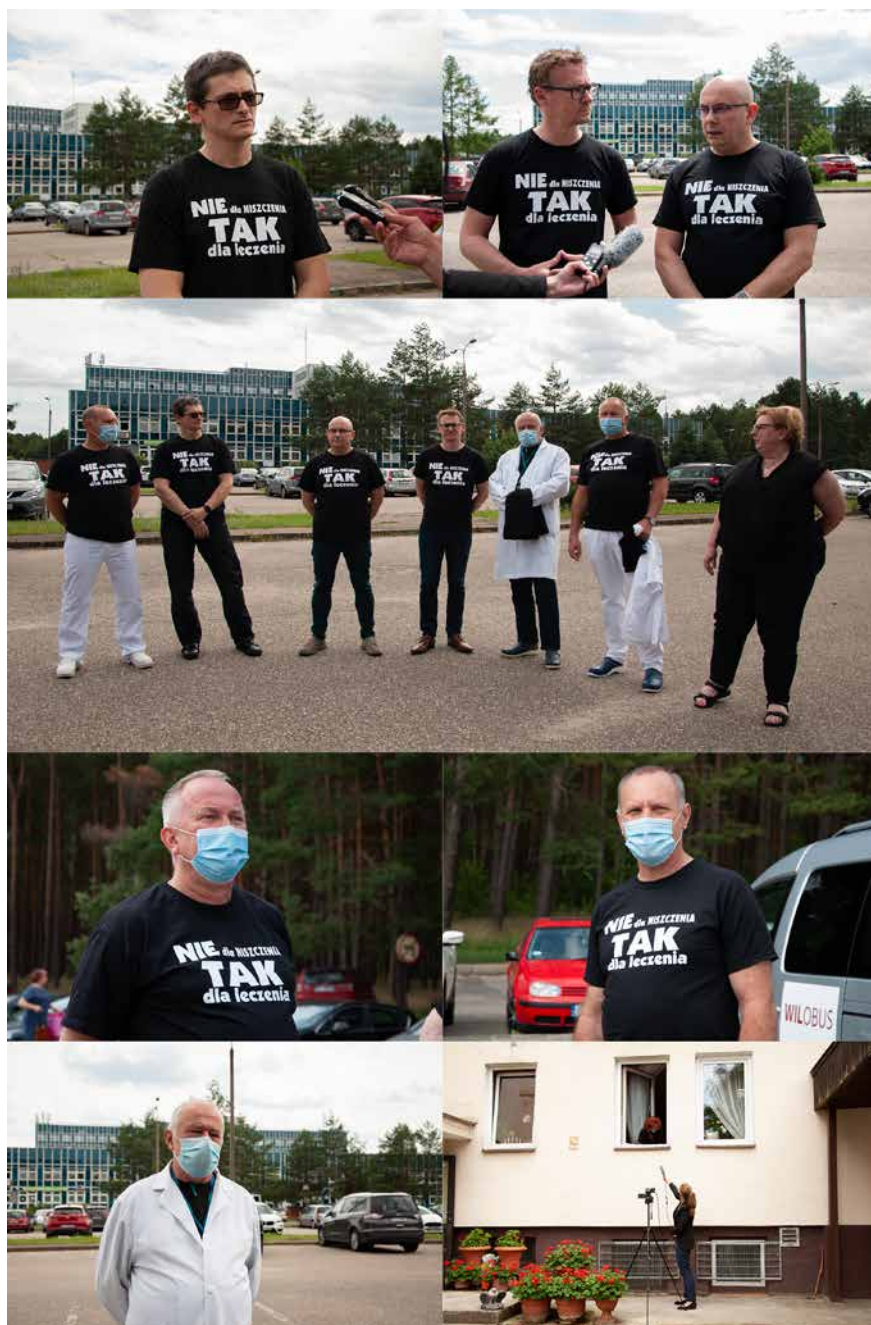
„Stanowczo protestujemy przeciwko publicznej, bezpodstawnej, oskarżycielskiej krytyce pracy lekarzy pilskiego Szpitala w mediach społecznościowych przez Starostę Eligiusza Komarowskiego. Działania Starosty prowadzą do odchodzenia lekarzy ze Szpitala w Pile i rzutują na niesprawiedliwy, jednostronny osąd pracy medyków Szpitala w Pile. Postawa Starosty podważa dobre imię Szpitala i jego pracowników, niwecząc wypracowaną przez lata dobrą markę placówki.” – takie oświadczenie ostatniego dnia czerwca br. wydali lekarze ze Szpitala Specjalistycznego im. Stanisława Staszica w Pile i przedstawiciele Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

List do prezesa ORL

Wspólne oświadczenie zostało poprzedzone listem do prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej podpisanym przez 87 lekarzy ze szpitala w Pile, w którym to liście zaznaczają, że od dłuższego czasu muszą mierzyć się z falą hejtu i nienawiści prowokowaną przez wpisy Starosty Pilskiego Eligiusza Komarowskiego w mediach społecznościowych. Zaznaczają swoje oburzenie sposobem narracji starosty, podawaniem niepełnych, niesprawdzonych informacji krzywdzących całe środowisko lekarskie, co skutecznie niszczy zaufanie do nich i buduje strach wśród pacjentów.

Natychmiast po otrzymaniu listu spotkaliśmy się z lekarzami z pilskiego szpitala. Usłyszeliśmy o tym, że doświadczeni lekarze odchodzą z pracy w szpitalu, a młodzi nie przychodzą z uwagi na wytworzoną przez hejtowanie atmosferę – zaznacza prezes Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej **Artur de Rosier**, który już 10 czerwca br. zaapelował do starosty pilskiego o przeproszenie jednej z lekarek za formę i treść wpisu na portalu społecznościowym. Przeprosiny nie dotarły.

Spotkanie lekarzy z przedstawicielami Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej (prezes ORL WIL **Artur de Rosier**, wiceprezes ORL WIL **Krzysztof Kordel**, wiceprezes i przewodnicząca Delegatury w Pile **Aldona Pietrysiak**, sekretarz ORL WIL **Elżbieta Marcinkowska**, przewodniczący Komisji ds. Szpitalnictwa ORL WIL i skarbnik ORL WIL **Marcin Karolewski**) odbyło się 26 czerwca br. w pilskiej delegaturze WIL, a 30 czerwca br. lekarze z prezesem ORL WIL Arturem de Rosier oraz przewodniczącym Komisji ds. Szpitalnictwa ORL WIL Marcinem Karolewskim wyszli przed szpital, by głośno o tym mówić.



Czarne koszulki

Jak zaznacza Marcin Karolewski – przewodniczący Komisji ds. Szpitalnictwa Okręgowej Rady Lekarskiej WIL, lekarze mówią „nie” dla publicznego ferowania wyroków, dla nadużywania swoich uprawnień przez osoby publicz-

ne, zastraszania lekarzy, niszczenia zespołów lekarskich budowanych przez wiele lat.

Mariusz Antoniewicz – kierownik Oddziału Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu wspomina fakt, kiedy starosta przyszedł pewnego dnia w nocy ▶

► do szpitala z interwencją w sprawie jednego z pacjentów przyjmowanych na SOR. *Nie jesteśmy zadowoleni ze sposobu, jakim się komunikuje z nami i z innymi ludźmi* – komentuje. O tej sytuacji mówi też jego kierownik – **Krzysztof Jarzyński**: *W styczniu był przyjęty pacjent, był zaopatrzony i nie był zadowolony z tego zaopatrzenia, nawet nie on sam, a rodzina, został w to zaangażowany pan starosta, który postanowił, cytuję, „zrobić tutaj porządek”. Od tego zaczęło się. Efekt działania pana starosty jest taki, że dobrzy lekarze odchodzą ode mnie z oddziału.*

Podpisanych pod listem do prezesa Wielkopolskiej Izby Lekarskiej 87 osób stanęło w obronie kilku lekarzy, którzy czują się skrzywdze-

ni poprzez wpisy na portalu. **Janusz Naumczyk** z Oddziału Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu zaznacza krótko, że osoby te „powinny być przez starostę przeproszone”. Według **Beaty Nowak-Krupińskiej** z Oddziału Intensywnej Terapii: „Ten hejt przekracza granice dobrego smaku. Skoro się mówi półprawdy, nie do końca prawdy, to mnie to dotyka jako lekarza. Na to nie ma słów, co się stało na SORze”.

Dla podkreślenia swojej determinacji w przeciwdziałaniu postępowaniu starosty pilskiego lekarze 30 czerwca br. założyli czarne koszulki z białym napisem „NIE dla niszczenia, TAK dla leczenia”. Akcję opisały m.in. „Gazeta Wyborcza Poznań”, „Głos Wielkopolski”, rynekzdrowia.pl, cowzdrowiu.pl,

tenpoznan.pl, pp24.info.pl, tetreregionu.pl, pila.naszemiasto.pl, TV asta24.pl i inne.

Wniosek do prokuratury

Miesiąc po tych wydarzeniach, 30 lipca br., prezes ORL WIL Artur de Rosier, reprezentując pokrzywdzonych lekarzy Szpitala Specjalistycznego im. Stanisława Staszica w Pile, złożył do Prokuratury Okręgowej w Poznaniu zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstw przez Starostę Pilskiego Eligiusza Komarowskiego, polegających na: znieważaniu i poniżaniu lekarzy, narażaniu na utratę zaufania w opinii publicznej, działaniu na szkodę interesu publicznego.

KATARZYNA STRZAŁKOWSKA



Fot. Monika Bączek

Dwukrotnie w #gaszynchallenge

Wielkopolska Izba Lekarska została dwukrotnie nominowana do wzięcia udziału w akcji #gaszynchallenge.

Zasady były następujące: nominowane osoby lub instytucje czy organizacje z osobami tam pracującymi musiały wykonać 10 pompek lub 10 przysiadów. Jeżeli wykonały ćwiczenie, wpłacały minimum 5 zł, jeżeli nie, wpłacały minimum 10 zł na konto wybranego dziecka. Nominowani mieli 48 godzin na wykonanie zadania i mogli nominować kolejne 3 osoby, instytucje bądź organizacje.

Za pierwszym razem Wielkopolska Izba Lekarska pomagała małej Sandrze, za drugim razem małemu Rysiowi pod hasłem „Pompkoprzysiad dla Rysia!”.

W lipcu br. Wielkopolską Izbę Lekarską nominowała Kancelaria Adwokatów i Radców Prawnych Sowisło & Topolewski, w sierpniu br. Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie.

Za pierwszym razem Wielkopolska Izba Lekarska nominowała Wydział Zdrowia Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu, Stowarzyszenie IFMSA-Poland Oddział Poznań oraz Stowarzyszenie Leczymy z Misją, za drugim Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu, Teatr Wielki im. Stanisława Moniuszki w Poznaniu i Warmińsko-Mazurską Izbę Lekarską.

OPRAC. KS



Fot. Monika Bączek

WIL a Europejski Egzamin Specjalizacyjny

Wielkopolska Izba Lekarska współorganizowała w Poznaniu lipcowy Europejski Egzamin Specjalizacyjny z radiologii przeprowadzany przez Europejską Radę Radiologiczną (European Board of Radiology). Jak podkreśla jeden z lekarzy, który brał udział w egzaminie, pomoc Izby była nieoceniona. Izba zapewniła miejsce przy ul. Szyperskiej, wynajem komputerów i pełną obsługę techniczną.

Europejskie Egzaminy Specjalizacyjne na mocy funkcjonującego prawa mogą być w Polsce przeprowadzane przez europejskie towarzystwa naukowe i uznawane za równoważne z PES w następujących dziedzinach: radiologii, anestezjologii, urologii, chirurgii klatki piersiowej i okulistyki.

Kwestia zdawania egzaminów jest uregulowana ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie wykazu egzaminów organizowanych przez europejskie towarzystwa naukowe równoważnych z Państwowym Egzaminem Specjalizacyjnym oraz wykazu dokumentów potwierdzających złożenie takich egzaminów (rozporządzenie z dnia 20 października 2017 r., Dz. U. 2017, poz. 2005).

Prof. Romuald Krajewski z Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (UEMS) zaznacza, że wiele zależy od aktywności określonego towarzystwa krajowego i jego współpracy z boardem europejskim oraz chęci przygotowania i przeprowadzania egzaminu z danej dziedziny, a następnie woli władz danego kraju do podjęcia decyzji o równoważności. Potem pozostaje jeszcze organizacja egzaminu na danym terenie.

W komunikacie na stronie internetowej Centrum Egzaminów Medycznych w sprawie procedury uznawania wyniku egzaminu organizowanego przez europejskie towarzystwa naukowe za równoważny z całością albo częścią Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego (PES) (https://www.cem.edu.pl/pes_europejski.php) omówione są procedury dotyczące lekarzy, którzy nie byli dotąd dopuszczeni do PES



Zdjęcie udostępnił Patryk Nowak

(przed dniem 1 maja 2017 r.) lub nie uzyskali dotąd potwierdzenia odbycia szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z programem specjalizacji (po dniu 1 maja 2017 r.) oraz lekarzy, którzy byli już dopuszczeni do PES (przed dniem 1 maja 2017 r.) lub uzyskali potwierdzenie odbycia szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z programem specjalizacji (po dniu 1 maja 2017 r.).

Jak informuje CEM, postępowanie w omawianych sprawach nie wymaga wnoszenia opłat. Odmowa uznania równoważności egzaminu następuje w drodze decyzji administracyjnej, na którą służy odwołanie do Ministra Zdrowia, składane za pośrednictwem dyrektora CEM.

Informacja o uznaniu równoważności egzaminu zamieszczana jest w SMK.

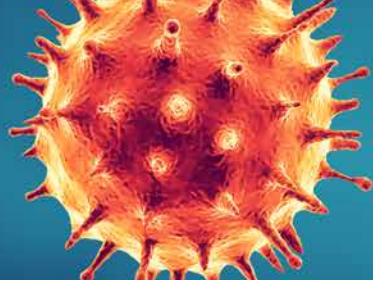
Największym plusem Europejskiego Egzaminu Specjalizacyjnego jest to, że można go zdawać na ostatnim roku szkolenia. Kolejnym to, że ułatwia i przyspiesza nostryfikację dyplomu w Europie.



Fot. Patryk Nowak

W lipcowym egzaminie z radiologii uczestniczyło ponad 100 polskich lekarzy, w tym 15 w Poznaniu – większość z Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. Wielkopolska Izba Lekarska zajęła się przygotowaniem odpowiedniego miejsca w Centrum Szkoleniowym EDUWIL w Poznaniu przy ul. Szyperskiej i pełnym zabezpieczeniem technicznym. Korespondencją z Europejską Radą Radiologiczną, rejestracją, identyfikacją uczestników, sprawozdawczością, a także zorganizowaniem komisji na czas trwania egzaminu zajmował się jeden z lekarzy WIL zdających tegoroczny egzamin z radiologii – **Patryk Nowak**. Jak zaznacza, największym plusem Europejskiego Egzaminu Specjalizacyjnego jest to, że można go zdawać na ostatnim roku szkolenia. Kolejnym to, że ułatwia i przyspiesza nostryfikację dyplomu w Europie. Minusem egzaminu jest koszt, jaki trzeba ponieść, czyli 500 euro, i zakres teorii – dużo szerszy niż w egzaminie polskim, co powoduje, że zawsze w grupie jest ktoś, kto tego egzaminu nie zda. *W trakcie opisu przypadków można popełnić błędy „unsafe”, które mogą skutkować brakiem zaliczenia egzaminu nawet w przypadku bardzo wysokiego wyniku procentowego w części testowej i opisowej – zaznacza Patryk Nowak. Trzeba też znaleźć odpowiednie miejsce i sprzęt, i w tym nieoceniona była pomoc Wielkopolskiej Izby Lekarskiej – dodaje.*

Chętni do zapoznania się z procedurami Europejskiego Egzaminu Specjalizacyjnego z radiologii mogą znaleźć je na stronie internetowej www.myebr.org.



Epidemia niestety pozostaje z nami



Fot. istockphoto

W lipcu w mediach pandemia stopniowo wygasła. Zepchnięta została na dalsze miejsca w serwisach informacyjnych. Niektórzy utrzymywali, że nauczyliśmy się z nią żyć, że już nie jest tak groźna. Do czasu, gdy w internecie zobaczyliśmy zdjęcia wypełnionej po brzegi plaży we Władysławowie, zatłoczonych deptaków w miejscowościach wypoczynkowych, gdy w różnych miejscach i sytuacjach przybywało osób lekceważących, nadal przecież obowiązujące, rygory stanu epidemicznego.

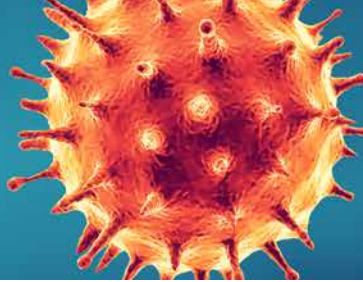
Na efekty nie trzeba było długo czekać. Profesor Krzysztof Simon, ordynator Oddziału Zakaźnego wrocławskiego szpitala przy ul. Koszarowej, o poluzowaniu niektórych obostrzeń mówił bez ogródek i – jak podkreślał – świadomie: *To jest idiotyzm. Rząd pospieszył się. Kto podjął decyzję, żeby tak to odkręcić? Kto za to odpowie? U nas nie ma osób odpowiedzialnych za błędne decyzje* – powiedział w rozmowie dla Radia Zet.

Jeszcze 21 lipca Wojciech Andrusiewicz, rzecznik resortu zdrowia, przekonywał w rozmowie z reporterem RMF FM: *Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że dzisiaj blisko połowa przypadków to jest Śląsk i cztery ogniska śląskie i zwrócimy uwagę na pozostałe regiony kraju, jeżeli weźmiemy to pod uwagę, to nadal możemy mówić, że w dużej części kraju ta epidemia jest marginalna. Ja nie mówię, że w całym kraju epidemia jest marginalna. W całym kraju epidemia ustabilizowała się na dość niskim, w porównaniu do innych państw, poziomie. Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że przez większą część tygodnia mamy liczbę zakażeń w okolicach 300 na dobę, to porównamy się do innych państw europejskich. Średnia tygodniowa rośnie w momencie, kiedy pojawiają się ogniska. Tymczasem nie ma zakażeń na ulicach, dzięki czemu możliwe jest poluzowanie dystansu społecznego.*

Zaczyna zanikać optymizm

Temat wnet wraca na czołowe miejsca w mediach, w kolejnych dniach rośnie liczba nowych zakażeń. Kiedy przekroczy 1000? To pytanie pojawia się coraz częściej. 21 sierpnia Ministerstwo Zdrowia poinformowało o kolejnych nowych i potwierdzonych przypadkach zakażenia koronawirusem. Najwięcej z nich zanotowano na terenie województw: śląskiego (168), małopolskiego (156), mazowieckiego (146), pomorskiego (89), wielkopolskiego (77) i łódzkiego (49). Zmarło 13 osób. Od początku epidemii koronawirusa w Polsce (od 4 marca 2020 r.) odnotowanych zostało 60 281 przypadków zakażenia, zmarło 1925 osób. Dla porównania: 17 lipca 2020 r. zakażone zostały 353 osoby, a 8 zmarło. Liczba zakażonych w Polsce do tego dnia wyniosła 39 407, zmarło 1612 chorych.

Nie dziwi zatem, że zaczyna zanikać optymizm budowany na przekazie, iż uporał się z epidemią COVID-19; dzieci i młodzież wracają do szkół, a studenci na uczelnie. SARS-CoV-2, wirus łatwo przenoszący się między ludźmi drogą kropelkową, znów zaatakował. W mediach coraz częściej mówi się i pisze o jego drugiej fali. Tym groźniejszej, że niebawem sprzymierzonej z jesienną epidemią grypy. Są obawy o trafność diagnoz i terapii w tym czasie, szybkie odróż-



nienie jednej choroby od drugiej. Są nawet głosy, aby liczba testów sięgała 100 tys. dziennie. Wirusolodzy, epidemiolodzy ostrzegają przed lekceważeniem zasad reżimu sanitarnego. Koronawirus nie zniknął, nie robi sobie przerwy ani na lato, ani na weekendy.

Profesor Bolesław Samoliński, specjalista zdrowia publicznego i alergolog, jest zdania, że wystąpienie drugiej fali zachorowań na COVID-19 jest wysoce prawdopodobne, co wynika z charakterystyki tego typu epidemii, które miały miejsce w przeszłości. Druga fala epidemii – czytamy na stronie www.interia.pl – uderza zwykle z większą siłą. Tak było w przypadku grypy hiszpanki. Pierwszy rzut choroby, który miał miejsce wiosną, był łagodny, a dopiero drugi – jesienny zebrał potężne żniwo. *Podobnie może być z epidemią COVID-19* – powiedział profesor. *Jesienią zakażenia spowodowane koronawirusem będą występowały równocześnie z innymi zakażeniami o podobnym przebiegu, wywołanymi przez różnego rodzaju wirusy, z których najpopularniejsze to: rinowirusy, RSV wirusy, wirusy Coxsackie.*

W tym roku – kontynuował profesor – *może dojść do sytuacji, w której olbrzymia liczba chorych będzie wymagała wzmoczonej diagnostyki oraz kwarantanny. Istnieją poważne obawy, że nasz system zdrowia może sobie z taką sytuacją nie poradzić. Ocenia się, że jesienią 2019 r. w Polsce ok. 3 mln obywateli miało objawy infekcji grypowej. Problem polega na tym, że jesienią tego roku zarówno jednych, jak i drugich chorych będziemy musieli traktować jako „COVID dodatnich”, czyli jako zakażonych SARS-CoV-2.*

Wirus nie znika

27 lipca w rozmowie z portalem Onet.pl minister zdrowia Łukasz Szumowski mówił: *Pierwsza fala pandemii jest już za nami, ale wirus nie znika. Boimy się na jesieni jednej rzeczy: koincydencji grypy, paragrypy i COVID-19.* Na pytanie, czy czuje strach przed pandemią koronawirusa, odpowiedział: *Oczywiście, że tak. Pamiętajmy, że w tej chwili ruszyły już przygotowania do jesieni. To jest ogromne wyzwanie logistyczne, medyczne i organizacyjne. Bo jeżeli popatrzymy na infekcje górnych dróg oddechowych w czasie sezonowej grypy, to jest to tygodniowo kilkaset tysięcy osób. Pojawia się więc ogromny problem z mieszaniem się potencjalnych chorych na COVID-19 i osób, które mają grype. To niewątpliwie będzie wyzwanie.* Kilka dni później (30 lipca) minister zdrowia przerwał urlop w związku ze wzrostem liczby zachorowań. Resort ogłosił bowiem, że w ciągu ostatniej doby odnotowano aż 615 nowych przypadków koronawirusa. To wówczas był rekord od początku pandemii w Polsce.

Zrozumiałe, że wobec nowych doniesień wraca zainteresowanie opinii publicznej postępami badań i prac nad szczepionką. *Najprawdopodobniej z końcem sierpnia będziemy mogli wspólnie świętować opracowanie pierwszego polskiego leku immunologicznego przeciw COVID-19* – powiedział prezes Agencji Badań Medycznych Radosław Sierpiński. Jego zdaniem szczególne nadzieje należy wiązać z testami

diagnostycznymi wykrywającymi wirusa, identyfikującymi jego otoczkę. Testy białkowe, tzw. antygenowe, które są opracowywane przez polskich naukowców, być może okażą się strzałem w dziesiątkę. Wynik moglibyśmy bowiem otrzymać w ciągu kilku minut.

Czeka nas katastrofa

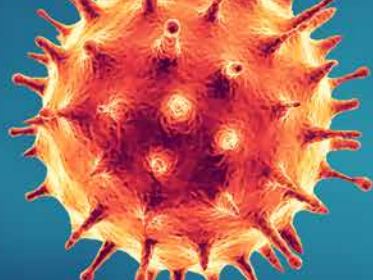
Doktor Paweł Grzesiowski, immunolog i ekspert do spraw zakażeń, w rozmowie z „Gazetą Wyborczą” przestrzega: *Jeżeli nic się nie zmieni, a rząd nie przygotowuje planu na jesień, czeka nas katastrofa. Jeżeli dzisiaj wykonuje się 25–30 tys. testów na dobę, to za kilka tygodni może to być nawet kilkanaście razy więcej. Pacjenci na wynik testu będą musieli czekać nawet kilka dni. Do tego czasu będzie trzeba ich traktować tak, jakby byli zakażeni. Trzeba opracować i wdrożyć system pracy z pacjentami infekcyjnymi. Należy dać również ośrodkom podstawowej opieki zdrowotnej możliwość badania na koronawirusa. Tym sposobem odciążone zostaną szpitale.*

Eksperti oficjalnie podkreślają, że jesienią może czekać nas druga fala epidemii COVID-19. Piotr Müller, rzecznik rządu, zapewnił w Polsat News, że w ostatnich tygodniach „instytucje państwowe przygotowują się do potencjalnego powrotu epidemii wirusa SARS-CoV-2 w większej skali”. Gdy 4 sierpnia odnotowano w ciągu doby 680 nowych i potwierdzonych zachorowań, wirusolog prof. Miłosz Parczewski ostrzegał, że niebezpiecznie zbliżamy się do krytycznej liczby, a wtedy epidemię trudno będzie zahamować. *Za chwilę* – powiedział portalowi Onet.pl – *może być nawet i kilka tysięcy przypadków dziennie, a wtedy przekroczymy stan wydolności systemu w kwestii opieki medycznej i izolacji chorych.* Z kolei Andrzej Sośnierz, poseł, były prezes NFZ, powiedział portalowi Interia.pl, że nie opanowaliśmy epidemii, a wręcz ▶



Fot. iStockphoto

Testy białkowe, tzw. antygenowe, które są opracowywane przez polskich naukowców, być może okażą się strzałem w dziesiątkę. Wynik moglibyśmy bowiem otrzymać w ciągu kilku minut.



- ▶ straciliśmy nad nią kontrolę, bo nasz system identyfikowania osób zakażonych jest dziurawy, a właściwie nie istnieje. Z każdego ogniska wychodzi grupa zakażona, ale niezidentyfikowana, która rozsiewa epidemię. Tego należało się spodziewać, mając w społeczeństwie wiele osób zakażonych, ale bez objawów. Jego zdaniem „najsłabszym ogniwem tzw. walki z epidemią jest słaba organizacja zadań, które należą do państwa, a nie społeczeństwa. Bo społeczeństwo zachowało się bardzo odpowiedzialnie i długo było zdyscyplinowane. W tym czasie należało przygotować się do aktywnej walki, czyli identyfikowania wszystkich kontaktów, sprawnego pobierania wymazów i szybkiej diagnostyki. Nie zbudowano tego w ostatnich miesiącach, więc mamy to, co mamy”.

Kolorowe powiaty

Od 10 sierpnia – informuje resort zdrowia – w niektórych powiatach będą obowiązywały większe rygory. Chodzi o to, aby w tych powiatach, w których jest największy wzrost zakażeń, wprowadzić znowu obostrzenia (obszary „czerwone”), a tam, gdzie jest nieco mniej zakażeń (obszary „żółte”) – stanowić rygory w mniejszym zakresie i stopniu.

Raport o liczbie wykonanych testów Ministerstwo Zdrowia publikuje raz w tygodniu. 17 sierpnia 2020 r. podaje, że przebadano 2 388 864 próbki. Testy objęły 2 285 508 osób, wykryto 57 279 zakażeń. Jak wygląda to w poszczególnych województwach? Najwięcej testów na obecność SARS-CoV-2 wykonano w województwie mazowieckim. Przetestowano tam 559 436 próbek. Drugie jest województwo śląskie z wynikiem 272 752, trzecia jest Wielkopolska – 231 272 badania. Najmniej testów zrobiono do tej pory w województwie opolskim – 22 610, lubuskim – 29 660 i na Podkarpaciu – 48 786.

Zdaniem prof. Roberta Flisiaka, prezesa Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, pacjenci coraz rzadziej wykazują ciężkie objawy COVID-19. Obecny wzrost liczby dziennych zakażeń – czytamy na stronie www.wp.pl – jest związany z większą liczbą wykonywanych testów, a nie faktycznym rozprzestrzenianiem się koronawirusa. Gdyby epidemia przybierała na sile, odnotowalibyśmy większą liczbę pacjentów w szpitalach. W statystykach również byłoby więcej zgonów z powodu COVID-19. Tymczasem statystyki pozostają takie same lub mają tendencję spadkową. Wirus stał się mniej zjadliwy. Jest to naturalna kolej rzeczy, bo wraz z przekazywaniem wirusa przez kolejne osoby ulega on mutacjom. Ostatnio opublikowane badania dowodzą, że na całym świecie jest obecnie co najmniej 6 szczepów koronawirusa SARS-CoV-2.

Strategia na jesień

Tak czy inaczej w istocie od każdego z nas zależy, jakie doniesienia czytać będziemy za kilka tygodni. Nie brakuje i katastroficznych prognoz. Rzecz w tym, aby do nich nie dopuścić. Rząd zapewnia, że jest przygotowany do jesieni. Strategię resortu przedstawił 19 sierpnia 2020 r. wiceminister Waldemar Kraska. Do tej pory wykorzystywano co czwarte



Fot. istockphoto

Rząd zapewnia, że jest przygotowany do jesieni. Strategię resortu przedstawił 19 sierpnia 2020 r. wiceminister Waldemar Kraska. Do tej pory wykorzystywano co czwarte łóżko zakaźne.

łóżko zakaźne. Mniej ma być zatem szpitali jednoimiennych (jeden na dwa województwa) i mają one być gotowe do przyjmowania pacjentów z innymi schorzeniami, natomiast we wszystkich szpitalach powiatowych i wojewódzkich mają być urządzone izolátky, a przy każdej z nich stanowisko OIOM.

W przypadku gdy pacjent oczekuje na wynik testu, a jego stan będzie się pogarszał, byłaby możliwość jego transportu do szpitala jednoimiennego. Jest już opracowana logistyka czy przez zespoły ratownictwa medycznego, czy też lotnicze pogotowie ratunkowe. Chcemy, by ci pacjenci trafiali do placówek, które będą im niosły specjalistyczną pomoc jak najszybciej – powiedział wiceminister.

Wspomniana strategia zwiększa rolę lekarza rodzinnego w diagnozowaniu chorych na COVID-19. Zakłada się możliwość, i to już we wrześniu, zlecenia oraz wykonywania przez nich testów na wykrycie koronawirusa tym pacjentom, którzy będą kwalifikowani do niego na podstawie wystandaryzowanej listy. Z kolei laboratoria diagnostyczne mają mieć możliwość przeprowadzenia 60 tys. testów na dobę.

Koniec za 2 lata

22 sierpnia 2020 r. portal Interia.pl informuje: „*Mamy nadzieję, że pandemia skończy się w ciągu dwóch lat – powiedział szef Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) Tedros Adhanom Ghebreyesus. Przypomniał, że epidemia grypy hiszpanki, która wybuchła w 1918 r., trwała dwa lata. Dodał, że teraz, gdy ludzie znacznie więcej podróżują, pandemia rozprzestrzenia się łatwiej i szybciej. Mamy jednak technologię i wiedzę, by ją powstrzymać – zapewnił*”.

Rozmowy o „odmrażaniu”

Z niepokojem czekamy na wrzesień

Kiedy wybuchła epidemia koronawirusa, w podstawowej opiece zdrowotnej padało hasło: teleporady. Teraz już coraz częściej słychać o wizytach. Wszyscy zastanawiają się, jak będzie we wrześniu, kiedy dzieci wrócą do szkół i przedszkoli. O tym, czego nauczyła lekarzy i pacjentów epidemia rozmawiamy z Krzysztofem Ziętkiem – internistą, specjalistą medycyny rodzinnej z Przychodni Zespołu Lekarza Rodzinnego „Salus” w Śremie.

■ **Katarzyna Strzałkowska:** Mówi się, że podstawowa opieka zdrowotna już się na dobre odmroziła.

Krzysztof Ziętek: To, co wiele osób rozumie przez odmrażanie podstawowej opieki zdrowotnej to nieporozumienie. Mówi się o odmrażaniu jako o otwieraniu na wizytę osobistą, na zbadanie poprzez kontakt fizyczny, a na przykład w naszej przychodni nigdy zamknięcia na taką wizytę nie było. Nie otworzyliśmy się teraz, bo nigdy nie byliśmy zamknięci. Można było do nas wejść. Tylko przeprowadzany był dodatkowy wywiad, by nie wpuścić pacjenta zarażonego lub z podejrzeniem zarażenia COVID-19.

■ **KS: Czy epidemia coś zmieniła?**

KZ: Zmieniła. Nauczyła wielu rzeczy i pacjentów, i nas. Na przykład tego, że pacjenci muszą zwracać większą uwagę na codzienną higienę i że nie jest koniecznością przyjmowanie 50 osób dziennie w sensie fizycznego kontaktu. Wcześniej zdarzało się, że w poradni nie było gdzie usiąść. Obecnie odnotowujemy około 40 proc. wizyt w porównaniu z liczbą sprzed epidemii. W Polsce nie będzie tak jak w Szwecji, gdzie lekarze rodzinni przyjmują 6 pacjentów dziennie, ale przyjmowanie 20 pacjentów to liczba optymalna, pozwalająca na to, że w poradni nie ma tłumów, a lekarze nie są tak przemęczeni. Wcześniej dawaliśmy radę, bo przywykliśmy do takiej pracy, ale już młodszy lekarze mają świadomość, że odpoczynek jest ważny. Epidemia pomogła, bo uświadomiła, ile rzeczy można załatwić przez telefon. Ale podkreślam – telefon nie wykluczył możliwości wizyty.

■ **KS: Co było największym mankamentem tego okresu?**

KZ: Największym mankamentem, szczególnie na początku epidemii, było

to, że nikt nam nie dał wytycznych, jak mamy postępować, a informacje na temat wirusa były sprzeczne – od tego, że to choroba wirusowa, która nie jest tak bardzo nas groźna i wystarczy myć ręce, aż do tego, że jest bardzo groźna i wystarczy dotknięcie przedmiotu, by się zarazić. Teraz wytyczne są, ale niejednoznaczne. POZ ma zapewnić badanie pacjenta na obecność koronawirusa, ale jak ono ma wyglądać, gdzie ono ma być wykonane, kto za nie zapłaci – tego nie wiemy. Do tej pory nie mieliśmy problemów z rozliczeniami z NFZ i mamy nadzieję, że nadal tak będzie.

■ **KS: Jak do tej pory radzili sobie Państwo z podejrzeniami o zakażenie COVID-19?**

KZ: Przede wszystkim pilnowaliśmy procedur epidemiologicznych i stosowaliśmy środki indywidualnej ochrony. Mamy wizyty domowe, więc i tam środki ochrony były niezbędne. W przypadku podejrzenia zakażenia wirusem SARS-CoV-2 odsyłaliśmy takiego pacjenta do szpitala przy ul. Szwajcarskiej. W maju szpitale robiły własne wymazy, w miarę szybko były wyniki. Sugerowaliśmy też wykonanie badania w punkcie „drive-thru”. Przez trzy miesiące pacjenci nie byli tak aktywni, sami mieli obawy, podchodzili do wizyt z rezerwą, akceptowali porady telefoniczne.

■ **KS: Czy w takim razie zredukowali Państwo zatrudnienie personelu medycznego?**

KZ: Nie. Dwóch lekarzy musiało zrezygnować z pracy u nas, bo pracują też w szpitalu jednoimiennym, ale na jedno miejsce od razu przyjęliśmy lekarza. W Polsce, w stosunku do innych krajów, i tak mamy niedobór lekarzy. My po prostu przywykliśmy do ciężkiej pracy. W naszym zespole jest trzech młodych lekarzy, ale to nie znaczy, że



Fot. Salus

W Polsce nie będzie tak jak w Szwecji, gdzie lekarze rodzinni przyjmują 6 pacjentów dziennie, ale przyjmowanie 20 pacjentów to liczba optymalna, pozwalająca na to, że w poradni nie ma tłumów, a lekarze nie są tak przemęczeni.

nie odczuwamy zmęczenia przyjmowaniem dużej liczby pacjentów.

Trzy miesiące temu nie było za dużo infekcji, ponieważ nie było kontaktów, były zamknięte przedszkola i szkoły, ludzie nie jeździli na wakacje. Ale wiedzieliśmy, że wraz z wakacjami, a potem wraz ze szkołą, od września wrócą infekcje, co więcej, trzeba będzie stale pamiętać o ryzyku zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Niestety zgłaszalność pacjentów obecnie dramatycznie rośnie. Dotyczy to zarówno teleporad, jak i wizyt w poradni. Jest to prawdopodobnie skutek powstrzymywania się przewlekle chorych od kontaktów z ochroną zdrowia w minionych miesiącach, jak również pojawienia się infekcji w wyniku zaniechania utrzymywania dystansu społecznego. Z niepokojem czekamy na jesień.

■ **KS: Czy wystarczą Państwu zgromadzone środki indywidualnej ochrony?**

KZ: Mamy zapasy środków ochrony na miesiąc, ale tak naprawdę trudno przewidzieć, jakie będzie zapotrzebowanie w okresie wzmożonych zachorowań. Co gorsza, nie mamy pewności, czy jakość tych produktów jest wystarczająco dobra, by nas uchronić przed ewentualnym zakażeniem. ■

Rozmowy o „odmrażaniu”

Chodzi o misję przydatności

W Ortopedyczno-Rehabilitacyjnym Szpitalu Klinicznym im. Wiktora Degi UM w Poznaniu do 10 lipca, czyli do dnia, kiedy przeprowadzamy rozmowę, nie było ani jednego pacjenta zarażonego COVID-19. Na pewien czas zawieszono tylko rehabilitację, ale teraz i ona powraca do życia dzięki m.in. funduszom unijnym. Od września br. mają się rozpocząć pierwsze wizyty kwalifikacyjne chorych po udarze. O funkcjonowaniu szpitala w czasie epidemii rozmawiamy z jego dyrektorem Przemysławem Daroszewskim oraz z kierownikiem Kliniki Rehabilitacji, a także wojewódzkim konsultantem ds. rehabilitacji prof. Przemysławem Lisińskim.

■ **Katarzyna Strzałkowska:** Szpitalny świat już w wielu miejscach jest odmrożony. Państwo się odmrozili?

Przemysław Daroszewski: U nas nie było odmrażania, bo nie było zamrażania. Z jednym wyjątkiem, dotyczącym Oddziału Dziennego Pobytu Rehabilitacyjnego, na którym praca z chorym wymagała stałego bezpośredniego kontaktu. Przed koronawirusem przyjmowaliśmy na tym oddziale ponad 330 osób dziennie, ale kiedy wybuchła epidemia, pacjenci rezygnowali, prosili o przesunięcie terminu przyjęcia. W maju leczenie ukończyło niewiele ponad 90 osób. Wiele osób, nie decydując się na operację, cierpiało, przekonując siebie samych, że miesiąc czy dwa są w stanie ten ból wytrzymać. W szczególności dotyczyło to pacjentów zakwalifikowanych do zabiegu endoprotezoplastyki.

■ **KS:** Czyli kto podjął decyzję o zamknięciu tego oddziału?

PD: Oddział został zamknięty ze względu na obostrzenia narzucone przez Rząd RP w zakresie wstrzymania świadczeń rehabilitacyjnych. My po dwóch miesiącach zamknięcia tego oddziału, dostając zielone światło od instytucji odpowiedzialnej za bezpieczeństwo epidemiologiczne, postanowiliśmy go otworzyć, ale już na innych zasadach. COVID-19 wymusił na nas modyfikacje w zakresie sposobu rehabilitacji. W konsekwencji tego pojawiły się bardzo ciekawe zajęcia, mile widziane przez pacjentów, których forma pozwala na zachowanie bezpiecznego dystansu społecznego.

■ **KS:** Na czym polegają?

Prof. Przemysław Lisiński: Przeorientowaliśmy schematy postępowania z chorymi, znacznie ograniczyliśmy możliwość transmisji wirusa. Pacjenci ćwiczą w czasie dnia, potem wracają do domu. Podzieliliśmy pacjentów na 10-osobowe grupy, wprowadziliśmy nordic walking na zielonych terenach szpitala, tak więc część chorych ćwiczy w sali, a pozostali w parku. Podczas ćwiczeń nikt z terapeutów nie dotknie pacjenta, ale wysiłek, jaki pacjent podejmie jest ogromny. Zastosowaliśmy choreoterapię, czyli ćwiczenia taneczne, bo mamy wśród fizjoterapeutów zawodowego tancerza. W dotychczasowym programie zajęć był już walc angielski, była cha-cha. Planu-



Od lewej: Przemysław Daroszewski i prof. Przemysław Lisiński

jemy wkrótce uruchomić wspinaczkę na ściankach dla osób z endoprotezami biodrowymi czy kolanowymi zgodnie z doświadczeniami przywiezionymi z Johannesbadu przez młodszych kolegów będących stypendystami w tamtejszej jednostce o podobnym profilu działalności co nasz szpital. Będziemy w ten naturalny sposób ćwiczyć koordynację i wzmacniać najważniejsze dla codziennej aktywności grupy mięśniowe.

■ **KS:** Jak w tym czasie funkcjonował personel?

PD: Mamy około 840 pracowników, w tym około 150 lekarzy i około 250 pielęgniarek oraz około 90 fizjoterapeutów. Nie było redukcji zatrudnienia, w trakcie tych dwóch najmniejbezpieczniejszych miesięcy część personelu poszła na tzw. postojowe. Większość lekarzy jest na kontraktach, więc udało się pracować na zmiany.

■ **KS:** W ubiegłym roku odbyło się u Państwa wmurowanie symbolicznej cegły w miejscu, gdzie miał być realizowany projekt unijny. Jak przebiega jego realizacja?

PD: Jesteśmy w trakcie prowadzenia sześciu programów unijnych. Trzy z nich to projekty społeczne, dwa dotyczą rehabilitacji, w tym projekt rehabilitacji dzieci z porażeniem mózgowym, o którym Pani mówi. Jest kilka powodów, które wpływają na to, że możemy kontynuować ten projekt w czasie epidemii. Przede wszystkim Unia Europejska postanowiła przekazać środki dla dodatkowego bezpieczeństwa: dla personelu, pacjentów, dzieci i opiekunów. Mamy możliwość badania na obecność COVID-19. Każdy, kto przebywa w Centrum Technologicznie Wspomaganej Rehabilitacji, przed rozpoczęciem turnusu rehabilitacyjnego jest poddany badaniu. Wynik otrzymujemy w ciągu 24 godzin. Przyjmujemy dzieci i młodych dorosłych od 5. do 21. roku życia na turnusy dwutygodniowe, ale podzieliliśmy wszystkich na trzy grupy zajęciowe dla zachowania dystansu społecznego i zapewnienia bezpieczeństwa epidemiologicznego uczestnikom projektu. Z końcem wakacji rozpoczynamy nowy projekt rehabilitacji pod nazwą STROKE, przeznaczony dla pacjentów

Rozmowy o „odmrażaniu”

po udarach. Rozpoczęliśmy nabór do projektu, każdy chętny może się zgłosić poprzez formularz znajdujący się na stronie www.orsk.ump.edu.pl/udar. Pierwszy turnus rehabilitacyjny zaplanowany jest na początek listopada tego roku.

■ **KS: Czyj to był pomysł, aby przystąpić do programu?**

PD: Staramy się wykorzystywać każdą okazję na realizację projektów finansowanych z funduszy Unii Europejskiej istotnych z punktu widzenia pacjenta. Zawsze jest to wynik ścisłej współpracy zarządu szpitala ze specjalistami. Jednocześnie łączymy innowacyjność z tradycją, kontynuując myśl naszego patrona prof. Degi, który jako pierwszy wprowadził tzw. rehabilitację przemysłową. Już wkrótce rozpoczniemy remont budynku wybudowanego z inicjatywy Pana Profesora. Drugą postacią, której słowa przytaczam przy okazji rozmowy o projekcie rehabilitacji chorych po udarze mózgu, jest słynny ortopeda niemiecki, urodzony w Ostródzie, prof. Konrad Biesalski. Zapytany, jaka jest rola ortopedy, odpowiedział, że ortopeda zajmuje się tym, żeby jałmużnika zamienić w płatnika podatku. Parafrazujemy to sformułowanie, dopisując rolę rehabilitacji w tym zakresie.

■ **KS: Jacy chorzy będą mogli przystąpić do programu?**

Prof. PL: Program zakłada, że jest to chory od 18. do 64. roku życia, bez zaawansowanej klinicznej wielochorobowości, u którego w ciągu ostatnich 12 miesięcy wystąpił jeden epizod udarowy. Chcemy zmierzyć się z dysfunkcjami naszych pacjentów w sensie fizycznym, psychicznym, mentalnym i emocjonalnym, tak aby byli gotowi powrócić do pracy. Chodzi o misję przydatności i tego, że można coś jeszcze w życiu osiągnąć. Rozpiszemy precyzyjnie plan dnia z zakresu neurofizjoterapii, neuropsychologii, logopedii i terapii zajęciowej. Posta-

ramy się poprawić dysfunkcje tak, aby osoby kończące projekt miały funkcjonalną szansę zaistnieć w realnym świecie.

■ **KS: Ilu pacjentów i na jak długo mogą Państwo przyjąć?**

Prof. PL: Co trzy tygodnie możemy przyjąć 23 osoby. Jeden pacjent ćwiczy u nas w programie przez 18 dni roboczych od poniedziałku do soboty, a następnie przez trzy tygodnie będzie jeszcze przez nas monitorowany. Zaplanowano sześć sesji kontrolnych z taką osobą. Jednym z celów programu jest też szkolenie rodziny, jak żyć z chorym po udarze, jak pomagać, ale nie zastępować w różnych czynnościach. Liczymy więc, że również rodzina pomoże w procesie monitorowania, który ma się odbywać za pomocą narzędzi internetowych.

■ **KS: Kto kieruje pacjenta do programu?**

Prof. PL: Tu nie obowiązują skierowania takie jak w przypadku kontraktu z NFZ, gdzie zazwyczaj kieruje neurolog albo lekarz rehabilitacji medycznej. Tutaj liczy się wiedza lekarzy wszystkich specjalności, którzy mają rozeznanie, że w ich otoczeniu jest pacjent po udarze, który mógłby z takiej rehabilitacji korzystać. Kwalifikacja do programu i tak odbywa się u nas, więc nie potrzeba żadnego skierowania. Wystarczy pacjenta do nas przysłać. Mamy doświadczonych lekarzy kwalifikujących, sekretarki medyczne i elektroniczną dokumentację medyczną, tak więc wszelkie formalności będą załatwiane na miejscu. Ruszamy w listopadzie, ale program przewidziany jest na trzy lata, więc jest szansa pomóc wielu chorym. Tylko oni muszą otrzymać informację, że projekt istnieje, a my pragniemy otrzymać informację, gdzie znaleźć chorych spełniających kryteria programu. Stąd prośba o pomoc do naszego lekarskiego środowiska: polecajcie nas chorym po udarze i ich rodzinom. ■



Serwis prawny dla członków WIL

Bezpłatny dostęp do aplikacji prawnej LEX Medica



- aktualne zmiany prawne
- komentarze do aktów prawnych
- interpretacje przepisów

Zarejestruj się już dziś! dyrektor@wil.org.pl, tel. 504 241 134

PERYSKOP

OKM-WIL

(doniesienia opracowane na podstawie serwisów internetowych pap.pl, wprost.pl i national-geographic.pl)

Badanie moczu a ACC

Nowe wieloośrodkowe badanie prowadzone przez ekspertów z University of Birmingham opublikowane w „The Lancet Diabetes & Endocrinology” wykazało, że dodanie metabolomiki steroidów w moczu (USM) w postaci prostego testu moczu w celu wykrycia obecności nadmiaru hormonów steroidowych nadnerczy – kluczowego wskaźnika guzów nadnerczy – może przyspieszyć diagnozowanie i leczenie pacjentów, u których wykryto raka kory nadnerczy (ACC), i pomóc wyeliminować potrzebę niepotrzebnych operacji u pacjentów z nieszkodliwą masą nadnerczy.

(wprost.pl za EurekAlert,
Alicja Kowalczyk)

Zahamowano rozwój glejaka, wykorzystując lek na hiperlipidemię

Rozwój glejaków można zahamować, wprowadzając komórki guza w stan kryzysu energetycznego. Działanie takie ma fenofibrat. Nad interwencją farmakologiczną w metabolizm komórkowy glejaka pracował zespół badawczy. Eksperymenty prowadzone przez zespół doprowadziły do cofnięcia się choroby nowotworowej u myszy z rosnącym wewnątrzczaszkowo ludzkim glejakiem. (pap.pl, Karolina Duszczyk)

Przypadek wyleczonego z HIV za pomocą leków

Pacjent z HIV w stanie remisji jest być może pierwszym znanym przypadkiem skutecznego wyleczenia tej choroby bez konieczności przeszczepu szpiku – ogłosił międzynarodowy zespół naukowców.

W ramach eksperymentu podano mu dwa bardzo silne leki przeciwwirusowe z nadzieją, że oczyszczą jego organizm z wszelkich śladów patogenu. Po 57 tygodniach od wzięcia m.in. marawiroku i dolutegrawiru mężczyzna nie wykazuje obecności przeciwciał wskazujących na obecność HIV w jego organizmie.

Mi(ni)ster COVID, czyli o niepotrzebnym

SZCZEPAN COFTA

W ostatnich tygodniach wielu spośród nas przejęło się emocjonalnie zmianą na stanowisku ministra zdrowia. Prof. Łukasz Szumowski – choć wielokrotnie krytykowany – znalazł się u wielu pod szczególnym ostrzałem, a nawet oskarżeniami, że – jako kapitan – nie powinien dezertować w dobie rozwoju epidemii.

Nasza ocena ministra Szumowskiego ma szansę być obecnie jedynie krótkodystansową, podejmowaną raczej pod wpływem emocji. Czas i głębsza perspektywa ukaza, w jaki sposób zapisze się on w poczcie kierujących tym trudnym resortem.

Prof. Łukasz Szumowski jest – co podkreślało wielu uprzednich i obecnych współpracowników – osobą o dużej medycznej kompetencji w kardiologii oraz ogólnolekarskiej, o szlachetnym podejściu do wykonywania zawodu lekarza, prostolinijności. Dał się poznać jako osoba kulturalna i cierpliwa, dobrze reagująca na problemy związane najpierw z kryzysem rezydenckim, a następnie z szerzącą się epidemią. Należy też pamiętać, że znacząco zyskał na popularności podczas pandemii COVID-19 i przez dłuższy czas – według sondaży popularności – utrzymywał lokatę najbardziej zaufanego polityka w Polsce.

Osobiście podziwiałem jego olbrzymią cierpliwość i powściągliwość – sam także będąc uczestnikiem bezpośrednich spotkań – w kontaktach z naszym środowiskiem, a także dziennikarzami. W mojej skromnej ocenie na pewno nie był złym ministrem zdrowia. Zresztą bardzo trudno – w obliczu oczekiwań społecznych i środowiska medycznego – przy ograniczonej ilości środków na realizację zadań oraz złożonego ich kontekstu, być dobrym i docenionym zarządzającym tym resortem. Opinie o ministrze są nieraz częstkowe lub podyktowane niepełną znajomością jego zadań, możliwości i działalności.

Cieszę się, że w ostatnich dniach minister Szumowski nareszcie wypowiedział się nieco mniej powściągliwie – co zacytował portal Termedia – o wyrażających dość szczególne opinie ekspertach na temat COVID-19: (...) *Kiedy słyszę lub czytam od czasu do czasu pewne sformułowania wypowiediane przez tych panów, to przyznam, że zastanawia mnie, czy wiedzą, o czym mówią. Bo nie sądzę, żeby mieli dostęp do wiedzy, na której podstawie podejmowane są decyzje. Oczywiście trudno mi zarzucać im brak doświadczenia, ale w tej sytuacji ważny jest też dostęp do pełnej gamy informacji, a nie jakichś jej strzępków. Tę wiedzę i te informacje od strony resortu ogarnia spory zespół fachowców, a panowie są indywidualnymi ekspertami od wszystkiego* („Menedżer Zdrowia”, 19.08.2020).

Minister podczas swojego urzędowania wyrażał się w sposób niezwykle roważny, niezaogniający, poszukujący dialogu, a są to umiejętności niezwykle cenne. Ja sam za to go podziwiałem. Oczywiście można pokusić się o wstępną ocenę działalności ministra od 9 stycznia 2018 r. do złożenia rezygnacji 18 sierpnia br., trzeba jednak podkreślić, że każde odpowiedzialne wyrażanie opinii wymaga dużej rozwagi i braku kategoryczności.

Istotnym wydaje się fakt, że czas sprawowania urzędu zbiegł się z niezwykle korzystną sytuacją ekonomiczną kraju i systematycznym wzrostem nakładów na nasz sektor. Zyskała m.in. onkologia, choć – to moja osobista opinia – wzrost nakładów szedł przede wszystkim na finansowanie drogich terapii lekowych, z pominięciem wielu innych obszarów onkologii – co nie uważam za słuszne. Dostęp do programów lekowych był niezwykle dynamicznie w ostatnim czasie poszerzany, co aż zdziwienie wielu przedstawicieli naszych środowisk. W ubiegłym roku, choć sytuacja ekonomiczna szpitali nie była różowa, zapłacono za niemalże wszystkie wykonane usługi medyczne. Podobnie – mimo niewiadomych związanych z epidemią – obecnie nie widać zapaści sprawnie zarządzanych funkcjonujących szpitali. Szwankuje funkcjonowanie tam, gdzie struktura szpitali wydaje się nadmiernie rozbudowana. Szpitale jednoimienne spełniają swoją funkcję w czasie epidemii.

Denerwowałem się jednakże na kontynuowanie – prowadzonych jako spuścizna po poprzednikach – ogólnych regulacji płacowych w sektorze zdrowia. Kilka grup personelu medycznego zyskało niezwykle finansowo, niestety prowadząc jed-

Łęku przed zmianą

noczenie do rozchwiania systemu płac w szpitalnictwie, z czym trudno sobie teraz poradzić. Nie rozumiałem zbytnej uległości ministra w stosunku do niektórych postulatów w dobie strajków środowisk medycznych i pewnej dalszej erozji – postawionego na głowie w kilku obszarach – systemu kształcenia specjalizacyjnego, z czym trudno było ministrowi sobie poradzić.

Oczywiście można krytykować – zwłaszcza nie znając kontekstów całości spraw – decyzje ministerstwa w dobie epidemii. Trzeba jednak zwrócić uwagę, że podobną sytuację epidemiologiczną przerabiamy po raz pierwszy, a zaproponowane rozwiązania muszą być nieszablone i zawsze będą – zwłaszcza w sytuacji braku znajomości faktów medycznych i organizacyjnych – przedmiotem kontestacji.

Faktem jednakże jest, że nasze szpitale uczyniły niezwykle istotny krok w kierunku poprawy wymogów sanitarnych i epidemiologicznych, co służy nie tylko walce z COVID-19, ale także z wszelkimi zagrożeniami epidemicznymi.

Epidemia – jakoby przy okazji – obnażyła kruchość roli podstawowej opieki zdrowotnej, a także ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, co związane było z powstaniem w wielu naszych środowiskach medycznych nieuprawnionej epidemii paniki. Oczywiście wypowiadam tę opinię z całym uszanowaniem dla wszystkich logicznych działań przeciwdziałających epidemii koronawirusa.

Następny minister powinien się jednakże zmierzyć z odtworzeniem właściwego funkcjonowania opieki podstawowej w tych jej częściach, które w ostatnich miesiącach nie spełniły swego zadania. Wystarczyłby prosty ruch modyfikacji stawek kapitałowych tam, gdzie nadużywane są teleporady, których rola – jak wiemy – jest ograniczona do szczególnego rodzaju sytuacji. Piszę to, przekazując jednocześnie wyrazy szczególnego szacunku dla tych lekarzy rodzinnych i specjalistów, którzy zachowali swoją funkcję i nie przrzucali działalności na funkcjonujące szpitale.

Pomijając motywacje rezygnacji ministra Łukasza Szumowskiego, które być może, przyjmując w dobrej woli, mogą wynikać ze względów czysto osobistych – zmęczenia i chęci powrotu do swej praktyki (choć być może zawierają jakieś aspekty zawirowań politycznych), funkcjonowanie ministerstwa nie wydaje się zagrożone, a każde doświadczenie może być uznane albo jako dobre, albo jako złe – w zależności od nastawienia oceniającego. Nowy minister (zwłaszcza że ma nim być obecny szef Narodowego Funduszu Zdrowia) poradzi sobie, jeśli tylko – jako ekonomista – znajdzie kompetentny i odważny sztab medyczny.

Życzmy kontynuatorom odtworzenia niezwykle ważnej i społecznie wrażliwej funkcji leczenia podstawowego, porządkowania kształcenia medycznego, a także znalezienia właściwej relacji między leczeniem ambulatoryjnym w całej jego rozciągłości (z budowaniem sektora tzw. *home care*) a leczeniem szpitalnym.

W świetle zaistniałej zmiany nie ma się o co lękać. Finansowanie usług medycznych jest wydzielone w strukturze wydatków państwa, stabilnie, z tendencją do zwiększania się – w związku z regulacjami ustawowymi. Należy życzyć sobie jedynie uniknięcia popadnięcia naszego kraju w kłopoty gospodarcze, związane z epidemią czy też poza nią.

Dla mnie osobiście pamiętnym był wykład ministra Szumowskiego wygłoszony 17 października 2018 r. w Poznaniu, podczas Wieczoru św. Łukasza, do środowiska medycznego naszego regionu. Odbił się on dużym echem wśród medyków. Minister wspominał w nim o konieczności odpowiedzialnego wychowywania nowych pokoleń kadr lekarskich. Mówił m.in.: *Życzyłbym wszystkim młodym adeptom, młodym studentom, by mieli pasję, żeby chcieli się jej poświęcić, nierzadko do późnych godzin nocnych, żeby mogli spotkać Mentora i Mistrza, który zarazi ich pasją i pokaże, jak fascynującym obszarem do odkrywania jest drugi człowiek. Ale żeby mieli też ogromną ilość pokory w sobie, bo tym, co cechuje dobrego lekarza, dobrego badacza jest właśnie pokora – żeby być zawsze gotowym powiedzieć: „nie wiem”. Jeżeli tej pokory zabraknie, to cały ten proces badawczy i kliniczny może zejść na manowce. I życzę młodym kolegom, ale także sobie, aby ta pasja i te trzy cechy – chęć odkrywania rzeczywistości, przekazywanie tej wiedzy innym oraz odpowiedzialność społeczna – były przekazywane młodszemu pokoleniom. Uważam, że postęp w dziedzinie medycyny jest tak duży, że tych odkryć starczy dla nich wszystkich, zawsze.*

Minister, który ukazywał takie perspektywy i dobrze służył naszemu środowisku lekarskiemu, na pewno zasługuje na szacunek. ■

PERYSKOP

OKM-WIL

Analiza tego pacjenta autorstwa Ricarda Diaza została opublikowana jako jeden z materiałów towarzyszących pierwszej, poprowadzonej całkowicie w internecie, międzynarodowej konferencji na temat AIDS. Poproszona o komentarz, Sharon Lewin współkierująca International AIDS Society Initiative Towards and HIV Cure, nazwała wyniki z Brazylii jednocześnie „bardzo interesującymi” i „mocno prowokującymi”. Zwróciła uwagę, że słabnąca reakcja immunologiczna u pacjenta, który odstawił leki powstrzymujące rozwój wirusa jest „bardzo nietypowa”, a dane przedstawione przez Diaza wymagają pogłębionej analizy.

(national-geographic.pl,
Jan Sochaczewski)

Sztuczne światło a rak jelita

Zespół kierowany przez Barcelon Institute for Global Health (ISGlobal), ośrodek wspierany przez fundację „la Caixa”, przeprowadził pierwsze badanie związku między nocną ekspozycją na sztuczne światło na zewnątrz a rakiem jelita grubego. Odkrycia opublikowane w „Epidemiology” pokazują, że ekspozycja na widmo światła niebieskiego może zwiększać ryzyko wystąpienia tego typu raka.

Autorzy przeanalizowali dane uzyskane w ramach projektu MCC-Spain na temat około 2000 dorosłych w Barcelonie i Madrycie, z których 660 miało raka jelita grubego, a reszta została wybrana losowo z lokalnej populacji. Wykluczono osoby, które w przeszłości pracowały na nocnych zmianach. Poziomy nocnego sztucznego światła na zewnątrz określono na podstawie obrazów z Międzynarodowej Stacji Kosmicznej (ISS). Wyniki z obu miast pokazały, że uczestnicy z największą ekspozycją na światło niebieskie mieli o 60 proc. większe ryzyko zachorowania na raka jelita grubego niż populacja mniej narażona. Nie znaleziono związku ze światłem o pełnym spektrum.

(wprost.pl za EurekAlert,
Alicja Kowalczyk)

Zdobywcy Statuetki Wielkopolskiej

W poprzednich numerach przeprowadziliśmy rozmowy z osobami, które młodzi lekarze wyróżnili tytułem Mentora w latach 2013–2016. W tym numerze rozmawiamy z wyróżnioną w 2017 r. Barbarą Wawrzyniak oraz z wyróżnionym w 2018 r. Krzysztofem Kordelem.

Doktor Barbara Wawrzyniak jest specjalistą medycyny rodzinnej pracującą w przychodni na konińskim Zatorzu. Skończyła Akademię Medyczną w Poznaniu. Uzyskała dwie specjalizacje – z pediatrii i z medycyny rodzinnej. Młodzi lekarze podkreślają, że cechuje ją niezwykła charyzma, chęć niesienia pomocy, wyrozumiałość i życzliwość. Dla niej samej, jak zaznacza, najważniejsze jest to, aby nie zapominać, że w centrum uwagi zawsze powinien być pacjent. Obecnie pracuje w NZOZ „Zatorze” w Koninie. Już za kilka lat wybiera się na emeryturę. Podkreśla, że każdy powinien wyczuć taki czas, by przekazać pałeczkę młodszym. O ciągłość lekarskiego ducha jest spokojna, bo zostawia na rynku pracy „swojego klona” – córkę Annę, onkologa. W zakresie ciągłości zacięcia pedagogicznego też odczuwa spokój, bo jej syn pracuje z młodzieżą. Jest z nich dumna.



Rozmowa z Barbarą Wawrzyniak

■ **Anna Grzesiak:** Jak wspomina Pani Doktor moment wręczenia statuetki Mentora?

Barbara Wawrzyniak: Nieoczekiwanym zdarzeniem i dużym zaskoczeniem była wiadomość o przyznaniu statuetki Mentora. Nagrodę miałam odebrać 1 kwietnia. Przez moment pomyślałam, że to primaaprilisowy żart. Po otrząśnięciu się z pierwszego szoku, zrobiło mi się bardzo miło. Było to dla mnie zwieńczenie mojej wieloletniej pracy. Wiedzę traktuję jak towar, którym chętnie się dzielę. Swoje wieloletnie doświadczenie porównuję do ciekawego akademickiego wykładu. Pewnych rzeczy nie znajduje się w książce, ale w opowiadaniu o poszczególnych „przypadkach”, które zapadają na zawsze w pamięć. Wiedza, analityczne myślenie, doświadczenie i dociekliwość są w medycynie fascynujące! To właśnie staram się przekazać swoim uczniom. A największą satysfakcję przynosi słowo „dziękuję” i ten błysk w oku, kiedy już wiem, że młody adept sztuki medycznej zaczy-

na myśleć jak prawdziwy, medyczny Sherlock Holmes.

■ **AG: Co Panią skłoniło do wybrania medycyny, a przede wszystkim do bycia nauczycielem?**

BW: Urodziłam się w niedzielny poranek. Położna, która odbierała poród, dała mi klapsa i powiedziała: „Ładna dziewczynka, zostanie akuszerką”. Moja Mama opowiedziała mi tę historię, gdy poinformowałam ją, że wybrałam studium położnicze w Poznaniu. Po 2,5-letniej nauce zostałam wytypowana na Akademię Medyczną bez egzaminu wstępnego, w ramach nagrody za bardzo dobre wyniki w nauce. Na krótko podjęłam pracę na sali porodowej Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Poznaniu przy ul. Lutyckiej, po czym porzuciłam czepek z czerwonym paskiem na rzecz trwającej do dziś przygody zwanej medycyną, a w 1975 r. dała mi szansę wykorzystałam najlepiej jak potrafiłam. Zostałam pediatrą, a później lekarzem rodzinnym. Przypadek zdecydował, że zaczęłam szkolić studentów i lekarzy stażystów. Nadana rola bardzo przypadła mi do gustu. Lubię pracować z młodymi lekarzami, wspólnie analizować możliwości diagnostyczne i lecznicze. Staram się zaszczepić w nich analityczne myślenie.

■ **AG: Co dla Pani dziś znaczy mentor?**

BW: Mentor to dla mnie ktoś, kto zostawia ślad na całym przyszłym życiu zawodowym. Taką osobę pamięta się zawsze. To ktoś, kto otwiera przed nami wszystkie wrota – mentalne i naukowe. Sięgając pamięcią wstecz, osobą, którą uważam za swojego Mentora, był śp. dr Zdzisław Lisiecki z Konina. To mój pierwszy szef, ordynator Oddziału Dziecięcego w Koninie i jego założyciel. To dzięki Niemu uświadomiłam sobie, że mam „intuicję lekarską”, którą wykorzystywałam później w pracy zawodowej.

■ **AG: Czym się Pani kieruje w swojej pracy zawodowej?**

BW: Najważniejsze dla mnie jest to, aby nie zapominać, że w centrum powinien być zawsze pacjent, jego dobro, potrzeby i oczekiwania. Staram się otoczyć go opieką, objąć niewidzialnym ramieniem, przeprowadzić przez diagnostykę i leczenie bez zbędnego stresu. Pokazać ludzką twarz medycyny. Mam nadzieję, że medycyna to nie ostatnia dziedzina, która kieruje się wartościami takimi jak szacunek do wiedzy i doświadczenia, podziw dla starszych po fachu kolegów, lojalność oraz pokora. Warto być dobrym człowiekiem. Niezależnie od tego, jak banalnie może to brzmieć. ■

Najważniejsze dla mnie jest to, aby nie zapominać, że w centrum powinien być zawsze pacjent, jego dobro, potrzeby i oczekiwania.

Izby Lekarskiej Mentor

Krzysztof Kordel, dr n. med., specjalista medycyny sądowej i lekarz patomorfolog, wykładowca akademicki. Absolwent Wydziału Farmaceutycznego i Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Poznaniu. Kierownik Pracowni Prawa Medycznego oraz Etyki i Deontologii Lekarskiej. Pracownik naukowy Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Członek Senatu Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. W WIL w II i III kadencji wiceprzewodniczący i przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego, w IV i V kadencji Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, w VI i VII kadencji prezes Okręgowej Rady Lekarskiej, obecnie jej wiceprezes. Rzecznik Praw Lekarza Naczelnej Izby Lekarskiej w latach 2010–2013. Autor i współautor około 150 publikacji naukowych. Uważa, że w życiu trzeba kierować się rozumą i nie można podejmować pochopnie decyzji. Jego motto brzmi: „Historia jest najlepszą nauczycielką”.



Rozmowa z Krzysztofem Kordelem

- **Anna Grzesiak: Mentor to tytuł przyznawany raz w roku wybitnym nauczycielom, którzy swoją wiedzą i postawą kształcą studentów oraz młodych lekarzy. Jakie znaczenie ma dla Pana przyznana nagroda?**

Krzysztof Kordel: Uważam, że ta nagroda jest jedną z cenniejszych, wielkopolskich inicjatyw naszych młodszych kolegów. Chwała im za ten pomysł. To, że trafiła do mnie, było dla mnie ogromnym zaskoczeniem. Przyjąłem ją z radością, bo przyznam szczerze, że uwielbiam dydaktykę, prowadzenie wykładów i kontakt z przyszłymi adeptami sztuki medycznej. To zarówno ogromna przyjemność, jak i jedno z najważniejszych zadań w moim życiu.

- **AG: Dlaczego wybrał Pan medycynę jako swoją życiową drogę?**

KK: Lekarzem chciałem zostać od zawsze. Lekarzami byli też moi rodzice. Od dziecka mogłem więc podpatrywać ich pracę i poznawać specyfikę tego zawodu. Do ostatecznego wyboru medycyny zachęcił mnie jednak ojciec. Z początku myślałem o historii. On jednak odwiódł mnie od tego. Powiedział: „Historię możesz się zajmować, ale z czegoś trzeba żyć”. No i przekonał mnie. Najpierw zacząłem studiować farmację, którą skończyłem. W 1979 r. poszedłem na wydział lekarski. Na drugim roku studiów znalazłem się w Zakładzie Medycyny Sądowej, chcąc połączyć zdobytą wiedzę z praktyką i zostałem tu na ponad 40 lat. Nie zamieniłbym tego miejsca na żadne inne. Poza tym część mojej

rodziny to byli prawnicy, więc jest to dla mnie idealne połączenie dwóch tradycji rodzinnych – medycyny i prawa.

- **AG: Czy spotkał Pan w swoim życiu zawodowym mentora? Jaki wpływ wywarła ta postać na życiowe postawy, wybory?**

KK: Jednym z moich obowiązków w Zakładzie Medycyny Sądowej, jak byłem młodym człowiekiem, było chodzenie z prof. Edmundem Chruścielewskim, długoletnim kierownikiem Zakładu Medycyny Sądowej Akademii Medycznej w Poznaniu, na wykłady. Nie ukrywam, że profesor był mistrzem w tym, co robił. Miałem prawdziwego Mentora. Spodobał mi się sposób, w jaki przekazywał wiedzę. Trudno mówić o rzeczach nudnych tak, by zainteresować słuchacza, a on to robił. Miał w sobie charyzmę, dodawał anegdotki, przytaczał przykłady z życia. Tak więc miałem bardzo dobrego nauczyciela. Do dziś korzystam z jego techniki wykładania, sposobu skupiania uwagi studentów.

- **AG: Czy pojęcie „mentor” jest dziś jeszcze aktualne? Czy ma takie samo znaczenie jak 20, 30 czy 50 lat temu?**

KK: Ja byłem nauczony, że zawód poznaję od doświadczonych, starszych koleżanek i kolegów. Uważam, że młodzi ludzie wciąż szukają swoich mentorów.

- **AG: Czym kierować się w życiu, jakie wartości pielęgnować?**

KK: Koniecznie trzeba oddzielić pracę zawodową od życia rodzinnego. Ja

Ja byłem nauczony, że zawód poznaję od doświadczonych, starszych koleżanek i kolegów. Uważam, że młodzi ludzie wciąż szukają swoich mentorów.

wybrałem bardzo trudną specjalizację. Na co dzień mam do czynienia z wieloma ludzkimi tragediami i gdybym przełożył to na grunt rodzinny, moim dzieciom nie pozwoliłbym wychodzić z domu. Tak się jednak nie da, tak nie można. Zarówno rodzinie, moim studentom, jak i innym ludziom, z którymi mam kontakt staram się mówić, żeby nie szarżowali, żeby zanim coś zrobią, najpierw to przemyśleli. Umrzeć można bardzo szybko i to na tysiące sposobów. Podstawą jest rozważa. To wyniosłem z medycyny sądowej – nie podejmować pochopnych decyzji. Z drugiej jednak strony czasami warto iść za głosem serca. Trzeba to wszystko wyważyć. Uczę prawa medycznego, a od kilku lat także etyki lekarskiej. Etyka to pewne kanony, które są niezmiennie od tysięcy lat i mam nadzieję, że tak już zostanie. To takie wartości jak asertywność, współczucie, empatia, rozważa w podejmowaniu decyzji. I tu zataczam krąg, widać jak w mojej pracy zawodowej ważne miejsce zajmuje też historia, o której wspominałem na początku rozmowy. To ona jest najlepszą nauczycielką, a w myśl rzymskiego przysłowia: „Lepiej uczyć się na błędach cudzych niż swoich”. OPRAC. KS

W 2021 roku budżet rekordowo wysoki?

W dniach bezpośrednio poprzedzających prace nad budżetem państwa w mediach nie brakuje różnych prognoz, także spekulacji. Nie inaczej jest i w tym roku. Oto w przestrzeni publicznej pojawiła się informacja o tym, że – mimo spowolnienia gospodarczego – już w przyszłym roku finansowanie ochrony zdrowia miałyby osiągnąć rekordowo wysoki poziom, niewykluczone, że nawet 6 proc. PKB.

Zdaniem ekspertów pandemia wymusza wyjątkową wnikliwość debaty o systemie opieki zdrowotnej, zwłaszcza zaś sposobów jej finansowania. Wskazują oni na konieczność sięgnięcia po nowe rozwiązania. Przestrzegają zarazem przed ewentualnym zadłużeniem się państwa. Wśród źródeł finansowania wyższego budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia widzą oni na przykład wzrost składki zdrowotnej, poszerzenie bazy płatników, ograniczenie bezpłatnych świadczeń, stopniowe wprowadzanie zasady współpłacenia, oszczędności w innych sektorach publicznych. Ta pierwsza ewentualność raczej nie wchodzi w grę, biorąc pod uwagę, że po raz ostatni była o tym mowa za czasów ministra Zbigniewa Religi. Jak i to, że rząd nie chciałby obciążać ubezpieczonych. Z kolei gdy idzie o współpłacenie, mówiło się o tym za czasów ministra Konstantego Radziwiłła. Tak czy inaczej miliony pacjentów korzystają już od lat zarówno z prywatnych porad i zabiegów medycznych, jak i ubezpieczeń zdrowotnych. Rocznie ponoszą koszty na poziomie 30–40 mld zł. A to ogromna kwota, bo stanowi trzecią część budżetu NFZ.

Zdaniem przewodniczącego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, Krzysztofa Bukieła – czytamy w artykule Katarzyny Bartman (www.money.pl) – sektorowi zdrowia potrzebny jest audyt i zaplanowanie wydatków na nowo. Czyli jak? *Należy ujednoclić finansowanie, urealnić składkę zdrowotną w stosunku do koszyka gwarantowanych świadczeń (jeżeli nie chcemy zwiększać składki, trzeba ograniczyć bezpłatne świadczenia). Wprowadzić współpłacenie za usługi medyczne lub inną formę motywacji pacjentów, tak by ograniczyć nadużywanie świadczeń* – wylicza Bukiel.

Podobnego zdania co związkowcy są też przedsiębiorcy z sektora usług medycznych. Anna Rulkiewicz, prezes sieci przychodni i prywatnych szpitali LUX MED oraz prezes Pracodawców Medycyny Prywatnej, zaznacza, że żadne rozmowy z sektorem prywatnym o zmianach w finansowaniu świadczeń medycznych się nie toczą. Przedsiębiorcy od dawna postulują tymczasem współpłacenie za usługi medyczne i wprowadzenie zachęt fiskalnych dla tych pracodawców, którzy wykupują dla swoich pracowników dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne. *Przedsiębiorcy odciążają publiczny system ochrony zdrowia, powinni więc móc skorzystać z ulg podatkowych. A takich nie ma* – mówi prezes Rulkiewicz.

Nadzieję na poprawę kondycji finansowej systemu ochrony zdrowia daje wypowiedź wiceministra finansów Sebastiana Skuzy: *W nowym budżecie nie będziemy oszczędzać na zdrowiu, szkolnictwie czy obronie narodowej. Jedno z głównych zadań to uruchomienie inwestycji i pobudzenie gospodarki. Pod koniec sierpnia przedstawimy projekt ustawy budżetowej.*



Fot. Andrzej Piechocki

28 lipca 2020 r. Rada Ministrów przyjęła założenia do projektu budżetu państwa na rok 2021. Polityka rządu – czytamy na stronie internetowej Ministerstwa Finansów – będzie nakierowana na odbudowę potencjału gospodarczego Polski. W założeniach przyjęto m.in. wzrost PKB w 2021 r. o 4,0 proc., stopę bezrobocia na poziomie 7,5 proc., a inflację na poziomie 1,8 proc. Wysokość dochodów budżetu państwa w 2021 r. zależeć będzie głównie od spodziewanego ożywienia gospodarczego.

Zależy nam na szybkim rozwoju polskiej gospodarki i powrocie na ścieżkę wzrostu PKB. Założenia przyjęte dziś przez Radę Ministrów uwzględniają nasze plany pobudzenia gospodarki. Zakładamy, że w przyszłym roku PKB wzrośnie o 4,0 proc., po spadku o 4,6 proc. w br. Głównym czynnikiem wzrostu pozostanie popyt krajowy. W efekcie, w latach 2020–21 średnia dynamika PKB może być w Polsce jedną z najwyższych w UE. W najbliższym czasie ważne będzie wzmocnienie inwestycji, także tych o charakterze lokalnym, przy jednoczesnym utrzymaniu dobrego stanu finansów publicznych – powiedział minister finansów Tadeusz Kościński. Przypomnijmy, że rząd w 2018 r. zdecydował, iż środki na ochronę zdrowia będą stopniowo rosły, osiągając poziom 6 proc. PKB w 2024 r. Zgodnie z ówczesnym projektem w latach 2020–2023 na finansowanie ochrony zdrowia miały być przeznaczane środki finansowe w wysokości nie niższej niż: 5,03 proc. PKB w 2020 r., 5,30 w 2021, 5,55 w 2022 i 5,80 proc. PKB w 2023 r.

Nieoficjalnie mówi się, że źródłem informacji o 6 proc. PKB już w roku przyszłym jest... Ministerstwo Finansów. Najbliższe tygodnie potwierdzą lub zdementują tę optymistyczną prognozę. U jej podstaw, jak słychać, pozostaje świadomość pilnej potrzeby lepszego dostępu pacjentów do świadczeń zdrowotnych, które finansowane są ze środków publicznych. Zwłaszcza w obliczu kolejnej fali epidemii koronawirusa SARS-CoV-2 i następstw ewentualnego zderzenia z doroczną falą grypy.

Przyszłoroczny budżet w sektorze ochrony zdrowia, nawet jeśli nie sięgnie owych 6 proc., i tak – wedle innych źródeł – ma być rekordowo wysoki. W połowie roku Główny Urząd Statystyczny podał bowiem wstępnie, ile wyniósł PKB Polski w 2019 r. Te dane są podstawą wyliczenia, jakie powinny być minimalne publiczne wydatki na ochronę zdrowia w 2021 r. Określa je kwota 120,5 mld zł. Już dzisiaj jednakże eksperci przestrzegają: w związku z pandemicznym kryzysem gospodarczym suma składek kierowanych do NFZ będzie niższa niż wcześniej planowana.

ANDRZEJ PIECHOCKI



Praca w czasach zarazy

SHORT CUTS

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



Sport w czasach zarazy

To nie jest tekst dla pięknoduchów

Obecnie rządząca partia do perfekcji opanowała sztukę odwracania uwagi. Ponieważ uchwalona przy okazji tzw. Tarczy 4.0 zmiana art. 37a kk wywołała oburzenie środowiska medycznego, zapewne zupełnie przypadkowo, 14 lipca Trybunał Konstytucyjny orzekł, że ubiegłoroczna nowelizacja Kodeksu karnego jest niezgodna z Konstytucją. W związku z tym także wcześniej kontestowana przez lekarzy i oprotestowana przez Naczelną Izbę Lekarską zmiana art. 155 kk, zaostřejająca odpowiedzialność lekarzy w związku z wykonywaniem zawodu, też jest niekonstytucyjna. Na fali entuzjazmu wywołanego tym wyrokiem TK, wydaje się, że władzom lekarskim umknął pewien szczegół – Trybunał nie zakwestionował samego zaostřejenia represji wobec lekarzy, tylko sposób ich uchwalenia, ergo jeśli sejm ponownie uchwali identyczną zmianę bez naruszania procedur, to nowe brzmienie art. 155 kk i tak będzie obowiązywało. Ponadto obie te zmiany artykułów Kodeksu karnego skierowały energię środowisk lekarskich na ich „kosmetyczną” zmianę, skuteczną odwracając ją od podnoszonego od lat postulatu depenalizacji działań medycznych. Zamiast dyskusowania, czy wprowadzić w Polsce system szwedzki czy może lepszy będzie system obowiązujący w Nowej Zelandii, nasze gremia decyzyjne marnują energię na protesty, które tak naprawdę niczego nie zmieniają.

* * *

Jak na wcześniejszych stronach „Biuletynu” zauważyli moi Szanowni Koledzy, zapewnienia premiera, że epidemia jest opanowana, okazały się tylko przedwyborczym blemem. Niestety z dalszymi wnioskami nie mogę się zgodzić. To nie tak, że nie powinniśmy obawiać się wirusa, ale najwyższa już pora oswoić się z nim i przyjąć do wiadomości, że będzie tak jak z poprzednimi koronawirusami oraz innymi infekcjami wirusowymi, na które ciągle ktoś choruje, ale sam fakt istnienia tych wirusów nie powoduje paranoicznych reakcji i zamykania ludzi w domach bez wyroków sądowych, zamykania zakładów pracy i innych instytucji na zasadzie „widzimi się” czy to organów inspekcji sanitarnej, czy też, co gorsza, decyzji polityków. Proszę zauważyć, że decyzja, by „zamknąć” kogoś w szpitalu psychiatrycznym podlega natychmiastowej kontroli sądowej, tymczasem zamyka się ludzi zdrowych w domach, często na wiele tygodni, i ta decyzja nie podlega żadnej kontroli sądowej. Mało tego, nie można nawet jej oprotestować i odwołać się od niej. Dodatkowo inwigiluje się te osoby, ponownie bez decyzji sądu, bo czymże innym jest obowiązek posiadania odpowiedniej aplikacji w telefonie komórkowym, jak nie przyzwoleniem na totalną inwigilację. Jakoś nikt z polityków nie rozpoczął do tej pory dyskusji nad zmianą zapisów ustawy o chorobach zakaźnych, tak by nie było możliwe

na podstawie jej regulacji praktycznie unieruchamianie całego kraju i utrzymywanie stanu epidemii bezterminowo i bez żadnej kontroli. Może to wyświechtany argument, ale w demokracji takie decyzje nie mogą być podejmowane jednoosobowo, nawet jeśli tymi osobami są premier czy minister zdrowia, którzy na poparcie swoich decyzji nie przytaczają żadnych danych czy też opinii ekspertów. *À propos* ekspertów, to niestety odnoszę wrażenie, że ich wypowiedzi często nie są oparte na rzetelnej wiedzy, tylko w najlepszym wypadku na „widzimi się”, a nawet wydają się odpowiedzią na doraźne zapotrzebowanie władzy albo mediów. Niejednokrotnie eksperci, gdy neguje się skalę epidemii i rzeczywiste zagrożenie dla zdrowia większości ludzi, odpowiadają: „Zapraszam do mojej kliniki, oddziału, szpitala”. Niestety są to stwierdzenia bardzo demagogiczne, gdyż przypominają wypowiedzi anegdotycznych psychiatrów, którzy patrząc na swoich pacjentów, stwierdzają, że nie ma ludzi „normalnych”, tylko są jeszcze „niezdiagnozowani”. A wracając do koronawirusa – straszy się nas jesienną koincydencją tego patogenu i grypy. Fakt – to może być problem. Nie dlatego, że chorych będzie więcej, tylko dlatego, że nadal może być nadreaktywność różnych służb i ponowne zamykanie wielu ludzi bez żadnej podstawy. Jak dobrze Państwo wiecie, pod terminem „grypa” w Polsce kryją się praktycznie wszystkie infekcje wirusowe GDO. Polski pacjent nie rozróżnia prawdziwej grypy – *nota bene* sezon na prawdziwą grypę nie rozpoczyna się jesienią, tylko zazwyczaj na przełomie roku – od szeregu innych infekcji wirusowych. Z tej przyczyny, jeśli nadal będzie się tak nerwowo reagować i po wykonaniu testu na grypę i jego negatywnym wyniku od razu zakładać, że to koronawirus, to w krótkim czasie zamknijemy w więzieniach, o przepraszam – w domach – większość mieszkańców Polski, demolując doszczętnie gospodarkę, pozbawiając ludzi pracy oraz dochodów. Tak zwana nauka zdalna, to kolejna ściema. Jak dowiedli angielscy badacze efektywność takiej nauki jest bardzo niska, nawet przy dużym zaangażowaniu rodziców. *À propos* rodziców – znowu zamknięcie szkoły będzie skutkowało często utratą jeśli nie pracy, to przynajmniej części dochodów rodziny. Niestety nasze władze zamiast opublikować jasne stanowisko i wytyczne, dają dużą swobodę dyrektorom szkół, nie zastanawiając się, jakie to będzie miało konsekwencje dla jakości wykształcenia. Ale być może o to chodzi, bowiem ciemnym ludem łatwiej sterować i wmawiać mu, że funduje mu się świetlaną przyszłość, nie informując, że kiedyś trzeba będzie zapłacić za to rachunek, oraz że rząd nie ma żadnych pieniędzy, tylko rozdaje pieniądze wypracowane przez tych, którzy jeszcze pracują.

*KRZYSZTOF OŻEGOWSKI

Z MEDYCZNEJ WOKANDY

O współmierności kar orzeczonych przez sądy lekarskie

Przypomnijmy na wstępie, że sąd lekarski może orzekać następujące kary: upomnienie, nagana, karę pieniężną, zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia na okres od roku do pięciu lat, ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza na okres od sześciu miesięcy do dwóch lat, zawieszenie prawa wykonywania zawodu na okres od roku do pięciu lat i pozbawienie prawa wykonywania zawodu. Z pewnością najsurowszą karą, którą sąd lekarski może orzec, jest kara pozbawienia prawa wykonywania zawodu. Jest to tzw. kara śmierci zawodowej, co oznacza, że osoba ukarana nie może wykonywać zawodu w żadnej postaci, ale też nie może ponownie ubiegać się o przyznanie tych uprawnień. Ale to nie jedyna kara, która wpływa na możliwość wykonywania zawodu lekarza, choć mająca charakter totalny i ostateczny. Taki wpływ, choć fragmentaryczny (w każdym przypadku ma nieco inny charakter) mają sankcje takie jak: zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia, ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza, zawieszenie prawa wykonywania zawodu.



Jerzy Sowiński



Jędrzej Skrzypczak

Trzeba też dodać, że spośród kar z katalogu zamieszczonego w art. 83 ustawy o izbach lekarskich, sądy lekarskie – inaczej niż w postępowaniu karnym – mogą (teoretycznie) wymierzyć każdą z kar – od upomnienia do pozbawienia prawa wykonywania zawodu. Oczywiście w praktyce sąd musi się „wytłumaczyć”, dlaczego po taką, a nie inną karę zdecydował się sięgnąć. W każdym przypadku kara musi być współmierna do stopnia zawinienia, ustalonych okoliczności obciążających i łagodzących, powinna też stanowić dla obwinionego realną dolegliwość, realizującą wymogi indywidualnego oddziaływania, a także funkcje kary przewidziane w ramach prewencji generalnej. A mówiąc krótko – powinna być sprawiedliwa.

Jak to działa w praktyce, zobaczymy na przykładzie jednej ze spraw zakończonych przed Sądem Najwyższym. Otóż jeden z sądów lekarskich uznał lekarza dentystę B.Z. m.in. za winną wykonywania zawodu lekarza w dziedzinie protetyki stomatologicznej pomimo prawomocnych orzeczeń sądu lekarskiego, mocą których ograniczono obwinionej zakres czynności w wykonywaniu zawodu lekarza dentysty

w zakresie leczenia protetycznego na okres od 11 stycznia 2013 r. do 10 stycznia 2015 r. oraz zawieszono prawo wykonywania zawodu na okres od 12 lutego 2014 r. do 11 lutego 2019 r., co stanowi naruszenie art. 8 pkt 3 ustawy o izbach lekarskich, i za to wymierzył obwinionej karę pozbawienia prawa wykonywania zawodu. Od tego orzeczenia odwołanie wniósł obrońca obwinionej. Naczelny Sąd Lekarski utrzymał w mocy zaskarżone orzeczenie. Kasację od powyższego orzeczenia wywiódł obrońca obwinionej B.Z., zarzucając m.in. niewspółmierność orzeczonej wobec obwinionej kary pozbawienia prawa wykonywania zawodu. Rozpatrując zarzuty wskazane w kasacji, Sąd Najwyższy podkreślił w uza-

sadnieniu orzeczenia, iż o niewspółmierności kary można mówić wówczas, gdy między karą wymierzoną a karą sprawiedliwą, jaką należałoby orzec w następstwie prawidłowego zastosowania dyrektyw wymiaru kary, zachodzi rażąca dysproporcja. Dyrektywy wymiaru kary zostały sformułowane przez ustawodawcę w przepisach art. 53 par. 1 i 2 Kodeksu karnego. Do ich odpowiedniego stosowania w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej prowadzonym przeciwko lekarzowi lub lekarzowi dentyście odsyła art. 112 pkt 2 ustawy o izbach lekarskich. Sąd lekarski, wymierzając karę lekarzowi lub lekarzowi dentyście, zobowiązany jest zatem, obok wszechstronnej oceny stopnia społecznej szkodliwości przypisanego obwinionemu przewinienia zawodowego, uwzględnić generalne dyrektywy wymiaru kary. Dopiero wówczas będzie możliwe orzeczenie kary w takiej postaci i w takim rozmiarze, że kara ta będzie współmierna

do stopnia zawinienia i ustalonych okoliczności obciążających oraz łagodzących, jak też będzie stanowiła dla obwinionego realną dolegliwość, realizującą wymogi indywidualnego oddziaływania, a także funkcje kary przewidziane

Sięganie po tzw. karę śmierci zawodowej jest ostatecznością i zdarza się niezwykle rzadko.

Ale podobno nie ma nic bardziej niepedagogicznego niż brak wykonania orzeczonych kar, dlatego też trudno nie zgodzić się z decyzjami sądów w tej sprawie.

w ramach prewencji generalnej. W ocenie sądu kasacyjnego NSL utrzymując w mocy zaskarżone orzeczenie OSK w X w zakresie kary pozbawienia prawa wykonywania zawodu za zarzucone obwinionej przewinienie zawodowe, z należytą starannością rozważył zarówno okoliczności związane z osobą obwinionej i jej sytuacją zawodową, jak i okoliczności dotyczące przypisanego jej czynu, w szczególności fakt wykonywania przez nią zawodu lekarza dentysty w dziedzinie protetyki stomatologicznej pomimo orzeczeń sądu lekarskiego, mocą których prawomocnie ograniczono obwinionej zakres czynności w wykonywaniu zawodu lekarza dentysty w zakresie leczenia protetycznego na okres od 11 stycznia

Z MEDYCZNEJ WOKANDY

2013 r. do 10 stycznia 2015 r. (orzeczenie OSŁ w X z dnia 23 listopada 2012 r.) oraz zawieszono jej prawo wykonywania zawodu na okres od 12 lutego 2014 r. do 11 lutego 2019 r. (orzeczenie NSL z 12 lutego 2014 r.), potwierdzonych w Rejestrze Lekarzy Ukaranych. W ocenie Sądu Najwyższego NSL gruntownie przeanalizował też zachowanie obwinionej zarówno przed popełnieniem zarzucanego jej czynu, jak i po jego popełnieniu. Przede wszystkim słusznie wziął pod uwagę wielokrotną (dwunastokrotną!) karalność obwinionej za różne przewinienia zawodowe, a także fakt wykonywania przez nią zawodu lekarza dentystry w dalszym ciągu pomimo prawomocnych (w tym wskazanych powyżej) orzeczeń, co jednoznacznie świadczyło o uporczywości obwinionej w dopuszczaniu się nagannych zachowań oraz nierespektowaniu przez nią norm prawnych i etycznych. Trafnie wskazał też na kolejne poważne przewinienia zawodowe, których dopuściła się obwiniona wobec pokrzywdzonej, a które budzą uzasadniony niepokój. Wadliwe leczenie pacjentki, nieprowadzenie koniecznej dokumentacji medycznej (nieprzedkładanie jej organom odpowiedzialności zawodowej), niezgłaszanie się na wezwanie Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej oraz niestawianie się na rozprawach przed sądami lekarskimi, wskazują na jej arogancki i lekceważący stosunek do organów samorządu lekarskiego, którego obwiniona była członkiem, do sądów lekarskich, pacjenta, a przede wszystkim do swoich obowiązków jako lekarza dentystry. Zdecydowanie na niekorzyść obwinionej przemawiała również towarzysząca jej zachowaniu motywacja obliczona wyłącznie na osiągnięcie zysku finansowego, a także rodzaj i rozmiar ujemnych następstw tego przewinienia. Nieprawidłowe leczenie pacjentki (pokrzywdzonej), w tym leczenie protetyczne przy braku w ogóle planu leczenia i planu alternatywnego leczenia, braku diagnostyki obrazowej przed leczeniem, zgody pacjenta oraz dokumentacji medycznej, skutkowało licznymi dolegliwościami odczuwanymi przez pokrzywdzoną, prowadziło wręcz do jej okaleczenia. W rezultacie ustalone zachowanie obwinionej stanowiło oczywiste i rażące naruszenie obowiązków zawodowych, zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza dentystry, podważało zaufanie do tego zawodu, a także wywołało niekorzystne skutki godzące w osobę pokrzywdzonej. Kara wymierzona obwinionej w następstwie prawidłowego zastosowania dyrektyw jej wymiaru była zdaniem SN adekwatna do charakteru przypisanego jej przewinienia zawodowego, stopnia zawinienia i – jak ujął to Naczelny Sąd Lekarski – nagannej postawy obwinionej zarówno przed popełnieniem przewinienia, jak i po jego popełnieniu, w tym w toku prowadzonego postępowania. Słowem – pozostawała w należytej proporcji do stopnia szkodliwości społecznej (korporacyjnej) czynu. Jakkolwiek kara ta jest najsurowszą w katalogu kar wymienionych w art. 83 ust. 1 ustawy o izbach lekarskich i powinna być orzekana przez sądy lekarskie w przypadku najcięższych przewinień dyscyplinarnych przeciwko prawu oraz zasadom etyki zawodowej, to do takich bez wątpienia należy przypadek obwinionej. Przekonuje o tym nie tylko charakter, waga i szkodliwość przypisanego obwinionej



Fot.: istockphoto

W każdym przypadku kara musi być współmierna do stopnia zawinienia, ustalonych okoliczności obciążających i łagodzących, powinna też stanowić dla obwinionego realną dolegliwość, realizującą wymogi indywidualnego oddziaływania, a także funkcje kary przewidziane w ramach prewencji generalnej.

przewinienia, ale też przedstawione powyżej wieloletnie zachowanie obwinionej jako lekarza i członka samorządu lekarskiego, stanowiące wyraz rażącego lekceważenia porządku prawnego, powodujące utratę kwalifikacji do wykonywania zawodu lekarza dentystry. Skala reakcji dyscyplinarnej zastosowanej przez Naczelny Sąd Lekarski należyte uwzględniała również nagromadzenie okoliczności obciążających i brak okoliczności łagodzących. Sąd Najwyższy podzielił pogląd lekarskich sądów obydwu instancji, że tylko ten rodzaj kary był w stanie zrealizować cele kary w zakresie jej oddziaływania zarówno na ogół społeczeństwa, jak i środowisko medyczne, a także cele zapobiegawcze i wychowawcze w stosunku do osoby ukaranej. Wszystko to prowadziło do wniosku, że między karą wymierzoną obwinionej B.Z. a karą sprawiedliwą w powyższym znaczeniu nie zachodziła rażąca dysproporcja. Zastosowana wobec obwinionej reakcja prawna nie mogła być zatem w odczuciu społecznym (korporacyjnym) uznana za nadmiernie surową.

Jak z powyższego wynika, sięganie po tzw. karę śmierci zawodowej jest ostatecznością i zdarza się niezwykle rzadko. Ale podobno nie ma nic bardziej niepedagogicznego niż brak wykonania orzeczonych kar, dlatego też trudno nie zgodzić się z decyzjami sądów w tej sprawie. Ignorowanie orzeczeń sądów lekarskich musiało się skończyć wymierzeniem tak surowej kary. Nie ma tu zatem mowy, aby kara była niewspółmierna. ■

DAWKA INFORMACJI

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

Dwie rezygnacje

Łukasz Szumowski podał się we wtorek (18 sierpnia 2020 r. – przyp. AP) do dymisji. „Minister zdrowia dał się poznać nie tylko jako znakomity ekspert w dziedzinie medycyny, ale również jako sprawny manager i reformator” – skomentował na Facebooku premier Mateusz Morawiecki. „Jego praca zbiegła się z okresem pandemii koronawirusa – wyzwaniem, z jakim nie mierzył się dotychczas żaden z ministrów w historii Polski po roku 1989. Osobiście bardzo wysoko cenię sobie kompetencje Łukasza Szumowskiego, a współpracę z nim oceniam wzorowo” – napisał w mediach społecznościowych premier.

Mateusz Morawiecki stwierdził, że „gdyby nie poświęcenie ministra, wiedza i nieprzespane noce, które wspólnie spędzili nad planami walki z epidemią i tabelkami pełnymi różnych statystyk czy rekomendacji – Polska nie poradziłaby sobie z koronawirusem tak sprawnie”.

„Dziś (17 sierpnia 2020 r. – przyp. AP) ostatni z moich 944 dni pracy w Ministerstwie Zdrowia. Decyzja kilkakrotnie już odkładana, ale dzięki temu też dobrze przemyślana. Kiedy przychodziłem na Miodową, miałem wiele obaw, czy podołam zadaniom, które mi powierzono” – napisał na Twitterze o swojej rezygnacji wiceminister zdrowia Janusz Cieszyński. Jednocześnie wyliczył kilka rzeczy, które udało mu się przeprowadzić. „Udało się, chociaż chyba nikt w to nie wierzył, uruchomić pierwsze usługi na platformie P1. Liczbę wystawionych e-recept liczy się już w setkach milionów, przyrost dzienny e-skierowań to już kilkadziesiąt tysięcy, rusza pilotaż EDM i zdarzeń medycznych” – zauważył.

WWW.WP.PL, WWW.INTERIA.PL

Nowy minister

Adam Niedzielski będzie nowym ministrem zdrowia. Taką decyzję ogłosił podczas czwartkowej (20 sierpnia 2020 r. – przyp. AP) konferencji prasowej Mateusz Morawiecki. Niedzielski zastąpi na tym stanowisku Łukasza Szumowskiego, które pełnił tę funkcję od stycznia 2018 r., a swoją dymisję ogłosił w środę. Premier zapewniał, że Łukasz Szumowski bardzo dobrze przygotował resort na drugą falę koronawirusa, a jego propozycje będzie wdrażał jego następca. Jak dodał, Niedzielski przez wiele lat pracował w różnych obszarach administracji publicznej. *To osoba, której bardzo potrzebujemy, dlatego że służba zdrowia w nadchodzących miesiącach, kwartałach będzie w tym lepszym stanie przetrwać drugą falę koronawirusa, im bardziej będziemy zmodernizowani* – mówił Morawiecki. Wbrew spekulacjom medialnym nadzoru nad kluczowym w sytuacji epidemicznej resortem nie objął ani były Marszałek Senatu Stanisław Karczewski, ani były szef NFZ (i jeden z największych w ostatnim czasie krytyków Szumowskiego oraz rządowej strategii walki z koronawirusem) Andrzej Sośnierz. Adam Niedzielski to ekonomista, menadżer i urzędnik. Absolwent warszawskiej

Szkoły Głównej Handlowej, doktorat zrobił w 2003 r. w Polskiej Akademii Nauk. Ma na swoim koncie pracę m.in. w Ministerstwie Finansów, Najwyższej Izbie Kontroli, ZUS oraz Ministerstwie Sprawiedliwości. W latach 2018–2019 był zastępcą prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia ds. operacyjnych. Od lipca 2019 r. sprawował urząd prezesa tej instytucji.

WWW.RADIOZET.PL

Wnet prototyp

Już w maju pisaliśmy, że zespół naukowców z Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu pracuje nad szczepionką przeciw SARS-CoV-2. Na czele zespołu z Centrum Biologii Medycznej Uniwersytetu Medycznego stoi wybitny onkolog i immunolog prof. Andrzej Mackiewicz. Jak powiedział w rozmowie z PAP, mniej więcej za półtora miesiąca gotowy powinien być prototyp takiej szczepionki. Do szczepionki wykorzystano model czerniaka ludzkiego i zwierzęcego. Naukowcy wyjaśniają, że chodzi o pobudzenie układu odpornościowego, którego reakcji nie można do końca przewidzieć. Gdy szczepionka przejdzie niezbędną procedurę, będzie można rozpocząć badania na żywych organizmach, a więc po prostu podawać szczepionkę wyselekcjonowanym ludziom. Tylko w trakcie najbliższych 6 miesięcy badania pochłoną 15 mln zł. Zdaniem Mackiewicza w najbliższym czasie nie mamy szansy na to, by otrzymać szczepionkę np. z USA czy z Rosji. Musimy więc stworzyć ją sami. Poznański naukowiec równocześnie podkreśla, że nasza szczepionka będzie nowocześniejsza od tych produkowanych w USA czy Chinach. Szczepionka z Poznania, jeśli wejdzie do produkcji, ma być podawana zdrowym osobom po to, by zatrzymać rozwój choroby po ewentualnym zakażeniu się wirusem SARS-CoV-2.

KAT, WWW.EPOZNAN.PL

W ramach teleporad

Ministerstwo Zdrowia i konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej przygotowali standardy organizacyjne oraz wytyczne w zakresie udzielania teleporad dla lekarzy POZ. Wypracowane rozwiązania mają na celu poprawę jakości usług medycznych w podstawowej opiece zdrowotnej, przy jednoczesnym zapewnieniu bezpieczeństwa pacjentom i personelowi medycznemu w czasie epidemii SARS-CoV-2.

Przygotowane dokumenty obligują świadczeniodawców do organizacyjnego przygotowania placówek do płynnej realizacji świadczeń w ramach teleporad, a także zawierają praktyczne wskazówki dla personelu medycznego, jak bezpiecznie realizować teleporady w czasie epidemii – informuje dr hab. Agnieszka Mastalerz-Migas, konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej. Wytyczne określają m.in. sposób rejestracji pacjentów, formy udzielania porad zdalnych czy kwestie związane z organizacją pracy. Wskazują również przypadki, w których realizowane powinny być wizyty osobiste pacjentów w placówkach.

WWW.MZ.GOV.PL

Wśród najbardziej utalentowanych

„Puls Medycyny” od 2012 r. jest organizatorem konkursu Supertalenty w Medycynie. Konkurs został rozstrzygnięty 16 czerwca 2020 r. W gronie 10 najbardziej utalentowanych młodych medyków znalazł się dr Mateusz Puślecki z Kliniki Kardiologii i Transplantologii.

Główne obszary zainteresowań naukowych laureata obejmują techniki małoinwazyjne w kardiologii, transplantologię i mechaniczne wspomaganie krążenia. Doktor Mateusz Puślecki jest także organizatorem Ośrodka Pozaustrojowego Wspomagania Funkcji Życiowych i Bezpieczeństwa Pacjenta w Centrum Symulacji Medycznej w Poznaniu oraz pomysłodawcą i koordynatorem projektu „ECMO dla Wielkopolski”.

„NOWINY SZPITALNE” 2/2020

Z UE prawie 20 mln zł

24 lipca na terenie Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Poznaniu do ratowników z Wielkopolski trafiły urządzenia do mechanicznej kompresji klatki piersiowej, które

za prawie 900 tys. zł zostały zakupione przez województwo wielkopolskie. W imieniu marszałka Marka Woźniaka 15 sztuk specjalistycznego sprzętu przekazała Paulina Stochniałek – członek Zarządu Województwa Wielkopolskiego.

Zakup dokonany był w ramach realizowanego przez samorząd województwa projektu pn. „Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia oraz zakup niezbędnego wyposażenia dla potrzeb walki z epidemią koronawirusa COVID-19 w województwie wielkopolskim”, dofinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach WRPO 2014+. Całkowita wartość projektu wynosi ponad 20,2 mln zł, w tym dofinansowanie unijne to blisko 20 mln zł. Urządzenia ratownicze trafiły do Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Poznaniu (6 szt.), Wielkopolskiego Centrum Ratownictwa Medycznego Sp. z o.o. w Koninie (2 szt.), Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Koninie (1 szt.), Kaliszu (3 szt.) oraz Lesznie (3 szt.). Według otrzymanych informacji, jeszcze tego samego dnia dzięki jednemu z urządzeń uratowano ludzkie życie.

WWW.UMWW.PL

SILVA RERUM MEDICARUM VETERUM

Silva rerum, z łac. las rzeczy, zbiór rozmaitych wiadomości albo utworów różnej treści; dawniej księga domowa albo rodzinna, w której zapisywano dorywczo różne wydarzenia, czasem ciekawostki.

CORAŻ CZĘŚCIEJ W OSTATNICH CZASACH dochodzą wieści o przypadkach śmierci wśród lekarzy w walce z chorobami zakaźnymi, zwłaszcza z tyfusem. Umierają przeważnie lekarze młodzi i pozostawiają przeważnie rodziny bez środków utrzymania. W Warszawie miasto ubezpiecza lekarzy, pracujących w oddziałach dla zakaźnych, a chociaż suma ubezpieczenia jest niewielka, bo wynosi zaledwie 5 tys. rubli, i to jednak ma swoje znaczenie. O wiele gorzej na prowincji; tam nikt się dotychczas nie troszczy o los rodziny, której główny opiekun padł ofiarą powołania. Czy tak być powinno? Jeżeli społeczeństwo żąda od lekarza pomocy w czasie srożącej się złośliwej epidemii, to i lekarz, narażony na śmierć przy spełnianiu swych obowiązków, ma prawo wzamian domagać się, aby los pozostałej po nim rodziny był o tyle zabezpieczony, by nie zaznała głodu i niedoli. W przyszłości, po zaprowadzeniu samorządu w miastach Królestwa, nie wątpimy, że instytucje te zajmą się tą wielce ważną sprawą; tymczasem jednak na samorząd czekać nie można, bo sprawa jest pilna: epidemie się szerzą, i ofiarą ich padają przedewszystkiem lekarze. *„Gazeta Lekarska” 1915, L, 195*

CIEKAWĄ KWESTYĘ PORUSZYŁ LYON MED., rozbiera mianowicie pytanie, o ile będzie zgodnym z zachowaniem tajemnicy lekarskiej zawiadomienie ojca, iż córka jest w ciąży. Lyon med. rozstrzyga tę kwestię w sposób twierdzący, mianowicie uważa zawiadomienie rodziców za zgodne z etyką. Jako powód wymienia przykład, gdzie lekarz, wezwany w początkach ciąży, rodzicom powiedział, iż córka cierpi na blednicę, dopiero po kilku miesiącach, gdy stan ukryć się nie dał, zmuszony był powiedzieć prawdę. Ojciec chorej wywnioskował z milczenia, że ojcem-winowajcą jest lekarz. *„Kronika Lekarska” 1898, XIX, 806*

WEDŁUG ECHO MÉD. DU NORD PROF. GALLI około Civita Castellana znalazł kości z IV w. przed Chrystusem z zębami, plombowanymi złotem i pokrytymi w całości blaszką złotą, słynne więc amerykańskie en pont i Bridge Work nie jest nowością, znano bowiem już tę metodę u Etrusków 23 wieki przed tem, plombowanie cementem również znane było dokładnie lekarzom u Etrusków. *„Medycyna i Kronika Lekarska” 1908, XLIII, 50*

GAZETY WŁOSKIE PRZYTACZAJĄ FAKT WYJĄTKOWEJ PŁODNOŚCI. Wyrobница, 59-letnia, nazwiskiem Flavia Granata, wydała na świat 62-gie dziecko. Po wyjściu zamaż w 28 roku życia wydała ona na świat za 1-szym razem 1 dziewczynkę, za 2-gim 5 chłopców, za 3-cim również 5 chłopców, za 4-tym 3 chłopców, za 5-tym 4 dziewczynki; następne porody – to cała serya bliźniąt i wreszcie, ostatnim razem Flavia Granata urodziła 4 chłopców. (Boln. Gaz. Botk. 27). *„Kronika Lekarska” 1900, XXI, 667*

Nowe skrzydło szpitala

Umowa ma wartość 26 mln zł. Podpisy na niej złożyli przedstawiciele Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu i Skanska SA. Dotyczy ona budowy nowego skrzydła Szpitala Klinicznego im. Karola Jonschera. Mali pacjenci będą mogli leczyć się w bardziej komfortowych warunkach już od 2022 r.

Cieszę się, że stworzymy lepsze warunki hospitalizacji, diagnostyki i terapii dla chorych dzieci, ich rodziców i całego zespołu medycznego – mówi Paweł Machnicki, dyrektor Obszaru Budownictwa Ogólnego Poznań–Wrocław Skanska. Placówka ma bardzo dobrą renomę w zwalczaniu chorób dziecięcych i rozbudowa szpitala jest niezwykle istotna dla lokalnej i szerszej społeczności. To bardzo ważne, żeby klinika była jak najnowocześniejsza i w jak największym stopniu dostosowana zarówno do potrzeb chorych dzieci, jak i opiekujących się nimi rodziców.

Konstrukcja budynku o trzech kondygnacjach nadziemnych i jednej podziemnej będzie gotowa na przełomie 2020 i 2021 r. Nowe skrzydło szpitala – Oddział Onkologii Dziecięcej – powiększy całkowitą powierzchnię użytkową szpitala o 3377 metrów kwadratowych. Prace będą wykonywane częściowo na czynnym obiekcie, ponieważ szpital cały czas przyjmuje i leczy pacjentów, w tym dzieci chore na koronawirusa, w związku z tym jednym z największych wyzwań będzie takie prowadzenie budowy, żeby w jak najmniejszym stopniu wpływać na komfort pacjentów i lekarzy. Nowe skrzydło – informuje Małgorzata Jolanta Kubica, koordynator Komunikacji Skanska SA – zostanie połączone z budynkiem głównym szpitala na parterze za pomocą łącznika, a z budynkiem bloków operacyjnych istniejącą klatką schodową w kondygnacji podziemnej oraz nowoprojektowanym dwukondygnacyjnym szybem windowym. Skanska zrealizuje również instalacje gazów medycznych, w tym panele nadłóżkowe. Instalacje będą kompatybilne z istniejącymi w dotychczasowym budyn-



Fot. Andrzej Piechocki

Archiwum UM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

ku i wspólnie zarządzane przez jeden system BMS. Wnętrze oddziału zostanie zaaranżowane tak, aby dzieci czuły się możliwie komfortowo. Na ścianach korytarzy Skanska, zgodnie z wizją architekta, wymaluje rysunki o motywach przyrodniczych, miejskich i morskich, a także postawi akwarium.

Do nowego budynku szpitala przeniosą się dwa istniejące już oddziały: Oddział Onkologii i Oddział Hematologii Dziecięcej (III i V). Znajdą się tam także pracownie: patomorfologii, immunologii hematologicznej, leku cytostatycznego oraz Poradnia Onkologiczna. Powstaną również: gabinet znieczuleń ogólnych, stanowisko opieki neonatologicznej, gabinet laseroterapii, gabinety do prowadzenia wsparcia psychologicznego, sala rehabilitacyjna, świetlica dla dzieci, zaplecze socjalne dla rodziców i opiekunów oraz sala seminaryjna. (ap)

* * *

Grupa Skanska, której historia sięga 1887 r., należy do największych firm budowlano-deweloperskich na świecie, zatrudniając około 34 tys. osób w Europie i w Stanach Zjednoczonych. Buduje zgodnie z zasadami zrównoważonego rozwoju, troszczy się o potrzeby społeczności, w których działa oraz dokładnie analizuje wpływ realizacji na życie ludzi i rozwój kraju w długiej perspektywie. W stolicy Szwecji mieści się również główna siedziba spółki. W Polsce Skanska działa poprzez trzy spółki: budowlaną Skanska SA, biurową Skanska Property Poland i mieszkaniową Skanska Residential Development Poland. ■

Model z trzema modułami

Nowotwory złośliwe jelita grubego są u nas na drugim miejscu (po raku płuca) w statystyce wszystkich zachorowań na nowotwory i na takim samym w grupie onkologicznych przyczyn zgonów.

W tej sytuacji resort zdrowia za pilną uznaje koordynację działań placówek zaangażowanych w opiekę nad tymi pacjentami. Chodzi przede wszystkim o skuteczność diagnostyki, a w jej wyniku o właściwy dobór terapii i koszty leczenia. Tempa nabierają prace nad nowym modelem organizacji diagnostyki i terapii onkologicznej. Projekty rozporządzeń ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej w nowotworze jelita grubego zostały przekazane do konsultacji publicznych.

Planujemy wprowadzić model kompleksowej opieki onkologicznej – mówił wiceminister zdrowia Sławomir Gadomski. Projekt zakłada skoordynowanie rozpoznania i leczenia raka jelita grubego, ale także monitorowanie stanu zdrowia pacjenta po przebytej chorobie nowotworowej. Dzięki temu popra-

wimy efektywność i skuteczność diagnostyki oraz terapii, co w rezultacie wpłynie na jakość życia pacjentów – tłumaczył wiceminister. Model kompleksowej diagnostyki, leczenia i monitorowania nowotworów jelita grubego – czytamy na stronie www.mz.gov.pl – będzie się składał z trzech modułów, realizowanych zgodnie ze stanem klinicznym pacjentów:

- moduł diagnostyczny – obejmuje diagnostykę wstępną i pogłębioną w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub leczenia szpitalnego – od podejrzenia do wykluczenia lub rozpoznania nowotworu i ustalenia jego zaawansowania;
- moduł terapeutyczny – obejmuje leczenie onkologiczne: zabiegowe (operacyjne), leczenie systemowe (chemioterapia, immunoterapia, w tym leczenie ukierunkowane molekularnie), radioterapię i brachyterapię, realizowane odpowiednio w trybie hospitalizacji, hospitalizacji jednego dnia i w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
- moduł monitorowania – obejmuje monitorowanie efektów leczenia, w tym ocenę skuteczności leczenia i toksyczności terapii. (ap)

Medale dla lekarzy WIL

W dniach 30 lipca–2 sierpnia 2020 r. odbyły się w Poznaniu XXX Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie Ziemnym

Mistrzostwa zostały zorganizowane pod egidą PSTL przez Ryszarda Stawickiego i Jerzego Glabisa, przy wsparciu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

Wzięło w nich udział ponad 110 uczestników, w tym 20 lekarzy z Wielkopolski. Lekarze rozegrali zacięte mecze na obiektach Kortowa, Świerczewa, Andrzeja. Tytuł mistrzowski obroniły Olesja Szpak w kategorii open i Anna Komar w kategorii 45+. Mistrzami Polski zostali Andrzej Pyda w kategorii 35+, Ryszard Koczorowski w kategorii 70+ i Adam Onyszkiewicz z Wojciechem Pieczkowskim w rozgrywkach deblowych 70+.

Medale srebrne zdobyli: dr Małgorzata Pawelec Wojtalik (singiel 60+), dr Kacper Mularczyk (singiel open), dr Grze-



gorz Przybylski (singiel 60+), dr Olesja Szpak (debel i mikst open). Medale brązowe zdobyli: dr Anna Sabok-Rzepka (singiel 55+, debel 55+), dr Jakub Kornacki (singiel 45+), dr Adam Onyszkiewicz (singiel 75+), dr Anna Komar (debel open, mikst 100+), dr Jerzy Glabisz (debel 55+), dr Bogdan Struk (debel 70+).

ANNA KOMAR



Zdjęcia udostępniła Anna Komar

W dniach 3–5 lipca 2020 r. na kortach KT Return w Zamościu miał miejsce XII Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy – Memoriał dr. Tomasza Teresińskiego

W turnieju uczestniczyło 56 zawodników z całego kraju, a Wielkopolską Izbę Lekarską reprezentowali Anna Komar, Marek Kintzi, Marek Komar i Jakub Kornacki. Medale zdobyli: Jakub Kornacki (II singiel 45+, III debel open), Marek

Kintzi (III debel 65+, finał turnieju pocieszenia singiel), Anna Komar (I singiel, I debel open i tytuł Najlepsza Zawodniczka Turnieju).

ANNA KOMAR



Zdjęcia udostępniła Anna Komar

Krzyże w życiu pełnią podobną rolę jak krzyżki w muzyce: podwyższają.

Ludwig van Beethoven

Recepta seniora

Pandemia nieoczekiwanie zaburzyła spokojny rytm mojego życia. Odebrała to, co cenę najbardziej, czyli wolność. A było tak, że prócz codziennych przyziemnych zajęć miałam regularne przyjemności. Środa – brydż u licealnych przyjaciół w Poznaniu. Piątek – koncert symfoniczny w pięknej poznańskiej auli uniwersyteckiej zgodnie z harmonogramem karnetu. W sezonie koncertowym 2019/2020, czyli w ciągu dziesięciu miesięcy, miałam uczestniczyć w 28 koncertach. Koncerty te polecam znajomym jako doskonałe antydepresyjne tabletki o przedłużonym działaniu... Proszę spróbować!

Mój ustrój wyposażony w geny, instynkt zachowawczy, odruchy, hormony, doświadczenie, na wieść o pandemii natychmiast zareagował: bierz się do pracy! Wielopoziomowe mieszkanie stało się doskonałym terenem działania. Przeglądając sumiennie każdy zakamarek, delektowałam się „odkryciami”. Nie tylko szafy wypełnione damskimi ciuzzkami, ale stopy zdjęć, wycinki z gazet, zawartość komputera, setki książek, stare listy, różne dokumenty, niezliczone pamiątki – to moje skarby. Ich segregacja, penetracja, przerywana dla odpoczynku grą na pianinie, to był świat, który na nowo odkrywałam. W międzyczasie udzielałam zawodowych porad, załatwiałam telefonicznie kilka konsultacji, jednym słowem czułam, że jestem potrzebna.

Wieczorkiem odświętnie ubrana siadałam przed komputerem i... klikałam: metopera.org. W ten sposób przenosiłam się w świat najpiękniejszej sztuki, czyli muzyki. Byłam kilkakrotnie w Nowym Jorku, ale nie w Metropolitan Opera. Teraz jestem! Słyszę i widzę nawet lepiej, bowiem patrzę okiem kamery! A jest na co! Znakomite głosy, aktorstwo, chór, orkiestra, scenografia, wszystko na najwyższym poziomie. I ta wspaniale reagująca publiczność! Któregoś dnia pokazano poszczególne etapy budowy nowego gmachu The Met zlokalizowanego od 1966 r. w Centrum Lincolna dla Sztuk Scenicznych obok Filharmonii, Opery Nowego Jorku i Szkoły Muzycznej Juilliarda. Miałam okazję zobaczyć opery, których nigdy nie widziałam, szczególnie kilka oper Gaetano Donizettiego dotyczących okresu Tudorów w angielskiej historii, np. „Anna Bolena”, „Maria Stuart”, „Roberto Devereux”. W tej ostatniej Mariusz Kwiecień wcielił się w rolę hrabiego Nottingham. Dyrygował Maurizio Benini.

Mamy wielu polskich śpiewaków operowych znanych w świecie, ale moje sympatie to Aleksandra Kurzak, Piotr Beczała, Mariusz Kwiecień. Obaj tenorzy prezentowali się znakomicie w „Poławiaczach pereł” Georges’a Bizeta, a samego Piotra Beczałę słuchałam w operze Giuseppe Verdiego „Luisa Miller”, w której śpiewał partię Rodolfo, a w rolę ojca Luisy wcielił się Placido Domingo.

Pierwsza czarnoskóra legendarna diwa Metropolitan Opera to Leontyne Price, niedościgniona interpretatorka oper Giuseppe Verdiego i Giacomo Pucciniego, laureatka 19 statuetek Grammy. Gdy trwająca kilka minut owacja nagrodziła arię Aidy w trzecim akcie, oczy stojącej nieruchomo Leontyne Price stopniowo wypełniały się łzami wzruszenia. Moje też. W tytułową rolę „Nabucco” wcielił się Placido Domingo, a maestro James Levine – główny dyrygent Metropolitan Opera po burzliwych oklaskach tradycyjnie bisował „Va pensiero”. To samo, które w czasie pogrzebu kompozytorowi Giuseppe Verdiemu śpiewały niezliczone tłumy wielbicieli.

W ostatnią niedzielę kwietnia kilka godzin przeżycia szczególnego. GALA AKTORÓW MET! Gościłam w domach wielu artystów rozsianych po całym świecie. Fragmenty prywatnych mieszkań, codzienne stroje, ciepły nastrój, zwykle przyjacielskie rozmowy i arie prezentowane przez każdego z nich. A wśród nich Aleksandra Kurzak z mężem rezydująca we Francji, Piotr Beczała śpiewał z Żabnicy, gdzie obecnie mieszka. I tylko żal, że jak dotychczas tylko jedna opera polskiego kompozytora została zrealizowana przez Met: to „Manru” Ignacego Jana Paderewskiego.

Pandemia uświadamia to, co wydaje się zwyczajne: naturalną potrzebę bezpośrednich międzyludzkich kontaktów – artystom do życia nieodzowny jest słuchacz czy widz, a nam, lekarzom – pacjent...

Mój optymizm, chęć działania, różnorodne zainteresowania pozwalają przetrwać trudny czas zniewolenia. Z utęsknieniem czekam na wolność i tylko pytam: który to już raz w życiu? Recepta na dziś jest bardzo krótka: DZIAŁAJ! Tylko wówczas będziesz mógł zawołać jak Kalaf w trzecim akcie „Turandot” Giacomo Pucciniego: VINCERO! Taki też tytuł nosi wydana w tym roku płyta CD z 18 ariami wykonanymi przez Piotra Beczałę. Słynne „Nessun dorma” też jest! Kupiłam.

BARBARA SIWIŃSKA
Śrem, 23 maja 2020 r.

Z żalem powiadamy,

że tegoroczny marsz z kijkami po lesie zmuszeni jesteśmy odwołać.

Wina leży po stronie COVID-19, który poczyna sobie coraz bardziej po chuligańsku, panoszy się i z uwagi na bezpieczeństwo zdrowotne podjęliśmy powyższą decyzję.

W momencie kiedy sytuacja się uspokoi i pojawi możliwość zorganizowania imprezy, powiadomimy.

Z pozdrowieniami – organizatorzy

Krzysztof Tuszyński (7 lutego 1937–24 sierpnia 2020)

W sobotę 29 sierpnia mieliśmy posiedzenie Rady Okręgowej. Wchodząc na obrady, byliśmy witani przez zdjęcie Krzysztofa Tuszyńskiego. Zabrakło Go na radzie, zabrakło Jego rozsądnego głosu, uśmiechu i ciepła, jakie rozciągał wokół. Zdziwiło mnie, że ciągle był pełen energii i nowych pomysłów, którymi dzielił się także ze mną. Odszedł na zawsze, choć w naszych myślach i wspomnieniach pozostał.

Jest na świecie taki rodzaj smutku, którego nie można wyrazić łzami. To taki właśnie smutek... Próbowałem wyrazić go słowami, ale pomimo starań, nie potrafiłem tego zrobić. Żegnaj Przyjacielu.

ARTUR DE ROSIER

Ktoś zadzwonił: „Krzysiu Tuszyński nie żyje...”. Nie żyje?! Przecież niedawno rozmawialiśmy. Czy to znaczy, że tych rozmów już nie będzie? To były ważne rozmowy. O życiu, o izbie lekarskiej, o nas... Kto zdecydował, że już ich wystarczy... Brakuje słów, aby opisać, co czujemy w momencie, gdy odchodzi Przyjaciel. Wiadomo: smutek, żal, rozpacz... Ale to mało. Zwłaszcza że to Kolega i Przyjaciel nas wszystkich. Czy można być przyjacielem wszystkich? On potrafił. Wystarczyło powiedzieć, że jest kłopot, że potrzebny specjalista, że jest sprawa. Zawsze pomógł załatwić, nawet gdy sprawa była nie do załatwienia. Z biurokracją w służbie zdrowia, a szczególnie w ZUS-ie, dawał sobie radę jak nikt.

Denerwował się, że lekarze nie potrafią korzystać z przywilejów i przysługujących im praw, gdy dopadnie ich nieszczęście. Bez słowa pomagał napisać wniosek, odwołanie, prośbę o zaświadczenie.

Czasem było Mu ciężko. Chorował. Ale prawie nigdy nie opuścił posiedzenia, narady, zebrania. Dla Niego prawo do uczestniczenia w nich było nie tylko obowiązkiem, ale także przywilejem. Nie mógł zrozumieć, że niektórzy je lekceważyli. Dla niego kompetencje zawodowe były równie ważne jak dobre wychowanie i kultura osobista. Martwił się, że tego coraz bardziej brakuje. I mówił, że trzeba to zmienić. Obiecował napisać stosowne artykuły. I to pilnie, bo sprawa nagli. Ale już nie napisał.

Krzysiu, zostawiłeś nas i tę izbę lekarską z nieskończonymi sprawami. Odszedłeś bez słowa, nie kiwnąwszy nawet ręką na pożegnanie...

Żegnaj Przyjacielu...

ANDRZEJ BASZKOWSKI

+

**Z ogromnym smutkiem
zawiadamiamy,
że odszedł z naszego grona**

**KRZYSZTOF
TUSZYŃSKI**



doktor nauk medycznych, aktywny działacz wielkopolskiego oraz ogólnopolskiego samorządu lekarskiego i Wspaniały Człowiek

Od 2001 r. nieprzerwanie w Okręgowej Radzie Lekarskiej
Delegat na Okręgowy i Krajowy Zjazd Lekarzy
W latach 2001–2009 przewodniczący
Okręgowej Komisji Wyborczej
i sekretarz Krajowej Komisji Wyborczej

Od 2009 r. nieprzerwanie w Okręgowej Komisji Wyborczej
Od 2009 r. przez osiem lat wiceprzewodniczący
Naczelnej Komisji Rewizyjnej

W latach 2009–2013 członek Krajowej Komisji Wyborczej
Odznaczony m.in. Złotym Krzyżem Zasługi,
Medalem Komisji Edukacji Narodowej.
Wyróżniony także odznaczeniem
Zasłużony dla Wielkopolskiej Izby Lekarskiej,
Odznaką za Zasługi dla Wielkopolski,
Honorową Odznaką Miasta Poznania,
Nagrodą Młodych Miasta Poznania

**Najbliższym składamy
wyrazy głębokiego współczucia**

Krzysiu, będzie nam Ciebie bardzo brakowało...

W imieniu lekarzy i lekarzy dentyistów Wielkopolskiej
Izby Lekarskiej oraz pracowników Biura WIL

**Artur de Rosier
prezes Okręgowej Rady Lekarskiej WIL**

Ze smutkiem zawiadamiamy,
że 27 sierpnia 2020 roku, w wieku 99 lat,
odeszła Pani Doktor

TERESA BOROWCZYK

lekarz pediatra, współzałożyciel pierwszych struktur PCK
w Poznaniu



**Rodzinie i Najbliższym
składamy
wyrazy głębokiego współczucia**

Artur de Rosier
wraz z Koleżankami i Kolegami z Okręgowej
Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

Ze smutkiem zawiadamiamy,
że 22 lipca 2020 roku,
w wieku 101 lat, zmarł Pan Doktor

JERZY ZWOLIŃSKI

– najstarszy Nestor WIL



**Rodzinie i najbliższym
składamy
wyrazy głębokiego współczucia**

Artur de Rosier
wraz z Koleżankami i Kolegami z Okręgowej
Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

Wspomnienia o dr. n. med. Rajmundzie Siennickim

Odszedł z tego świata 31 lipca 2020 r., po pracowitym tu pobycie, pozostawiając w Poznaniu trwałe dzieło po sobie w postaci wspaniałego nowoczesnego kompleksu budynków medycznych i zreorganizowaną, unowocześnioną resortową służbę zdrowia.

Przybył do naszej resortowej służby zdrowia MSWiA w Wielkopolsce w 1973 r. Objął stanowisko dyrektora zespołu gabinetów medycznych, których zadaniem było zapewnienie pomocy zdrowotnej wszystkim członkom służb mundurowych i ich rodzinom. Jednostka ta była wtedy w zasadzie w okresie tworzenia się, a poszczególne placówki rozrzucone w wielu miejscach miasta i województwa.

Zarząd i gabinet dyrektora mieściły się w wydzierżawionym (upaństwowionym!) budynku poszpitalnym przy ul. Łąkowej, będącym własnością sióstr elżbietanek. Budynek był w bardzo złym stanie technicznym, mało funkcjonalny. Od okresu objęcia pracy przez dyrektora Siennickiego obserwuje się znaczne przyspieszenie działań zmierzających do poprawienia warunków świadczenia usług medycznych naszym podopiecznym. Przede wszystkim rozpoczęły się prace poprawiające stan techniczny pomieszczeń pobytowych chorych i pracowni diagnostycznych. Poprawiał się ich wygląd i wyposażenie oraz w miarę możliwości uzupełniano sprzęt diagnostyczny w nowoczesną, jak na owe czasy, aparaturę. Równocześnie rodziła się myśl o wybudowaniu nowego, odpowiadającego naszym potrzebom, szpitala. W tych rozważaniach o określeniu wielkości obiektu dla sprostania wymaganiom chorych dyrektor Siennicki brał aktywny udział i miał niewątpliwy wpływ na podjęcie ostatecznej decyzji, aby zamiast pierwotnie planowanego budynku 4-kondygnacyjnego wybudować szpitalny budynek 11-kondygnacyjny z przyległym 2-kondygnacyjnym przeznaczonym dla poradni medycznych i diagnostycznych. Rozpoczęto budowę, a dyrektor Siennicki czuwał nad całością i prawidłowością organizacyjną tego skomplikowanego przecież procesu.

Przez kilka lat był zaangażowany w budowę tego szpitala i stale tu przebywał. Budowę zakończono w 1976 r. Już wcześniej dyrektor Siennicki dokonał rozdziału poszczególnych pomieszczeń dla odpowiednich pracowni medycznych. Zmobilizował wszystkich pracowników i w zasadzie w ciągu jednej doby dokonano kompleksowej przeprowadzki szpitala z ul. Łąkowej do przydzielonych lokali nowego szpitala przy ul. Dojazd 34. Po kilku dniach stopniowo poszczególne oddziały, gabinety i pracownie wznowiły swoją działalność. Zasady organizacji pracy całości i poszczególnych fragmentów nowego obiektu opierały się na obowiązującej wówczas strukturze w powszechnej służbie zdrowia. Dyrektor na odprawach i spotkaniach z załogą podkreślał, że ta placówka medyczna służy potrzebującym pomocy chorym, podopiecznym resortu i każdy zgłaszający się ze skierowaniem do szpitala musi być przyjęty do oddziału lub gabinetu specja-



listycznego albo diagnostycznego, ale przyjęty mógł być także nieposiadający tych świadczeń w granicach 15–25% możliwości leczniczych kompleksu. Wielkość obiektu, kwalifikacje personelu, jakość posiadanego wyposażenia i pomieszczenia pozwalały na realizowanie takiego zadania. W kolejnych latach pracy, pod czujnym okiem dyrektora, coraz szybciej powstawały sprawne i ce-

lowe działania lecznicze służące powrotowi chorego do zdrowia. Uzupełniano wyposażenie gabinetów w różnorodną, nowoczesną aparaturę, i to dzięki Jego staraniom dokonano zakupu nowoczesnego aparatu rezonansu magnetycznego dla Poradni Rentgenowskiej (pierwszego w Poznaniu). Był wtedy taki okres, że Szpital MSWiA był jedyną placówką medyczną w Poznaniu wyposażoną w nowoczesne aparaty RTG, tomograf komputerowy i rezonans magnetyczny. Obserwowano stałe doskonalenie współpracy poszczególnych specjalności leczniczych przyspieszających powrót chorego do zdrowia. Ważnym elementem poprawiającym proces leczenia było zorganizowanie i wdrożenie sprawnego likwidowania zakażeń wewnątrzszpitalnych. W tym okresie z inicjatywy dyrektora zaadaptowano w części centralnej (w łączniku szpitala i budynku polikliniki) pomieszczenie na kaplicę, którą uroczystie otworzył i poświęcił ks. arcybiskup Jerzy Stroba. Od tego czasu rozpoczął posługę szpitalny ksiądz kapelan. Wtedy też można było uważać to za czas zakończenia i pełnego uruchomienia Szpitala MSWiA, czyli dzieła życia dr. n. med. Rajmunda Siennickiego.

W latach osiemdziesiątych ubiegłego wieku, mimo toczących się niepokojów społecznych i wprowadzonego stanu wojennego, szpital pracował normalnie, było tylko nieco wzmożone dyżurowanie. W latach 1989–1990 w kraju zachodziły istotne zmiany ustrojowe. Po obradach okrągłego stołu nastąpiła zmiana rządzących. To wszystko rzutowało na sytuację w szpitalu. Przede wszystkim zlikwidowano etaty mundurowe pracowników. Wszyscy pracownicy poddani zostali weryfikacji. Cała filozofia funkcjonowania usług medycznych ulegała zmianie. Były to zatem nowe zadania dla dyrektora, a dotyczyły nie tylko szpitala, lecz także placówek resortowej służby zdrowia całej Wielkopolski. Do tych zmian należało zorganizowanie na nowo podstawowej opieki zdrowotnej. Zlikwidowano wszystkie działające dotąd gabinety lekarskie przy komendach powiatowych, ale zastępowano ich działalność poradniami lekarza rodzinnego, a każdy podopieczny musiał wybrać dla siebie takiego specjalistę. Lekarz ten decydował o rozwiązywaniu problemów zdrowotnych swojego pacjenta. Ujawniającym się okresowo niedoborom finansowym zarządu próbowano zaradzić przyjmowaniem do leczenia pacjentów samopłacących, bo taka możliwość zaistniała. Problem jednak pojawił się przy określeniu ceny wykonanej procedury. Dyrektor podjął decyzję, że sami taki cennik opracujemy. Zebrał zespół pracowników, który tego się podjął. Opierając się częściowo na

punktowym cenniku niemieckim, opracowano koszt 980 różnych procedur medycznych realizowanych w naszym szpitalu. Sprawdzał on się dobrze i wzbudził zainteresowania wszystkich zarządów MSWiA. Nie uzyskał jednak akceptacji, bo Kasa Chorych opracowała swój cennik, nieco inny. Opracowano jeszcze kontrolujący pracę elektroniczny Rejestr Usług Medycznych (RUM) i limity przyjęć w poradniach specjalistycznych. Wszystkie wymienione jednostki organizacyjne resortowej Opieki Zdrowotnej MSWiA w Wielkopolsce pracowały sprawnie i uzyskiwały bardzo wysoką ocenę korzystających z nich. Nad wszystkim czuwał dyrektor dr n. med. Rajmund Siennicki, utrzymujący stały, przyjazny kontakt z każdym z pracowników, dla których co roku organizował w miłej atmosferze spotkanie integracyjne.

19 września 1999 r., w sobotę, o godz. 14.30 specjalny wysłannik zgłosił się do gabinetu dyrektora i osobiście wręczył Mu pismo z Centralnego Zarządu Zdrowia MSWiA o treści: „Odwołuję Pana ze stanowiska Dyrektora Zarządu Zdrowia MSWiA w Poznaniu”. Treść tego pisma spowodowała natychmiastowe oburzenie wszystkich pracowników szpitala. Gdy wiadomości ta dotarła do kierownictwa Związku Zawodowego Szpitala i Komendy Wojewódzkiej, podjęto decyzję o przygotowaniu pisma protestacyjnego do MSWiA, które delegacja w najbliż-

szym dniu miała dostarczyć ministrowi. Tak też się stało. Delegacja została przychylnie przez ministra przyjęta, wysłuchana i otrzymała obietnicę, iż odpowiedź będzie przekazana za kilka dni. Po kilku dniach rzeczywiście ta odpowiedź nadeszła i zawierała informację, że decyzją ministra pismo Centralnego Zarządu w całości zostało unieważnione i dr Rajmund Siennicki jest nadal pełnoprawnym dyrektorem Zarządu Zdrowia MSWiA w Poznaniu. Dyrektor Siennicki wrócił do pracy, ale już na pierwszym naszym spotkaniu nadmienił, że ma inne plany i nie przewiduje kontynuowania pracy na dotychczasowym stanowisku. Wszystko stało się klarowne, gdy dr Siennicki niebawem został dyrektorem Wielkopolskiej Kasy Chorych, pokazując swoje umiejętności organizacyjne i wprowadzając ją do najlepszych w kraju. Tak oto zakończył się etap Jego pracy w resortowej opiece zdrowotnej MSWiA.



JOACHIM GALBAS

GIEŁDA OFERT ŚRODKÓW OCHRONY INDYWIDUALNEJ

RUSZYŁA WILowska
GIEŁDA OFERT ŚOI!
ZBIERAMY I PUBLIKUJEMY
ZGŁOSZENIA OFERENTÓW

wil.org.pl/gielda-ofert

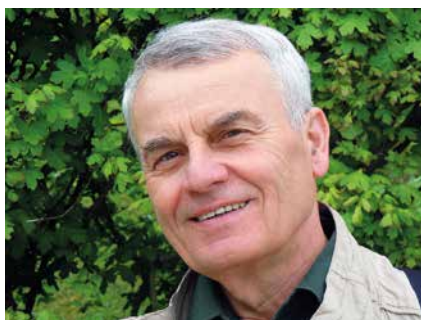
Lipiec i sierpień w izbie

| | |
|-------------|--|
| 06 lipca | kurs specjalizacyjny z ratownictwa medycznego – I dzień |
| | kurs on-line dla lekarzy stażystów w zakresie bioetyki – I dzień |
| 07 lipca | kurs specjalizacyjny z ratownictwa medycznego – II dzień |
| | kurs on-line dla lekarzy stażystów w zakresie bioetyki – II dzień |
| | posiedzenie Prezydium ORL WIL |
| 08 lipca | kurs specjalizacyjny z ratownictwa medycznego – III dzień |
| | kurs on-line dla lekarzy stażystów w zakresie bioetyki – III dzień |
| | posiedzenie Komisji ds. Kształcenia Medycznego |
| 09 lipca | kurs specjalizacyjny z ratownictwa medycznego – IV dzień |
| 10 lipca | kurs specjalizacyjny z ratownictwa medycznego – V dzień |
| 11 lipca | posiedzenie Komisji Stomatologicznej |
| 13 lipca | kurs on-line dla lekarzy stażystów w zakresie ratownictwa medycznego – I dzień |
| 14 lipca | kurs on-line dla lekarzy stażystów w zakresie ratownictwa medycznego – II dzień |
| 15 lipca | kurs on-line dla lekarzy stażystów w zakresie ratownictwa medycznego – III dzień |
| | posiedzenie Komisji Bioetycznej |
| | posiedzenie Komisji ds. Rejestru Lekarzy |
| 16 lipca | posiedzenia komisji specjalnych oceniających możliwość wykonywania zawodu lekarza |
| 17 lipca | organizacja Europejskiego Egzaminu Specjalizacyjnego w Radiologii |
| 22 lipca | kurs specjalizacyjny z prawa medycznego – I dzień |
| 23 lipca | kurs specjalizacyjny z prawa medycznego – II dzień |
| 24 lipca | kurs specjalizacyjny z prawa medycznego – III dzień |
| 28 lipca | posiedzenie Prezydium ORL WIL |
| 05 sierpnia | kurs on-line dla lekarzy stażystów w zakresie orzecznictwa – I dzień |
| 06 sierpnia | kurs on-line dla lekarzy stażystów w zakresie orzecznictwa – II dzień |
| 07 sierpnia | kurs on-line dla lekarzy stażystów w zakresie orzecznictwa – III dzień |
| 11 sierpnia | posiedzenie Prezydium ORL WIL |
| 19 sierpnia | kurs on-line dla lekarzy stażystów w zakresie orzecznictwa – I dzień |
| 20 sierpnia | kurs on-line dla lekarzy stażystów w zakresie orzecznictwa – II dzień |
| 21 sierpnia | kurs on-line dla lekarzy stażystów w zakresie orzecznictwa – III dzień |
| 22 sierpnia | webinar współorganizowany przez WIL z TU Inter Polska „Co w prawie piszczy” |
| 25 sierpnia | posiedzenie Komisji ds. Konkursów |
| 26 sierpnia | posiedzenie Komisji ds. Rejestru Lekarzy |
| 27 sierpnia | webinar współorganizowany przez WIL z Kancelarią Prawną Filipak&Babic „Odpowiedzialność karna lekarzy – wyższe kary za błędy medyczne?” |
| 29 sierpnia | posiedzenie Prezydium ORL WIL |
| | posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej WIL |

wtorki, czwartki próby Chóru Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
środy spotkania Zespołu Kameralnego Operacja Muzyka

Wiersze

RYSZARD KRAWIEC



UŚMIECH LOSU

kiedy kupujesz los
 na loterii i wygrywasz
 mówią o tobie
 szczęściarz
 a przecież to tylko chwila
 uśmiech losu
 materialna namiastka szczęścia
 epizod fart i ersatz
 prawdziwego szczęścia
 co to jest jak narkotyk
 nie kupisz
 nawet na loterii
 ono jest niemierzalne jak miłość
 która jest nieprzekupna
 i dlatego
 szczęście daje gratis
 pozwala tak uprawiać codzienność
 by wieść żywot równoległy
 z drugą osobą
 pytanie tylko z kim
 i to jest loteria
 z główną wygraną na zawsze
 na stałe bycie razem
 aż po wieczór życia i zmierzch...

Kołobrzeg, 02.05.2019



BIULETYN INFORMACYJNY WYDAWANY PRZEZ RADĘ OKRĘGOWĄ WIL W POZNANIU

ISSN 1233-2216 Nakład 14 000 egz.



INFORMUJEMY, że

**XLIII Okręgowy Zjazd Lekarzy
 odbędzie się
 w dniach 2–5 października 2020 roku
 w trybie obiegowym**

**Jednocześnie
 XLIII Okręgowy Zjazd Lekarzy
 w trybie hybrydowym
 w dniu 19 września 2020 roku
 zostanie odwołany**

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

Kolegium redakcyjne Biuletynu Informacyjnego WIL
 redaktor naczelny: Andrzej Baszkowski
 członkowie redakcji: Krzysztof Ożegowski, Dariusz Tuleja, Mikołaj Sinica,
 Jakub Bajer, Andrzej Piechocki, Krzysztof Tuszyński
 rzecznik prasowy: Katarzyna Strzałkowska

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.

 **znajdź nas na Facebooku**

**PRZYCHODNIA LEKARSKA „MEDICUS” W SZAMOTUŁACH
PRZYJMIE DO PRACY LEKARZY:**

- medycyny rodzinnej i internistę
- oraz lekarzy w trakcie specjalizacji

Warunki finansowe i formy zatrudnienia do uzgodnienia
tel. 602 137 296; 604 421 363

**Gabinety Medyczne
NOVINA w Poznaniu**



nawiążą współpracę z lekarzami
różnych specjalizacji

- Forma umowy do uzgodnienia
- Współpraca możliwa od zaraz

Kontakt: info@gabinety-novina.pl
lub tel. 514 255 208
ul. Nowina 12A, Ogrody – Poznań

Sprzedam nowoczesny,
dobrze prosperujący od 18 lat

GABINET STOMATOLOGICZNY

25 km od Poznania

Tel. 533 721 703

SZPITAL POWIATOWY

im. Tadeusza Malińskiego w Śremie sp. z o.o.

ZATRUDNI **LEKARZY**

w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym

Rodzaj umowy i warunki pracy do uzgodnienia
Osoby zainteresowane proszone są
o kontakt osobisty lub telefoniczny

Tel. 61 281 54 43

e-mail: sekretariat@szpital-srem.pl

**WYNAJME działające
CENTRUM STOMATOLOGII**

w bardzo dobrym punkcie Poznania
z wyposażeniem

103 m², 2 czynne gabinety z unitami,
pracownia rentgenowska
oraz 1 gabinet do wykorzystania

Tel 512 539 863

Praca w POZ. Wielkopolska, Powiat Kolski

W pełnym wymiarze, godzinowo lub na zastępstwa

Mieszkanie służbowe. Tel. 509 779 124

Centrum Medyczne MEDHEART w Kórniku

(20 minut z Poznania drogą ekspresową S11)

POSZUKUJE

do współpracy lekarzy, w specjalizacjach:

- GINEKOLOG,
- GASTROENTEROLOG,
- KARDIOLOG,
- NEUROLOG,
- NEUROLOG DZIECIĘCY,
- DIABETOLOG,
- PSYCHIATRA DZIECIĘCY,
- ENDOKRYNOLOG,
- ONKOLOG,
- REUMATOLOG,
- LEKARZ CHORÓB ZAKAŻNYCH

na preferencyjnych warunkach finansowych

TEL. 501 271 860

**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
W GRODZISKU WIELKOPOLSKIM**

INFORMUJE, ŻE OGŁASZA KONKURS OFERT

na pełnienie funkcji koordynatora medycznego oraz na udzielanie
świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie Chirurgii Ogólnej
w Oddziale Chirurgicznym z Pododdziałem Gastroenterologicznym

Szczegółowe informacje dotyczące konkursu są dostępne na stronie internetowej:
szpital@spzoz-grodzisk.pl oraz w dziale kadr – 519 137 754, 61 44 36 506



SKUP AUT

Szanowni Państwo,
Odkupujemy samochody

używane, również te w leasingu lub kredycie.

Zapewniamy uczciwe ceny. Za Was załatwimy wszelkie formalności, spłacimy umowy i rozliczymy się z Wami.

Od kilkunastu lat cieszymy się zaufaniem
dużej grupy stałych klientów wśród Lekarzy.

Zapraszam do kontaktu.

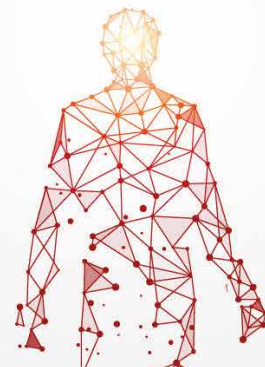
Damian Narożny, tel. 884 800 278
narozny@polnar.pl



VI MIĘDZYNARODOWY
KONGRES NAUKOWO-SZKOLENIOWY
**POLSKIEGO TOWARZYSTWA
LECZENIA RAN**

ONLINE / 22–25 WRZEŚNIA 2020 r. / 14.30–21:00

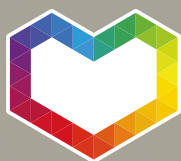
DOWIEDZ SIĘ WIĘCEJ – ZESKANUJ QR KOD



**WAWDERM 2020
WARSZAWSKIE
DNI DERMATOLOGICZNE
ONLINE**

22–24 PAŹDZIERNIKA 2020 R.

DOWIEDZ SIĘ WIĘCEJ – ZESKANUJ QR KOD



E-KONGRES
**KARDIOLOGII
W PRAKTYCE LEKARZA POZ**

6–7 LISTOPADA 2020 R.

DOWIEDZ SIĘ WIĘCEJ – ZESKANUJ QR KOD

