

WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA



EDU WIL – nasza szkoleniowa marka nabiera rozmachu

s. 5

**Czy jakość powietrza wpływa
na przebieg COVID-19?**

s. 7

**Kultura, sport, integracja –
co robimy „po godzinach”?**

s. 26

Zdobycie wiedzy z EDU WIL

I OGÓLNOPOLSKA KONFERENCJA DYREKTORÓW DS. MEDYCZNYCH

13-14 października 2022

EDU WIL
ul. Szyperska 14
Poznań

eduwil.pl

Konferencja
hybrydowa

9 punktów edukacyjnych

Dzień 1

I SESJA | DYREKTOR DS. MEDYCZNYCH JAKO CZŁONEK SAMORZĄDU

- 09.00 – 09.15 Otwarcie konferencji
- 09.15 – 09.45 Współpraca z izbą lekarską
- 09.45 – 10.15 PWZ, PWZ w trybie uproszczonym – przepisy a praktyka
- 10.15 – 10.45 Prawa lekarza
- 10.45 – 11.00 *Przerwa, wykład sponsorowany*

II SESJA | ODPOWIEDZIALNOŚĆ PRAWNA DYREKTORA DS. MEDYCZNYCH

- 11.00 – 11.30 Błąd organizacyjny – odpowiedzialność karna
- 11.30 – 12.00 Odpowiedzialność zawodowa
- 12.00 – 12.30 Dyrektor ds. medycznych a prawa pacjenta
- 12.30 – 13.30 *Przerwa na lunch*

III SESJA | DYREKTOR DS. MEDYCZNYCH JAKO LIDER ZESPOŁU

- 13.30 – 14.00 Skuteczna komunikacja i udane negocjacje
- 14.00 – 14.30 Kryzys medialny – jak sobie z nim radzić?
- 14.30 – 15.00 Problem wypalenia zawodowego
- 15.00 – 15.30 Dyskusja i podsumowanie I dnia konferencji

Dzień 2

I SESJA | DYREKTOR DS. MEDYCZNYCH W SYSTEMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ

- 09.00 – 09.15 Otwarcie II dnia konferencji
- 09.15 – 09.45 Dyrektor ds. medycznych w szpitalu prywatnym
- 09.45 – 10.15 Dyrektor ds. medycznych w szpitalu klinicznym
- 10.15 – 10.45 Problemy organizacyjne szpitali
- 10.45 – 11.00 *Przerwa, wykład sponsorowany*

II SESJA | CYBERBEZPIECZEŃSTWO

- 11.00 – 11.30 Ochrona Danych Osobowych w świecie cyfrowym
- 11.30 – 12.00 Szpital jako operator usług kluczowych
- 12.00 – 12.30 Zagrożenia cybernetyczne
- 12.30 – 13.00 Dyskusja i podsumowanie konferencji
- 13.00 – 14.00 *Lunch*

WYDARZENIE TOWARZYSZĄCE

- Debata:
Przyszłość szpitalnictwa w Polsce
- Warsztaty:
Szpital w mediach, czyli o dobrej promocji i gaszeniu pożarów
– Tajniki udanej konferencji prasowej
– Sytuacja kryzysowa
– Jak rozmawiać z dziennikarzami?

ORGANIZATOR



PATRONAT



WIELKOPOLSKA
IZBA
LEKARSKA



Polska Unia Szpitali
Klinicznych

PFSZ
Polska Federacja Szpitali



Przemysław Ciupka

redaktor naczelny

przemyslaw.ciupka@wil.org.pl

SŁOWEM WSTĘPU

Służba i posłannictwo

Zeby rozwiązać problem mieszkaniowy w Polsce, trzeba złamać przewagę deweloperów, jak się tego nie zrobi, to się nie wygra. A tutaj też trzeba złamać bardzo wpływowe grupy, które chcą traktować służbę zdrowia jako biznes. Otóż służba zdrowia nie jest biznesem, a praca lekarza powinna być bardzo dobrze wynagradzana, ale to nie jest jednak biznes, to jest służba, to jest posłannictwo – to słowa prezesa PiS Jarosława Kaczyńskiego, wypowiedziane podczas spotkania we Wrocławiu pod koniec września. Słowa, które, jak to często bywa w przypadku lidera partii rządzącej, pozostawiają spore pole do interpretacji.

Formalnie reforma rządu Jerzego Buzka z 1999 r. wprowadziła „ochronę zdrowia”, odsyłając „służbę” do historii. Historii, która zaczęła się jeszcze w międzywojniu, przetrwała Polskę Ludową i zakorzeniła się na tyle głęboko, byśmy do dziś powszechnie stosowali właśnie to nazewnictwo. I oczywiście z jednej strony można machnąć ręką i nie przejmować się tą pozorną drobnostką, jaką jest stosowanie tego czy innego wyrazu. Z drugiej strony jednak język znajduje odbicie w rzeczywistości. Nie bez powodu coraz częściej mówimy o osobach z niepełnosprawnościami, a nie o niepełnosprawnych. Ta niewiele znacząca z pozoru zmiana na przestrzeni lat spowodowała duży postęp w odbiorze znacznej grupy ludzi przez resztę społeczeństwa. Oddając tej grupie należną jej godność.

Zawód lekarza jest profesją wyjątkową i mało kto będzie polemizował z takim stwierdzeniem. Kiedy utrzymujemy jednak, że polem działania medyka jest „służba”, wpychamy tym samym lekarzy i przedstawicieli wszystkich innych zawodów medycznych w rzeczywistość, w której oni sami mają niewiele do powiedzenia. Bo choć „służba zdrowia” może budzić jak najlepsze skojarzenia, związane z nobilitacją i służeniem wyższym celom, to w tym samym miejscu kryje się pułapka. „Służba” zakłada podległość, poświęcenie, skłonność do bohaterstwa. „Służba” niebezpiecznie ogranicza możliwość kwestionowania złej organizacji systemu, nieadekwatnych zarobków, przepracowania, wypalenia zawodowego. Skoro praca lekarza jest „posłannictwem”, to nie sposób odmówić entego dyżuru, nie przyjąć entego pacjenta po godzinach, nie godzić się na kolejne wyrzeczenia i ustępstwa.

Tymczasem tak samo jak „służba zdrowia” nie musi być biznesem, tak samo nie musi być nim „ochrona zdrowia”. Lekarz nie musi być posłannikiem, a może być wysoko wykwalifikowanym profesjonalistą. Bez wątplenia wielu lekarzy i lekarzy dentyków rozumie swój zawód jako służbę i posłannictwo, czerpiąc z tego motywację i satysfakcję. Czy jednak możemy tego wymagać od każdego medyka? ■

Spis treści

Moim zdaniem	4
Lekarze seniorzy mogą liczyć na pomoc młodych medyków	4
EDU WIL nabiera rozmachu	5
Wrzesień w EDU WIL Szpitalnicy i lekarze rodzinni spotkali się na bliźniaczych konferencjach	5
Okiem konsultanta	6
Zanieczyszczenie powietrza a COVID-19	7
Klinika Ortopedii Kręgosłupa Dorosłych jako pierwsza w Polsce zastosowała endoskopową technikę UBE leczenia schorzeń kręgosłupa	9
Aplikacja zasugeruje	10
Rubryka stomatologiczna	12
Białe plomby dla wszystkich pacjentów, wyższe koszty dla wszystkich dentyków	14
Wspominamy wielkopolskich dentyków	15
Dyplomatorium Wydziału Lekarskiego	16
Rubryka rezydencka	17
Pigułka prawna	18
Z medycznej wokandy	19
Dawka informacji	20
Europejski Tydzień Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi odbył się już po raz dziesiąty	22
O śnie w Gnieźnie	22
XVIII Zjazd PTChD za nami	23
Szkoła a zdrowie – we wspomnieniach dr Henryki Sapińskiej	24
Po godzinach	26
Wiersze	30

MOIM ZDANIEM



Krzysztof Kordel

prezes
Wielkopolskiej
Izby Lekarskiej

Moim zdaniem z zadowoleniem można przyjąć wiadomość o osiągnięciu porozumienia na linii dyrekcja – neonatolodzy. Jak to jest w tego typu konfliktach, nigdy nie ma zwycięzcy, a zawsze obie strony wychodzą z takiego sporu z odniesionymi ranami. Pewnych słów wypowiedzianych publicznie nie da się już cofnąć, a powstałe blizny czasami długo mogą się goić.

Nie wycofujemy się z tego, co wspólnie z dr. Marcinem Karolewskim napisaliśmy w poprzednim numerze Biuletynu. Naszym zdaniem sytuacja w wielu szpitalach wskazuje na ich stan przedagonalny, a przyczyn jest bardzo wiele.

Moim zdaniem pewnego rodzaju lekiem, oczywiście nie remedium na całe zło, byłaby poprawa stosunków międzyludzkich, a zwłaszcza większa wzajemna życzliwość między lekarzami. Stara zasada rzymska – dziel i rządź – ma w tym przypadku zastosowanie. Wprowadzić tzw. płace minimalne, nie dać pieniędzy na ich wypłacenie – i mamy zarzewie konfliktu. Dać jakiś przywilej jednej grupie zawodowej, to musi wywołać niezadowolenie drugiej i trzeciej. Odciążyć od obowiązków np. biurokratycznych jednych, to oczywiście oznacza dołożyć je drugim.

Moim zdaniem cechą ludzką, niestety często spotykaną, jest myślenie, że inni mają lepiej niż my. Kto ma lepiej? Ci w POZ czy ci w szpitalu? A może łatwo pracować w AOS, a może lepiej mają dentyści? Swoje bóleczki lepiej się widzi niż problemy tych drugich. A może warto wzajemnie sobie pomóc i ułatwiać sobie wzajemnie życie. Jak? Choćby poprzez precyzyjne sformułowanie pytania do konsultanta. Wypisanie zwolnienia na SOR bez odsyłania z tym do rodzinnego. A może skierować pacjenta do szpitala z kompletem wcześniej wykonanych badań. Takimi przykładami każdy z niezadowolonych lekarzy z pracy innych kolegów może sypać jak z rękawa.

Jako specjalista medycyny sądowej mogę z autopsji stwierdzić, że znakomita większość spraw prowadzonych przez prokuratury swój początek bierze ze słów wypowiedzianych wobec pacjenta lub jego rodziny przez personel medyczny, a zawierających negatywną ocenę pracy wcześniej leczących. Aby zasiać ziarno wątpliwości, czasami wystarczy jedno słowo lub nawet gest.

Moje doświadczenie zawodowe wskazuje, że nie można bez całej wiedzy ocenić postępowania innego lekarza. Zawsze będę podkreślać, jak istotne jest zdanie zawarte w art. 52 Kodeksu etyki lekarskiej o konieczności zachowania daleko idącej ostrożności w formułowaniu ocen na temat pracy innego lekarza. Nic nie jest w medycynie zero-jedynkowe, a życie ma wiele odcieni szarości.

Moim zdaniem wielu konfliktów w naszym środowisku można by uniknąć dzięki kulturze osobistej, słowu „przepraszam” czy też najzwyczajniejszemu w świecie uśmiechowi. Jak to ułatwia życie.

Mimo ciężkich czasów życzę uśmiechu. ■

Lekarze seniorzy mogą liczyć na pomoc młodych medyków

Komisja ds. Młodych Lekarzy we współpracy z Komisją ds. Emerytów i Rencistów oraz Poznańskim Oddziałem Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA występują wspólnie z inicjatywą działania na rzecz wielkopolskich lekarzy seniorów.

Osamotnienie, zły stan zdrowia, trudności w codziennym życiu czy niemożność samodzielnego zrobienia zakupów lub dotarcia do miejsc oddalonych od domu – to problemy, z którymi niejednokrotnie mierzą się osoby w zaawansowanym wieku. W ramach samorządu lekarskiego powinniśmy okazać międzypokoleniową solidarność i przekuć ją w realne działania. Młodzi lekarze przy wsparciu studentów mogą zorganizować swoim mentorom:

- konwersacje i gry towarzyskie,
- rozmowy o zdrowiu z wytyczeniem wstępnego postępowania medycznego,
- wspólne aktywności fizyczne, np. pójście na spacer,
- realizację recept,
- pomoc w załatwieniu spraw na poczcie czy w banku,
- zakup artykułów spożywczych i przemysłowych.

Seniorze, jeżeli jesteś w potrzebie, **skontaktuj się z naszymi przedstawicielami** (samodzielnie bądź przy pomocy innej osoby):

*dr n. med. Stanisław Dzieciuchowicz, przewodniczący Komisji ds. Emerytów i Rencistów: tel. 600 027 032, e-mail: stanislaw.dzieciuchowicz@wil.org.pl

*Krzysztof Biegański, opiekun Komisji ds. Emerytów i Rencistów: tel. 61 102 1421, e-mail: krzysztof.bieganski@wil.org.pl

Pracując razem, Komisja ds. Emerytów i Rencistów, Komisja ds. Młodych Lekarzy oraz IFMSA, przygotowują dane teleadresowe seniorów, zabezpieczą środki finansowe i organizują wolontariuszy, aby pomoc okazała się skuteczna, a realizowanie tego programu przyniosło korzyści nie tylko seniorom, ale także pomagającym.

Zapraszamy do zgłaszania się!

EDU WIL nabiera rozmachu



lek. Marcin Karolewski
wiceprezes ORL WIL

Po przerwie spowodowanej pandemią ruszają szkolenia w Centrum Konferencyjnym EDU WIL. Organizowanie kształcenia podyplomowego lekarzy to jedno z podstawowych zadań izb lekarskich. Pomysł utworzenia EDU WIL zrodził się w 2018 r. wraz z pozyskaniem nowoczesnej przestrzeni w Poznaniu przy ul. Szyperskiej 14 – sali konferencyjno-wykładowej oraz mniejszych pomieszczeń warsztatowych. Chcieliśmy stworzyć miejsce przyjazne, w którym odbywać się będą regularnie konferencje oraz warsztaty dla lekarzy i lekarzy dentyków, również w dziedzinach, które są niezwykle ważne, a często pomijane przez firmy komercyjnie zajmujące się edukacją. Drugim celem było promowanie lokalnych naukowców i specjalistów.

Pierwsze wydarzenia w ramach EDU WIL zorganizowaliśmy w 2019 r. Cykl szkoleń zaplanowanych na 2020 i 2021 r. został odwołany z uwagi na panującą pandemię. Wykorzystaliśmy ten czas na doposażenie sal i przystosowanie ich do szkoleń w trybie hybrydowym. Dziś to nie tylko sale wykładowe, ale także „studio streamingowe”, dzięki któremu

możemy uczestniczyć w spotkaniach, uruchamiając jedynie komputer lub smartfon, nie tracąc przy tym czasu na dojazd. Jeszcze w trakcie obostrzeń pandemicznych zorganizowaliśmy I Wielkopolską Konferencję Praw Pacjenta, w której uczestniczyli prelegenci i lekarze z całej Polski. Od września chcieliśmy już ruszyć z wydarzeniami edukacyjnymi z rozmachem i wyjść z nimi poza granice naszego województwa. Zaplanowaliśmy po dwa wydarzenia w trybie hybrydowym w każdym miesiącu. Są to konferencje naukowe i poświęcone zagadnieniom prawnym, organizacyjnym oraz kompetencjom miękkim. Za sobą mamy już dwie – I Ogólnopolską Konferencję Szpitalnictwa i Praw Lekarza oraz I Ogólnopolską Konferencję Medycyny Rodzinnej.

W październiku na podobne wydarzenie zaprosimy lekarzy dentyków, w połowie miesiąca odbędzie się także I Ogólnopolska Konferencja Dyrektorów ds. Medycznych. Na tym w tym roku nie koniec, a o szczegółach będziemy jeszcze informować.

Dzień konferencji to zawsze finał długotrwałych przygotowań, które mają swoich cichych bohaterów. W tym miejscu należą im się podziękowania: zespołowi EDU WIL, pracownikom biura naszej izby – Monice Bączek i Magdalenie Walkowiak, wspomagającemu nas medialnie Przemysławowi Ciupce, z dyrektorem Markiem Sajem na czele.

Serdecznie zapraszamy do udziału w naszych wydarzeniach i regularnego odwiedzania witryny eduwil.pl oraz wil.org.pl, gdzie na bieżąco informujemy o naszych działaniach. ■

Wrzesień w EDU WIL

Szpitalnicy i lekarze rodzinni spotkali się na bliźniaczych konferencjach

8 września odbyła się I Ogólnopolska Konferencja Szpitalnictwa i Praw Lekarza, 24 września I Ogólnopolska Konferencja Medycyny Rodzinnej. Wydarzenia o niemal tożsamych programach różniły się w szczegółach, dostosowując zawartość merytoryczną do grupy odbiorców. Konferencje przeprowadzone zostały w formie hybrydowej – część uczestników zgromadziła się w Centrum Konferencyjnym EDU WIL przy ul. Szyperskiej 14 w Poznaniu, pozostali łączyli się za pośrednictwem internetu.

I Ogólnopolska Konferencja Szpitalnictwa i Praw Lekarza

Prelegentów i słuchaczy powitali pomysłodawca i organizator spotkania – wiceprezes ORL WIL lek. Marcin Karolewski, oraz przewodnicząca Komisji ds. Szpitalnictwa i wiceprezes ORL WIL – lek. Joanna Harbuzińska-Turek.

Dzisiejsza konferencja jest trochę nietypowa, nie stricte medyczna, nie tyle prawna, a łącząca szereg zagadnień i problemów, które dotyczą lekarzy pracujących w szpitalach – powiedział w czasie otwarcia lek. Marcin Karolewski.

W czasie pierwszej sesji o wymownym tytule „Jak nie zwariować w szpitalu?” prof. Henryk Mruk przybliżył tajniki dobrej komunikacji pomiędzy lekarzem a pacjentem, prof. Ewa Mojs omówiła ryzyko związane z wypaleniem

zawodowym, a dr n. med. Erwin Strzesak poświęcił swoje wystąpienie kodowaniu medycznemu.

W czasie drugiej sesji głos zabrali prawnicy. Dr adw. Piotr Karlik nakreślił status lekarza jako funkcjonariusza publicznego, a także wziął na tapet temat obrony wizerunku lekarza. Dr r. pr. Bartosz Pawelczyk skupił się na pułapkach, na jakie narażeni są lekarze, podpisując kontrakt z placówką ochrony zdrowia.

W czasie ostatniej sesji szpitalnicy zostali skonfrontowani z lekarzami rodzinnymi, procedurami Narodowego Funduszu Zdrowia oraz... przepisami prawa. Relacjom lekarzy pracu-



- ▶ jących w szpitalach z lekarzami POZ przyjrzała się prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia lek. Bożena Janicka. Dyrektor WOW NFZ Agnieszka Pachciarz omówiła to, w jaki sposób płatnik monitoruje działalność placówek medycznych w różnych aspektach. W ostatnim punkcie na 10 pytań prawnych przygotowanych przez organizatorów odpowiedział r. pr. Kajetan Komar-Komarowski.

I Ogólnopolska Konferencja Medycyny Rodzinnej

Wydarzenie honorowym patronatem objęło Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia, a jego prezes, lek. Bożena Janicka, obok lek. Marcina Karolewskiego, współprowadziła kolejne sesje. Jak zaznaczaliśmy powyżej, konferencje miały podobny charakter i zbliżony program (choć istotnie różniły się w szczegółach), skupimy się więc teraz na różnicach.

O problemie wypalenia zawodowego opowiedział tym razem lek. Grzegorz Mikołajczak z Pracowni Motywacji i Zmian, który zadbał o to, by prelekcja przybrała formę dialogu z uczestnikami. R. pr. Krzysztof Kozik zaprezentował wykład, który miał na celu uświadomienie lekarzom POZ, jak pomimo nawału obowiązków wygospodarować więcej czasu dla siebie (o czym mogli przeczytać Państwo również w „Pigułce prawnej” poprzedniego wydania Biuletynu). O obronie wizerunku lekarza opowiedziała dr adw. Anna Wilińska-Zelek.

Inaczej wyglądała ostatnia sesja konferencji. O ile 8 września o relacjach na linii szpitalnicy–lekarze rodzinni mówiła



Fot. Zx-Przemysław Ciupka

związana z POZ lek. Bożena Janicka, o tyle tym razem swoją perspektywę nakreślił dyżurujący na co dzień w szpitalu lek. Marcin Karolewski. Tematykę monitorowania placówek medycznych przez NFZ zgłębiła zastępca dyrektora ds. medycznych WOW NFZ Hanna Philips. Wydarzenie zakończyła prezentacja dr. n. med. Pawła Kopyry, zastępcy Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, poświęcona skargom w medycynie rodzinnej.

Obie konferencje charakteryzowały się przewagą uczestnictwa online, co nie znaczy, że sala w Centrum Edukacyjnym EDU WIL świeciła pustkami. Analogiczne wydarzenie dla lekarzy dentyków jest zaplanowane na 22 października – więcej na ten temat już wkrótce na stronach internetowych wil.org.pl oraz eduwil.pl. (cep)

OKIEM KONSULTANTA

Przedstawiciele każdej specjalizacji lekarskiej mierzą się z istotnymi wyzwaniami. Oddajemy głos konsultantom wojewódzkim, którzy cyklicznie będą gościć na naszych łamach i dzielić się swoimi spostrzeżeniami.



Prof. Zbigniew Krasieński – konsultant wojewódzki w dziedzinie chirurgii naczyni, kierownik Kliniki Chirurgii Naczyniowej, Wewnętrznej, Angiologii i Flebologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

W Wielkopolsce 5 szpitali udziela świadczeń w zakresie chirurgii naczyniowej. Są to:

1. Szpital Specjalistyczny im. Stanisława Staszica w Pile – I poziom.
2. Wojewódzki Szpital Zespolony im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie – hospitalizacje planowe.
3. Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu – II poziom.
4. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji im. prof. Ludwika Bierkowskiego w Poznaniu – II poziom.
5. Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu – I poziom.

Corocznie suma hospitalizacji w tych oddziałach to ok. 7 tys. przypadków, 5 tys. zabiegów chirurgicznych. Mamy w województwie 32 specjalistów i 10 specjalizujących się z zakresu chirurgii naczyniowej. Większość specjalistów

jest i zabiegów odbywa się w Klinice Chirurgii Naczyniowej, Wewnętrznej, Angiologii i Flebologii UM przy ul. Długiej.

Obecnie szpitale w Kaliszu i w Pile borykają się z niedoborami kadrowymi, na szczęście przybywa chętnych do specjalizacji w chirurgii naczyniowej. Największym wyzwaniem jest szkolenie i dostępność sal operacyjnych. Chirurgia naczyniowa jest bardzo spektakularna, ale również bardzo droga w sensie nakładów, co ogranicza jej rozwój. Obecnie przy ul. Długiej otwarta będzie najnowocześniejsza sala operacyjna, gdzie będziemy mogli operować endowaskularnie tętniaki piersiowo-brzuszne, wykonywać trombektomie mechaniczne w zakrzepicy żył głębokich oraz wiele innych procedur.

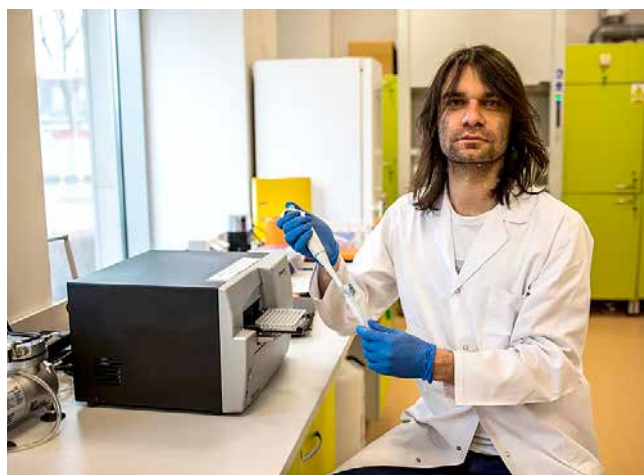
Chirurgia naczyniowa zmieniła się przez ostatnich 20 lat prawie całkowicie. Z chirurgii otwartej, wymagającej często otwarcia jam ciała w przypadku wszycia protez aortalnych, obecnie wykonujemy ok. 65–70 proc. zabiegów endowaskularnie, będąc m.in. liderem w Europie pod względem zabiegów rekonstrukcji podziału aorty w sposób całkowicie nowatorski, gdzie zabieg ten można przeprowadzić nawet w znieczuleniu miejscowym. Nowoczesna chirurgia naczyń to także nowe możliwości leczenia patologii żylnych, np. stentowanie układu żylnego i trombektomie mechaniczne. ■

Zanieczyszczenie powietrza a COVID-19

Nadeszła jesień, a wraz z nią niepewność, jak przebiegać będzie kolejna fala infekcji SARS-CoV-2. Wiemy natomiast, że nadejście chłodniejszych dni i rozpoczęcie sezonu grzewczego przekłada się w Polsce na wzrost zanieczyszczenia powietrza. Jak wynika z naszych badań, mogą mieć one istotny wpływ na ciężkość przebiegu COVID-19.

Związki pomiędzy zapadalnością na wybrane choroby zakaźne dróg oddechowych, np. związane z infekcjami wirusem RS czy rinowirusami, były przedmiotem analiz epidemiologicznych jeszcze przed pandemią COVID-19. Inspiracją dla nich był dowiedziony eksperymentalnie szkodliwy wpływ zarówno gazowych, jak i pyłowych komponentów zanieczyszczenia powietrza na działanie układu oddechowego i odporności. Z jednej strony powodują one uszkodzenia tkanki nabłonkowej, a z drugiej mogą modyfikować funkcje komórek immunologicznych, takich jak makrofagi, neutrofile, limfocyty i komórki dendrytyczne, a także sprzyjać zjawisku stresu oksydacyjnego oraz aktywować kaskadę prozapalną, chociażby poprzez indukcję jądrowego czynnika transkrypcyjnego NF- κ B i stymulowanie uwalniania cytokin prozapalnych. W ten sposób zanieczyszczenia powietrza mogą nie tylko zwiększać podatność na infekcje układu oddechowego, ale też sprzyjać cięższemu ich przebiegowi na skutek nadmiernego pobudzenia nieswoistej odpowiedzi immunologicznej.

Wszystko to jest szczególnie istotne w przypadku regionów o złej jakości powietrza. A ta w Polsce, jak wynika z ostatniej analizy Europejskiej Agencji Środowiska, jest najgorsza w całej Unii Europejskiej. Szczególne znaczenie w kontekście chorób zakaźnych dróg oddechowych mają zanieczyszczenia pyłowe, a zwłaszcza cząstki o niedużej średnicy, nieprzekraczającej 10 μ m (PM10). Najbardziej niebezpieczna jest frakcja pyłu, którego średnica nie przekracza 2,5 μ m (PM2.5), gdyż z łatwością może przedostawać się do dolnych dróg oddechowych, sprzyjać ich podrażnieniu i działać prozapalnie. A warto jeszcze dodać, że pomimo niewielkich rozmiarów cząstki te charakteryzują się dużą powierzchnią aktywną, więc z łatwością mogą adsorbować toksyczne związki chemiczne (np. sole kadmu, ołowiu, arsenu) i stawać się dla nich wektorem. Narażenie na ponadnormatywne po-

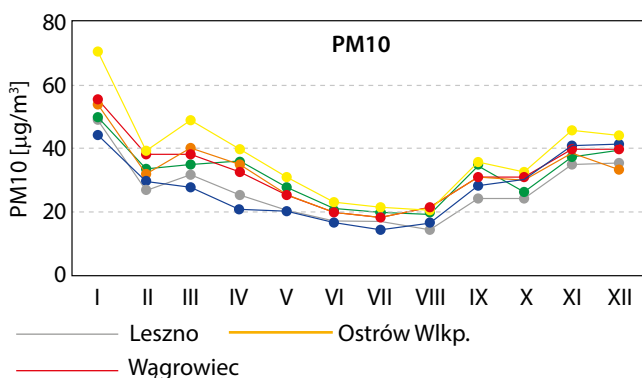
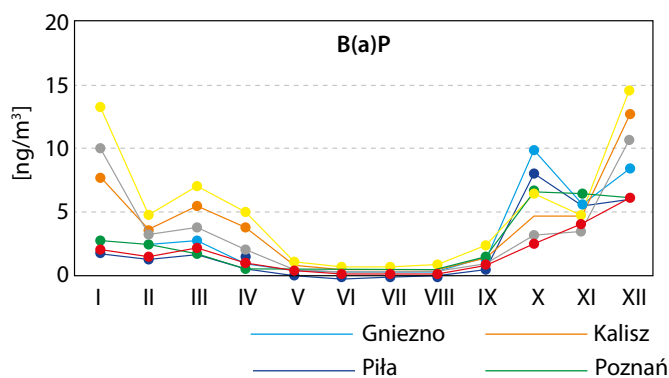


Fot. Archiwum autora

Piotr Rzymiski, Zakład Medycyny Środowiskowej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ziomy PM10 i PM2.5 sprzyja niewydolności oddechowej, chorobie niedokrwiennej serca, chorobom układu kostnego, zwiększa ryzyko wystąpienia cukrzycy typu 2 i powikłań ciąży. Najważniejszym źródłem zanieczyszczeń pyłowych w Polsce są procesy spalania węgla, drewna oraz ich pochodnych w sektorze komunalnym na potrzeby ogrzania domów, stąd wynika charakterystyczna dynamika ich emisji w ciągu roku, z istotnym wzrostem w okresie grzewczym. Podobnie jak w przypadku benzo(a)pirenu (B(a)P), który należy do wielopierścieniowych węglowodorów aromatycznych i jest sklasyfikowany jako kancerogen grupy 1. Narażenie na B(a)P sprzyja również upośledzeniu układu nerwowego i wadom rozwojowym płodu. Polska charakteryzuje się najwyższymi jego stężeniami w powietrzu w całej Unii Europejskiej.

Niewątpliwie w czasie pandemii odnotowano spadki emisji poszczególnych zanieczyszczeń powietrza, ale głównie dotyczyło to emisji związków gazowych, takich jak tlenki azotu, które pochodzą z transportu. Było to rezultatem ograniczonej mobilności społecznej, zwłaszcza w okresie lockdownów. Co prawda w 2020 r. w Polsce zaobserwowano również spadki emisji pyłu i B(a)P, ale była to raczej konsekwencja wyższych temperatur powietrza i mniejszej konieczności spalania paliw na cele grzewcze. Sytuacja i tak była daleka od satysfakcjonującej, skoro niemal 75 proc. stacji monitorujących ►



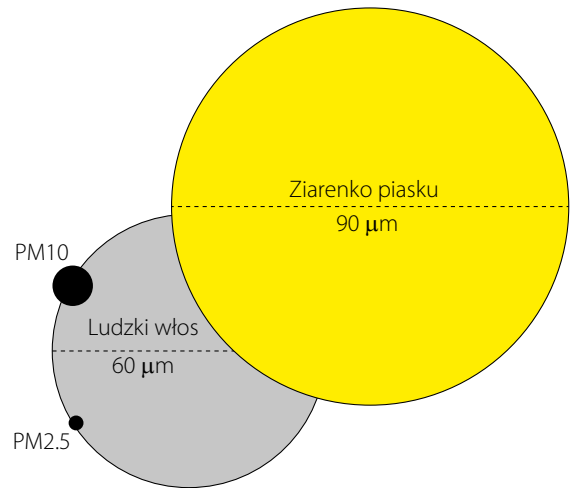
Rycina 1. Przykładowe średniomiesięczne stężenie benzo(a)pirenu i PM10 na terenie Wielkopolski (na podstawie danych WIOŚ Poznań za rok 2016).

- jakość powietrza w kraju odnotowało w 2020 r. przekroczenia dopuszczalnego poziomu B(a)P.

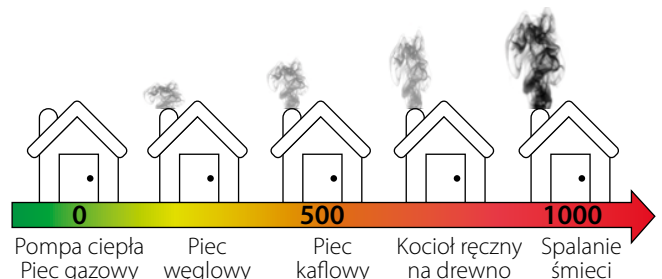
Czy zatem narażenie na zanieczyszczenia powietrza mogło mieć wpływ na ciężkość przebiegu COVID-19 w naszym kraju? To pytanie, na które odpowiedzi postanowiliśmy poszukać w ramach badań prowadzonych przez Zakład Medycyny Środowiskowej we współpracy ze specjalistami chorób zakaźnych. W tym celu wykorzystaliśmy dane kliniczne pacjentów hospitalizowanych z powodu COVID-19, które zostały zgromadzone w bazie SARSTER prowadzonej przez Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych. Dla każdego pacjenta – zarówno dorosłego, jak i dzieci – lokalizowaliśmy stacje pomiarowe jakości powietrza w zamieszkiwanym przez niego obszarze i obliczyliśmy, jaki był średni i maksymalny poziom pyłu PM2.5 i B(a)P w tygodniu poprzedzającym hospitalizację. Zdecydowaliśmy się wybrać właśnie ten okres, gdyż z badań eksperymentalnych z udziałem ludzi i zwierząt wynikało, że nawet krótkoterminowa ekspozycja na PM2.5 i B(a)P może sprzyjać zmianom w układzie oddechowym i immunologicznym o znaczeniu dla ciężkości przebiegu infekcji SARS-CoV-2, a także dlatego, iż tydzień poprzedzający hospitalizację reprezentować miał czas progresji infekcji SARS-CoV-2 od fazy inkubacji do fazy objawowej, czyli czasu, w którym nieswoista odpowiedź immunologiczna stanowi podstawową linię obrony przeciwwirusowej, a jej zaburzenia mogą sprzyjać progresji do cięższej postaci.

Z naszych obserwacji wynika, iż dorośli, którzy na tydzień przed hospitalizacją narażeni byli na podwyższone poziomy PM2.5 ($>20 \mu\text{g}/\text{m}^3$) i B(a)P ($>1 \text{ ng}/\text{m}^3$), częściej niż osoby nienarażone prezentowali objawy oddechowe, takie jak kaszel i duszność. Narażenie na B(a)P wiązało się również z większym ryzykiem wystąpienia stanu hiperzapalnego związanego z bardzo wysokimi poziomami białka C-reaktywnego ($>200 \text{ mg}/\text{L}$), interleukiny 6 ($>100 \text{ pg}/\text{ml}$), prokalcytoniny i podwyższonej ($0,25 \text{ ng}/\text{ml}$) liczby białych krwinek ($11 \times 10^3/\mu\text{L}$) w momencie przyjęcia do szpitala. Stanem hiperzapalnym istotnie częściej charakteryzowali się również ci z dorosłych pacjentów, którzy narażeni byli na bardzo wysokie poziomy PM2.5 w tygodniu poprzedzającym hospitalizację. Ekspozycja na przekraczające normy stężenia zarówno PM2.5, jak i B(a)P wiązała się z niemal dwukrotnie wyższym ryzykiem wystąpienia niskiej saturacji krwi ($<90\%$) i koniecznością stosowania tlenoterapii. Co istotnie, w grupie pacjentów narażonych na maksymalne poziomy obu zanieczyszczeń przekraczających normy zaobserwowaliśmy wzrost ryzyka zgonu z powodu COVID-19.

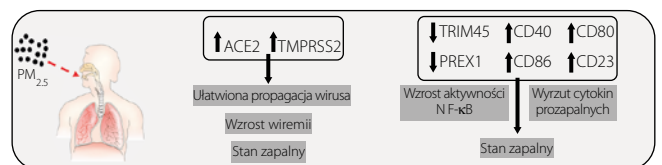
Zanieczyszczenia powietrza nie pozostawały również bez związku z przebiegiem COVID-19 wśród dzieci. Narażenie na ponadnormatywne poziomy B(a)P wiązało się z istotnie podwyższonym ryzykiem wystąpienia objawów oddechowych. Szczególnie wrażliwe wydawały się dzieci młodsze, poniżej 12. roku życia. Oprócz wyższej częstości kaszlu i duszności, częściej w przebiegu COVID-19 występowała u nich gorączka, gdy w tygodniu poprzedzającym hospitalizację poziomy zanieczyszczeń w zamieszkiwanym przez nie regionie przekraczały dopuszczalne normy. Podobnie jak u dorosłych, narażenie na B(a)P wiązało się u dzieci, zwłaszcza młodszych, z występowaniem podwyższonych poziomów wszystkich branych pod uwagę markerów stanu zapalnego: CRP $>10 \text{ mg}/\text{l}$, prokalcytoniny $>0,1 \text{ ng}/\text{ml}$, IL-6



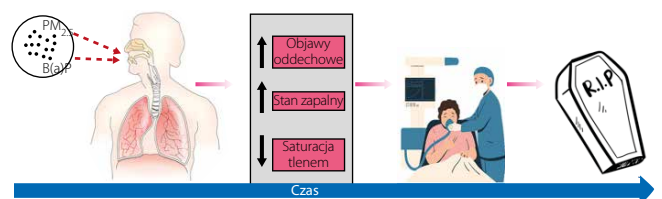
Rycina 2. Pyły zawieszone to mieszanina cząstek o średnicy nie większej niż $10 \mu\text{m}$ (PM10) pochodzących z procesów spalania węgla, drewna, liści, śmieci itp. oraz z ruchu drogowego. Najniebezpieczniejszą frakcją stanowią cząstki o średnicy nie większej niż $2,5 \mu\text{m}$ (PM2.5).



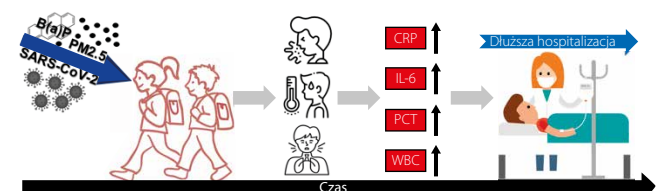
Rycina 3. Emisja pyłów PM10 (mg/m^3) z domowych urządzeń grzewczych różnego typu.



Rycina 4. Ekspozycja na zanieczyszczenia powietrza może zarówno zwiększać podatność dróg oddechowych na infekcję SARS-CoV-2, jak i poprzez działanie prozapalne sprzyjać cięższemu przebiegowi COVID-19.



Rycina 5. Narażenie na ponadnormatywne poziomy B(a)P i PM2.5 w okresie inkubacji SARS-CoV-2 może sprzyjać cięższemu przebiegowi COVID-19 i zgonom wśród pacjentów z grup ryzyka.



Rycina 6. Narażenie na ponadnormatywne poziomy B(a)P i PM2.5 w okresie inkubacji SARS-CoV-2 może sprzyjać objawowości COVID-19 u dzieci, stanom zapalnym i wydłużać czas hospitalizacji – szczególnie podatna pod tym względem jest grupa ≤ 12 r.ż.

>37 pg/ml, oraz liczby białych krwinek $>11 \times 10^3/\mu\text{l}$. Trzykrotnie wyższe było również ryzyko wystąpienia saturacji <90%. Dzieci narażone na ponadnormatywne stężenia B(a)P wymagały dłuższej hospitalizacji.

Wyniki przeprowadzonych badań, opublikowane na łamach czasopism „Environmental Pollution” i „Ecotoxicology and Environmental Safety”, dowodzą, iż narażenie na ponadnormatywne poziomy zanieczyszczeń powietrza, a w szczególności B(a)P, może sprzyjać cięższemu przebiegowi COVID-19 i zgonom wśród dorosłych pacjentów z grup ryzyka, bo to właśnie oni przede wszystkim wymagają hospitalizacji w przypadku infekcji. Co więcej, wrażliwe pod tym względem są również osoby nieletnie, zwłaszcza do 12. roku

życia. Narażenie na ponadnormatywne poziomy zanieczyszczeń powietrza sprzyja w tej grupie objawowości COVID-19, stanom zapalnym i wydłuża czas pobytu w szpitalu.

Nie ulega wątpliwości, że ochrona jakości powietrza powinna być integralną częścią zdrowia publicznego nie tylko w odniesieniu do prewencji zdarzeń sercowo-naczyniowych czy chorób nowotworowych. Pandemia COVID-19 uwydatnia silne związki pomiędzy zanieczyszczeniami powietrza a zapadalnością i przebiegiem chorób zakaźnych układu oddechowego. Im szybciej decydenci zaczną mówić w otwarty sposób o złej jakości powietrza w naszym kraju zamiast zamiatać problem pod dywan, tym lepiej dla zdrowia – naszego i następnych pokoleń. ■

Klinika Ortopedii Kręgosłupa Dorosłych jako pierwsza w Polsce zastosowała endoskopową technikę UBE leczenia schorzeń kręgosłupa

UBE to skrót od *Unilateral Biptoral Endoscopy* oznaczający technikę endoskopową z dwóch nacięć (tzw. portów) po jednej stronie kręgosłupa. Przypomina artroskopię stosowaną powszechnie w ortopedii. Artroskopia, czyli wziernikowanie stawów, korzysta z przestrzeni jamy stawowej. W kręgosłupie odmienna anatomia z przyczepem masywnych mięśni w obrębie tylnych elementów kręgów stwarza konieczność wytworzenia niewielkiej przestrzeni dla wizualizacji struktur kostnych i więzadłowych, a następnie struktur nerwowych podczas wykonywania zabiegu.

Zabieg wykonywany jest przez dwa półcentymetrowe nacięcia. Jeden dostęp służy do monitorowania przebiegu zabiegu za pomocą optyki artroskopowej. Poprzez drugi dostęp wprowadzane są narzędzia pozwalające na szerokie odbarczenie struktur nerwowych zarówno poprzez usunięcie tkanki więzadła żółtego, jak i prze-rośniętych struktur kostnych uciskających struktury nerwowe w przebiegu stenozy kręgosłupa. Pomimo tego, że nacięcia dostępne wykonywane są po jednej stronie, technika pozwala na wykonanie operacji kanału kręgowego i kanałów korzeniowych obustronnie, co jest niemożliwe w przypadku starszych technik. Metoda UBE umożliwia leczenie operacyjne schorzeń zarówno w obrębie kręgosłupa lędźwiowego, które są najczęstsze, jak i szyjnego oraz piersiowego.

Tym samym technika UBE nie jest techniką uzupełniającą, ale dalece rozwijającą możliwości zastosowania endoskopii w stosunku do metody jednodostępowej, która w większości

przeznaczona jest do leczenia izolowanej patologii krążka międzykręgowego.

Pierwsze zabiegi endoskopowe w chirurgii kręgosłupa w Ortopedyczno-Rehabilitacyjnym Szpitalu Klinicznym im. W. Degi UM w Poznaniu wykonywane były w 2009 r. Na bazie zebranych doświadczeń w 2014 r. opublikowana została praca prezentująca autorską technikę operacyjną z dostępu poprzez staw międzykręgowy, która jest cytowana w międzynarodowym piśmiennictwie (Łukasz Kubaszewski i wsp., *Foraminoplastic transfacet epidural endoscopic approach for removal of intraforaminal disc herniation at the L5-S1 level*, „Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne”). W 2018 r. szpital przystąpił do projektu pn. „Poprawa funkcjonowania ponadregionalnego wysokospecjalistycznego ośrodka medycznego poprzez zakup wyposażenia dla Ortopedyczno-Rehabilitacyjnego Szpitala Klinicznego im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu” i otrzymał dofinansowanie w kwocie



Fot. 2x ORSK im. W. Degi

12 636 607,47 zł na zakup nowoczesnego sprzętu, dzięki któremu wszedł na nowe pola działalności i wykonuje zabiegi endoskopowe z pojedynczego dostępu w schorzeniach krążka międzykręgowego – relacjonuje dyrektor Przemysław Daroszewski.

Metoda UBE zwiększa grupę chorych, którzy mogą być leczeni przezskórnymi metodami małoinwazyjnymi, w szczególności w zaawansowanych stadiach choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa. Ma także pozytywny wpływ na postępowanie anestezjologiczne. Poprzez skrócenie czasu trwania samej procedury chirurgicznej oraz znaczną ▶

► redukcję inwazyjności i urazowości tkanek zmniejszeniu ulega ilość podawanych środków anestetycznych podczas zabiegu. W efekcie proces budzenia pacjenta odbywa się sprawniej, a tym samym mniejsze jest ryzyko wystąpienia groźnych powikłań krążeniowo-oddechowych. W okresie pooperacyjnym stosuje się mniej środków przeciwbólowych, które szczególnie u osób z licznymi schorzeniami współistniejącymi ulegają wolniejszemu metabolizmowi. Wszystko to wpływa na większy pooperacyjny komfort pacjenta oraz szybszy proces gojenia i rehabilitacji. W ocenie dr. Jerzego Drobińskiego – ordynatora Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej i Pooperacyjnej Ortopedycznej oraz kierownika Bloku Operacyjnego, planowane wykonywanie zabiegów UBE z wykorzystaniem znieczuleń miejscowych przez operatorów oraz analgesodacji przez anestezjologów spowoduje dalszą poprawę bezpieczeństwa pacjentów w okresie okołoperacyjnym, jak miało to miejsce kilka lat temu, np. w chirurgii naczyniowej podczas zabiegów implantacji stentgraftów aortalnych.

Technika UBE, w porównaniu z technikami z pojedynczego dostępu, jest bezpieczniejsza dla chorych. Ciągła



wizualizacja struktur nerwowych jest niemożliwa w innych technikach endoskopowych. To wpływa zarówno na zmniejszenie ryzyka powikłań, jak i pozwala na wykonanie znacznie szerszego zakresu zabiegu, włącznie ze stabilizacją międzytrzonową. Jednocześnie umożliwia chorym skrócenie pobytu po zabiegu do 24 godzin oraz czasu rekonwalescencji. Jak wskazują doświadczenia innych ośrodków europejskich, technika ta pozwala również zredukować liczbę chorych kwalifikowanych wcześniej do zabiegów z zastosowaniem implantów – wyjaśnia kierownik kliniki dr hab. Łukasz Kubaszewski, prof. UM. Moje zainteresowanie techniką było spowo-

dowane zarówno naszymi dotychczasowymi doświadczeniami w stosowaniu technik małoinwazyjnych, jak i trendami obserwowanymi w najlepszych ośrodkach chirurgii kręgosłupa w Polsce i na świecie – mówi dr hab. Łukasz Kubaszewski. Techniki endoskopowe zaczynają zajmować coraz istotniejsze miejsce w chirurgii kręgosłupa, ale też coraz częściej wskazywane są przez pacjentów. Metoda UBE, rozwijana w tej formie w krajach azjatyckich, od ponad roku cieszy się coraz większą popularnością w Europie oraz za oceanem, ze względu na bezpieczeństwo i szeroki zakres możliwości. Zespół kliniki odbył specjalistyczne szkolenie w szpitalach w Turcji oraz we Francji – dodaje.

Klinika Ortopedii Kręgosłupa Dorosłych powstała w 2020 r. pod przewodnictwem dr. hab. Łukasza Kubaszewskiego. Od tego czasu przyczynia się do rozwoju medycyny poprzez wdrażanie nowoczesnych technik operacyjnych w Ortopedyczno-Rehabilitacyjnym Szpitalu Klinicznym im. W. Degi w Poznaniu. Dyrektor Szpitala Przemysław Daroszewski przekazał gratulacje zespołowi doc. Kubaszewskiego i życzył dalszych sukcesów.

DR HAB. ŁUKASZ KUBASZEWSKI

Aplikacja zasugeruje

System ochrony zdrowia coraz mocniej osadzony jest w rozwoju kolejnych elementów jego cyfryzacji. Ba, w niektórych dziedzinach jesteśmy nawet prekursorem, i to w skali europejskiej. Dość wskazać na system e-recept i e-zwolnień, który zaliczany jest do unikatowych. IKP liczy już 16 mln kont – tą drogą trafiają do pacjentów dziesiątki milionów recept. Jedną z istotnych zalet tego systemu jest również zasobna baza informacji medycznych o pacjentach.

Cyfryzacja przyspiesza. W pewnym momencie zaistniała potrzeba utworzenia w resorcie zdrowia Departamentu Innowacji, który planuje, projektuje i testuje nowe i nowoczesne technologie. Zdaniem ministra Adama Niedzielskiego rzecz teraz w tym, aby przyspieszyć realizację następnych projektów w obszarze e-usług, także badań klinicznych, które generują wzrost technologiczny. Do podstawowych zadań wspomnianego departamentu zalicza się m.in.:

- pełnienie funkcji właściciela biznesowego projektu Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (P1) oraz projektu Krajowy Punkt Kontaktowy do spraw e-Zdrowia,
- gromadzenie i dystrybuowanie informacji na temat projektów realizowanych w obszarze e-zdrowia,



Fot. istockphoto.

- planowanie i koordynacja działań ukierunkowanych na wdrażanie nowoczesnych technologii w promocję zdrowia oraz profilaktykę,
- realizacja projektów dofinansowanych ze środków UE, w tym „Dostępność Plus dla zdrowia” oraz „Wprowadzenie nowoczesnych e-usług w podmiotach leczniczych nadzorowanych przez Ministra Zdrowia”,
- opracowywanie dokumentów o charakterze strategicznym i operacyjnym w obszarze e-zdrowia,
- opracowywanie projektów aktów prawnych dotyczących e-zdrowia, w tym w zakresie elektronicznej dokumentacji medycznej.

Według ekspertów, czytamy na stronie www.dziennikgazetaprawna.pl w artykule o panelu „Kamienie milowe e-zdrowia” na XXXI Forum Ekonomicznym w Karpaczu, rozwojowi e-usług powinny też towarzyszyć zmiany ustawowe. Dzięki nim, jak mówi Przemysław Mitkowski, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, możliwe będzie ich świadczenie na coraz większą skalę. *Na rynku dostępne są już urządzenia medyczne trzeciej generacji, czyli takie, które automatycznie przesyłają pomiar. Teraz istotna jest analiza tych danych w celu przewidzenia hospitalizacji pacjenta. Zdalne monitorowanie zdrowia pozwala obniżyć śmiertelność o 50 proc. Same urządzenia nie pomogą. Potrzebne jest jeszcze wsparcie w diagnostyce i leczeniu* – podkreśla Przemysław Mitkowski.

Sprawa jest przesądzona. Od rozwoju cyfrowego w systemie ochrony zdrowia nie ma odwrotu. Tym bardziej że coraz liczniejsze korzyści są obopólne. Widzi to personel medyczny, widzą to pacjenci. W sierpniu 2022 r. Ministerstwo Zdrowia poinformowało o kolejnej resortowej innowacji

technologicznej. Na stronie Teleplatformy Pierwszego Kontakt (TPK), która działa od maja 2021 r., ulokowany właśnie został tzw. symptom checker, który pozwoli na wstępne rozpoznanie schorzenia. Aplikacja zasugeruje, czytamy na stronie www.mz.gov.pl, jakie kroki należy podjąć, a pacjent wygeneruje raport z przeprowadzonego wywiadu. *Symptom checker przyspieszy diagnozę. To ułatwienie nie tylko dla pacjenta, ale i lekarza. To nowe narzędzie pozwoli pacjentowi sprawdzić, na jakie rozpoznanie wskazują objawy. Symptom checker nie jest samodiagnozą, ale pozwala w precyzyjny sposób określić stan pacjenta. Planujemy, by w przyszłości przed każdą wizytą u lekarza pacjent przeprowadził wstępny wywiad. Taką możliwość zapewnimy na Internetowym Koncju Pacjenta. Przyspieszy to diagnozę, pozwoli też szybciej wdrożyć odpowiednie leczenie* – mówi Adam Niedzielski.

Z Teleplatformy Pierwszego Kontakt korzysta codziennie ponad 500 osób. Pierwszego dnia wdrożenia symptom checkera wstępną diagnozę przeprowadziło blisko 100 osób. (ap)

PRZEJDŹ NA E-BIULETYN WIL

- wygoda
- ekologia
- przyjazny format

Dostęp do e-wydania już w dniu wysyłki wersji papierowej

Wypełnij formularz i czytaj wygodnie na smartfonie lub tablecie!

Szczegóły na stronie wil.org.pl/e-biuletyn/





O edukacji i ryzykach

Przysłuchiwałam się wykładom przedstawianym podczas konferencji szpitalników (więcej o wydarzeniu na s. 5) przygotowanej na początku września przez EDU WIL – szkoleniową markę Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, z inicjatywy dr. Marcina Karolewskiego. Komfort uczestniczenia w warunkach zdalnych poparty był kompetencją i empatią wykładowców sprawiających wrażenie, że lubią wykładać i darzą sympatią swoich słuchaczy. Ujął mnie ogromnie prof. Mruk, mówiąc, że jeśli ktoś wyczerpująco poinformowany o pożytku płynącym ze szczepień – stanowczo i energicznie odmawia, to trudno, taki jego los i nie jest to wina pracowników ochrony zdrowia. Z drugiej strony ważna wydaje się odpowiedź na pytanie, w którym momencie życia zaczynamy przekonywać do słusznych idei *evidence-based medicine*?

Ruszył proces dydaktyczny w przedszkolach, profilaktyka próchnicy i innych schorzeń także. Nasz pięciolatek wyjaśnił mi na specjalnym spotkaniu, „nie przez telefon, bo to ważne”, że jeśli wykrywacz pomaluje zęby na niebiesko i ktoś ich *bardzo* porządnie nie umyje, a będzie jadł czekoladę, to mu te zęby wypadną! Zrezygnował z czekolady i złotych żelek, bo „będzie musiał myć zęby”. Babcia to babcia, ale Pani w przedszkolu to autorytet. Nie wiem dokładnie, jak panie z przedszkoli to robią. Kochający fizyk pamiętają zapewne Feynmana „Wykłady z fizyki”. Napisał tam: *wszystkiego, co w życiu najważniejsze, nauczyłem się w przedszkolu*. Dawne babcie, być może, z powodzeniem konkurowały z paniami z przedszkola: uczyły, że mówimy „proszę”, „dziękuję”, „przepraszam”, uczyły: „nie przerywaj, gdy inni mówią”, „wstań, podaj rączkę”, „nie żuj gumy”, „nie krzycz”, „umyj zęby”, „zmów paciorek”, „uśmiechaj się”... „Odbieraj telefon, gdy jesteś w pracy!”.

Babcie i panie z przedszkola uczyły dzieci empatii. Niemniej zajęcia z kompetencji miękkich, nazywane przez niektóre starsze panie zajęciami z dobrego wychowania, są zawsze bardzo przyjemne i użyteczne do momentu, gdy już całkiem poważnie pojawia się problem wypalenia zawodowego. Schody zaczynają się podczas wykładów z prawa pracy i problemu *no fault*. Gorąco zachęcam Państwa do uczestniczenia w analogicznej konferencji dla stomatologów zaplanowanej na 22 października 2022 r. Prosimy też o przygotowanie pytań dla prowadzących. Wstępem do refleksji mogłyby stać się artykuły prof. W. Hędzelka i dr. M. Roya, a także szczegółowy artykuł dr. A. Piosika (znajdą je Państwo w poprzednich wydaniach Biuletynu). Były to tzw. innowacyjne techniki w praktyce klinicznej w stomatologii, które pociągają za sobą m.in. podwyższoną stawkę ubezpieczenia lekarza praktyka.

Pacjent oświadczył i podpisał

Przedstawiane zagadnienia są sygnalizowane w programach studiów, w Poznaniu są omawiane i demonstrowane. Nauczyciele akademicy wykonują niektóre z nich na terenie uczelni. Jeśli są przewidujący, podpisują sami ubezpieczenie w przypadku stosowania technik innowacyjnych na pograniczu eksperymentu medycznego w kilku miejscach. Jeśli nie pomoże, to nie zaszkodzi. Przez lata uczelnię stać było

na ubezpieczenie nas w razie wypadku przy tablicy interaktywnej, lecz już nie na sali zabiegowej. Stąd mamy pracę w klinikach uniwersyteckich na pół etatu i szybki wyjazd do praktyki prywatnej. UM potrąca od wynagrodzenia usług komercyjnych (jak opisane) koszt materiałów, amortyzacji sprzętu i budynku, ubezpieczenia i oferuje połowę, a części 1/3 ceny, którą zapłacił pacjent. Ubezpieczenie badania pacjenta pokrywa uczelnia. Niestety nie pokrywa całej reszty, a niezadowolony pacjent, którego implant nie poddał wyzwaniu, rozładowuje frustrację (zrozumiałą) na lekarzu. Wprawdzie oświadczył i podpisał, że zrozumiał przeczytaną informację, dowiedział się, że w przypadku braku wystarczającego podparcia kostnego jest to zabieg obarczony ryzykiem utraty, nawet gdy zastosujemy suplementację tkanki kostnej, albo, w przypadku endodoncji, zrozumiał, że u pań i panów powyżej 50. roku życia taki zabieg przede wszystkim obarczony jest ryzykiem nawrotu infekcji (przytaczam tu opinię mojego Nauczyciela, który nigdy nie miał powikłań po leczeniu kanałowym). Pacjent powraca na wizytę kontrolną i każdą kolejną, gdy jest niezadowolony. Dotyczy to głównie protetyki na implantach, zabiegów wymagających substytucji kości lub preparatów kośćcozastępczych, pokrycia recesji czy odsłonięcia powierzchni korzenia po leczeniu ortodontycznym, a także zabiegów leczenia endodontycznego. Teoria prof. Mruka nie działa w przypadku stomatologii. Pacjent nie może sobie przypomnieć, że gdyby nie kompromisowe rozwiązanie, czyli np. założenie implantu, mimo niedostatecznej ilości tkanki kostnej otaczającej ząb (o czym był informowany, podobnie jak o tym, że nie jest to niczyja wina), to wystąpiłby podczas ważnego życiowego wydarzenia z mikroprotezką, często ruchomą. Pytała lekarza pani sędzia w sądzie lekarskim: „Po co się Pan za to brał, skoro jest Pan za młody?”. Bo warunki były dobre, CBCT wskazywało poprawne odległości, pacjentka była radcą stającym w sądach i nie zgadzała się żyć bez zęba. Doktor Marco Roy opisuje proces przygotowania podłoża kostnego i indywidualnego implantu, co uważa się, łagodnie mówiąc, za trudną procedurę. Jeśli skonfrontujemy oczekiwania pacjentów, często nauczycieli akademickich i prawników przed emeryturą, z dostępnymi dla nich rozwiązaniami i stanowczym „nie mogę żyć bez zęba”, jesteśmy pełni empatii i pomagamy. Tylko to nie zawsze może się udać. Koszty pokrywa pacjent. A po-

nieważ płaci, oczekuje, że zabieg odbędzie się w warunkach komfortowych.

Czy potrzebujemy tak kształconych specjalistów?

Są jednak lekarze, którzy chcą zobaczyć zabieg gołym okiem, a także zrobić cokolwiek własną ręką. Głosy żądające zwiększenia liczby miejsc specjalizacyjnych dobiegają ze wszystkich stron, a placówek chcących te specjalizacje prowadzić zbyt wiele nie ma (uczelnia, poradnia wojskowa, szpital w Kaliszu i jeszcze dwóch doktorów na emeryturze). Tylko dwie kliniki w Polsce zgodziły się ostatnio przeprowadzić dla specjalizujących się lekarzy kurs z implantów. Mamy konflikt, bo kursy opłaca program rezydentur, a pacjenci muszą być komercyjni, bo ów program refundacji kosztów takiego kursu jeszcze nie przewiduje („Nie zapłaci Pan, to nie zrobimy”). Rezydenci się zrucą? Nie wolno. NFZ – nie ma możliwości, pacjent uproszony, bo „będzie podpatrywać kilkoro młodych ludzi”: „OK, ale będzie mi duszno”. Kto podejmuje ryzyko? Szef katedry. A właściwie po co? Bo lubi uczyć czy może jest samobójcą? Warunki innych uczelni: „Taki kurs u nas kosztował przed covidem 3 tys. zł od łebka, czyli nie realizujemy tego programu”. Ale to jest w programie szkolenia – „Jak was stać, to róbcie”. W rezultacie kurs na modelach, w warunkach sali fantomowej z pełnym wyposażeniem w fantomy funduje FIRMA. Zobaczyli? Tak. Są zadowoleni? Nie. Nauczyli się? Nie. Zaliczyli szkolenie? Tak. Jest ok? Nie. Spróbują sami w towarzystwie umówionego tutora, za swoje pieniądze, we własnej praktyce i z własnym ubezpieczeniem. Czy potrzebujemy więcej tak kształconych specjalistów? Czy zgadzamy się na odpłatne rezydentury z programem stypendialnym? Nie, bo mamy gabinety? Czy rezydent może prowadzić praktykę prywatną? Nie. Czy może prowadzić ćwiczenia? Nie. Czy może umrzeć z głodu i przepracowania? Oczywiście nie, bo jest na to zbyt mądry. Czy jest członkiem społeczności uniwersyteckiej, która poza medycyną nie ma zagwarantowanego ustawą programu kształcenia podyplomowego fundowanego przez państwo? Nie wiadomo...

Niezadowolony pacjent zwraca się nie do prezesa centrum czy rektora, lecz do Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w izbie lekarskiej, a po uzyskaniu porady – do sądu cywilnego. Lekarz karany jest dwu- albo i trzykrotnie, bo odwiedzanie tych instytucji nagrodą nie jest. A pacjent przypomni sobie, że było mu duszno i zażąda odszkodowania za dyskomfort... W wyniku mediacji lekarz zwraca koszt zabiegu pacjentowi. A trzeba było powiedzieć „NIE”. Kto tak naprawdę powinien ubezpieczyć nauczycieli akademickich na przyzwoitym poziomie i kto powinien zadośćuczynić roszczeniom pacjenta w przypadku zabiegów komercyjnych, lecz wykonywanych w ramach realizacji programu kształcenia studentów, stażystów, rezydentów? Kto wreszcie powinien dogadywać się z niezadowolonym pacjentem? „Nic złego stać się nie może” oznacza zaklinanie rzeczywistości. W stomatologii, na szczęście, można uniknąć działań granicznych z serii „czy pacjent przeżyje zabieg”. Tam, gdzie to ryzyko jest codziennością i powstaje przy każdym kolejnym tego dnia pacjencie, działa niewielu stomatologów. Pozostali, ponieważ wiedzą, że wybrali złapanie Pana Boga za nogi, zwykle pokornie opłacają ubezpieczenie i siedzą cicho,



Fot. iStockphoto

kształcąc się za własne pieniądze. W kilku krajach Europy studenci do zdania egzaminów dyplomowych, w tym egzaminu praktycznego OSCI, nie mają rodzącego się zagrożenia kontaktu z pacjentem. Uczą się na fantomach, w sumie o rok dłużej. Potem wszyscy są w grupie dużego stresu, nie wiadomo właściwie dlaczego.

O amalgamacie...

Ponizej przybliżamy Państwu wywiad, którego wiceprezes ORL WIL i przewodniczący Komisji Stomatologicznej lek. dent. Jacek Zabielski udzielił Radiu Poznań. Rozmowa dotyczy m.in. białych wypełnień na NFZ i końca amalgamatu. Do słów wypowiedzianych na antenie – a jak wiadomo czas antenowy jest nieubłagany – dołożę krótkie uzupełnienie. Jak mogliśmy usłyszeć w radiu i przeczytać teraz w Biuletynie: „Niektórzy badacze wskazują, że amalgamat ma pewne cechy, które mogą powodować różnego rodzaju objawy chorobotwórcze u osób, które w jamie ustnej mają go zbyt wiele, nawet takie jak choroba Hashimoto czy choroba Crohna”. Warto dodać, iż badania ścieralności amalgamatu dentystrycznego w formie kapsułkowanej, poprawnie założonego, wykazały, że jest to związek o dużej stabilności i nic się z niego nie uwalnia. Toksyczne są jedynie pary rtęci, które mogłyby ewentualnie wyzwać nadmierne starcie w przypadku wypełnienia przygotowanego *ex tempore* ze srebra o próbie 900 i rtęci. Od lat, ze względu na ochronę zdrowia personelu, tych wypełnień zakładać nie wolno. Badania prowadzone m.in. w Wielkiej Brytanii i w Norwegii, a także w Polsce doprowadziły do powstania dobrze udokumentowanego i przedyskutowanego stanowiska konsultanta krajowego w dziedzinie stomatologii zachowawczej, wówczas prof. Janiny Stopy z UM w Poznaniu, które wskazywało, że nie ma żadnej potrzeby usuwania dobrych wypełnień amalgamatowych u zdrowych osób. Zwracano też uwagę, że już od dawna, wskutek stosowania restrykcyjnych form usuwania resztek związanego amalgamatu, nie mamy w gabinetach do czynienia z wolną postacią rtęci. Ponadto od mniej więcej 20 lat większość z nas nie założyła już wypełnień z amalgamatu. Czyli problem sukcesywnej wymiany tych wypełnień dotyczy stosunkowo niewielkiej liczby pacjentów.

Białe plomby dla wszystkich pacjentów, wyższe koszty dla wszystkich dentyków



lek. dent. Jacek Zabielski

Wywiad spisany na podstawie rozmowy wyemitowanej 18 września w magazynie „Na zdrowie” na antenie Radia Poznań, którą z wiceprezesem ORL WIL i przewodniczącym Komisji Stomatologicznej lek. dent. Jackiem Zabielskim przeprowadziła Aleksandra Włodarczyk.

- **Aleksandra Włodarczyk: Białe plomby na NFZ dla wszystkich. Proszę powiedzieć, na czym dokładnie będą polegały te zmiany.**

Jacek Zabielski: Zmiany będą polegały na tym, jak to potraktuje NFZ. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej już w 2017 r. sugerowało wycofanie się z amalgamatu. Wiele badań wskazuje na to, że amalgamat ma pewne cechy, które mogą powodować różnego rodzaju objawy chorobotwórcze u osób, które w jamie ustnej mają go zbyt wiele, nawet takie jak choroba Hashimoto czy choroba Crohna.

- **Z tego chyba wiele osób nie zdaje sobie sprawy.**

Natomiast NFZ chce wprowadzić tę zmianę, my jako dentyści jesteśmy „za”, ale patrzymy na to też z punktu widzenia ekonomii. To spowoduje dużo większe koszty gabinetów stomatologicznych, które będą taką procedurę miały w katalogu świadczeń.

- **Ale NFZ zapowiada, że zwiększa w związku z tym wyceny tych plomb.**

Zobaczymy. Fundusz zwiększył teraz wycenę, no może nie tak, jak żeśmy się spodziewali, jak wycenił to AOTMiT. Podniesiona cena punktu przeliczeniowego nie jest wystarczająca i nie jest satysfakcjonująca dla lekarzy pracujących w ramach NFZ. Jeżeli nie będzie głębszej korekty finansowej, to będzie to trudne do wykonania dla lekarzy.

- **A co po 9 października z tymi osobami, które mają plomby amalgamatowe i będą je chciały wymienić?**

Rozporządzenie unijne mówi, że gabinety stomatologiczne, które będą usuwały wypełnienia amalgamatowe, powinny mieć separatory, czyli urządzenia, które będą gromadziły resztkę amalgamatu. To są pewne procedury

usuwania tych wypełnień – musi być zastosowana duża ilość wody, lekarz musi mieć założoną maskę, musi to być wykonane w koferdamie etc., wszystko musi zostać oddane do utylizacji. Ta sprawa nie jest jeszcze uporządkowana. To też jest trochę nadmuchany temat. Mówi się, że ten amalgamat dostający się do wód powoduje skażenie środowiska. My jako lekarze tego materiału dajemy mikroskopijne ilości.

- **Jeżeli w gabinecie separatora nie ma, dentysta będzie miał prawo odmówić pacjentowi?**

Trudno orzec. Powinien się skontaktować z koleżankami i kolegami, którzy taki separator mają, i skierować tam pacjenta, żeby usługa została wykonana.

- **Według rozporządzenia, które wejdzie w życie 9 października, będą też zmiany, jeżeli chodzi o dzieci. Na czym będą polegały?**

Jest zapewniony pełen wachlarz usług stomatologicznych dla dzieci, włącznie z endodontycznym, ortodontycznym, ze wszystkimi tego typu sprawami związanymi z higieną jamy ustnej. U dorosłych leczenie endodontyczne jest od kła do kła, czyli od trójki do trójki, dzieci mają zapewnione leczenie wszystkich zębów trzonowych, przedtrzonowych i mają zapewnione też materiały światłoutwardzalne białe.

- **Podsumowując: rozporządzenie w założeniach oceniane jest dobrze, źle natomiast oceniane są wyceny.**

To zmusza nas do większego zaangażowania finansowego przy tych samych wpływach. Toczą się rozmowy z NFZ na szczeblu centralnym i szczeblach wojewódzkich. Szczerze mówiąc, jak na razie przyniosły one mizerne efekty. Liczyliśmy, że płatnik podejździe do tego kompleksowo, zacznie od badania stomatologicznego poprzez wszystkie procedury w katalogu świadczeń, które

są wykonywane najczęściej, np. ekstrakcje, wypełnienia, leczenie próchnicy. Te rzeczy potraktowane zostały dość marginalnie i one nie odzwierciedlają nakładów, jakie lekarze ponoszą na ich wykonywanie w ramach kontraktów.

- **Wspomniał Pan o próchnicy – to jest bardzo poważny problem, który mają też dzieci, a stomatolodzy przez to mają bardzo dużo pracy.**

Były czasy, kiedy były gabinety stomatologiczne w szkołach i to była bardzo rozpowszechniona profilaktyka: było szczotkowanie, fluoryzacja przeprowadzane w klasach masowo. To działało i próchnicy było mniej. W tej chwili to działa dużo, dużo gorzej. Ja jestem pełen nadziei, że NFZ przeznaczy na stomatologię większą ilość środków finansowych niż tylko 2 proc. budżetu, bo to jest bardzo mało.

- **A ile powinno być?**

Co najmniej dwukrotnie więcej.

- **Jeżeli nie zmieni się kwestia finansowania, to jak wyobraża sobie Pan tę rzeczywistość po 9 października? Przychodzi pacjent, chce mieć ładną plombę...**

Ja sobie wyobrażam, że będzie tak samo. Cierpliwość lekarzy dentyków jest też ograniczona, oni też protestują, mamy różne spotkania, oni proponują metody, które miałyby wpłynąć na decydentów, żeby ta sprawa została zauważona. Inne działy medycyny rozwijają się i są w tej chwili lepiej finansowane. Ja się zgadzam, że 60 proc. pacjentów stomatologicznych chodzi do gabinetów prywatnych, ale przychodzą ciężkie czasy, idą w górę nośniki energii i myślę, że będzie też odwrót pacjentów, których nie będzie stać na wizyty prywatne, tylko będą korzystać z gabinetów w ramach NFZ. Dlatego tu powinna być zrobiona naprawa duża korekta finansowa. ■

Wspominamy wielkopolskich dentystów

Dr med. dent. Anna Magas (1924–2011)

Podzielę się z Państwem osobistym wspomnieniem o niezwykłej Osobie, jaką była dr n. med. w dziedzinie stomatologii Anna Magas z domu Solawa. Artykuł o Niej napisały panie Maria Kobyłańska i Honorata Shaw w kwietniu 2011 r., po śmierci Pani Doktor. Ponieważ jest to artykuł spod znaku „nic dodać, nic ująć”, opublikowany przez dr. Andrzeja Baszkowskiego w Biuletynie WIL w kwietniu 2011 r., proszę, aby zechcieli Państwo do niego zajrzeć. Była tak niezwykłą i ujmującą osobowością, że wielu z nas uważa się ciągle za Jej uczniów. Była nauczycielem akademickim w Klinice Stomatologii Zachowawczej, potem Klinice Stomatologii Zachowawczej i Periodontologii od ukończenia studiów do 1992 r. Pierwszy i najważniejszy opiekun koła naukowego, przewodnicząca Koła Stomatologii Zachowawczej i Periodontologii PTS, inicjator corocznych wyjazdów studenckich do Szpitala Chirurgii Plastykcznej, inicjatorka wielu dodatkowych, bardzo energicznych, działań z zakresu profilaktyki chorób błon śluzowych i przyzębia. Była dobrym duchem kliniki, wiedziała wszystko o wszystkich, знаła pół Poznania, a drugie pół znała Ją. Nie pozostawiła nikogo bez pomocy, uczyła nas bardzo eleganckiego podejścia do pacjenta, delikatnego dotyku podczas badania, posiadała ogromną wprawę i talent. Klinika Stomatologii Zachowawczej dzięki Jej uporczywym staraniom stała się wykonawcą badań laboratoryjnych i klinicznych produkowanych przez poznańską Lechię past do zębów. Do dziś możemy spotkać na rynku pierwszą w dawnych demoludach pastę do zębów z fluorem Colodent, na bazie krzemionki koloidalnej. Był to produkt całkowicie oryginalny, receptura opracowana w Laboratorium Badawczym Lechii przy współpracy prof. Marii Kobyłańskiej i Anny Magas. Past było potem więcej, z mniejszą zawartością fluorku sodu dla dzieci, szereg past z dodatkiem ziół i środkami odkażającymi, w tym sangwinaryną i triklosanem, a także pasta o właściwościach remineralizujących szkliwo. Przechodziły wszystkie niezbędne badania laboratoryjne, badanie surowców ściernych w mikroskopie elektronowym, ocenę ścierania powierzchni szkliwa przy niezliczonej ilości posuwów w specjalnej konstrukcji symulującej rękę ludzką szczotkującą zęby przez wiele dni, szereg badań koniecznych dla produktu niebędącego lekiem, lecz wyrobem medycznym, z badaniami cytotoxycywności na kulturach komórek, a także badaniami wpływu szczotkowania na błonę śluzową zwierząt doświadczalnych. Po badaniach laboratoryjnych następowało badanie kliniczne z zastosowaniem kilku wskaźników i badaniem cytologicznym. W latach 90. dawna Nivea-Lechia, zamieniona w Beiersdorf, zaprzestała produkcji past do zębów. Metodyka badania past była zgodna ze wskazaniem FDI i ADA, szczególnie przestrzegana i konsultowana przez producentów od lat 40. XX w. Jednym z poznańskich konsultantów był prof. Volpe z USA (to były szef Laboratorium Badawczego Colgate), drugim prof. Gjermo z Oslo. Napisa- nie, że procedury badania past do zębów nie są szczególnie opisane i brak szczegółowych w tej dziedzinie wytycznych, byłoby nieprawdopodobną gafą i nie wierzę, że to przeczytałam w poznańskim „Dental Forum”. Wystarczyło wziąć do ręki „The Journal of Clinical Dentistry”, który wydał kilka-

naście suplementów na temat past do zębów. Chciałoby się powiedzieć... Gdyby nie pasty do zębów z poznańskiej Lechii w stanie wojennym, po nałożeniu sankcji, nie byłoby w Polsce czym myć zębów, jakkolwiek próby z pastami na bazie kredy janikowskiej (kreda sokalska i krzemionka koloidalna nie były dostępne) były zdecydowanie nieudane z powodu złej jakości surowca ściernego – zbyt duże i ostre kryształki powodowałyby abrazję szkliwa. Ogromne znaczenie w edukowaniu społeczności dużych zakładów pracy, w tym Huty Aluminium w Poznaniu i Zakładów Fosforowych w Luboniu, to także domena działań dr Anny Magas. Klinika Stomatologii Zachowawczej i Periodontologii współpracowała wówczas z Katedrą Laryngologii kierowaną przez prof. Szmeję i Kliniką Dermatologii w Szpitalu MSW kierowaną przez doc. Sowińskiego. Huta Aluminium w Koninie, na szczęście zamknięta przed laty, posiadała Dział Elektrolizy – ogromną halę, w której powstawały gąski aluminium. Nie wolno nam było tam wchodzić, lecz robotnicy spędzali w niej 6 godzin. Osoba stojąca w drzwiach hali miała widoczność w głąb na mniej więcej 2 m i osiadał na niej ciemnoszary pył. Pył osiadał na śluzówce nosa i jamy ustnej, powodując stany leukoplakii, preleukoplakii, a także niestety raka płaskonabłonkowego policzków, języka i krtani. Po wyjściu z hali robotnicy przechodzili przez obowiązkową kąpiel, mieli indywidualne nakładki do hydroterapii, a właściwie waterpik w kształcie nakładki do wybielania zębów, połączonej z wężem doprowadzającym płukanek. Było też stanowisko do inhalacji. I wszystko byłoby dobrze, gdyby nie to, że pod hutą czekały autobusy rozwożące pracowników po okolicy. Znikali po cichutku, bo przecież zjedli śniadanie na kolację, wstali o 3.00 itd., jak w pieśni Barda. Przedstawialiśmy wyniki tych badań na Kongresie IADR w Nicei w 1998 r. – w jednej z tabel widniała grupa ponad 100 osób odsuniętych od pracy w hali elektrolizy na polecenie prof. Szmei albo dr Anny Magas. Praca cieszyła się zainteresowaniem od Aarhus po Szanghaj – pytania brzmiały: W jaki sposób odsunęliście tych ludzi od pracy? Dyrektor wziął listę i po prostu ich przeniósł na inne stanowiska... Niemożliwe, przecież zaczęli mniej zarabiać. Tak, lecz wówczas lekarze mieli autorytet i nikt nie odważył się dyskutować z Profesorem na temat leczenia raka krtani. Dyskusja z naszą Hanią w ogóle nie miała sensu. Pani Doktor była bowiem pracholizką sypiącą z rękawa problemami, nad którymi trzeba zacząć pracować natychmiast. Miałyśmy metodę przeczekania – może Hani przejdzie albo zapomni... Nie zapomniała nigdy. Wkraczała rano: Zrobiła Pani te fotografie? Kiedy boję się histologii, bo oni tam przepytują się podczas śniadania... (słowo daję – prof. Malendowicz tak robił – stąd zapewne tytu profesorów wywodzi się z histologii z embriologią). Szczurki wyszczotkowane? Nie. To czemu tu jeszcze siedzicie?

Wzwana na pomoc do rodzącej „naszej pielęgniarce” Pani Doktor włożyła w pośpiechu jeden bucik żółty, drugi czerwony, zrugła przez telefon prof. Słomkę „na wszelki wypadek” i kazała mu wracać na Polną szybciej... Dzieciak udał się nadzwyczajnie. Współpracowała ze wszystkimi, będąc dobrym duchem i niesamowitym wsparciem dla swojej przyjaciółki, prof. Kobyłańskiej, i dla nas wszystkich. Zwykle raz w tygo- ▶

► dniu przepytowała wszystkich: „A co wreszcie z tym doktorem?” i mówiła: „To ja panią umówię ze Staszkiem (chemikiem, prof. Magasem), żebyście tam bzdur z tym Gawęckim (Janem, profesorem z żywienia człowieka) nie wypisywali”. A profesor czytał, oświadczając: „Rozumiem, że Haneczka nam nie przeszkadza”. Nie ma Pana Profesora, nie ma naszej Hani, nie ma też piętra domu przy Cytadeli, w którym mieszkali.

Nigdy nie zostawiła pacjenta bez pomocy, wykorzystywała swoich kolegów i koleżanki ze studiów, a ponieważ była pierwszym powojennym rocznikiem medycyny, znała ich dobrze – a było kogo znać. Posiadała ogromną wiedzę i pamiętam, jak było Jej przykro, gdy specjalizację z periodon-

tologii uznano tylko profesorom. Pozostała przy zachowawczej, zawsze proszona przez utytułowanych specjalistów o poświęcenie się pacjentowi. Nigdy nie odmówiła, komentując ewentualnie: „Bardzo prawdopodobne starcze zmiany w mózgu” lub wzdychała: „Stu profesorów i Ojczyzna stracona”.

Kochana Doktor Hania, potem już Hania spędziła 40 lat na stojąco, w hałasie powodowanym przez 12 foteli starego typu, 12 studentów i 12 pacjentów na sali zabiegowej na Święcickiego. Niestety cierpiała z powodu bardzo skomplikowanych problemów z układem żylnym nóg, który nawet Ją pokonał.

ANNA KURHAŃSKA-FLISYKOWSKA

WE WRZEŚNIU 2022 R., W DZIEŃ POGRZEBU KRÓLOWEJ ELŻBIETY II

Dyplomatorium Wydziału Lekarskiego



10 września odbyła się w Auli Uniwersyteckiej – pierwszy raz po dwuletniej przerwie – uroczystość absolutoryjna Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Uroczystości przewodniczyła prorektor prof. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz, która wygłosiła niezwykle porywające przemówienie, a także dr hab. Maciej Cymerys, dziekan Wydziału Lekarskiego, który także ujmował absolwentów, gości oraz obecnych pracowników Uniwersytetu Medycznego swoją postawą. W opinii wielu osób przez atmosferę tego uroczystego spotkania wybrzmiewały nuty wagi chwili, rozpoczęcia zawodowej drogi ponad 400 medyków. W wystąpieniach pojawiały się najważniejsze i najbardziej wyraziste wyzwania stojące przed młodymi lekarzami.

Niech skrzydła młodości niosą Was na wyżyny doskonałości. Doskonałości wyrażonej umiejętnością połączenia tego, co z pozoru do połączenia wydaje się nie być. Miejcie odwagę trwać w prawdzie, eksponować ją, ale bez zarozumiałości. Bądźcie skromni, ale bez afektywności. Dynamiczni, ale równocześnie spokojni. Umiejcie ciężko pracować, ale i dobrze wypoczywać. Bądźcie wyrozumiali, ale nie pobłażliwi. A przede wszystkim bądźcie otwarci na drugiego człowieka,

bo stoicie w przededniu, u progu wykonywania zawodu, który jak wielokrotnie usłyszycie, jest najpiękniejszym zawodem świata. Ale po latach pracy w tym zawodzie wiem, że lekarzem się nie bywa, nie można tego zawodu zamknąć w szafie z kitem, zostawić w murach szpitala czy poradni, lekarzem się po prostu jest. To jest nasze życie – podkreślała w swojej przemowie prof. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz.

Dr Jan May, absolwent: *Była to piękna uroczystość, zwińczająca 6 wspólnych lat. Okazja do podsumowania wszystkich radosnych chwil: czy to po zdaniu trudnego egzaminu, czy po ustaleniu dobrej diagnozy i pomocy pacjentowi. Bywały też chwile gorsze, ale stanowiły one cenną naukę na przyszłość, a nie powód do smutku. Tym, co wspominam z największą radością, byli, siedzący ze mną na auli, koledzy i koleżanki. Wśród nich wiele wspólnych osób, z których część mam zaszczyt nazywać przyjaciółmi. Ich towarzystwo w tym dniu było dodatkowym przypomnieniem, jak ważny jest drugi człowiek zarówno w życiu prywatnym, jak i zawodowym.*



Prof. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz

Dr Zuzanna Kwias, absolwentka: *Podczas dyplomatorium wraz z Szymonem mieliśmy zaszczyt być konferyansjerami tej doniosłej uroczystości. Zaangażowanie w organizację tego typu wydarzenia było ciekawym wyzwaniem zarówno logistycznym, jak i emocjonalnym – to my jako pierwsi mogliśmy oficjalnie wyczytać nasze koleżanki i kolegów z tytułem lekarza przed nazwiskiem. Jestem szczęśliwa, że mogłam z bliska obserwować emocje towarzyszące im wszystkim w momencie odebrania dyplomu ukończenia studiów.*

Zyczymy absolwentom spełnienia się w swoim życiu zawodowym i osobistym. Witamy w naszym wielkopolskim gronie.

SZCZEPAN COFTA

Ivo Domagała
doktorant w Klinice
Ortodoncji i Wad
Rozwojowych Twarzy



Narodowy Fundusz Zmartwień

Refundacja świadczeń z zakresu stomatologii w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia – jest. Czy sposób jej zorganizowania i finalna forma pozostawia wiele do życzenia? Nad tym złożonym problemem chciałem się pochylić swoimi przemyśleniami w poniższym artykule. Poruszę jedynie wierzchołek góry lodowej, przeciwieście kompleksowa analiza problemu starczyłaby na popołnienie kilku jakże dramatycznych tomików poezji. Napisano i powiedziano przeciwieście już tak wiele o tym, jak bardzo Narodowy Fundusz Zdrowia ma niedoszacowane procedury, że wachlarz procedur jest wysoce oszczędny, a sposób organizacji chaotyczny. Mimo wszystko cały czas trzeba o tym pisać i ciągle powtarzać, aby może coś w tej kwestii się zmieniło.

Na wstępie postawię ryzykowną tezę: praca w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia jest dla wielu lekarzy dentyków trudna etycznie. Państwo zmusza nas, lekarzy, do oferowania nieoptymalnego sposobu leczenia. W ramach NFZ koszyk świadczeń umożliwia leczenie kanałowe od kła do kła, a w przypadku bólu przedtrzonowców i trzonowców jedyną refundowaną procedurą u dorosłych jest ekstrakcja. Protezy – tylko osiadające, o protezach szkieletowych będących o niebo lepszą alternatywą można zapomnieć, nie wspominając już o takich luksusach jak korony, mosty protetyczne czy wszczepy dentyckie, potocznie nazywane implantami. Aparat ortodontyczny? Oczywiście, ale tylko wyjmowany i do 12. roku życia. Oczywiście na kontrakcie specjalistycznym. Same w sobie te aparaty są bardzo dobre, ale czas leczenia nimi jest za bardzo ograniczony. Szeroko rozumiane aparaty stałe przysługują tylko w ramach programu rozszczepowego. Dlaczego nasi bliscy nie zasługują na pełen koszyk świadczeń? Wiadomo, że ten z założenia musi być ograniczony, ale przy budżetowaniu przez fundusz 70 zł na osobę na rok na opiekę stomatologiczną, biorąc pod uwagę komercyjne stawki na wypełnienie, trzeba by czekać 4 lata. Oczywiście Narodowy Fundusz Zdrowia płaci ułamek tej ceny za wypełnienie. Dokładnie 38 punktów za wypełnienie powierzchni, co odpowiada ok. 44 zł. Ta sama procedura wykonana komercyjnie kosztuje 200–300 zł. Niech się zatem nikt nie dziwi, że liczba gabinetów realizujących kontrakt z NFZ spada.

Gabinety to lekarze dentyści – doświadczeni, ale i młodzi, którzy na uczelniach, a potem wielu drogich kursach poznają coraz to nowocześniejsze metody leczenia. Jest to zwyczajnie frustrujące posiadać wiedzę i umiejętności, by zaoferować procedurę X^2 pacjentowi, ale państwowy płatnik refunduje tylko \sqrt{X} . Od października w koszyku świadczeń pojawiają się „białe plomby” we wszystkich zębach, tylko do

dziś nie wiadomo, z jakiego materiału mają być wykonane. Wydaje się niemożliwe, żeby wypełnienia kompozytowe światłoutwardzalne były opłacalne przy takich wycenach świadczeń, a nawet ewentualna obiecująca waloryzacja w mojej opinii jest zbyt mała. Cieszymy się na tę waloryzację, ale chyba na zasadzie wolno gotowanej żaby. Było tragicznie, a będzie tylko źle. Należą się słowa uznania przy tej okazji dla kolegów, którzy wywalczyli tę waloryzację – wielka sprawa. Uważam, że nasze środowisko powinno nie ustawać w wysiłkach o zwiększenie koszyka świadczeń, jak i wysokości ich wyceny. Nie dotyczy to oczywiście tylko stomatologii, ale jest to jeden z bardziej jaskrawych przykładów niedoszacowania procedur i bardzo okrojonych możliwości terapeutycznych. Mówi się, że „fotelogodzina” pracy wynosi ok. 120 zł, czyli tyle kosztuje godzina pracy gabinetu. Jak ma to pokryć 12 zł oferowane przez NFZ za przegląd jamy ustnej, nawet przy założeniu czterech wizyt na godzinę?

Protetyka w ramach publicznej opieki zdrowotnej jest zaprzeczeniem samej siebie. Protetyka stomatologiczna to przeciwieście królowa stomatologii; to, z czym wielu ludzi kojarzy dentykę, ze „wstawianiem” zębów. Dziedzina stomatologii, która ma do zaoferowania tyle procedur, multum możliwości leczniczych, wiele protez ruchomych, stałych, odbudowujących pojedyncze braki zębowe, mnogie, rehabilitujące cały narząd żucia, lecząca staw skroniowo-żuchwowy, poprawiająca funkcje i estetykę. W koszyku świadczeń tymczasem są *de facto* trzy (!) procedury: proteza osiadająca częściowa, całkowita i podścielenie protezy. Po co w takim razie te wszystkie książki, ta pasja lekarzy do niej i fascynacja pacjentów jej efektami? Nie oczekuję refundacji licówek, ale korony, mosty i protezy szkieletowe powinny być refundowane. To nie jest fanaberia stomatologów, a rzeczywiste potrzeby ludzi. Skoro udało się znieść kolejki na operację zaćmy i pacjenci już mogą widzieć, co jedzą, to może jeszcze uda sprawić, aby mieli czym. Żeby nie tylko wyglądali ładnie na zdjęciu, ale żeby mogli pogryźć to, na co mają ochotę w konsystencji normalnej, a nie przepuszczonej przez mikser. Ograniczy się w ten sposób niedożywienie starszych osób. Nie wspominam już o leczeniu ortodontycznym dzieci, ale to już chyba nawet nie wymaga przekonywania nikogo. Skoro mamy pieniądze na wszystkie pakiety socjalne, to byłoby dla wszystkich lepiej, jakby w budżecie znalazło się jeszcze trochę pieniędzy na zdrowie, w tym na stomatologię. Skoro koledzy obrali już właściwy kurs, to wspierajmy i sami działajmy dla dobra zdrowia publicznego i zdrowia naszych pacjentów. ■



Bartosz Pawelczyk

PIGUŁKA PRAWNA

„Projekt Bora-Bora” – czyli nagroda za lata ciężkiej pracy



Krzysztof Kozik

W naszej kancelarii projekty związane ze sprzedażą firm medycznych zwykliśmy określać zbiorczą nazwą „Projekt Bora-Bora”. Ta egzotyczna wysepka na Oceanie Spokojnym jest bowiem symbolem zasłużonego odpoczynku po wielu latach ciężkiej pracy dotychczasowego właściciela. Niejednokrotnie spotykamy się z dużym zdziwieniem, gdy rozmawiając z lekarzami – właścicielami podmiotów leczniczych o ich planach na przyszłość firmy, wspominamy, że ich placówka to przecież aktywny biznes, który generuje dochody i stanowi obiekt pożądania na rynku inwestorów poszukujących działających gabinetów. Warto sobie uświadomić, że firma z kilku-, a nawet kilkunastoletnią historią to dobrze naoliwiona maszyna, której nie da się zbudować z dnia na dzień. Przypomnijcie sobie Państwo, ile czasu, pieniędzy i serca włożyliście w rozwój swojego podmiotu. Wspomnijcie wyszukiwanie dobrego adresu, wyposażanie gabinetów, zatrudnianie pracowników, analizę wciąż zmieniających się przepisów, pozyskiwanie pacjentów i mnóstwo innych działań, które na przestrzeni lat podjęliście, aby placówka działała w dzisiejszym kształcie. Inwestorzy mają tego pełną świadomość i są gotowi za podmiot zapłacić często bardzo rozsądną cenę. Co więcej, z uwagi na niedobory kadry medycznej, praktycznie w każdym przypadku proponują dotychczasowym lekarzom – właścicielom, aby pozostali w podmiocie i nadal leczyli pacjentów za rynkowe honorarium.

Przyczyny sprzedaży placówki

W naszej praktyce najczęściej spotykamy się z transakcjami sprzedaży placówki medycznej w sytuacji, gdy właściciele są w wieku okołoemerytalnym i planują zrezygnować z dalszej pracy lub istotnie ograniczyć swoje zaangażowanie. Drugim częstym powodem jest chęć powrotu do korzeni, czyli odzyskanie czasu na to, aby poświęcić go pacjentom, a nie kwestiom administracyjnym i zarządczym. Zdarzają się również inne powody, takie jak pogorszenie się stanu zdrowia właściciela, które uniemożliwia dalsze prowadzenie biznesu, lub spór wspólników, którzy nie są w stanie już razem prowadzić spółki medycznej. Jednak niezależnie od przyczyn sprzedaż placówki prawie zawsze jest lepszą alternatywą niż jej likwidacja. Po pierwsze placówka dalej istnieje, tym samym pacjenci mają zapewnioną opiekę, a personel miejsca pracy. Po drugie w razie sprzedaży otrzymujemy zapłatę, a likwidacja to same koszty. Po trzecie sprzedaż nie wymaga przeprowadzenia wielu czynności związanych z likwidacją, takich jak m.in. przeprowadzenie postępowania likwidacyjnego, sprzedaż aktywów, zwolnienie personelu, dopełnienie wielu formalności w różnych urzędach, przechowywanie dokumentacji medycznej przez wiele lat po zlikwidowaniu podmiotu.

Jak to wygląda w praktyce?

Jak z każdym przedmiotem wystawianym na sprzedaż warto najpierw o niego zadbać, aby był jak najbardziej

atrakcyjny w oczach kupującego. Przede wszystkim warto uregulować wszystkie kwestie urzędowe, w tym sprawdzić, czy nie występują jakiegokolwiek zaległości na rzecz Urzędu Skarbowego czy Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (aktualne zaświadczenie o niezaleganiu wobec tych instytucji zawsze jest wymagane przez kupujących). Jeżeli jakieś obszary stanowią zarzewie potencjalnego konfliktu (np. spór z pacjentem lub pracownikiem), najlepiej rozwiązać go na drodze ugodowej jeszcze przed rozpoczęciem rozmów z potencjalnymi nabywcami. W dalszej kolejności należy rozpocząć poszukiwanie chętnych – im więcej ich się pojawi, tym lepsze warunki transakcji będzie można negocjować. Gdy na horyzoncie pojawią się już inwestorzy, zalecamy podpisać umowę o zachowaniu poufności (ang. NDA) przed ujawnieniem wrażliwych danych na temat placówki. Następnie inwestor dokonuje audytu (*due diligence*) obejmującego w szczególności kwestie prawne, finansowe, medyczne i pracownicze. Dopiero po uzyskaniu wyników tego audytu ma pełny obraz podmiotu i może sformułować ostateczną ofertę kupna. W naszej praktyce często zdarzało się, że początkowo deklarowana cena, jaką proponował inwestor, różniła się (na niekorzyść) od tej zaproponowanej po *due diligence*. Dlatego też tak istotne jest, aby do transakcji przystępować z firmą „wyczyszczoną” ze spraw, które mogą rodzić jakieś ryzyko dla inwestora, a tym samym stanowić dobry argument do obniżenia ceny. Kiedy strony dojdą do porozumienia co do ceny, następuje etap negocjowania innych postanowień, jakie znajdują się w umowie (o tym za chwilę). Dopiero kiedy strony porozumieją się w tych obszarach, dochodzi do sprzedaży lub czynności ją poprzedzających, a niezbędnych do tego, aby doszło do transakcji, np. warunkiem sprzedaży może być przekształcenie się przedsiębiorcy wpisanego do Centralnej Ewidencji i Działalności Gospodarczej w spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością, tak aby nabywca kupił udziały w spółce z o.o. Oczywiście jeżeli placówka jest stroną umowy z NFZ, nabywcy zależy, aby kontrakt przeszedł na niego w wyniku transakcji i trzeba wybrać taką ścieżkę, która umożliwi dopuszczalność takiego transferu.

Cena jest najważniejsza! Czyżby?

Na pierwszy rzut oka wydawać by się mogło, że skoro strony doszły do porozumienia w zakresie ceny, nie pozostaje nic innego jak podpisanie umowy. Rzeczywistość jest jednak dużo bardziej skomplikowana i już na wczesnym etapie negocjacji warto doprecyzować inne elementy umowy. Obok kwoty zasadne jest ustalić, jak będzie ona płatna – jednorazowo, w ratach czy może dopiero po spełnieniu określonych warunków. Jeśli płatność nie następuje w dniu transakcji, sprzedający powinien zatroszczyć się o zabezpieczenie zapłaty ceny. Zabezpieczenie powinno dawać gwarancję, że kupujący wywiąże się ze swoich zobowiązań terminowo. Może to być weksel, poddanie się egzekucji w akcie notarialnym lub obciążenie

zenie hipoteką nieruchomości należącej do nabywcy. Modeli zabezpieczeń jest wiele, dlatego należy je dobrać odpowiednio do konkretnego stanu faktycznego, aby były niskokosztowe, mało sformalizowane i dawały sprzedającemu poczucie bezpieczeństwa. O ile sprzedającemu zależy na otrzymaniu zapłaty, o tyle kupujący oczekuje, że po zakupie nie spotkają go w podmiocie niemiłe niespodzianki. Dlatego też nabywcy nalegają, aby dotychczasowi właściciele w umowach sprzedaży oświadczyli, iż stan firmy jest dobry, a o wszelkich sytuacjach mogących zaniżyć cenę zostali już poinformowali na etapie audytu (np. o toczących się lub potencjalnych sporach z pracownikami lub pacjentami). Regułą jest, że prawdziwość tych oświadczeń jest zabezpieczona karami umownymi, które sprzedający będzie musiał zapłacić na rzecz nabywcy, jeżeli okażą się nieprawdziwe. Takie kary często są bardzo dotkliwe, dlatego tak istotne jest, aby zapisy ich dotyczące były przemyślane i precyzyjne. Nie bez znaczenia pozostają również

zasady zatrudnienia dotychczasowych właścicieli, którzy nadal będą leczyć w placówce już po transakcji. Dotyczy to nie tylko zasad wynagradzania, ale również odpowiedzialności za błędy w sztuce czy zasad rozwiązania umowy.

Podsumowanie

Reasumując: sprzedaż placówki to dobry pomysł, dzięki któremu można osiągnąć kilka celów na raz – zachować ciągłość istnienia podmiotu, zmienić zasady swojego zaangażowania w pracę, uzyskać zastrzyk gotówki lub przejść na emeryturę. Procesy sprzedaży placówki w praktyce trwają kilka miesięcy, ale efektem całego procesu mogą być zadowolone wszystkie strony, w tym pacjenci.

Krzysztof Kozik – radca prawny

e-mail: k.kozik@pawelczyk-kozik.pl

dr n. prawn. Bartosz Pawelczyk – radca prawny

e-mail: b.pawelczyk@pawelczyk-kozik.pl

Z MEDYCZNEJ WOKANDY

Wymiar kary w ramach odpowiedzialności zawodowej lekarzy



Jerzy Sowiński



Jędrzej Skrzypczak

Katalog kar, po które może sięgnąć sąd lekarski, określony jest w art. 83 ustawy o izbach lekarskich. Przypomnijmy, iż obecnie można rozważać zastosowanie jednego z poniższych środków: 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 oraz pozbawienie prawa wykonywania zawodu. Niemniej ani Kodeks etyki lekarskiej, ani ustawa o izbach lekarskich nie określa, która z tych kar może grozić za popełnienie konkretnego przewinienia zawodowego ani w jakim wymiarze. Podano tylko przy karach zakazowych minimalny i maksymalny wymiar. W Kodeksie karnym z kolei każdy z czynów zabronionych wskazuje, jaką sankcję może zastosować sąd. Przykładowo w przypadku zabójstwa, a więc czynu opisanego w art. 148 § 1 kk grozi kara pozbawienia wolności na czas nie krótszy niż lat 8, 25 lat pozbawienia wolności albo dożywotniego pozbawienia wolności. Natomiast w przypadku odpowiedzialności zawodowej lekarzy, w każdej sprawie sąd lekarski może wymierzyć teoretycznie każdą nich, tj. albo upomnienia, albo pozbawienia prawa wykonywania zawodu. Dlatego chcemy kolejny raz powrócić do kwestii dyrektyw wymiaru kar przez sądy lekarskie, posługując się konkretnym kazusem. Pretekstem niech będą wywoływy Sądu Najwyższego zaprezentowane w wyroku z dnia 3 grudnia 2020 r. (I KK 78/20, LEX nr 3276188). Jeden z sądów lekarskich uznał lek. R.G. winnym popełnienia zarzucanego mu czynu, polegają-

cego na wydawaniu zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy ZUS ZLA w okresie od września 2017 r. do lutego 2018 r., bez posiadanych uprawnień, które utracił na mocy decyzji ZUS Oddział w G. w dniu 15 marca 2017 r., wymierzył mu karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu na okres dwóch lat oraz obciążył kosztami postępowania w sprawie. Jak można było się spodziewać, orzeczenie zaskarżył obwiniony. Naczelny Sąd Lekarski utrzymał w mocy orzeczenie sądu I instancji. Następnie kasację na korzyść lek. R.G. wywiódł jego obrońca. W ocenie SN wniesiona przez obrońcę kasacja zasługiwała na uwzględnienie w kontekście wniosku o uchylenie zaskarżonego orzeczenia w części rozstrzygnięcia o karze. Jak podkreślono w uzasadnieniu wyroku, ugruntowane jest stanowisko, że o niewspółmierności kary w rozumieniu art. 96 ust. 1 zd. 2 ustawy o izbach lekarskich można mówić wówczas, gdy między karą wymierzoną a karą sprawiedliwą, jaką należałoby orzec w następstwie prawidłowego zastosowania dyrektyw wymiaru kary, zachodzi rażąca dysproporcja. Sąd lekarski, wymierzając karę lekarzowi lub lekarzowi dentyście, zobowiązany jest, 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 będzie ona 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 w ramach prewencji generalnej. ►

► Zdaniem SN powyższym obowiązkom Naczelny Sąd Lekarski w niniejszej sprawie nie sprostał, albowiem zbyt mało uwagi poświęcił nie tylko kwestii rodzaju i wysokości kary orzeczonej wobec lek. R.G., ale i okolicznościom uzasadniającym jej wymiar (obciążającym i łagodzącym). Wynikało to z jednostronnej oceny, polegającej na uwzględnieniu wyłącznie aspektów osadzonych w ramach prewencji indywidualnej (co *nota bene* zostało zdaniem SN dokonane przez sądy obu instancji). Stąd też SN stwierdził, że owa ocena prowadziła w konsekwencji do chybionego wniosku, że orzeczona kara w odczuciu społecznym nie może być traktowana jako nadmiernie surowa. Jak wyjaśnił SN, aby kara została uznana za sprawiedliwą i zgodną z dyrektywami jej wymiaru, należy wszakże w akcie wymiaru kary m.in. uwzględnić okoliczności zarówno obciążające, jak i łagodzące, w przyzmacie prewencji indywidualnej, ale i ogólnej. SN zauważył nadto, że przyjęta w art. 83 ust. 1 ustawy o izbach lekarskich kolejność kar nie jest przypadkowa. Kary te zostały bowiem wymienione w kolejności od najłagodniejszej do najsurowszej. Mamy tu więc do czynienia z gradacją kar. W świetle powołanej regulacji SN ocenił, że zaistniała w tym przypadku rażąca rozbieżność odnośnie do surowości kary wymierzonej obwinionemu za przypisane mu przewinienie. Zresztą trudno nie zgodzić się z SN, zważywszy, jak surową karę zastosowano. Jak wskazał SN, sąd I instancji, za akceptacją sądu odwoławczego, wymierzył lek. R.G. przedostatnią karę pod względem surowości, w postaci zawieszenia prawa wykonywania zawodu. Nie wskazał jednak, z jakich przyczyn uważa, że inne kary, o charakterze łagodniejszym (w tym zwłaszcza kara pieniężna), nie będą wystarczające. SN podkreślił przy tym, że kara zawieszenia wykonywania zawodu nie tylko pozbawia obwinionego możliwości wykonywania zawodu (*in casu* na okres lat dwóch), ale powoduje nadto inne konsekwencje (powołano tu instytucje prawne opisane w art. 14 ust. 4 pkt 1 i ust. 5 pkt 4; art. 15 ust. 1 pkt 5; art. 108 ust. 1 i ust. 3 ustawy o izbach lekarskich). Dlatego SN konkludował, że to wręcz wymusza obowiązek wnikliwie-

go uzasadnienia wszelkich aspektów implikujących jej wymiar, a więc zarówno okoliczności o charakterze przedmiotowym, jak i podmiotowym. Tymczasem zdaniem SN sąd I instancji okoliczności te ujął za ledwie w jednym, skądinąd dość lapidarnym zdaniu. Wskazał, że „zastanawiając się nad wymiarem kary obwinionemu, Sąd lekarski WIL miał na uwadze jego lekkomyślne postępowanie świadczące o źle rozumianej koleżeńskości życzliwości jako lekarza i świadome łamanie przepisów prawa”. Sąd odwoławczy z kolei po pierwsze uznał za wymierzoną w oparciu o te podstawy karę za współmierną do wagi i charakteru popełnionego przewinienia zawodowego, a po wtóre powody, które skłoniły sąd I instancji do jej wymierzenia, uznał za prawidłowo przedstawione. Dlatego też okoliczności te, w przyzmacie podniesionego zarzutu kasacyjnego, nie mogły stanowić podstawy do uznania przez Sąd Najwyższy, że orzeczona wobec lek. R.G. kara jest sprawiedliwa i wymierzona prawidłowo. Przeciwnie – jak kategorycznie stwierdził SN – wiodły jednoznacznie do wniosku, że mamy do czynienia z karą o charakterze niewspółmiernym. Wyjaśniono tu, że kara współmierna, a więc sprawiedliwa, będzie takową tylko wówczas, gdy przy jej wymierzeniu uwzględnione zostaną wszystkie okoliczności nieobojętne dla jej rodzaju i wymiaru.

Po takim jednoznacznie krytycznym stanowisku SN można tylko stwierdzić, że sąd lekarski, wymierzając karę, dysponuje pełną wolnością, ale nie dowolnością w tym zakresie. Z każdej decyzji sąd lekarski powinien się dokładnie „wypowiadać” oraz precyzyjnie, a nie lakonicznie uzasadnić, dlaczego zdecydował się na zastosowanie takiej a innej sankcji. Zatem dobre uzasadnienie orzeczenia OSŁ powinno koncentrować się nie tylko na opisie stanu faktycznego, który ustalono w toku postępowania, ocenie dowodów, rozstrzygnięcia co do winy i podstawy prawnej, ale także odnośnie do wyboru i wymiaru zastosowanej kary. Jest to w tym przypadku tym istotniejsze, że – jak już wyżej wspomniano – w każdej sprawie można orzec każdą z sankcji wskazanych w art. 83 ustawy o izbach. ■

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 źródeł i e-serwisów. (o-ap)

Minister zapowiedział

Od października zwiększymy wyceny w nocnej i świątecznej opiece medycznej, izbach przyjęć i ratownictwie. Do szpitali do końca czerwca 2023 r. trafi dodatkowo 1,5 mld zł – zapowiedział w Karpaczu minister zdrowia Adam Niedzielski. Nowe stawki są związane z wejściem w życie od 1 lipca ustawy o minimalnych wynagrodzeniach w podmiotach leczniczych, która przewiduje, że gwarantowany poziom najniższych wynagrodzeń wzrośnie z 17 proc. do 41 proc. Dyrektorzy szpitali zaalarmowali jednak, że nowa wycena świadczeń nie wszystkim podmiotom zagwarantuje sfinansowanie podwyżek w ochronie zdrowia. Po otrzymaniu aneksów do umów z Narodowym Funduszem Zdrowia nie

mają pieniędzy na podwyżki. Narodowy Fundusz Zdrowia poinformował, że przekaże dodatkowe 350 mln zł na sfinansowanie podwyżek minimalnych wynagrodzeń w szpitalach.

Mamy pewną siłę

21 wybitnych osobowości świata medycznego powołanych zostało do Rady Ekspertów utworzonej przez Naczelną Radę Lekarską podczas dzisiejszego posiedzenia. Założeniem tej inicjatywy jest merytoryczne wzmocnienie głosu środowiska lekarskiego i działań samorządu związanych z ulepszeniem polskiego systemu ochrony zdrowia oraz propagowaniem aktualnej wiedzy medycznej i opartych na niej rozwiązań. Na posiedzeniu NRL prezes Łukasz Jankowski wręczył akty

powołania, następnie odbyła się konferencja prasowa, podczas której omówiono zadania i cele nowej rady. *Czujemy się zaszczyceni, że to wyróżnienie, ale właśnie dlatego, że to nasze środowisko lekarskie nas poprosiło o udział w Radzie Ekspertów. My każdego dnia w naszej pracy spotykamy się dzisiaj z mnogością spraw, które wymagają różnego rodzaju opiniowania. Proszę zajrzeć do sieci, ile fake newsów się pojawia i jak są demolowane poglądy społeczeństwa przez fałszywe wiadomości. To musi być jakaś siła, która będzie to próbowała wyjaśniać. Wydaje nam się, że Naczelna Izba Lekarska jest najbardziej kompetentną instytucją do tego. My się czujemy tylko jako ci delegaci, którzy będą współpracować z wszystkimi naszymi koleżankami i kolegami ze środowiska, bo na pewno nie na wszystkim się znamy, ale jako całość mamy pewną siłę i myślę, że uda się nam ją wykorzystać dla dobra nas wszystkich* – podkreślał prof. Jacek Wysocki.

(WWW.NIL.ORG.PL)

Ogromny guz

Polscy chirurdzy usunęli największy guz, jaki widziano w polskim szpitalu. Pacjentka, której go „wyłuskano”, wiedziała o jego istnieniu, ale zdecydowała się na zabieg dopiero po dekadzie, gdy uniemożliwił jej chodzenie. Ogromny guz, ważący 42 kg, usunięto w Szpitalu Uniwersyteckim w Zielonej Górze. Podjął się tego szef chirurgii ogólnej i onkologicznej dr hab. n. med. Dawid Murawiec wraz ze swoim zespołem. Operacja trwała 7 godzin, a ubytek krwi sięgał 8 litrów. Kilka dni po zabiegu pacjentka została przekazana na OIOM Oddziału Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej. Tam zjadła pierwszy posiłek po operacji. (WWW.PORADNIKZDROWIE.PL)

Historyczna refundacja

Od września na liście refundacyjnej znajdzie się ok. 4 tys. leków, wśród nich najdroższy lek w leczeniu rdzeniowego zaniku mięśni, Zolgensma. *W 2022 r. polscy pacjenci zyskali najszybszy dostęp do 84 innowacyjnych terapii – 29 w zakresie wskazań onkologicznych, 55 nieonkologicznych, w tym 32 w chorobach rzadkich. To historyczna refundacja – wskazał minister zdrowia. Zolgensma to przełomowy lek, który zmienia życie* – mówił Kacper Ruciński z Fundacji SMA.

Wprowadzanie nowoczesnych technologii jest możliwe dzięki Funduszowi Medycznemu. Roczna refundacja tylko leku Zolgensma wyniesie ok. 300 mln zł. (WWW.MZ.GOV.PL)

Poszybują w górę

Letnia fala zakażeń koronawirusem prawie za nami, ale kolejna przed nami. Podczas rozmowy z ministrem zdrowia, który przybył na XXXI Forum Ekonomiczne w Karpaczu, dowiedzieliśmy się, że za niespełna 3 miesiące słupki covidowe znów poszybują w górę. *Spodziewamy się, że kolejna fala będzie ewentualnie na końcu roku* – stwierdził. Jak dodał, resort przygotowuje się także na „podwójne uderzenie” – grypy i COVID-19. (PAULINA WÓJTOWICZ, WWW.MEDONET.PL)

Już 52 mln zł

Kolejne dwa projekty otrzymały dofinansowanie w ramach Funduszu Przeciwdziałania COVID-19. Umowy zostały podpisane ze: Starostą Obornickim reprezentującym Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Obornikach,

na kwotę 2 675 133 zł. Cel: Przebudowa przyszpitalnego prosektorium poprzez budowę i wyposażenie prosektorium przyszpitalnego, budowę ogrodzenia, budowę miejsca składowania odpadów komunalnych i tworzyw sztucznych; zapewnienie miejsca stacjonowania karettek pogotowia poprzez rozbudowę wiat postojowych; wykonanie niezbędnych prac budowlanych, elektrycznych, sanitarnych oraz zakup wyposażenia prosektorium; dyrektorem Szpitala Powiatowego im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie na kwotę 700 tys. zł. Cel: Zakup aparatu do ultrasonografii i histeroskopu.

(WWW.POZNAN.UW.GOV.PL)

Lista na stronie NFZ

W 2022 r. z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 do wielkopolskich szpitali trafiło ponad 52 mln zł (www.poznan.uw.gov.pl). Od 1 września 2022 r. można zaszczepić się przeciwko grypie na nadchodzący sezon. Zapisy na szczepienie przyjmują placówki medyczne i apteki, które zgłosiły się do akcji szczepień. Ich lista znajduje się na stronie wielkopolskiego oddziału NFZ. *Im ktoś jest starszy, tym bardziej powinien zadbać o szczepienie, ponieważ jest bardziej narażony na ciężki przebieg i powikłania po grypie* – potwierdza prof. Jacek Wysocki, specjalista chorób zakaźnych z Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. *Jednak już dorośli od 50. roku życia są tymi, o których mówi się w kontekście szczepień mniej, a tymczasem przebieg grypy może być u nich poważny. Wśród nich mało kto nie ma stwierdzonej choćby jednej choroby współistniejącej, np. nadciśnienia czy cukrzycy typu II, a mogą one znacząco wpłynąć na charakter grypy* – dodaje profesor.

(WWW.GLOSWIELKOPOLSKI.PL)

Kolejne poradnie

Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia w Poznaniu, wychodząc naprzeciw oczekiwaniom pacjentów, otwiera kolejne Specjalistyczne Poradnie Przyszpitalne. Są to: poradnia hepatologiczna (zajmuje się diagnostyką oraz leczeniem chorób wątroby) i poradnia neurochirurgiczna (zajmuje się diagnostyką i leczeniem chorób układu nerwowego). 1 września 2022 r. uruchomiona została rejestracja do każdej z nich. (WWW.SZPITAL-STRUSIA.POZNAN.PL)

Skuteczniejsza metoda

Zespół naukowców pod kierownictwem dr. hab. Dominika Dytfelda, adiunkta z Katedry i Kliniki Hematologii i Transplantacji Szpiku, w wyniku przeprowadzonych badań zidentyfikował skuteczniejszą metodę leczenia podtrzymującego po autologicznym przeszczepieniu szpiku u chorych na szpiczaka plazmocytoowego. Badanie ATLAS zostało zaprojektowane i przeprowadzone przez Polskie Konsorcjum Szpiczakowe we współpracy z prof. Andrzejem Jakubowiakiem z Uniwersytetu w Chicago, a wzięło w nim udział 159 pacjentów z Polski oraz 21 z USA. Jak podkreśla kierownik zespołu, a jednocześnie prezes Polskiego Konsorcjum Szpiczakowego, badania zostały przeprowadzone pierwszy raz na świecie, spotkały się z dużym zainteresowaniem i uznaniem, co jednoznacznie pokazuje, że polska hematologia nie tylko przyczynia się do polepszenia opieki nad ciężko chorymi onkologicznie pacjentami, ale i jest na najwyższym naukowym poziomie. (WWW.UMPEU.PL)

Europejski Tydzień Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi odbył się już po raz dziesiąty

Idea, która narodziła się w Poznaniu, dziś ma zasięg międzynarodowy i przynosi wymierne efekty – sondaże pokazują znaczny wzrost świadomości zachorowania wśród społeczeństwa. Tegoroczne hasło wydarzenia, które odbyło się w dniach 10–23 września, brzmiało: „Najwyższy czas zrozumieć nowotwory głowy i szyi. Make it, make sense”.

20 września w Bibliotece Raczyńskich w Poznaniu odbyła się konferencja poświęcona podsumowaniu dotychczasowych osiągnięć oraz określeniu dalszych działań mających na celu podnoszenie standardów w leczeniu tej grupy nowotworów w Polsce. W wydarzeniu wziął udział prezes ORL WIL dr n. med. Krzysztof Kordel.

W ramach prowadzonego od 10 lat programu profilaktycznego przebadano już w Polsce blisko 80 tys. pacjentów. To niezwykle ważne, ponieważ aż 60 proc. wszystkich chorych z nowotworem złośliwym głowy i szyi jest diagnozowanych w zaawansowanym stadium choroby, co minimalizuje szanse skutecznej terapii. Jak podkreśla prof. dr hab. n. med. Wojciech Golusiński, kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej Wielkopolskiego Centrum Onkologii i prezes Europejskiego Towarzystwa Nowotworów Głowy i Szyi, kampania opiera się na czterech filarach: podnoszeniu świadomości wśród społeczeństwa na temat wczesnych objawów i czynników ryzyka, edukacji personelu medycznego – by wcześniej wykrywać i leczyć, współpracy z osobami i instytucjami mającymi wpływ na organizację ochrony zdrowia oraz opiece i wsparciu emocjonalnym po zakończeniu leczenia. *Co się wydarzyło przez te dziesięć lat? Co roku przebadanych jest 30 tys. pacjentów w różnych krajach Europy. Mamy ogromny zasięg medialny – ponad 8 mln odbiorców treści w mediach społecznościowych, ok. 2 tys. artykułów i audycji w mediach tradycyjnych. Za tym idzie sukces, ponieważ zweryfikowaliśmy nasze działania. W 2020 r. przeprowadziliśmy ankietę dla 7 tys. respondentów i okazało się, że 62 proc. osób w Europie wie, co się kojarzy z nowotworami głowy i szyi, czyli jest znaczny postęp – mó-*



Prof. Wojciech Golusiński w trakcie prelekcji



wił w czasie wykładu prof. Golusiński. Sondaż przeprowadzony 11 lat wcześniej dał ponad dwukrotnie gorsze wyniki.

Rak głowy i szyi jest szóstym najczęściej występującym nowotworem złośliwym oraz ósmą najczęstszą przyczyną zgonów z powodu nowotworów złośliwych w Europie – ok. 73 tys. zgonów w 2020 r. Chociaż uważany jest za chorobę, której można zapobiec, ok. 60 proc. wszystkich nowotworów głowy i szyi jest diagnozowanych u chorych w późnym stadium zaawansowania klinicznego. W tej grupie dwie trzecie chorych nie przeżywa 5 lat. **(cep)**

O śnie w Gnieźnie

W dniach 16 i 17 września odbył się X Zjazd Polskiego Towarzystwa Badań nad Snem pod hasłem „Sen – znaczenie zdrowotne i społeczne”. Gniezno okazało się niezwykle gościnne – jest dobrym miejscem na spotkania i kongresy medyczne.

Gniezno stało się gospodarzem zjazdu – tym razem jubileuszowego – po raz drugi. A w sumie trzeci, jeśli bierzemy pod uwagę zjazd zorganizowany w 2020 r., odwołany na kilka dni przed jego odbyciem ze względu na pandemię. Ten dziesiąty zjazd zwieńczył dzieło 30 lat Polskiego Towarzystwa Badań nad Snem.

Podczas zjazdu, w którym uczestniczyło ok. 200 osób, podjęto refleksję naukową i edukacyjną dotyczącą różnych aspektów snu. Jest on ważny, gdyż spędzamy w tym stanie



jedną trzecią naszego życia. Jest źródłem odpoczynku i regeneracji, ale także może być źródłem choroby. Stąd ważna staje się refleksja dotycząca aspektów fizjologicznych i innych wymiarów badawczych, reprezentowanych przez przedstawicieli nauk podstawowych, ale także szerokiego grona klinicystów ubogacających to interdyscyplinarne towarzystwo:

neurologów, psychiatrów, laryngologów, pulmonologów i stomatologów.

Wybrzmiało silne wołanie o zachowanie higieny snu. Obok właściwego odżywiania i wysiłku fizycznego jest on bardzo ważnym elementem dobrego funkcjonowania. Niezwykle istotne aspekty poruszono podczas sesji otwartej dla przedstawicieli władz, samorządów oraz mediów. Podczas niej zaprezentowano dane dotyczące problemu, jakim jest zanieczyszczenie światłem (prof. Krystyna Skwarło-Sońta – fizjolog), niezwykle ważne dla współczesnej cywilizacji problemy niedoboru snu (dr med. Wojciech Jernajczyk – psychiatra, ustępujący prezes PTBS) oraz problemy społeczne związane z patologią snu (dr med. Małgorzata Czajowska-Malinowska – prezes Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc).

Poznań jest niezwykle ważny w kontekście polskich badań nad snem. We władzach krajowych towarzystwa znaleźli się: dr hab. prof. UM Marcin Żarowski – neurolog dziecięcy, dr hab. Jacek Banaszewski – laryngolog, a także autor relacji, który ma zaszczyt przewodniczyć towarzystwu w najbliższej kadencji. Warto polecić Gniezno. Nie tylko dlatego, że jest o wiele tańsze od Poznania. Udało się zorganizować zjazd w sposób niezwykle oszczędny i ekonomicznie optymalny. Warto zaznaczyć, że Gniezno i jego najbliższe otoczenie są



Fot. 2x Szczepan Cofta

niezwykle atrakcyjne z punktu widzenia turystycznego – stąd medycy z różnych części kraju chętnie przyjeżdżają właśnie do tego miejsca. Warte polecenia jest także miejsce obrad: *Collegium Europaeum Gniensense* naszego Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza – dobrze wyposażone i umożliwiające skuteczne prowadzenie spotkań w bardzo dobrych warunkach. Hotelowo też dostępne, a dla studentów i młodych lekarzy istnieją tanie możliwości zakwaterowania w akademikach.

SZCZEPAN COFTA

XVIII Zjazd PTChD za nami

To były 3 dni wypełnione merytoryczną, ciekawą dyskusją, pełnymi najnowszymi wiadomościami wykładami oraz serdecznymi spotkaniami – w sobotę 17 września 2022 r. zakończył się XVIII Zjazd Polskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych.

Od 15 do 17 września chirurdzy dziecięcy wraz z chirurgami ogólnymi wymieniali opinie na temat roli chirurgii dziecięcej w obecnym systemie opieki zdrowotnej. Eksperci rozmawiali o najnowszych osiągnięciach w tej dziedzinie, kierunkach jej rozwoju oraz o aktualnych wyzwaniach. Było to niewątpliwie najważniejsze wydarzenie edukacyjne dla polskiej chirurgii dziecięcej w ostatnim czasie.

Inauguracja zjazdu miała miejsce w Teatrze Polskim 15 września. Wykład otwarcia pt. „Wielkopolska tragedia ‘Wielkopolskich’. O Wielkopolsce – mniej znanej” wygłosił prof. dr hab. Waldemar Łazuga z Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza. W trakcie wieczornego spotkania wręczono też dyplomy Przyjaciela PTChD oraz dyplom honorowy dla Stanisława Paradowskiego – chirurga dziecięcego ze Szczecina. Tego samego dnia odbyły się zebrania i wybory sekcji tematycznych PTChD, spotkanie Zarządu PTChD oraz spotkanie konsultantów wojewódzkich ds. chirurgii dziecięcej. Pierwszy raz w historii zjazdu chirurdzy mogli wziąć udział w warsztatach kadawerowych – była to oficjalna część zajęć merytorycznych.

W trakcie kolejnych 2 dni konferencyjnych uczestnicy mieli okazję wysłuchać mnóstwa ciekawych wykładów i dyskusji panelowych w *Concordia Design*. Ośrodki z całej Polski zaprezentowały ok. 70 prac w ramach wystąpień ustnych oraz ponad 80 prac plakatowych. Z ich pełną listą można zapoznać się nadal na stronie zjazdu: www.chirurgia-dziecieca.com.



Fot. Materiały organizatora

Ostatnim ważnym akcentem spotkania było przekazanie władzy w towarzystwie. Nowym prezesem Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych został prof. dr hab. n. med. Paweł Nachulewicz – kierownik Kliniki Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Lublinie. Dotychczasowym prezesem był członek Okręgowej Rady Lekarskiej WIL prof. dr hab. n. med. Przemysław Mańkowski – kierownik Kliniki Chirurgii, Traumatologii i Urologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

Polskie Towarzystwo Chirurgii Dziecięcej to stowarzyszenie naukowe, które powstało w 1965 r. Zrzesza lekarzy chirurgów dziecięcych oraz lekarzy innych specjalności interesujących się zagadnieniami chirurgii dziecięcej. Celem towarzystwa jest poszerzanie wiedzy i stworzenie rekomendacji leczenia najczęstszych schorzeń w tej dziedzinie. Zjazd odbywał się pod patronatem Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. ■

Szkoła a zdrowie – we wspomnieniach dr Henryki Sapińskiej

Dr Henryka Sapińska, lekarz pediatra z Ostrowa Wielkopolskiego, wspomina historię organizacji opieki medycznej w szkołach, a także przybliży korzyści z nowego systemu realizowanego w latach 1992–1999.

1 września, nowy rok szkolny, prawie 4,6 mln uczniów rozpoczyna 10 miesięcy wytężonej pracy połączonej ze stresem i wysiłkiem. Jak co roku pojawia się pytanie, jak zorganizować opiekę medyczną, by pomóc przetrwać im ten trudny, ale bardzo ważny okres.

Profesor Marcin Kasprzak, twórca higieny szkolnej (tak nazywała się zorganizowana opieka), mówił: *Uczeń to człowiek ciężkiej pracy, powinien opuścić szkołę zdrowszy aniżeli do niej trafił*. Bardzo ważną informację przekazał również prof. Jan Bogdanowicz, pediatra: *Dzieckiem w zdrowiu i chorobie powinien zajmować się ten sam lekarz*. Opieka medyczna w szkołach w okresie powojennym (1945–1950) musiała skupić się na poprawie warunków sanitarno-higienicznych w szkołach, edukacji w zakresie higieny osobistej uczniów, rodziców, społeczeństwa i walce z chorobami zakaźnymi wieku dziecięcego. Brak szczepień przeciw błonicy, kokluszowi, krztuścowi, tężcowi i durowi brzusznemu powodował występowanie masowo chorób zakaźnych, często o ciężkim przebiegu i śmierci. Wraz z poprawą sytuacji ekonomicznej zmieniały się potrzeby zdrowotne uczniów. W 1951 r. rozpoczął swoją działalność Instytut Matki i Dziecka. Jako jednostka naukowo-badawcza miał za zadanie rozwiązywać problemy zdrowotne i społeczne matek, dzieci i młodzieży. Pierwszy projekt zakładał zorganizowanie opieki medycznej w szkołach. Powstały gabinety lekarskie, sporadycznie także te stomatologiczne. Lekarz szkolny był zatrudniony na etacie lub w określonych godzinach, w zależności od liczby uczniów, podobnie jak higienistki i pielęgniarki. W 1976 r. opracowano i wprowadzono metodykę profilaktycznego badania lekarskiego, tzw. bilans zdrowia. Objęto nim dzieci w wieku 0, 2, 4, 6, 10, 14 i 18 lat. Szczepienia ochronne ze znacznie rozszerzonym kalendarzem szczepień przeprowadzano w szkołach. Wyszczepialność wynosiła 90 proc. Jednak ze względu na obowiązujące przepisy miejscem szczepień stały się Poradnie Dziecięce i Ośrodki Zdrowia. Ważnym elementem pracy pielęgniarek i higienistek był nadzór i sprawdzanie warunków sanitarno-epidemiologicznych w szkołach. Systematyczne przeglądy czystości uczniów budziły jednak liczne kontrowersje i niezadowolenie. Oświata zdrowotna była realizowana w formie pogadarek, plakatów informacyjnych, gazetek ściennych, udziału w programie profilaktyki próchnicy zębów. Stan uzębienia dzieci i młodzieży był w tamtych latach przerażający. Zmiany zachodzące w sferze społecznej, ekonomicznej i socjalnej wymagały modyfikacji systemu opieki nad dziećmi i młodzieżą. Nowa koncepcja zdrowia i jego promocji, zaproponowana przez WHO, została przyjęta przez Polskę w Narodowym Programie Zdrowia. To był początek zmian. Obowiązkiem każdego człowieka, a w dzieciństwie jego rodziców, stał się aktywny udział w kształtowaniu własnego zdrowia. Pomocą w identyfikacji problemów były wtedy powszechne, profilaktyczne badania lekarskie wprowadzone w listopadzie 1992 r. Nowe przepisy dotyczące organizacji i form opieki zdrowotnej nad uczniami wprowadzono na podstawie Rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia oraz Krajowego Specjalistycznego Zespołu

w Dziedzinie Pediatrii dnia 15 grudnia 1992 r. Przewidywały one:

- aktywizowanie rodziców do podjęcia działań na rzecz poprawy zdrowia dzieci i zmiany stylu życia rodziny, obecność przy badaniu lekarskim,
- traktowanie dziecka jako współtwórcy swojego zdrowia,
- nastawienie lekarzy i pielęgniarek na edukację zdrowotną dzieci i rodziców („doktor” w języku łacińskim znaczy „mistrz”, „nauczyciel”),
- sprawowanie opieki lekarskiej nad dzieckiem w zdrowiu i chorobie, tu sprawdziły się słowa prof. Bogdanowicza: *Jeden lekarz w zdrowiu i chorobie*,
- zmiana sposobu komunikowania się lekarzy z dzieckiem i jego rodzicami.

Poradnia Medycyny Szkolnej w Ostrowie Wielkopolskim jako jedna z pierwszych nawiązała kontakt z Zakładem Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie, by rozpocząć wprowadzanie nowego systemu opieki medycznej w szkole. Realizację planu ułatwiło w istotny sposób zaangażowanie Zakładu Medycyny Szkolnej IMiDZ kierowanego przez prof. Barbarę Woynarowską (osobiste zaangażowanie Pani Profesor) i jej pracowników. Wymiernym efektem prowadzonych działań były: wykłady, warsztaty, kontakty z nauczycielami, lokalną społecznością, a przede wszystkim wydawanie i rozprowadzanie przewodników, poradników dla lekarzy i pielęgniarek („Metodyka pracy pielęgniarki środowiskowej”) i powszechne, profilaktyczne badanie lekarskie dzieci i młodzieży.

Bardzo istotną rolę odgrywała współpraca z wydziałami oświaty, ówczesnym naczelnikiem Panem Pawłem Rajskim, dyrektorami szkół, nauczycielami (tworzenie szkół promujących zdrowie), pracownikami Poradni Zawodowo-Wychowawczej, Sanepidu, Poradni Zdrowia Psychicznego czy Poradni Uzależnień.

Pomoc Pani Bożeny Wajs, starszej pielęgniarki Poradni Medycyny Szkolnej, była codziennością i decydowała o sukcesie. Warunkiem zatrudnienia pielęgniarek i higienistek w szkole było ukończenie kursu dla pielęgniarki środowiska szkolnego oraz udział w comiesięcznych szkoleniach. Najistotniejszą zmianą w nowym systemie było uznanie pielęgniarki i higienistki szkolnej jako rzecznika spraw zdrowia ucznia. Do ich zadań należało m.in.:

- sprawowanie nadzoru i opieki nad uczniami z problemami zdrowotnymi, społecznymi, szkolnymi i kontakty z rodzicami tych dzieci,
- udział w radach pedagogicznych, obecność na zajęciach wychowania fizycznego, współpraca z pedagogiem szkolnym,
- wykonywanie badań przesiewowych dotyczących zaburzeń rozwoju fizycznego, tj.: wzrostu, wagi, pomiar ciśnienia krwi, nieprawidłowości ostrości wzroku, słuchu, zaburzeń widzenia, barw, ocena postawy ciała – wszystko to zakończone było wypełnieniem formularza jako części bilansu zdrowia ucznia i przekazanie lekarzowi poradni lub ośrodka zdrowia leczącego dziecko,

- analiza i rejestr wypadków, zatruc, zachorowań i wniosków sugerujących kierunek działań,
- udzielanie pierwszej pomocy. Ok. 20 proc. uczniów w ciągu roku szkolnego wymagało pomocy pielęgniarki bądź lekarza, czasami skierowania do szpitala.

W nowym systemie opieki zdrowotnej nad uczniami edukacja zdrowotna była bardzo ważnym zadaniem. Szkoła była miejscem nauki, a nie leczenia. Mimo że wyniki tych działań nie zawsze były wymierne, to na podstawie badań ankietowych zaobserwowano wśród uczniów przyswajanie i akceptowanie zaleceń prozdrowotnych dotyczących żywienia, aktywności ruchowej, higieny osobistej i zachowań bezpiecznych, co już było wielkim sukcesem. Praca ta miała charakter stały i nie polegała na pogadankach, gazetkach czy ulotkach, ale organizowaniu ciekawych dyskusji, warsztatów, kontaktach ze specjalistami różnych dziedzin, a także uczeniu pewnych umiejętności, np. udzielania pierwszej pomocy, fluoryzacji, nauki mycia zębów. Te ostatnie działania spowodowały znaczną poprawę stanu uzębienia dzieci i młodzieży, który był tragiczny (50 proc. małych dzieci i 70–90 proc. dzieci starszych miało próchnicę). Realizacja zaleceń była koniecznością nie tylko dla rodziców, ale także dla całej lokalnej społeczności. Opisany system opieki medycznej w szkołach pozwolił na realizację nowej koncepcji zdrowia i jego promocji, wskazując, że zdrowie nie tylko zależy od służby zdrowia, ale od warunków życia, wiedzy rodziców i współdziałania wielu instytucji.

Stan zdrowia dzieci i młodzieży, problemy zdrowotne i społeczne w szkołach zmieniały się na przestrzeni lat. Otyłość, nadwaga, wady postawy i pojawienie się wielu schorzeń, które dotychczas obserwowano tylko u dorosłych, zaistniały także w społeczności najmłodszych. Najtrudniejszym do rozwiązania były i są narastające problemy zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w postaci: nerwic, agresji, uzależnienia i zachowań przestępczych. Wdrożenie nowego systemu opieki nad dziećmi i młodzieżą szkolną miało na celu:

- aktywizację rodziców w celu zmiany stylu życia, żywienia, zwrócenie uwagi na nieocenioną rolę ruchu w życiu człowieka, zgodnie z twierdzeniem, że „Ruch może zastąpić wiele leków, ale żadne lekarstwo nie zastąpi ruchu”,



- zmianę programu i oceny kultury fizycznej na zajęciach wychowania fizycznego, uwzględniając elementy gimnastyki podstawowej oraz włączając ćwiczenia muzyczno-ruchowe, by zmniejszyć stres i niechęć do zajęć WF. Bardzo istotnym działaniem była także analiza całorocznych zwolnień lekarskich, często wynikających z presji rodziców,
- zapewnienie uczącej się młodzieży odpowiednich warunków sanitarno-higienicznych szkoły promującej zdrowie z programem nauczania i odpowiednim planem lekcji,
- zapewnienie przez rodziców potrzeb materialnych i psychicznych dziecka, stały kontakt emocjonalny, dający poczucie bezpieczeństwa i pomagający w rozwiązywaniu trudnych sytuacji,
- ograniczenie liczby godzin spędzonych na oglądaniu filmów, korzystaniu z komórki, internetu i gier komputerowych oraz aktywizacja zajęć ruchowych,
- włączenie społeczności lokalnej przez informacje (artykuły w „Gazecie Ostrowskiej”) dotyczące problemów zdrowia uczniów oraz jak wprowadzany jest nowy system opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą szkolną.

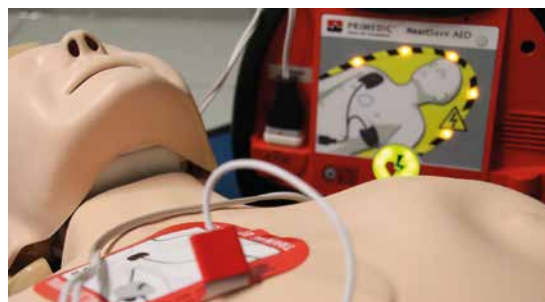
HENRYKA SAPIŃSKA, ANNA GRZESIAK



KURSY RATOWNICTWA

EPALS – ZAAWANSOWANE ZABIEGI RESUSCYTACYJNE U DZIECI

Certyfikowane kursy Europejskiej i Polskiej Rady Resuscytacji dotyczące postępowania z pacjentami w stanach zagrożenia życia, gdzie nacisk kładzie się na zajęcia praktyczne. Tematyka kursu dotyczy takich stanów jak: rozpoznanie dziecka poważnie chorego, wprowadzenie do zaopatrywania dróg oddechowych, zaburzenia rytmu serca, pacjent po urazie, resuscytacja, opieka poresuscytacyjna. Uzyskany certyfikat jest ważny w całej Unii Europejskiej.



5 – 6 listopada 2022

Centrum Konferencyjne EDU WIL,
ul. Szyperska 14, Poznań

zapisy do 10 października 2022
na wil.org.pl/kursy-ratownictwa/



Jadwiga Zamoyska w interpretacji lekarek malujących

Pod koniec września członkinie Koła Lekarek Malujących WIL udały się na plener malarski do Zaniemyśla, gdzie na płótno przełały swoje impresje związane z postacią Jadwigi Zamoyskiej.

Artystyczne zmagania lekarek przypadły na okres od 19 do 23 września. Pierwszego dnia udały się do kórnickiego zamku, a następnie w siedzibie Fundacji Zakłady Kórnickie wysłuchały wykładu Władysława Chałupki, emerytowanego profesora Instytutu Dendrologii PAN w Kórniku, który lata temu uległ fascynacji postacią generałowej Zamoyskiej. *Jadwiga to postać wyjątkowa, a motywem, który skłonił panie do spotkania z nią właśnie, jest fakt ogłoszenia przez sejm roku 2023 rokiem Jadwigi Zamoyskiej* – wyjaśnia prof. Chałupka. Sam plener odbył się w Bojanowym Gnieździe w Zaniemyślu, po 3 latach przerwy od tego typu aktywności inicjowanych przez Komisję ds. Kultury. *Chcemy przeżyć mile chwile, ale przede wszystkim uwolnić nasze*

myśli i emocje – podkreślała pierwszego dnia pleneru lek. dent. Katarzyna Bartz-Dylewicz, pomysłodawczyni wydarzenia. *Jeżeli efektem naszego spotkania będą bardzo dobre prace, wtedy całość zostanie zwieńczona kalendarzem na rok 2023, który zawsze cieszy się dużym zainteresowaniem* – dodała.

Jadwiga Zamoyska była córką Tytusa Działyńskiego i Gryzeldy Celestyny z Zamoyskich. Od 1838 r. przebywała w odzyskanym przez ojca Kórniku. W 1852 r. wyszła za męża za swojego wuja, generała Władysława Zamoyskiego, polityka związanego z Hotelem Lambert. Przeniosła się do Paryża, towarzyszyła mężowi w podróżach politycznych, m.in. do Turcji i Wielkiej Brytanii. Pozostała we Francji po śmierci męża (1868); zbliżyła się do zakonu oratorian i pod wpływem ich idei tworzenia stowarzyszeń religijnych bez obowiązkowych ślubów zakonnych postanowiła założyć „szkołę życia chrześcijańskiego”.

Swoją ideę mogła zrealizować po śmierci brata – Jana Działyńskiego i przejęciu dóbr kórnickich przez jej syna Władysława Zamoyskiego. W 1881 r. powróciła do Kórnika i w następnym roku założyła „szkołę domowej pracy kobiet”. Zmarła w 1923 r. Rok później jej syn, Władysław Zamoyski, przekazał swój majątek narodowi polskiemu. Założył Zakłady Kórnickie, a do najważniejszych zadań tej fundacji należały utrzymanie i dalszy rozwój szkoły, która – już po śmierci generałowej – miała swoją filię w Kórniku. Za zasługi położone dla Rzeczypospolitej Polskiej na polu działalności wychowawczej i filantropijnej została odznaczona Orderem Odrodzenia Polski jako jedna z pierwszych 15 osób. (cep)



Portret Jadwigi Zamoyskiej autorstwa Stanisława Konarzewskiego



Fot. 2x Przemysław Ciupka

XVII Piknik Tenisowy Lekarzy w Koninie

Piknik Tenisowy Lekarzy odbył się w Koninie 3 września 2022 r. Była to już 17. edycja corocznej imprezy sportowo-integracyjnej dla lekarzy i lekarzy dentyistów oraz ich rodzin. Spotkanie obejmowało turniej tenisowy dla zgłoszonych wcześniej zawodników oraz rekreacyjną grę na kortach dla pozostałych uczestników pikniku. Zwycięzcy uhonorowani zostali pamiątkowymi pucharami. Sportowej rywalizacji sprzyjała piękna wrześniowa pogoda i kameralna infrastruktura zespołu kortów tenisowych z zapleczem kulinarnym. Serdecznie zapraszamy za rok! (ag)



Fot. 2x Delegatura WIL w Koninie



Wielkopolanin najlepszy w Polsce na półmaratońskim dystansie 24. Mistrzostwa Polski Lekarzy w Półmaratonie w Gnieźnie

Trasa z historycznego Ostrowa Lednickiego do niemniej wpisanej w dzieje Gniezna była miejscem zmagania lekarzy w 24. Mistrzostwach Polski Lekarzy w Półmaratonie w ramach Jubileuszowego 45. Biegu Lechitów.

Na dystansie 21 km zmierzyło się 52 biegaczy spod znaku Eskulapa, w tym 18 kobiet i 34 mężczyzn. Prognozy pogody zapowiadały chłodny, wietrzny i deszczowy dzień. Faktycznie, poranne kilka stopni powyżej zera i zachmurzone niebo nie nastrajały części biegaczy (bo są tacy, którzy lubią takie warunki) optymistycznie. Z chłodu, wiatru i deszczu zawodnicy wolą niższe temperatury, wiatr w plecy, a deszcz wyłącznie jako element nietrafionej prognozy pogody. O ile był to jeden z najzimniejszych Biegów Lechitów, o tyle sprzyjający, bo zachodni wiatr, i brak deszczu spowodowały, że zawodnicy mieli świetne warunki do biegania i bicia rekordów życiowych. Wszyscy lekarze w gronie ponad 1600 biegaczy dotarli do mety w doskonałej formie. **Mistrzynią Polski w Półmaratonie została Anna Gwiźdź ze Śląskiej Izby Lekarskiej**, która zwyciężyła rezultatem lepszym od zeszłorocznego o prawie 8 minut. Wicemistrzynią została Agnieszka Adamczewska reprezentująca OIL w Toruniu. Na trzecim stopniu podium stanęła Kamila Kowalczyk z OIL w Bydgoszczy. **Mistrzem Polski Lekarzy w Półmaratonie**



został **Jakub Osuch z Wielkopolskiej Izby Lekarskiej**, z czasem o ponad 3 minuty lepszym niż w roku ubiegłym, kiedy to również był tryumfował. Wicemistrzem został Dominik Samotij z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, trzecie miejsce zajął Dawid Staszczuk z OIL w Łodzi. Na mecie zameldował się również najstarszy biegający lekarz – 82-letni Piotr Mikołajczyk z Będzina, który tym startem, jak zapowiedział, kończy swoją przygodę z długimi dystansami. Na podium w najstarszej kategorii towarzyszył mu dr Edward Pokorny z Ustki, który w wieku 74 lat spełnia się nie tylko w bieganiu, ale również w kolarstwie i triathlonie. Głęboki pokłon dla Mistrzów i Weteranów. Mistrzostwa wsparły finansowo Naczelna Izba Lekarska i Wielkopolska Izba Lekarska. **WOJCIECH ŁĄCKI**



Gry planszowe i sesje RPG

Z inicjatywy Komisji ds. Integracji, Sportu i Wizerunku regularnie odbywają się spotkania z grami planszowymi, a także sesje RPG – nie tylko dla lekarzy. Gracze gromadzą się w siedzibie WIL przy ul. Nowowiejskiego 51 w Poznaniu lub w Centrum Konferencyjnym EDU WIL przy ul. Szyperskiej 14 w Poznaniu. Informacji o terminach nadchodzących rozgrywek szukajcie na stronie internetowej wil.org.pl w zakładce „Po godzinach”. Na wszelkie pytania odpowie też opiekun komisji Michał Borowicz – michal.borowicz@wil.org.pl (**cep**)

Za nami pierwsze lekarskie strzelanie

Komisja ds. Integracji, Sportu i Wizerunku zaprosiła lekarzy i lekarzy dentystów wraz z rodzinami do wyjazdu na strzelnicę w miejscowości Nieczajna, gdzie odbyły się już dwa spotkania – 27 sierpnia i 10 września. Po zapoznaniu się z zasadami bezpieczeństwa i budowy broni uczestnicy strzelali z broni krótkiej, a także seriami próbnymi z broni długiej. Wszyscy podkreślali, że poza dobrą zabawą otrzymali zastrzyk wiedzy i umiejętności, które będą chcieli rozwijać. (**cep**)





Leszczyńscy lekarze w kraju wiecznej zieleni i wietrznych dolin

21-osobowa grupa lekarzy i lekarzy dentyków z Leszna, z inicjatywy dr Lidii Dymalskiej-Kubasik, zorganizowała wspólnie wycieczkę do Szkocji. Do kraju burzliwej historii, zamglonych zamków i czarujących miasteczek wykutych z kamienia wyruszyła 20 września.

Organizacja wycieczki do Szkocji wynikała z potrzeby podkreślenia i poznania niezwyklej historii Polskiego Wydziału Medycznego, który w 1941 r. powstał na Uniwersytecie w Edynburgu, z dużym udziałem prof. Antoniego Jurasza, dziekana z Uniwersytetu w Poznaniu.

Podczas 5-dniowej wycieczki leszczyńscy lekarze zwiedzili m.in. Muzeum Chirurgów, gdzie odwiedzili salę pa-



mięci Polskiego Wydziału Lekarskiego na Uniwersytecie w Edynburgu (1941–1949) – oprowadzeni zostali przez dr Marię Długołęcką-Graham. Odwiedzili ponadto Wydział Uniwersytetu Medycznego i zamek w Edynburgu, zamek Stirling, National Muzeum of Scotland, Princess Street oraz Klimun, a także grób pierwszej na świecie kobiety z dyplomem lekarza. Zobaczyli także dwa nietypowe dzieła ludzkich rąk: Falkirk Whee (obrotową windę, służącą dla statków) i The Kelpies (30-metrową nowoczesną rzeźbę mitycznych celtyckich koni). Poznali również namiastkę szkockiej muzyki i tradycji. Wzięli udział m.in. w sesjach tradycyjnej szkockiej muzyki przy dźwiękach dud, skrzypiec, banjo, fletu i gitary oraz pokazie energicznego *ceilidh* gaelickiego – zbiorowego tańca przy dźwiękach instrumentów.

ANNA GRZESIAK

Spotkanie grupy motocyklowej lekarzy i lekarzy dentyków w Koninie

10 września w Delegaturze WIL w Koninie zorganizowano spotkanie grupy motocyklowej lekarzy i lekarzy dentyków. Mimo deszczowej pogody „ridersi” nie zawiedli.

Odbędzie się szkolenie dotyczące kupna, użytkowania i serwisowania motocykli, nie zabrakło także wymiany własnych doświadczeń z imprez motocyklowych oraz ustalono program dalszego działania grupy. Lek. dent. Wojciech Zabłocki, jako jeden z nielicznych w Wielkopolsce członków największego w Europie klubu motocyklowego DoctorRiders, przybliżył zasady działania i przynależności do tej organizacji.

Zapraszamy wszystkich chętnych lekarzy i lekarzy dentyków planujących zakup motocykla oraz uczestniczenie w zlotach zarówno tych krajowych, jak i zagranicznych



podróżach motocyklowych do kontaktu z Delegaturą WIL w Koninie – tel.: 63 245 66 10, 783 993 909, e-mail: konin@wil.org.pl. (ag)

Z głębokim smutkiem i żalem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

dr ZBIGNIEWA DALZ

męża naszej drogiej koleżanki.
Pani dr Danucie Dalz i całej rodzinie
składamy

najszczerze wyrazy współczucia

Bożena i Justyna oraz pracownicy
Poradni Lekarskiej Biegańska, Mańczak- Dalz i Nowak

Z głębokim żalem żegnamy naszą koleżankę

Iek. DOROTĘ FRANKIEWICZ,

zmarłą w dniu 12.09.2022 r. w wieku 63 lat.

Dr Frankiewicz była twórcą oraz wieloletnim Ordynatorem Oddziału Chorób Nerek i Stacji Dializ w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Koninie, posiadała wiele odznaczeń między innymi:

- Honorowy Członek Wielkopolskiej Izby Lekarskiej - Zasłużona dla WIL,
- Zasłużona dla miasta Konina 2006 r.,
- Zasłużona dla Polskiego Towarzystwa Lekarskiego 2008 r.,
- Złoty Medal za Zasługi przyznany przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej 2013 r.,

**Rodzinie i najbliższym
wyrazy głębokiego współczucia**
składa

Wiceprezes ORL WIL
Iek. Robert Rewekant
oraz Zarząd Delegatury WIL w Koninie

Z wielkim smutkiem i żalem przyjęliśmy wiadomość o śmierci wspaniałej lekarki i serdecznej koleżanki

śp. DOROTA FRANKIEWICZ

W wieku 63 lat odeszła od nas wspaniała lekarka. Zatrudniona w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie od 1983 roku. Od 2001 r. pełniła funkcję Ordynatora Oddziału Chorób Nerek i Dializoterapii. Ceniona przez przełożonych i lubiana przez współpracowników, darząca wyjątkowym zrozumieniem pacjentów i ich rodziny.

Łącząc się w żalobie,
składamy

**Rodzinie i Bliskim zmarłej
najszczerze wyrazy współczucia**

Dyrekcja i Pracownicy
Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego
im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie

Naszemu drogiemu koledze,
doktorowi Tomaszowi Gostomczykowi
składamy
wyrazy współczucia z powodu śmierci

TATY

w imieniu Koleżanek i Kolegów z Delegatury WIL
w Ostrowie Wlkp. Iek. dent. Wiesław Wawrzyniak
Wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej WIL
W imieniu Koleżanek i Kolegów z Wielkopolskiej
Izby Lekarskiej kondolencje składa
dr n. med. Krzysztof Kordel Prezes ORL WIL

Z głębokim smutkiem zawiadamiamy, że zmarł
nasz Kolega

dr n. med.

śp. BOGDAN KORALEWSKI

specjalista chorób wewnętrznych, organizacji ochrony zdrowia
Odszedł od nas wspaniały kolega, oddany swojej pracy i pacjentom,
o wysokiej postawie etycznej.

**Rodzinie i Bliskim
wyrazy szczerzego współczucia**
składa

w imieniu Koleżanek i Kolegów z Delegatury WIL
w Ostrowie Wlkp.
Iek. dent. Wiesław Wawrzyniak
Wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej WIL

Z głębokim smutkiem zawiadamiamy,
że zmarł nasz Kolega

śp. GRZEGORZ NOWAK

lekarz stomatolog

Rodzinie i Bliskim wyrazy szczerzego współczucia
składa

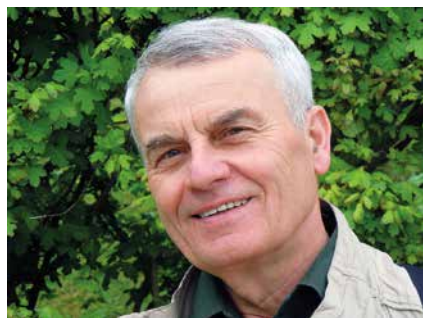
W imieniu Koleżanek i Kolegów z Delegatury WIL
w Ostrowie Wlkp.
Iek. dent. Wiesław Wawrzyniak
Wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej WIL

Wrzesień 2022 w izbie

- | | |
|---------------------------------------|--|
| 6 września | posiedzenie Prezydium ORL WIL w formie mieszanej, tj. z udziałem narzędzi zdalnej komunikacji audiowizualnej
posiedzenie Komisji Finansowej ORL WIL w formie mieszanej, tj. z udziałem narzędzi zdalnej komunikacji audiowizualnej |
| 7 września | spotkanie okolicznościowe lekarzy seniorów |
| 8 września | I Ogólnopolska Konferencja Szpitalnictwa i Praw Lekarza w formie mieszanej, tj. z udziałem narzędzi zdalnej komunikacji audiowizualnej |
| 12 września | kurs Ratownictwo medyczne dla specjalizujących się lekarzy – I dzień
posiedzenie Komisji ds. Integracji, Wizerunku i Sportu |
| 13 września | posiedzenie Komisji ds. Konkursów
posiedzenie Komisji ds. Rejestracji Lekarzy i Prawa Wykonywania Zawodu
szkolenie OROZ i jego zastępców
kurs Ratownictwo medyczne dla specjalizujących się lekarzy – II dzień |
| 14 września | kurs Ratownictwo medyczne dla specjalizujących się lekarzy – III dzień |
| 15 września | kurs Ratownictwo medyczne dla specjalizujących się lekarzy – IV dzień |
| 16 września | kurs Ratownictwo medyczne dla specjalizujących się lekarzy – V dzień
wynajem sal na spotkanie zewnętrzne w Centrum Konferencyjnym EDU WIL przy ul. Szyperskiej 14 |
| 20 września | posiedzenie Komisji ds. Rejestracji Lekarzy i Prawa Wykonywania Zawodu
posiedzenie Prezydium ORL WIL w formie mieszanej, tj. z udziałem narzędzi zdalnej komunikacji audiowizualnej
posiedzenie Komisji ds. Młodych Lekarzy
posiedzenie online Komisji ds. Legislacji
Wtorkowy Klub Zdrowia online |
| 21 września | posiedzenie Komisji Bioetycznej
posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej
posiedzenie Komisji Socjalnej |
| 22 września | wynajem sal na spotkanie zewnętrzne w Centrum Konferencyjnym EDU WIL przy ul. Szyperskiej 14
posiedzenie Komisji specjalnej ds. oceny stanu zdrowia lekarza/lekarza dentysty
posiedzenie Komisji ds. Obsługi Prawnej |
| 23 września | wynajem sal na spotkanie wewnętrzne w Centrum Konferencyjnym EDU WIL przy ul. Szyperskiej 14 |
| 24 września | I Ogólnopolska Konferencja Medycyny Rodzinnej w formie mieszanej, tj. z udziałem narzędzi zdalnej komunikacji audiowizualnej
posiedzenie Komisji Stomatologicznej |
| 26 września | wynajem sal na spotkanie zewnętrzne w Centrum Konferencyjnym EDU WIL przy ul. Szyperskiej 14 |
| 27 września | posiedzenie Komisji ds. Rejestracji Lekarzy i Prawa Wykonywania Zawodu
posiedzenie Prezydium ORL WIL w formie mieszanej, tj. z udziałem narzędzi zdalnej komunikacji audiowizualnej |
| 28 września | posiedzenie Komisji ds. Etyki Lekarskiej |
| 30 września | wynajem sal na spotkanie zewnętrzne w Centrum Konferencyjnym EDU WIL przy ul. Szyperskiej 14 |
| wtorki, piątki | spotkania Chóru Lekarzy WIL |
| poniedziałki, wtorki, środy, czwartki | kursy języka polskiego dla lekarzy i lekarzy dentystów – uchodźców z Ukrainy |
| środy | spotkania Orkiestry Kameralnej WIL |

Wiersze

RYSZARD KRAWIEC



FLIRT ALGEBRAICZNY

Miła moja, tym się szczycę,
 Że zawsze byłem dobry
 W matematyce.
 Głównie wyższego szczebla.
 Mianowicie
 Intrygowała mnie algebra.
 Mam taką *idée fixe*,
 Że lubię
 Równania z niewiadomymi
 Igrep oraz iks.
 Bo te dwie w moim garniturze
 Chromosomów zmienne apetyt
 Spowodowały mój na ciebie.
 Oskomę oraz zachwył
 Dla twojej osoby i ciała.
 Dobrze wiem,
 Że to igrek tak działa.
 A ty, miła ma,
 W swych helisach DNA
 Masz ważny dla mnie prefix.
 To takie dwa małe iks iks.
 Teraz równanie staje się banalne
 I z pewnością rozwiązywalne.
 Stąd, gdy już zostaniemy sami,
 Jako dwumian, po znaku przybliżenia,
 Jak nawiasami obejmijmy się ramionami
 I bez alternatywy, potęgując uczucie,
 Silnie(!) połączmy się ustami.

BIULETYN INFORMACYJNY

ISSN 1233-2216 Nakład 14 710 egz. Numer zamknięto: (24 marca 2022)



WIELKOPOLSKA
 IZBA
 LEKARSKA



Wydawca:
 Wielkopolska Izba Lekarska

Redaktor naczelny:
 Przemysław Ciupka, tel. 783 999 190, przemyslaw.ciupka@wil.org.pl

Kolegium redakcyjne:
 Szczepan Cofta, Anna Kurhańska-Flisykowska, Mateusz Szulca,
 Andrzej Piechocki, Daria Springer

Adres redakcji:
 ul. Nowowiejskiego 51, 61-734 Poznań, tel. 61 852 58 60
 www: wil.org.pl, e-mail: izba@wil.org.pl

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

Ogłoszenia:
 Anna Grzesiak, anna.grzesiak@wil.org.pl

Opracowanie i druk:
 TERMEDIA Wydawnictwo Medyczne, ul. Kleberga 2, 61-615 Poznań,
 tel./fax +48 61 822 77 81, termedia@termedia.pl, www.termedia.pl

Redakcja zastrzega sobie prawo do skrótów i zmiany tytułów.
 Niezamówionych artykułów redakcja nie zwraca.
 Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń.

PRO LIFE CLINIC 
Przychodnia kompleksowo
zajmująca się leczeniem niepłodności
 poszukuje do współpracy
LEKARZA ENDOKRYNOLOGA
 Oferujemy elastyczne godziny pracy (również w soboty).
 W centrum Poznania w bardzo dobrze wyposażonym gabinecie, z dostępem do parkingu pracowniczego.
 Atrakcyjne warunki współpracy
Zapraszamy do kontaktu:
 e-mail: praca@prolifeclinic.pl, tel. 537 876 871

Poszukuję
 do współpracy
LEKARZA
STOMATOLOGA
 W prywatnym gabinecie
 w Ostrowie Wielkopolskim
 Warunki do uzgodnienia
 Tel.: 502 758 467

CENTRUM
OKULISTYCZNO-OPTYCZNE
 w Koninie
 nawiąże współpracę z
LEKARZEM
OKULISTĄ
 Bardzo duża baza pacjentów
 Na rynku od 17 lat.
 Gabinet dobrze wyposażony
 Kontakt tel. 607 709 970

PRZYCHODNIA LEKARSKA Spółka z o.o.
 Zatrudnimy do pracy w poradni POZ w Poznaniu
LEKARZA INTERNISTĘ lub **LEKARZA MED. RODZINNEJ**
 Warunki finansowe /b. dobre/ do omówienia,
 godziny pracy do uzgodnienia – pełen etat
 Kontakt: kierownik przychodni tel. 601 403 852 lub 61-879-14-86

Poradnia Lekarzy Rodzinnych i Studenckich
 Poznań, Taczaka 10
LEKARZA Medycyny Rodzinnnej lub **INTERNISTĘ**
 zatrudni z perspektywą wejścia do spółki
 tel. 608 409 328, email: prlk@int.pl

 **CENTRUM MEDYCZNE NOBEL TOWER**
 udostępni w ramach współpracy
 nowoczesnie wyposażone gabinety lekarzom
 następujących specjalizacji:
neurolog, chirurg, internista, onkolog,
ortopeda, pulmonolog, endokrynolog, reumatolog, urolog
 Liczba gabinetów ograniczona.
 Placówka zlokalizowana jest w nowoczesnym budynku,
 dostosowanym pod działalność medyczną, usługową, handlową.
 Obiekt jest również przystosowany pod osoby niepełnosprawne,
 posiada parking, poczekalnię dla klientów oraz toalety.
 Placówka posiada szerokie zaplecze diagnostyczne.
 Niemiejsza oferta nie stanowi oferty w rozumieniu Kodeksu Cywilnego,
 a dane w niej zawarte mają jedynie charakter informacyjny i mogą ulec zmianie.
 Tel. 693 206 496 e-mail: akearney@nobeltower.pl

SPRZEDAM LUB WYNAJMĘ
PORADNIĘ STOMATOLOGICZNA
w Zaniemyślu
 Powierzchnia 100 m². 2 gabinety. Baza pacjentów ok. 30 tys.
 Tel. 507 046 500, 61 285 81 40

Dynamicznie rozwijający się gabinet stomatologiczny w Suchym Lesie nawiąże współpracę
 z **LEKARZEM DENTYSTĄ**. Pełen zakres wykonywanych usług, mikroskop,
 tomograf, pozostałe niezbędne narzędzia do pracy na wyposażeniu.
 Praca w systemie zmian porannych, popołudniowych wraz z asystą.
 Ilość godzin pracy do uzgodnienia.
 Kontakt: mio-dent@o2.pl, tel. 694 911 434, 662 821 515

SPRZEDAM lub WYNAJMĘ
PORADNIĘ STOMATOLOGICZNA
w Środzie Wielkopolskiej
 Powierzchnia 230 m². 4 gabinety. Baza pacjentów ok. 50 tys.
 Tel. 507 046 500, 61 285 81 40

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
 w Środzie Wlkp.
 ZATRUDNI
LEKARZY STOMATOLOGÓW
 Kontakt: 507 046 500, 61 285 81 40

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

DO WYNAJĘCIA
 urządzony i wyposażony
GABINET
PEDIATRYCZNY
 o powierzchni ok. 33 m²
 NA OS. J. III SOBIESKIEGO
 W POZNANIU.
 Zainteresowanych prosimy
 o tel. 509-401-309 lub e-mail:
paulina.walasek@pwpediatrics.pl

Wsparcie
PSYCHOLOGICZNE
LEKARZY
I LEKARZY DENTYSTÓW
 – sprawdź na stronie
 internetowej
[wil.org.pl/](http://wil.org.pl/grupa-wsparcia)
 grupa-wsparcia

Specjalistyczne Centrum Medyczne Omega
 zatrudni **LEKARZY SPECJALISTÓW:**
laryngologa, neurologa, dermatologa
 Zainteresowane osoby prosimy o kontakt:
 tel. 789 190 064, e-mail: scm.omega@gmail.com



XI KONGRES TOP NEPHROLOGICAL TRENDS

POZNAŃ, 7–8 PAŹDZIERNIKA 2022

KIEROWNIK NAUKOWY
prof. dr hab. n. med. Andrzej Oko

DOWIEDZ SIĘ WIĘCEJ
ZESKANUJ KOD QR



XI KONGRES POLSKIEGO TOWARZYSTWA MEDYCYNY RODZINNEJ

WROCŁAW | 14–16 października 2022

KIEROWNIK NAUKOWY
dr hab. n. med.
Agnieszka Mastalerz-Migas, prof. UMW

DOWIEDZ SIĘ WIĘCEJ
ZESKANUJ KOD QR



VI KONFERENCJA RAK PIERSI ONKOLOGIA I PLASTYKA

POZNAŃ | 14–15 PAŹDZIERNIKA 2022

KIEROWNIK NAUKOWY
dr hab. n. med., prof. UZ Dawid Murawa

DOWIEDZ SIĘ WIĘCEJ
ZESKANUJ KOD QR

