



Poznańska pulmonologia przedakademicka to wiele zacnych postaci, począwszy od Roberta Kocha, przez dr. Teofila Kaczorowskiego oraz małżeństwo Zeylandów, którzy tworzyli w Poznaniu filię Instytutu Pasteura.

Słowa serdecznej pamięci należy poświęcić każdemu spośród sześciu kierowników Kliniki. Szczególne podwaliny pod przyszłą działalność położył prof. Jerzy Jurkowski (uczeń prof. Roguskiego) dzięki swojej kompetencji, rzetelności oraz życzliwości. Dobrze zapamiętana została duża kultura osobista i znacząca ranga prof. Ireny Westfal. Dzieło dwóch pierwszych kierowników kontynuowała krótko dr med. Lucyna Szymaczek-Meyer ze szczególną pulmonologiczną kompetencją, a następnie prof. Mieczysław Firlik, w którego zmaganiu ze śmiertelną chorobą nowotworową uczestniczył także zespół Kliniki. Krótki okres jego kierownictwa charakteryzowała duża dynamika odkrywania pulmonologii jako nowoczesnej dziedziny interny, zasiew naukowy oraz szczególnie życzliwe więzi między pracownikami, dla których prof. Firlik stał się przykładem lekarza akademickiego, naukowca oraz szlachetnego i wybitnego człowieka. Następnie dzieło rozwijało się pod kierownictwem związanego korzeniami z pulmonologicznym Wolsztynem prof. Witolda Młynarczyka, który w środowisku poznańskim znany jest z tworzenia atmosfery życzliwości i zaufania, będąc dla wielu mistrzem lekarskiej praktyki pełnej bezinteresownego i pełnego zrozumienia pochylecia nad pacjentem i – ogólnie – drugim człowiekiem.

Obecnie Katedra i Klinika Pulmonologii, Alergologii i Onkologii Pulmonologicznej – kierowana przez prof. Halinę Baturę-Gabryel, wzbogacającą wraz z zespołem godnie i z dynamizmem zaszczytnie dzieło poprzedników –

wypełnia trojaka misję, prowadząc działalność naukową, dydaktyczną oraz usługową. O działalności naukowej świadczą prowadzone prace w wielu zakresach pulmonologii oraz uzyskane stopnie doktorskie. Działalność dydaktyczna to niemalże 4000 godzin rocznie w zakresie szkolenia przeddyplomowego w języku polskim i angielskim wśród studentów trzech wydziałów Uniwersytetu Medycznego oraz Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, a także znaczący udział w kształceniu podyplomowym lekarzy. Działalność usługowa to rocznie ponad 1600 pacjentów hospitalizowanych na 35-łóżkowym oddziale, ok. 10 000 pacjentów pozostających pod opieką w poradni przyklinicznej, około 1200 bronchoskopii. Budżet działalności pulmonologicznej wynosi w 2011 r. około 5 mln zł (w roku 2006 – 2 mln). W strukturach pulmonologicznych działają pracownicy: endoskopii układu oddechowego, zaburzeń oddychania podczas snu oraz badań czynnościowych z nowoczesnym sprzętem. Do dyspozycji pozostaje sala gimnastyczna z rozbudowanym zapleczem rehabilitacyjnym. Opieką objęte są także szczególne grupy pacjentów, w tym ponad 70 osób dorosłych z mukowiscydozą oraz pacjenci z niewydolnością oddechową poddawani tlenoterapii domowej.

Zespół Kliniki znany jest z licznych inicjatyw społecznych i zdrowotnych w środowisku wielkopolskim. Od roku 2003 działalność Kliniki wspiera Stowarzyszenie Wspierania Pulmonologii Poznańskiej, które w formule organizacji pozarządowej poszerza możliwości organizacyjne działania. Staramy się nie być tylko biernymi obserwatorami, lecz próbujemy zmieniać rzeczywistość przez swoje działania.

PERYSKOP onet.pl

Dodał też, że podobną metodą leczone będą osoby cierpiące na hemofilię typu A (wywołaną brakiem VIII czynnika krzepnięcia krwi). Rozpoczęto już pierwsze próby zastosowania terapii genowej u chorych z tą odmianą hemofilii, występującej pięciokrotnie częściej niż hemofilia typu B. Według Wikipedii, najstarsze wzmianki o hemofilii znajdują się w księgach Starego Testamentu i na papirusach pochodzących ze starożytnego Egiptu. W Europie nazywano ją „chorobą królów”. Królowa Wiktoria przekazała mutację genu IX czynnika krzepnięcia krwi synowi Leopoldowi oraz córkom: Alicji i Beatrycze (były jego nosicielkami). Zapoczątkowało to „epidemię” hemofilii wśród członków rodów królewskich niemal w całej Europie, głównie w Hiszpanii, Niemczech i Rosji. Mutacje hemofilii typu A i B są przenoszone na chromosomie X, natomiast dziedziczone są w sposób recesywny. Najczęściej chorują mężczyźni, którzy odziedziczyli wadliwy gen po matce. Córki są zwykle jedynie nosicielkami mutacji, gdyż na chromosomie X mają kopie prawidłowego genu. Mogą jednak zachorować na hemofilię, gdy matka jest nosicielką mutacji, a ojciec choruje na hemofilię.

Naukowcy: rak ma związek ze stylem życia

Ponad 40 proc. przypadków raka diagnozowanych co roku w Wielkiej Brytanii jest związanych ze stylem życia i takimi nawykami, jak palenie, picie alkoholu i złe odżywianie – twierdzą autorzy raportu opublikowanego w „British Journal of Cancer”, o którym pisze w środę BBC. Zdaniem jego autorów raport jest najbardziej wyczerpującą analizą na ten temat. Wynika z niego, że łącznie 14 czynników związanych ze stylem życia i środowiskiem wpływa na to, że Brytyjczycy zapadają na raka. Zdaniem badaczy, w 40 proc. przypadków raka wśród kobiet i 45 proc. wśród mężczyzn chorobie można by zapobiec przez zdrowszy tryb życia. Około 34 proc. przypadków raka wiąże się z paleniem, złą dietą, alkoholem i nadwagą. Specyficzna praca, na przykład narażenie na chemikalia

Spotkanie pracodawców

Koleżanki i Koledzy, w dniu 15 października 2011 r. w Poznaniu z inicjatywy działaczy Wielkopolskiego Związku Pracodawców Ochrony Zdrowia spotkali się przedstawiciele regionalnych organizacji zrzeszających pracodawców działających w zakresie Ochrony Zdrowia, a przede wszystkim AOS (ambulatoryjnej opieki specjalistycznej) oraz POZ (podstawowej opieki zdrowotnej), którzy powołali Polską Federację Pracodawców Ochrony Zdrowia (PFPOZ).

Do PFPOZ przystąpiły trzy związki założycielskie:

- Wielkopolski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia z siedzibą w Poznaniu,
- Związek Pracodawców Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej z siedzibą w Krakowie,
- Świętokrzyski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia z siedzibą w Kielcach.

Podstawowym celem Federacji jest ochrona praw i reprezentowanie interesów społecznych i gospodarczych zrzeszonych w niej organizacji pracodawców wobec organów władzy publicznej na szczeblu ogólnokrajowym oraz wpływanie na zmiany prawa zmierzające do tworzenia w Polsce stabilnego i wydolnego systemu ochrony zdrowia. Szczególnie bliska jest nam problematyka AOS (szczególnie realizowanej przez podmioty prywatne), która naszym zdaniem – wraz z POZ i szpitalami – powinna stanowić fundament całego systemu ochrony zdrowia. Obecne duże rozdrobnienie podmiotów AOS oraz brak wsparcia ze strony publicznych organów założycielskich (jak w przypadku szpitali) lub silnej i sprawnej organizacji (Federacji Porozumienia Zielonogórskiego w przypadku POZ) czyni AOS obszarem do łatwych ograniczeń, nadużyć i cięć finansowych. Co prawda dla obu pozostałych dziedzin ochrony zdrowia (POZ i szpitale) AOS stanowi również przedmiot zainteresowań, ale jedynie jako poboczny obszar zasadniczej aktywności. W obu tych przypadkach dominujące pozostają

sprawy dotyczące odpowiednio POZ i szpitali, co jest zupełnie zrozumiałe ze względu na naturę ich członków. Ponadto bardzo często skuteczność w praktyce oznacza skoncentrowanie uwagi na jednym lub najwyższej kliku zagadnieniach, a ich nadmierne rozproszenie umniejsza szansę powodzenia. Z tych też względów, choć po części problemami AOS zajmują się wszyscy, ostatecznie nikt nie zajmuje się nimi przede wszystkim lub po prostu wyłącznie. Nasza Federacja chce zajmować się przede wszystkim sprawami AOS. W tym celu Polska Federacja Pracodawców Ochrony Zdrowia zawarła porozumienie z Federacją „Porozumienie Zielonogórskie” o bliskiej współpracy i podziale obszarów aktywności. Zadeklarowaliśmy wzajemne wspieranie się w naszych działaniach na rzecz środowiska medycznego oraz popieranie Porozumienia Zielonogórskiego w sprawach dotyczących POZ, a Polskiej Federacji Pracodawców Ochrony Zdrowia w sprawach dotyczących AOS. Uważamy, że tego rodzaju współpraca zmierza do konsolidacji środowiska, a zwiększając siłę, poprawia naszą efektywność.

Niemniej najważniejsze jest poparcie ze strony samych lekarzy specjalistów. Poparcie to musi jednak polegać na organizowaniu się i tworzeniu realnej siły nacisku na struktury władzy państwowej, w tym Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia. Jedynie zorganizowane grupy są zdolne do wywierania skutecznego nacisku i uzyskiwania rzeczywistych efektów. Dlatego namawiamy lekarzy do tworzenia na terenie swoich województw organizacji pracodawców – dzięki temu będziemy silniejsi i bardziej reprezentatywni. Chętnie pomożemy od strony prawnej i organizacyjnej w powołaniu lokalnego związku pracodawców. Zapraszamy inne organizacje pracodawców, szczególnie zainteresowane problemami AOS, do kontaktu z nami i współpracy.

ANDRZEJ GRZYBOWSKI
AE.GRZYBOWSKI@GMAIL.COM
PREZYDENT POLSKIEJ FEDERACJI
PRACODAWCÓW OCHRONY ZDROWIA