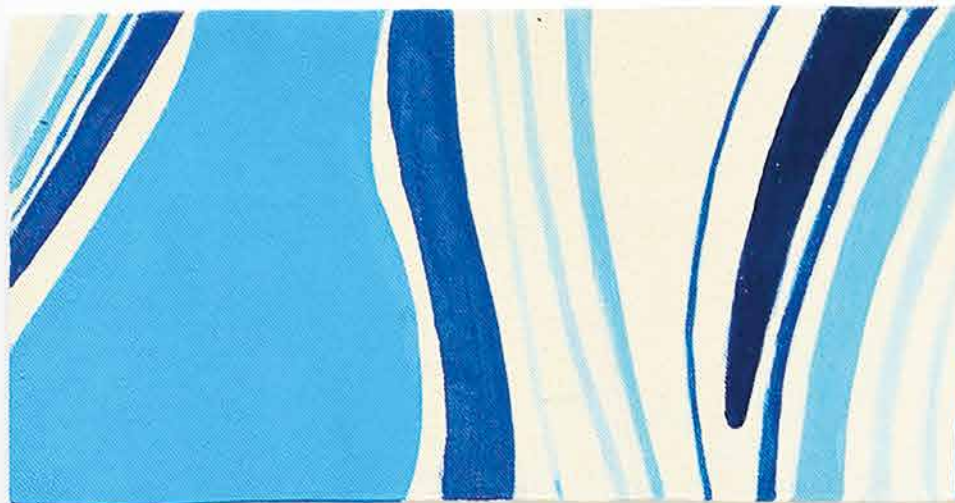


BIULETYN INFORMACYJNY NR 3 (326) • POZNAŃ, MARZEC 2022



WIELKOPOLSKA

IZBA LEKARSKA



SALMED

Międzynarodowe Targi Sprzętu i Wyposażenia Medycznego

23-25.03.2022, POZNAŃ



Międzynarodowe
Targi Poznańskie

SERCE MEDYCyny BIJE W POZNANIU

Nawiąż kontakty z przedstawicielami medycyny, biznesu i nauki.
Bądź bliżej najnowszych trendów w medycynie.
Poznaj bogatą ofertę producentów sprzętu i wyposażenia medycznego.
Zapoznaj się z najbardziej obiecującymi startupami współczesnej medycyny.

Informacje na temat targów: salmed.pl



WIELKOPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Wielkopolska Izba Lekarska partnerem
największych targów branżowych w Polsce!
Będziemy na miejscu w trakcie całego wydarzenia.
24 marca, w drugim dniu targów, zapraszamy na warsztaty
z zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych
oraz szkolenia z ratownictwa medycznego.

Informacje na temat szkolenia oraz zapisy: wil.org.pl/salmed



Przemysław Ciupka

redaktor naczelny

przemyslaw.ciupka@wil.org.pl

SŁOWEM WSTĘPU

Ni w ząb

22,60 zł, 33,90 zł, 42,90 zł – mało który pacjent skojarzy te ceny z wizytą u dentysty. Niestety ten cennik doskonale znają stomatolodzy pracujący w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Zgodnie z wyceną świadczeń podane kwoty możemy kolejno przypisać do: ekstrakcji zęba jednokorzeniowego, ekstrakcji zęba wielokorzeniowego oraz wypełnienia na jednej powierzchni. Wycena, która daleka była od ideału już w momencie jej zatwierdzenia, pozostaje niezmienną od kilkunastu lat. Efekt? W połowie roku z systemu publicznej opieki zdrowotnej w Wielkopolsce wypadnie 55 praktyk stomatologicznych. „Każdy, niezależnie od statusu finansowego, powinien mieć dostęp do publicznej opieki zdrowotnej na wysokim poziomie” – powiedział mi nestor Wielkopolskiej Izby Lekarskiej prof. Romuald Biczysko (rozmowę z profesorem znajduję Państwo na s. 14). Trudno się z nim nie zgodzić. Tymczasem system w obecnym kształcie pacjentom wymagającym leczenia zębów dostęp ten ogranicza w coraz większym stopniu. Lekarze dentyści WIL postanowili głośno powiedzieć, że ten stan rzeczy jest nie do utrzymania (o tym piszemy na s. 11). Czy da się zrozumieć, jak można zapewnić pacjentowi opiekę za pieniądze wypłacane przez NFZ? Ni w ząb.

Minister Zdrowia rozporządzeniem nakazał lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej przeprowadzenie „badania fizykalnego” każdego pacjenta powyżej 60. roku życia skierowanego na izolację po stwierdzeniu zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Na przyjazd do pacjenta lub zapewnienie mu porady w przychodni lekarze POZ mają 48 godzin. Decyduje administracyjnie narzucona norma, nie stan kliniczny pacjenta. Decyduje paragraf, nie wiedza i doświadczenie medyka. Sprzeciw wobec tak skonstruowanych przepisów członkowie Prezydium WIL wyrazili w podjętym stanowisku (s. 6), które odbiło się szerokim echem w przestrzeni medialnej. Lekarze rodzinni przekonali się, że szef resortu zdrowia ni w ząb nie rozumie specyfiki ich pracy.

O ile do chaosu w organizacji ochrony zdrowia wielu z nas, niestety, zdążyło się już przyzwyczaić, o tyle chaos związany z reformą systemu podatkowego jest jednak pewną nowością. Odczuli to na własnej skórze również lekarze i lekarze dentyści. Na ten temat powiedziano i napisano już tomy, ja zastanawiam się tylko – jak można było popełnić tyle błędów we flagowym, długo przygotowywanym projekcie rządu? Ni w ząb tego nie pojmuję.

Zamykając ten numer biuletynu, domykamy też VIII kadencję. Sprawozdawczo-Wyborczy Okręgowy Zjazd Lekarski odbędzie się 19 marca, czemu poświęcimy wiele uwagi w następnym wydaniu. Tymczasem zachęcam do zerknięcia na kolejną stronę i przekonania się, jak minione cztery lata wyglądały okiem prezesa. ■

Spis treści

Okiem Prezesa...	4
Omówienie posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej	5
Stanowisko PORL – 001/2022	6
Obwieszczenie Okręgowej Komisji Wyborczej	6
Stażyści i rezydenci na pandemicznym froncie	7
Będzie cały czas z nami. Mniej dolegliwy	8
Rubryka stomatologiczna	10
Przekaz poszedł w świat	11
Epidemia próchnicy dotyka najmłodszych	11
Rubryka rezydencja	13
Okiem nestora	14
Czy infekcja wirusem Epsteina-Barr może zwiększać ryzyko stwardnienia rozsianego?	16
Rejestr czynności przetwarzania danych jako wstęp do prawidłowo przeprowadzonych analiz ryzyka i oceny skutków dla ochrony danych w podmiotach leczniczych	18
Powrót do normalności?!...	19
Z medycznej wokandy	20
W PANGen także refundowane badania	21
Podzwonne dla Szpitala Przemienienia Pańskiego	22
Dawka informacji	24
SILVA RERUM MEDICARUM VETERUM	25
Sztuka w szczytnym celu	26
Medycyna, malarstwo i literatura zamknięte w kalendarzu	26
SHORT CUTS	27
Wspomnienie o Magdalenie Hałas	28
Wiersze	30

Autorką okładki „Kompozycja niebieska” jest Jagoda Kopij, studentka wzornictwa na Uniwersytecie Artystycznym w Poznaniu. Interesuje się designem oraz tradycyjnymi sztukami. Praca została wykonana na płytach pilśniowych pokrytych płótnem i zabezpieczonych bezbarwnym gesso, aby skonstrastować surowość materiału z jednolitą, intensywną plamą barwną namalowaną farbami akrylowymi.
Kontakt: [instagram.com/ja.kopij/](https://www.instagram.com/ja.kopij/).

OKIEM PREZESA...



Artur de Rosier
prezes
Wielkopolskiej
Izby Lekarskiej

Czas podsumowań

Wierzyć się nie chce, że to już ostatni wstępniak w tej kadencji, że minęły cztery lata. Nastął czas podsumowań, podziękowań i planów na przyszłość. Kończąca się kadencja przebiegła w dwóch fazach: przedpandemicznej i pandemicznej, tak przynajmniej możemy nazwać je dziś, bo przecież nikt pandemii się nie spodziewał. Odkurzyłem stare pliki i z ciekawością sprawdziłem, o czym pisałem we wstępniakach na początku kadencji. Odwiedzałem wówczas delegatury, nawiązywałem relacje z samorządami, władzami, uczelniami, uruchomiliśmy WILobus, by dotrzeć bliżej lekarzy, a w sierpniu 2018 r. dumnie razem z prezesami Jerzym Sowińskim i Krzysztofem Kordelem otworzyliśmy nasz hotel WILla Medica, który wpisał się już w nasz izbowy krajobraz, zagościł na booking.com i ma nawet stałych gości. Kamieniem milowym działalności WIL było uruchomienie sali konferencyjnej i sal warsztatowych przy ul. Szyperskiej w Poznaniu. Teraz to już nasz drugi adres i nie wyobrażamy sobie, jak moglibyśmy funkcjonować tylko na Nowowiejskiego. Chór, orkiestra, komisje, zebrania, wystawy, warsztaty, wykłady – nie mieściliśmy się już w jednej lokalizacji. Co prawda miło było mi słuchać wieczorami śpiewającego chóru, gdy pracowałem w gabinecie prezesa, ale teraz nasi utalentowani muzycznie lekarze i lekarze dentyści ćwiczą w godniejszych warunkach. Sala na Szyperskiej umożliwiła nawet przeprowadzenie zjazdu, a już w okresie pandemii tylko tam możliwe było, z dochowaniem zaleceń epidemicznych, przeprowadzenie posiedzeń ORL. Logo EDU WIL też kojarzone jest z Szyperską i działalnością edukacyjną naszej izby. Kto jeszcze nie był na Szyperskiej – zapraszam, bo w planach są już kolejne wydarzenia edukacyjne, a widok na centrum Poznania z tarasu na szóstym piętrze też wart jest zobaczenia.

Miniona kadencja to dwa wielkie jubileusze samorządu lekarskiego: 30-lecia odrodzonego samorządu i 100-lecia powstania izb lekarskich. Uroczystość 30-lecia w atmosferze teatru, w eleganckiej oprawie wizualnej i muzycznej, z udziałem znamienitych gości, kiedy prezesi WIL wprowadzili izbę w kolejną dekadę, pozostanie na długo w naszej pamięci. Obchody 100-lecia z uwagi na pandemię może już nie tak uroczyste, ale za to bezwzględnie „nasze”, z nakręconym przez Zespół Komunikacji Medialnej filmem o historii samorządu z odniesieniem do naszych początków, tj. Izby Lekarskiej Poznańsko-Pomorskiej.

Mam nadzieję, że WIL i jej działacze oraz ekspertów w dzieliście Państwo, słyszeliście i czytaliście o nich w mediach.

To niewątpliwa zasługa przywołanego już Zespołu Komunikacji Medialnej z rzecznikiem prasowym. Strona internetowa i FB zmieniły wygląd i funkcjonalność oraz nabrały tempa w prezentowaniu najświeższych (czasem jeszcze trwających) wydarzeń, dokumentowanych też w formie filmowej.

Izba to wielka rodzina, są w niej i młodzi, początkujący w sztuce medycznej lekarze, jak i nasi mistrzowie. Kontynuowaliśmy tradycję uroczystości wręczania PWZ, do współpracy z izbą zaprosiliśmy studentów kierunków lekarskich i lekarsko-dentystycznych, spotykając się z nimi „Na kwadracie”, z radością powitaliśmy entuzjazm młodych lekarzy w WIL, pojechaliśmy wspólnie na protest zawodów medycznych do Warszawy.

W okresie pandemii izba była forum wymiany wiedzy i informacji, był to też czas, kiedy stała się wielkim magazynem, ale i wytwórcą oraz dystrybutorem środków ochrony indywidualnej w ramach akcji koronazgłowy.pl. Od zawsze byliśmy propagatorami szczepień, organizowaliśmy akcje upowszechniające profilaktykę chorób zakaźnych. Ta postawa niezwykle ważna była w okresie pandemii jako przeciwwaga dla poglądów i działań ruchów antyszczepionkowych.

Poza Wielkopolską moja aktywność to działalność w Konwencji Prezesów i NRL, udział i reprezentowanie wielopolskiego samorządu na arenie krajowej.

Jako samorząd wspieramy lekarzy na wielu frontach. Gdy trzeba bronić dobrego imienia koleżanek i kolegów, zawiadamiamy organy ścigania i zapewniamy wsparcie prawne. Wystąpiliśmy przeciwko staroście pilskiemu, Jerzemu Ziębie czy Justynie Sosze.

Podziękować chcę wszystkim, którzy tworzyli i tworzą WIL, dbają o jej rozwój, współpracują i po prostu są w niej każdego dnia. Członkom Prezydium i ORL dziękuję za ciężką pracę, wsparcie, pomysły i za konstruktywną krytykę. Dziękuję pracownikom izby za codzienny trud i zaangażowanie oraz gratuluję tego, że tworzycie zgrany, profesjonalny i odpowiedzialny zespół, na którym można polegać. Dziękuję wszystkim, którym na sercu leży dobro samorządu.

A co w przyszłości? Z izbą lekarską się nie żegnam, to tylko czas podsumowań. Niezależnie od tego, w jakiej roli pracować będę na rzecz samorządu, bazując na dotychczasowym doświadczeniu OROZ i prezesa, służąc izbie wiedzą medyczną i prawną. Oczywiście chcę kandydować na prezesa WIL w kolejnej kadencji, mając nadzieję, że za przychylnością Zjazdu będę mógł kontynuować rozpoczętą cztery lata temu misję. Do zobaczenia na samorządowym szlaku! ■

Omówienie posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, Poznań, 12 lutego 2022 r.

Posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej pod przewodnictwem prezesa ORL WIL dr. n. med. Artura de Rosier miało miejsce w Centrum Edukacyjnym EDU WIL w Poznaniu przy ul. Szyperskiej i wzorem poprzednich spotkań odbyło się w systemie hybrydowym.

Po przyjęciu porządku obrad prezes WIL poinformował o szerokim i pozytywnym oddźwięku medialnym, z jakim spotkało się stanowisko Prezydium ORL WIL 001/2022 z dnia 25 stycznia 2022 r. w sprawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 stycznia ogłoszonego 24 stycznia 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2 (Dz. U. z 2022 r. poz. 151). Duże zainteresowanie mediów ogólnopolskich i regionalnych wzbudziła konferencja prasowa w sprawie wyceny świadczeń stomatologicznych w ramach umowy z NFZ, nieadekwatnej do ponoszonych kosztów, w której czynny udział wzięli członkowie Komisji Stomatologicznej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej – dr n. med. Anna Kurhańska-Flisykowska i dr Anna Tarajkowska oraz przewodniczący Komisji Stomatologicznej dr Jacek Zabielski. W sprawach bieżących znalazł się także punkt związany z tegorocznymi wyborami. Przedstawiona została aktualna sytuacja i zapisy dotyczące kalendarza wyborów na Okręgowy Zjazd Lekarzy i Krajowy Zjazd Lekarzy na okres IX kadencji (Uchwała Krajowej Komisji Wyborczej z dnia 26.09.2020 r.).

Przewodniczący Komisji ds. Konkursów dr n. med. Wojciech Waliszewski przedstawił propozycje komisji na przedstawicieli WIL w konkursach pielęgniarskich Szpitala Klinicznego UM im. Karola Marcinkowskiego oraz Szpitala Powiatowego im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie. Zgodnie z rekomendacjami komisji powołani zostali dr hab. n. med. Zbyszko Malewski i dr n. med. Aldona Pietrysiak.

Wnioski Komisji ds. Rejestru do ORL o przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarzom cudzoziemcom przedstawił przewodniczący komisji dr Wojciech Buxakowski. Okręgowa Rada Lekarska przyznała prawa wykonywania zawodu lekarza w celu odbycia stażu podyplomowego lekarzom z Białorusi i Ukrainy oraz przedłużono ważność prawa wykonywania zawodu zgodnie z przepisami dotyczącymi stanu zagrożenia epidemicznego lekarzowi – obywatelowi Białorusi.

Członkowie Okręgowej Rady Lekarskiej przyjęli sprawozdania ORL WIL za rok 2021 i sprawozdanie ORL WIL VII kadencji 2018–2022 oraz zarekomendowali powyższe do zatwierdzenia XLVI Okręgowemu Zjazdowi Lekarskiemu. Przyjęto również sprawozdanie z wykonania budżetu Wiel-



ELŻBIETA MARCINKOWSKA
SEKRETARZ ORL WIL

Członkowie Okręgowej Rady Lekarskiej przyjęli sprawozdania ORL WIL za rok 2021 i sprawozdanie ORL WIL VII kadencji 2018–2022 oraz zarekomendowali powyższe do zatwierdzenia XLVI Okręgowemu Zjazdowi Lekarskiemu. Przyjęto również sprawozdanie z wykonania budżetu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej za rok 2021 oraz projekt budżetu na 2022 r. zaopiniowany pozytywnie przez Komisję Finansową ORL WIL i w drodze podjęcia stosowanych uchwał zarekomendowano do zatwierdzenia przez XLVI Okręgowy Zjazd Lekarzy.

kopolskiej Izby Lekarskiej za rok 2021 oraz projekt budżetu na 2022 r. zaopiniowany pozytywnie przez Komisję Finansową ORL WIL i w drodze podjęcia stosowanych uchwał zarekomendowano do zatwierdzenia przez XLVI Okręgowy Zjazd Lekarzy. Jak przyznał sprawozdający skarbnik ORL WIL dr Marcin Karolewski ze względu na lawinowo rosnące ceny mediów i inflację sporządzenie realnego projektu budżetu było niezwykle trudne.

Centrum Konferencyjne EDU WIL od czasu rozpoczęcia działalności poza pierwszym okresem pandemii w roku 2020 r., kiedy to przekształciło się w centrum magazynowania, dystrybucji i produkcji środków ochrony osobistej z przeznaczeniem dla lekarzy – członków WIL, jest ważnym ośrodkiem konferencyjnym i szkoleniowym. Planowane jest także rozszerzenie przeznaczenia obiektu na cele kulturalne. Zaistniała potrzeba poprawy infrastruktury poprzez wymianę oświetlenia. Okręgowa Rada Lekarska w drodze stosownej uchwały przeznaczyła środki finansowe na ten cel. Podjęto także uchwałę w sprawie upoważnienia Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej do wyrażenia zgody na zawarcie umów z Polską Wytwórnią Papierów Wartościowych S.A. w Warszawie oraz Ministrem Zdrowia na wytwarzanie, per-

sonalizację i dostawę blankietów dokumentów Prawo Wykonywania Zawodu Lekarza oraz Prawo Wykonywania Zawodu Lekarza Dentysty, a także udzielenia pełnomocnictwa do podpisania umów w imieniu WIL – prezesowi i skarbnikowi Naczelnej Rady Lekarskiej. Ustalono wynagrodzenia dla wykładowców wydarzeń edukacyjnych organizowanych przez Wielkopolską Izbę Lekarską w ramach kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów.

Lekarz, członek WIL, w związku ze stwierdzeniem niepodjęcia wykonywania zawodu przez okres dłuższy niż 5 lat od uzyskania dyplomu ukończenia uczelni medycznej, został zobowiązany do odbycia przeszkolenia teoretycznego w formie egzaminu w dziedzinach: choroby wewnętrzne, pediatria, chirurgia ogólna oraz ginekologia i położnictwo. Okręgowa Rada Lekarska w skład komisji egzaminacyjnej powołała lekarzy o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych.

Ostatni punkt obrad zdominowała dyskusja na temat potrzeby integracji środowiska lekarskiego. Zwrócono uwagę na trudną sytuację lekarzy aktywnych zawodowo zarówno pracujących w szpitalach, jak i w ambulatoryjnej opiece podstawowej i specjalistycznej, gdzie dramatyczny niedobór kadr, nadmierne obciążenie i zespół wypalenia zawodowego jest szczególnie widoczny. ■

STANOWISKO PORL – 001/2022**Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 25 stycznia 2022 r.****w sprawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 stycznia 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2 (Dz. U. z 2022 r. poz. 151)**

Stanowczo sprzeciwiamy się narzuconym administracyjnym regulacjom z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 stycznia 2022 r. (Dz. U. z 2022 r. poz. 151) nakazującym lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej udzielania pacjentom pow. 60 r.ż. skierowanym do odbycia izolacji w warunkach domowych wizyty osobistej przed upływem 48 h. Sprzeciwiamy się by kwalifikacja do przeprowadzenia badania była oparta wyłącznie na zaleceniach administracyjnych, a nie merytorycznych. W dotychczasowej praktyce lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej realizowane są wizyty w gabinecie, jak również wizyty domowe, kiedy wymaga tego stan zdrowia pacjenta oceniany przez lekarza. Zwracamy uwagę, że jedynie lekarz jest uprawniony do właściwej oceny stanu

pacjenta, w tym także tego, czy wymaga wizyty osobistej, czego dokonuje na podstawie dokładnie zebranego wywiadu, oceny sytuacji oraz saturacji krwi. Niezrozumiałym jest również zakreślenie granicy wiekowej na poziomie 60 lat, wyznacznikiem winien być stan pacjenta, a nie jego wiek.

Ścisłe przestrzeganie narzuconych regulacji administracyjnych skutkować będzie zmniejszeniem równego dostępu do opieki lekarskiej pacjentów z innymi schorzeniami i kontynuacji leczenia chorób przewlekłych oraz załamaniem się systemu podstawowej opieki zdrowotnej. Wobec obecnej dramatycznej sytuacji kadrowej w POZ lekarze nie są w stanie wykonać dodatkowych narzuconych administracyjnie obowiązków.

SEKRETARZ

Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
lek. Elżbieta Marcinkowska

PREZES

Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
dr n. med. Artur de Rosier

OBWIESZCZENIE**Okręgowej Komisji Wyborczej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
z dnia 17.02.2022 r.****w sprawie ogłoszenia wyników
wyborów w rejonach
LKAL/23 i LPOZ/47.**

Na podstawie uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwołania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych, uchwała się co następuje:

§ 1

Zgodnie z Uchwałą nr 7/2022/VIII z dnia 17.02.2022 r. Okręgowa Komisja Wyborcza Wielkopolskiej Izby Lekarskiej ogłasza, że delegatami na Okręgowy Zjazd Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej IX kadencji zostali wybrani:

Cymerys Maciej
Hoffmann Karolina
Schneider Mikołaj
Tarasiewicz Artur
Zaleski Tadeusz

**NOWA ODSŁONA APLIKACJI MOBILNEJ
WIELKOPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ!****Co nowego?**

- rezerwacja terminu wizyty
- możliwość szybszego zapisu na wybrane kursy i konferencje
- pobieranie oryginałów uchwał podpisanych elektronicznie (podając PWZ i kod uzyskany z rejestru)
- przyjazny interfejs

*pobierz aplikację
i bądź na bieżąco!*

**APP STORE****PLAY STORE**

Stażyści i rezydenci na pandemicznym froncie

Staż podyplomowy i szkolenie specjalizacyjne – tyle doświadczeń, ilu stażystów i rezydentów. Z założenia wszystkie te historie powinna łączyć jedna prawidłowość: zdobywanie wiedzy, doświadczenia i warsztatu u boku doświadczonych lekarzy.

Pandemia COVID-19 zmodyfikowała tę prawidłowość. Trwają rozmowy o likwidacji stażu podyplomowego, a lekarze stażyści i rezydenci rzućeni zostali w sidła szpitali jednoimiennych czy tymczasowych, wyrwani ze swoich macierzystych oddziałów. Część z nich ofiarnie zgłosiła się sama, by niejako walczyć na pierwszej linii frontu. Podobno pandemia dogorywa, choć w szpitalu tymczasowym coraz więcej w ostatnich dniach przyjęć. Niezwykłe to miejsce, ten szpital tymczasowy na Targach, również w kontekście odbywania stażu podyplomowego i szkolenia specjalizacyjnego.

Czego może się nauczyć lekarz stażysta i lekarz rezydent w szpitalu tymczasowym? Z perspektywy rezydentki mogę powiedzieć, że doświadczyłam tutaj nie tylko ukochanej pulmonologii, ale także zmierzenia się z problemami neurologii (udary), kardiologii (zawały, wszelakie zaburzenia rytmu serca), nefrologii (niewydolności nerek), psychiatrii (ostre stany psychiatryczne), diabetologii (rozchwiana cukrzyca), anestezjologii (ARDS), a także chirurgii ogólnej (krwawienia z przewodu pokarmowego), chirurgii naczyniowej (zakrzepice żył głębokich), transplantologii (pacjenci po przeszczepach) czy opieki paliatywnej – towarzyszenia, gdy wszystko inne zostało już dokonane. Tych kilka staży w ramach szkolenia specjalizacyjnego odbyłam tutaj szybciej i bardziej intensywnie, niż mogłabym sobie wyobrazić. Wyczuwam jednak przewagę odbywania staży w ramach danej specjalności na oddziale „dedykowanym”, gdzie doświadczyć można szerszego przeglądu jednostek chorobowych, a także posmakować opieki poradnianej. Ale nikt z nas nie wybrał zarazy – nawiedziła nas zaskoczonych, jak co sto lat miewa w zwyczaju, a staż czy rezydentura odbywają się tu i teraz, bez litości nad upływającym czasem – szkolenie zakończone zostać musi.

Szkolenie specjalizacyjne odbywane w ramach pracy w szpitalu tymczasowym przybierało nieraz niewiarygodny przebieg. Jeden z kolegów – wtedy jeszcze rezydent – dostał nominację na kierownika oddziału internistycznego. Poradził sobie znakomicie. Niósł ze sobą wiedzę i doświadczenie swojego kierownika specjalizacji, współpracowników z oddziału, a pchnęło go poczucie misji.

Inni rezydenci, pracujący na co dzień na oddziale hematologii, zostali wciągnięci w szeregi oddziału pulmonologii. Poszerzyli naszą wiedzę hematologiczną, a przy okazji sami stali się konsultantami z pulmonologii w szpitalu tymczasowym. Tego wymagała chwila.

Jedną z lekarek stażystek, lek. Joanna Szufiak, z którą mam przyjemność pracować w szpitalu tymczasowym, tak pisze o czasie swojego stażu:

Praca na Targach – tym razem już nie jako studentka, a lekarz stażysta. Doświadczenie na pierwszy rzut oka podobne, a jednak inne i to nie tylko ze względu na ciężkość przebiegu choroby wśród pacjentów. Największa i najważniejsza osobista zmiana: posiadanie prawa wykonywania zawodu. Poruszenie serca, gdy własnoręcznie swoim imieniem i nazwiskiem trzeba podpisać się na karcie zleceń lekarskich – ma to znaczenie – i to nie byle jakie – przecież chodzi o życie drugiego człowieka.



Fot. Archiwum Szpitala Tymczasowego

Mój kierownik specjalizacji ma zwyczaj mawiać, że za jego czasów lekarze w trakcie stażu samodzielnie prowadzili pacjentów: łatwych i ciężkich, z pełną za nich odpowiedzialnością i że „to były czasy”. Miło jest usłyszeć, że pandemia – chciana czy też nie – przywróciła ten stan rzeczy. Lekarze stażyści są odpowiedzialni za swoich pacjentów, prowadzą ich samodzielnie, a nie jeden z nich jest mistrzem nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej.

Pandemia to nie tylko szpital tymczasowy, to także punkt szczepień i ofiarna praca ponad 50 lekarzy stażystów, bez których to miejsce nie rozwinęłoby skrzydeł. Wielkopolska Izba Lekarska – niesiona potrzebą morowych czasów – uelastyczniła zasady odbywania stażu podyplomowego, umożliwiając młodemu lekarzom jego półroczną realizację w punkcie szczepień. Nie był to czas stracony. Ani łatwy.

Lek. Anna Urda-Cichocka: *Praca w punkcie szczepień w trakcie stażu podyplomowego okazała się wspaniałą możliwością do poszerzenia swojej wiedzy i praktycznego jej zastosowania. Każdy pacjent to inna historia oraz inne dolegliwości, choroby. Reasumując: praca w punkcie szczepień była dla mnie jako lekarza stażysty intensywnym kursem całej medycyny.*

Lek. Filip Moskwa: *Praca w punkcie szczepień to dopełnienie przyjętej przeze mnie wewnętrznej misji. Od samego początku, kiedy pojawiła się pierwsza dopuszczona szczepionka przeciwko COVID-19, zaangażowałem się w zachęcanie wszystkich do przyjęcia jej i gdy tylko pojawiła się szansa na podjęcie pracy przy kwalifikacji pacjentów, nie miałem wątpliwości.*

Chciałabym powrócić do jednego z pierwszych zdań tego artykułu: zdobywanie wiedzy, doświadczenia i warsztatu u boku bardziej doświadczonych lekarzy, mentorów. Szpital tymczasowy nauczył mnie, że każdy z nas – nieoczekiwanie – może stać się mentorem.

Kolejne doświadczenie współpracy z lekarzami. (...) Gdy dystans się zmniejsza i dostrzegasz, że marzysz o takiej współpracy w kontekście szkolenia specjalizacyjnego. Targi to miejsce, w którym zaciera się granica między bardziej a mniej doświadczonymi pracownikami, ponieważ łączy nas wspólny cel: walka o zdrowie i życie – uważa lek. Joanna Szufiak.

I o to w tym chodzi. By starsi przekazywali młodszym swoją wiedzę i doświadczenie, niezależnie od czasów i warunków odbywania szkolenia. W ten sposób mamy szansę na pielęgnowanie relacji mistrz–uczeń.

DARIA SPRINGER

Będzie cały czas z nami. Mniej dolegliwy

Za nami jest apogeum piątej fali. Przesilenie, z którym mieliśmy do czynienia dwa tygodnie temu, potwierdza się w każdym wymiarze. Mamy do czynienia z początkiem końca pandemii – mówi Adam Niedzielski. Tego samego dnia (9 lutego 2022 r.) Ministerstwo Zdrowia publikuje najnowszy raport o pandemii koronawirusa w Polsce. Ostatniej doby odnotowano 46 872 nowe przypadki COVID-19. Zmarło 310 osób. Zajęte były 18 952 łóżka (z 30 882), w użyciu jest 1189 respiratorów (z 2674 dostępnych), na kwarantannie przebywa 557 319 osób. Mam pytanie: jak się ma jedno do drugiego?

Na konferencji prasowej minister nie ukrywa, że często był pesymistą. Teraz jest jednak... optymistą i wyraża nadzieję, że „w marcu podejmiemy odważne decyzje dotyczące znoszenia restrykcji lub wprowadzania łagodniejszych regulacji, abyśmy w wiosnę weszli w normalnym trybie funkcjonowania”. Dziennikarze dowiadują się, że obecna sytuacja umożliwi rychłą likwidację kwarantanny po kontakcie z osobą zakażoną koronawirusem oraz kwarantanny przyjazdowej dla osób przybywających z państw strefy Schengen. Od połowy miesiąca będzie obowiązywała 7-dniowa izolacja domowa osób z COVID-19, a 21 lutego uczniowie mają powrót do szkół. Minister edukacji i nauki, Przemysław Czarnek, dodaje, że pozostaną tam do końca roku szkolnego. Zwolnionych ma być 5 tys. łóżek rezerwowanych dla pacjentów covidowych, w krótkim czasie powrócą do normalnego systemu opieki medycznej. Podejmując te decyzje, jak słyszę, wzorujemy się na innych krajach, które apogeum piątej fali mają już za sobą i znoszą restrykcje.

Waga sprzeciwu społecznego

A jeszcze nie tak dawno nie było z naszej strony chęci wzorowania się na krajach Unii Europejskiej, które konsekwentnie i skutecznie wprowadzały restrykcje, honorowały paszport covidowy, a przy wysokiej liczbie zakażeń koronawirusem miały bardzo małą śmiertelność. Argumentem był sprzeciw społeczny – z całą powagą i determinacją brany pod uwagę przez rząd i jego szefa.

Z kolei w wywiadzie dla dziennika „Fakt” Niedzielski mówi: *Maseczki zostaną z nami, nie na zasadzie obowiązku, ale na zasadzie rekomendacji. Myślę, że będzie to istotna prewencja zwłaszcza w takich miejscach jak transport publiczny. Koronawirus będzie cały czas z nami, ale skala zakażeń i zachorowań z punktu widzenia zdrowia publicznego będzie mniej dolegliwa.* Według Światowej Organizacji Zdrowia wariant Omikron, który odmienił pandemię COVID-19, ułokował ją na innym poziomie transmisji, może zarazić nawet 60 proc. Europejczyków. To jednak pozytywnie wpłynęłoby odporność populacyjną. Według tej prognozy nawrót zachorowań w Europie miałby nastąpić pod koniec roku, przy czym nie można dzisiaj przesądzić, iż będzie to pandemia.



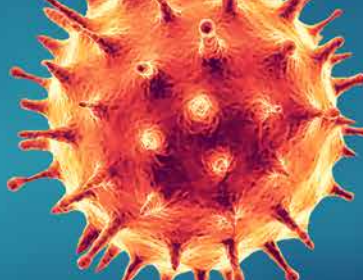
Moim zdaniem niestety nie będziemy mieli świętego spokoju i piąta fala nie będzie ostatnią, dlatego że wirus już mutuje – mówi portalowi Money.pl Paweł Grzesiowski, ekspert Naczelnej Rady Lekarskiej ds. walki z COVID-19. Omikron ma już trzy warianty, więc absolutnie nie ma gwarancji, że masowe zachorowania powstrzymają kolejne fale. Jego zdaniem duża liczba zachorowań stanowi o tym, że będzie wielu ozdrowieńców, ale to wcale nie oznacza, że będą oni chronieni już do końca życia.

W grupach wysokiego ryzyka

W przestrzeni publicznej coraz częściej słychać głosy o czwartej szczepionce, przeznaczonej zwłaszcza dla osób z grup wysokiego ryzyka. Pierwszym krajem, który się na to zdecydował, jest Izrael. W ślad za nim podążyły m.in. Chile, Kanada, Stany Zjednoczone, Szwecja. A Polska? 8 lutego 2022 r. na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia ułokowany został następujący komunikat, w którym minister zdrowia informuje m.in., że „osoby w wieku ≥ 12 lat, które otrzymały dawkę dodatkową (osoby z zaburzeniami odporności), mogą otrzymać dawkę przypominającą (czwartą) w odstępie co najmniej 5 miesięcy od dawki dodatkowej. W szczepieniu przypominającym wykonywanym u osób po dawce dodatkowej zaleca się podanie szczepionki mRNA – Comirnaty (Pfizer-BioNTech) w pełnej dawce (30 μg) 0,3 ml lub Spikevax (Moderna) w połowie dawki (50 μg) – 0,25 ml. Szczepionka COVID-19 Vaccine Janssen może być jedynie warunkowo podana jako heterologiczna dawka przypominająca po szczepieniu podstawowym z dawką dodatkową, wykonanym szczepionką mRNA przeciw COVID-19 u osób powyżej 18. r.ż.”.

Ledwie ponad 50 procent

Według danych na 10 lutego 2022 r. odsetek zaszczepionych co najmniej jedną dawką szczepionki na koronawirusa wynosi w Polsce 58,46 proc. Natomiast w pełni zaszczepieni stanowią 50,18 proc. całego społeczeństwa. Od rozpoczęcia programu szczepień do naszego kraju dostarczonych zostało 107 707 090 dawek, a łączna liczba rozdysponowanych do wszystkich



punktów szczepień wyniosła 55 974 230. Średnia liczba szczepień przeciw COVID-19 z ostatnich 7 dni wynosi ok. 80,5 tys. dziennie, a liczba szczepień na 100 mieszkańców – 136,53.

Portal Interia.pl informuje: „Najwyższa pora skończyć z poglądem, że jeszcze wielu rzeczy o SARS-CoV-2 czy o szczepionkach nie wiemy. COVID-19 to jedna z najlepiej poznanych chorób zakaźnych w historii medycyny, a szczepionka przeciw tej chorobie jest najlepiej zbadaną szczepionką w historii szczepień. Wyraźny jest natomiast deficyt woli zwalczania epidemii COVID-19 u rządzących” – piszą naukowcy z zespołu ds. COVID-19 przy prezesie PAN i przypominają, że „wolność człowieka do dokonywania nieracjonalnych, sprzecznych z naukowymi poglądami wyborów kończy się tam, gdzie zaczynają one zagrażać zdrowiu i życiu współobywateli”.

Banki z Mabionu

Mamy już gwarancję, że z pierwszej dostawy do krajów Unii Europejskiej nowej szczepionki Novavax COVID-19 pod nazwą Nuvaxovid, opartej na białkach, Polska otrzyma w tej transzy ok. 700 tys. dawek. Jej producent (amerykański koncern) ma umowę z polską firmą biotechnologiczną Mabion S.A. z Konstancinowa Łódzkiego na komercyjne wytwarzanie antygeny szczepionki na COVID-19. Dostarczy ona także banki komórkowe, które będą wykorzystywane jako kluczowy materiał biologiczny. Stanowi on bazę do wytwarzania antygenów szczepionkowych produktu Nuvaxovid. Jest on przeznaczony dla osób w wieku od 18 lat, a ich skuteczność przekracza 90 proc. Działania niepożądane, zaobserwowane w badaniach klinicznych, na ogół łagodne lub umiarkowane, ustępowały w ciągu kilku dni po szczepieniu. Wśród najczęściej występujących podaje się: ból w miejscu wstrzyknięcia, bóle głowy, mięśni, stawów, nudności lub wymioty.

Nie ma różnic

Wstępne wyniki, informuje portal Interia.pl, *badania nad amantadyną na próbie 149 chorych na COVID-19 przebywających w szpitalu pokazują, że nie ma różnic pomiędzy grupą osób leczonych amantadyną a grupą pacjentów przyjmujących placebo* – przekazał prof. Adam Barczyk. *To jednoznacznie przerywa dyskusje, pokazując czarno na białym, jakie są wyniki stosowania amantadyny w leczeniu szpitalnym* – wskazał z kolei prezes Agencji Badań Medycznych Radosław Sierpiński.

Zbadano 149 chorych, z czego 78 osób otrzymało amantadynę, a 71 placebo. *Badanie było prowadzone w populacji pacjentów ze szpitalnym covidem, czyli ci, którzy są na początku choroby, ale pojawiały się już ciężkie bądź umiarkowane objawy* – wyjaśniał prof. Adam Barczyk.

Wiem, gdzie pracujesz...

Niestety nie słabnie agresja kierowana ku osobom ze środowiska medycznego, które starają się do szczepionek przekonać/zachęcić nieprzekonanych. „Zamorduję cię. I tak miałem

Maseczki zostaną z nami, nie na zasadzie obowiązku, ale na zasadzie rekomendacji. Myślę, że będzie to istotna prewencja zwłaszcza w takich miejscach jak transport publiczny. Koronawirus będzie cały czas z nami, ale skala zakażeń i zachorowań z punktu widzenia zdrowia publicznego będzie mniej dolegliwa – mówi Adam Niedzielski.

popęlnić samobójstwo, dlatego poświęcę się i zabiję najpierw ciebie, potem siebie. Dam świadectwo swoim bohaterstwem (...). Wiem, gdzie pracujesz, obserwuję twoją drogę do pracy. Oczekuj godziny śmierci swojej”. Taką wiadomość otrzymał w nocy Bartosz Fiałek, popularyzator wiedzy medycznej i lekarz reumatolog. Sprawa została zgłoszona policji.

Kontrowersje wzbudził resortowy nakaz obowiązkowe i bezpośredniego zbadania (w ciągu 48 godzin) przez lekarzy rodzinnych każdego pacjenta, który zachorował na COVID-19, jeśli ma ukończone 60 lat; w przychodni lub – na jego życzenie – w domu. Zdaniem prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia, Bożeny Janickiej, lekarz nie będzie w stanie niemal z dnia na dzień przeorganizować swojej pracy w taki sposób, aby miał czas na przyjęcie wszystkich takich i innych pacjentów.

„Jest nas za mało, by temu sprostać – nie jesteśmy w stanie zapobiec postępującemu paraliżowi ochrony zdrowia, który wskutek tej błędnej i szkodliwej decyzji obejmie teraz także podstawową opiekę zdrowotną, znacznie pogarszając opiekę nad pacjentami z pozostałymi chorobami” – pisze w komunikacie Porozumienie Zielonogórskie zrzeszające lekarzy rodzinnych. A jego szef, Jacek Krajewski, dodaje: *Nowe wytyczne spowodują dalsze narastanie długu zdrowotnego, ponieważ dla pacjentów przewlekle chorych, leczonych w naszych poradniach, którzy nie znajdują teraz opieki gdzie indziej, nie będzie już czasu.*

Portal Rynekzdrowia.pl publikuje także wypowiedź ministra Adama Niedzielskiego: *Ten obowiązek wynika m.in. z tego, że pojawiało się z jednej strony wiele skarg zarówno u Rzecznika Praw Pacjenta, jak i w NFZ na to, że jest ograniczona dostępność do możliwości fizykalnego badania, a z drugiej strony mamy przykłady lekarzy, którzy właśnie w taki profesjonalny sposób ratowali pacjentów przed pójściem do szpitala.*

Oby uff

Na wstępie postawiłem pytanie: jak się ma jedno do drugiego? Otóż wtedy, kiedy wyraźnie i trwale spadną w statystykach liczby zakażonych koronawirusem i jego ofiar śmiertelnych, będzie można z większą pewnością mówić, że pandemia mija. Oby tak się stało. I oby od tego momentu był już tylko krok do ogłoszenia, że ona właśnie się zakończyła. Uff...

ANDRZEJ PIECHOCKI

Rubryka stomatologiczna



Za te stawki leczyć się nie da

Komisja Stomatologiczna WIL ostatni raz w tej kadencji spotkała się 5 lutego. Spotkanie zdominowała dyskusja o niemożliwości utrzymania przyzwoitych standardów opieki dentystycznej wobec braku możliwości podniesienia wyceny punktu przez WOW NFZ. Nie zmienia się ona od wielu lat i jakkolwiek w Wielkopolsce jest nieco wyższa niż np. w Lubelskiem czy Podlaskiem (m.in. ze względu na wyższe ceny usług zewnętrznych czy czynszów), to wynosi średnio 1,13 zł za punkt (od 1,04 do 1,09 zł i 1,13 zł, a w nielicznych procedurach specjalistycznych więcej, nawet do 1,80–2 zł). W przeliczeniu oznacza to usunięcie zęba jednokorzeniowego za 24 pkt, a trzykorzeniowego trzonowca za 40 pkt, czyli odpowiednio za 26 zł i 45 zł. Ekstrakcje zębów wielokorzeniowych w praktykach prywatnych to 150–200 zł, a nawet do 500 zł. Za wypełnienie na jednej powierzchni zęba (oznacza to opracowanie ubytku, leczenie próchnicy) NFZ liczy lekarzom 38 pkt po 1,13 zł za punkt lub mniej i kolejno, w zależności od wielkości ubytku, 43,5 pkt i 61 pkt, czyli maksymalnie 68 zł. Ceny wypełnienia w praktykach prywatnych wahają się od 150 zł do 350 zł, najczęściej ok. 200 zł. Protezy przysługują wyłącznie osobom powyżej 65. roku życia, mała częściowa proteza to 340 zł, a częściowa proteza, tzw. większa, to 470 zł. Za protezę całkowitą NFZ płaci lekarzowi 520 zł, przy czym z kwoty tej należy opłacić technika dentystycznego (dotychczas 180–200 zł, od stycznia powyżej 220 zł). To zawsze minimum pięć spotkań z pacjentem po uprzednim przygotowaniu do leczenia protetycznego. Jeden raz na pięć lat.

Lekarzom dentystom nie przysługują ani dodatek kapitacyjny, jak w praktykach lekarza rodzinnego, ani honorarium nazywane też wynagrodzeniem miesięcznym. Przy kontrakcie obliczonym przez NFZ na np. 7000 pkt nie ma za co opłacić asystentki stomatologicznej (najniższa stawka miesięczna), ponieważ trzeba opłacić czynsz, ZUS swój i personelu, elektryczność, ubezpieczenie, odpady medyczne. Przy rezygnacji z NFZ z reguły gminy podwyższają czynsz np. z 11 zł za metr do kwoty będącej wielokrotnością. Pozostaje więc pracować samemu i czasem, jak w przypadku gabinetów szkolnych, w pandemii nie zarobić po prostu NIC. Trudnym problemem jest leczenie dzieci z niepełnosprawnościami i leczenie ortodontyczne. Tu i miasto Poznań, i Wojewoda Wielkopolski, i Urząd Marszałkowski dotychczas udzielały wsparcia – czasem nawet hojnego, lokując jeden czy drugi grant na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu. Tak mogło być dotychczas. Dzięki grantowi leczą się dzieci z wadami rozwojowymi twarzoczaszki czy dzieci z placówek opieki całodobowej.

Być może powinniśmy zadzwonić do każdego z naszych pacjentów w Wielkopolsce i powiedzieć:

Szanowni Państwo, zależy nam na tym, aby poziom leczenia stomatologicznego wszystkich pacjentów nie odbiegał rażąco od poziomu leczenia w kraju sąsiednim. Robiliśmy do tej pory wiele, aby tak się nie stało: stosowaliśmy materiały światło- zamiast chemoutwardzalne tam, gdzie z lekarskiego punktu widzenia było trzeba, używaliśmy nowocześniejszych leków w leczeniu kanałowym, niż mógł zaproponować NFZ, leczyliśmy kanałowo zęby u osób starszych niż 18-latkę poza dozwoloną strefą „od kła do kła”. Najczęściej nie mówiliśmy Państwu o tym, bo byłoby to niezręczne i niestosowne.

Po prostu byliśmy w stanie pokrywać braki, prowadząc dodatkowo praktykę prywatną. To ona przynosiła dodatkowe pie-

niądze na personel pomocniczy, amortyzację i naprawę sprzętu, na nowy sprzęt (nie może być starszy niż dwudziestoletni), na nasze kształcenie podyplomowe – nikt nie deleguje na nie lekarza dentysty, natomiast wiele szkoleń jest niezbędnych i obowiązkowych. Wiadomo, że nie każda działalność gospodarcza mogła ostatnio uzyskać wsparcie z rządowych tarcz, a większość praktyk była czynna z zastosowaniem koniecznych ograniczeń i dodatkowego wyposażenia, przy czasem znacznie ograniczonej liczbie pacjentów. Nie można jednak godzić się z tezą, że to praktyka dentystyczna jako całość ma przynosić dochód, a nie pacjenci, których leczenie opłaca NFZ, bo wycenia tę pracę zbyt nisko, według cen materiałów sprzed lat. Cena aspiryny zakładanej czasem do zębodołu z 18 zł poszybowała do 160 zł, a lek wytwarzany jest w Rzeszowie.

Obecnie część lekarzy dentystów rozważa rezygnację ze współpracy z NFZ, bo osiągnęli wiek emerytalny, a ich stan zdrowia nie pozwala na samotną, wielogodzinną pracę. Nie mogą poza tym „wychodzić na zero”. Rezydentenci i pozostała grupa młodych lekarzy nie chce na ogół pracować od rana do wieczora przez 6 dni w tygodniu i nie chce podjąć się realizacji kontraktów NFZ w pełnym wymiarze.

Obowiązek zapewnienia dostępu do opieki zdrowotnej zgodnie z Konstytucją spoczywa na państwie, ale członkowie WIL czują się odpowiedzialni za osoby, które powierzyły im troskę o stan zdrowia jamy ustnej. Mówimy więc wprost: za stawki sprzed wielu lat oferowane nam przez Narodowy Fundusz Zdrowia NIE DA SIĘ prowadzić praktyki dentystycznej, opłacać personelu, czynszu i całej reszty i zarobić na życie. Trzeba więc pracować poza NFZ, żeby po prostu nie zwolnić asysty i przeżyć. Dodajmy, że np. w specjalistycznych praktykach chirurgicznych potrzebna jest higienistka dentystyczna (trzyletni licencjat albo dwuletnia pomaturalna) lub dyplomowana pielęgniarka po przeszkoleniu. Stomatologia jest częścią medycyny, nie tylko dobieraniem koloru wypełnienia. Aby rozwiązać problem, jeżeli NFZ nie może płacić więcej, trzeba albo wprowadzić wynagrodzenie dla lekarza pracującego w ramach kontraktu, opłacać czynsz i media z samorządowej kasy i zgodzić się na dopłaty, albo przyznać, że państwo stać jedynie na opiekę nad dziećmi, a dorosłym pozwolić na samodzielną, niezależny wybór ulubionego dentysty za stawki rynkowe. Może z częściowym zwrotem za prace protetyczne przy najniższych emeryturach, powyżej 65. roku życia.

Istnieją oczywiście kombinacje powyższych propozycji. Czesi wnoszą drobną opłatę przy każdej wizycie i oficjalnie dopłacają do niektórych materiałów czy procedur. Wszyscy chcieliby dopłacając, otrzymać rachunek, widzieć cennik przed wejściem na fotel i nikt z rzeczników odpowiedzialności zawodowej nie chciałby, aby to, co pacjenci piszą o zachowaniach niektórych z nas, okazało się prawdą.

Być może NFZ mógłby zrezygnować z niektórych procedur, przesunąć pieniądze z uczenia dzieci szczotkowania zębów (robią to dobrze matki i nauczycielki w przedszkolach), a w zamian wydłużyć możliwość leczenia aparatem ortodontycznym do 16. roku życia albo wprowadzić obowiązkowe badanie stomatologiczne w przedziale 40–50 lat, aby zapobiegać przedwczesnej utracie zębów i chorobom onkologicznym? Trzeba rozmawiać. To zwłaszcza dobrze udaje się w Wielkopolsce.

Przekaz poszedł w świat

Omówiony w „Rubryce stomatologicznej” problem wyceny świadczeń i ograniczenia dostępu do publicznej opieki zdrowotnej dla pacjentów wymagających opieki dentystycznej wymaga nagłośnienia i szerokiej dyskusji. Krokiem w tym kierunku była konferencja prasowa, która odbyła się 8 lutego i spotkała się z dużym zainteresowaniem mediów.

Jesteśmy po rozmowach z przedstawicielami NFZ i przygotowujemy się już do kolejnego spotkania – relacjonował prezes ORL WIL dr n. med. Artur de Rosier.

Rozmowy z NFZ dotyczą przede wszystkim urealnienia wyceny świadczeń stomatologicznych. Rażąco niskie stawki sprawiają, że przyjmowanie pacjentów w ramach publicznej opieki zdrowotnej staje się dla świadczeniodawców całkowicie nieopłacalne.

Inflacja w stomatologii sięga 30 proc. Wzrosły ceny materiałów, rosną koszty podwykonawców. Lekarze dentyści ponoszą olbrzymie nakłady na gabinet. To wszystko wiąże się z tym, że wykonywanie świadczeń staje się coraz bardziej niebezpieczne – mówił wiceprezes ORL WIL i przewodniczący Komisji Stomatologicznej lek. dent. Jacek Zabielski. W tym momencie mamy sytuację taką, że lekarze dentyści do swoich usług dopłacają – dodał.

W rezultacie 26 podmiotów z Wielkopolski nie podpisało planu rzeczowo-finansowego i ich kontrakty z NDZ wygasają z końcem lutego. Do końca czerwca do tego grona dołączą kolejne 24 podmioty, które nie podpisały aneksu, a kolejnych 5 wypowiedziało kontrakt. Łącznie aż 55 praktyk dentystycznych z naszego województwa wypada z systemu publicznej opieki zdrowotnej.

Nam chodzi o dobro pacjentów, żeby mogli oni bezpiecznie przyjść do gabinetu, nie płacąc setek złotych za każdą usługę – podkreślała lek. dent. Anna Trajkowska, członkini Komisji Stomatologicznej.

Kolejna z członkiń Komisji Stomatologicznej, dr n. med. Anna Kurhańska-Fliszykowska, dodała: *To pytanie, które nam*



Fot. Zx Monika Bączek

się nasuwa jako lekarzom, a nie tylko nauczycielom akademickim, brzmie: gdzie wobec tego jest honorarium lekarza stomatologa, który pracuje tylko na fundusz?

Tematem zainteresowali się dziennikarze redakcji ogólnopolskich (Radio Zet, Interia), regionalnych (TVP3 Poznań, „Gazeta Wyborcza” Poznań) oraz branżowych (Termedia, Infodent24.pl). (cep)

Epidemia próchnicy dotyka najmłodszych

Wraz z początkiem pandemii w 2020 r. znacznie spadła liczba wizyt stomatologicznych dzieci – część rodziców zrezygnowała z dalszego leczenia swoich pociech czy profilaktyki, obawiając się zakażenia w gabinecie stomatologicznym. Dodatkową barierą były sytuacje, gdy ich dotychczasowy gabinet był zamknięty lub przyjmował tylko pilne przypadki oraz przekonanie, że dziecko nie wymagało pilnego leczenia stomatologicznego.

Nastąpiło to i tak już w bardzo trudnym okresie dla stomatologii dziecięcej, kiedy wskaźniki występowania próchnicy u dzieci w Polsce były alarmująco wysokie. Próchnica zębów mlecznych i stałych u dzieci i młodzieży jest powszechnym problemem na całym świecie, a Polska, jak wynika z prowadzonych badań epidemiologicznych, należy do krajów o jej wysokiej zapadalności i intensywności.

Sz szczególnie niepokojący jest fakt, że choroba próchnicowa pojawia się już w najwcześniejszym okresie życia i dotyczy najmłodszych dzieci w wieku żłobkowym i przedszkolnym.

Jak pokazują badania epidemiologiczne, w Polsce ponad 50 proc. dzieci w wieku 3 lat ma zęby dotknięte ubytkami próchnicowymi. Za stan ten odpowiadają głównie: brak świadomości prozdrowotnej rodziców/opiekunów, niepodejmowanie badań kontrolnych i leczenia uzębienia mlecznego, co uniemożliwia skuteczne zapobieganie i wczesne leczenie minimalnie inwazyjne próchnicy u dzieci w wieku przedszkolnym.

Z badań ankietowych wynika, że w Polsce ponad 60 proc. rodziców dzieci w wieku do 3 lat nie było z dzieckiem u stomatologa, a pierwsza wizyta związana była z sytuacją nagłą, bólową lub urazem zębów. Należy zdawać sobie sprawę, że próchnica zębów mlecznych rozprzestrzenia się u dzieci wy- ▶

- ▶ łątkowo szybko, a skutki braku regularnych wizyt u dentysty są nieodwracalne.

Według rekomendacji międzynarodowych i polskich towarzystw stomatologicznych pierwsza wizyta w gabinecie stomatologicznym powinna się odbyć między 6. a 12. miesiącem życia. Jak wynika z przeprowadzonych badań jedynie mniej niż 5 proc. dzieci odbyło pierwszą wizytę stomatologiczną w zalecanym wieku. Rodzice zgłaszają się natomiast do gabinetu stomatologicznego z dzieckiem zbyt późno, zwykle dopiero między 2. a 4. rokiem życia, kiedy stwierdza się już znaczne nasilenie choroby próchnicowej. Prowadzi to w efekcie do obserwowanych często sytuacji, gdy wśród dzieci w wieku szkolnym są takie, które nigdy nie były jeszcze u dentysty lub zgłaszają się nieregularnie, wyłącznie z powodu bólu zęba.

W Polsce wciąż powszechne jest przekonanie wśród rodziców, że zębów mlecznych nie należy leczyć. Niestety świadomość, że o zęby mleczne należy dbać, jest często niewystarczająca również wśród lekarzy rodzinnych, pediatrów, a nawet części dentystów, którzy w efekcie nie prowadzą prawidłowej edukacji rodziców/opiekunów o ważnej roli zdrowia jamy ustnej dla ogólnego stanu zdrowia dziecka.

Jak donoszą badania, dzieci z ubytkami próchnicowymi w uzębieniu mlecznym są ponad czterokrotnie bardziej narażone na wystąpienie próchnicy w zębach stałych i jej bardziej agresywny przebieg niż dzieci zdrowe.

Nieleczone ubytki próchnicowe, zęby z martwą lub zgorzelinową miazgą, procesy zapalne w przyzębiu mogą prowadzić do bardzo poważnych powikłań, z sepsą włącznie, o gwałtownym i szybkim przebiegu, zagrażających zdrowiu i życiu dziecka, często wymagających hospitalizacji. Jak wskazują badania, spośród istniejących w organizmie ognisk zakażenia 80 proc. znajduje się w obrębie głowy, z czego ponad 90 proc. w jamie ustnej.

Prowadzone na szeroką skalę programy profilaktyczne opierające się na profilaktyce zbiorowej w czasie pandemii zostały zawieszono mimo istniejących ogromnych potrzeb w populacji dzieci i młodzieży. Wraz z zamknięciem szkół przestały działać gabinety szkolne, a także nadzorowane szczotkowanie zębów prowadzone w szkołach przez higienistki. Szkolne programy zdrowia jamy ustnej, dla wielu jedynym źródłem profilaktycznej higieny jamy ustnej dzieci z grup wrażliwych, podobnie zostały zawieszono z powodu zamknięcia szkół.

Za stan zdrowia jamy ustnej dzieci odpowiedzialni są rodzice, szczególnie w czasie pandemii i obecnych ograniczeń w dostępie do regularnych wizyt profilaktycznych, od nich zależy kontrolowanie zabiegów higienicznych, a także dostarczanie zdrowej dla zębów diety. Należy informować rodziców, że wizyta u dentysty dziecka jest bezpieczna i ważna dla zachowania zdrowia jamy ustnej.

We współpracy z Wielkopolskim Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia, Polskim Towarzystwem Studentów Stomatologii oddział Poznań oraz konsultantem wojewódzkim w dziedzinie stomatologii dziecięcej przygotowano broszury z informacjami: czego dzieci mogą się spodziewać w gabinecie, jak m.in. będą ubrani lekarze w czasie pandemii czy też jak przygotować się do wizyty. Wszystko to ma na celu



Jeśli pójdziesz dziś do dentysty, możesz być pewny, że czeka Cię duża niespodzianka!
W gabinecie zobaczysz superbohatera!



Ten superbohater nie potrafi latać ani podnosić samochodu, ale specjalną rzeczą, którą robi, jest noszenie magicznych ubrań i masek, aby chronić Ciebie i Twoich bliskich przed wirusem!



Superbohater, którego poznasz będzie ubrany od stóp do głów!
Przezroczysty hełm - to przyłbica. Oprócz tego gumowe rękawiczki, maseczka, czepek i wiązany fartuch. To wszystkie elementy stroju superbohatera!



Nie bój się tego co widzisz, pamiętaj, to jest jego przebranie. Zarazki nie lubią magicznych ubrań, dlatego pomaga taki strój pomaga trzymać je z daleka, abyś nie zachorował i nadal mógł się bawić!



Fragment broszury „U dentysty w pandemii”

zmniejszyć strach dzieci i uspokoić rodziców, którzy obawiają się zakażenia w trakcie wizyty stomatologicznej.

Obecnie wizyta stomatologiczna wygląda inaczej niż przed pandemią. Dzieci są przyzwyczajone do bardzo uważnego obserwowania wyrazu twarzy dentysty, a uśmiech i spokojna rozmowa pomaga im opanować strach i stres związany z wizytą. Nosząc maskę, gogle i przyłbicę, lekarz ma utrudnioną możliwość nawiązania kontaktu wzrokowego z dzieckiem i komunikacji, a także głos osoby noszącej maskę jest tak zmieniony, że dziecku trudno jest rozpoznać dentystę. Wreszcie sama obecność opiekunów, z którymi dentysta dziecięcy musi współpracować, zwiększa możliwość transmisji wirusa. W warunkach pandemii ograniczanie ryzyka kontaktu i potencjalnego zakażenia w trakcie wizyty stomatologicznej wskazuje na nową zasadę: jeden rodzic/opiekun towarzyszący dziecku. W przypadku dzieci niechętnych do współpracy, niespokojnych, z wysokim poziomem lęku stomatologicznego obecność rodziców jest konieczna, gdyż obecne otoczenie, stosowanie środków ochrony indywidualnej przez lekarza może dodatkowo zwiększyć strach i niepokój. Duże znaczenie ma odpowiednie przygotowanie dziecka do wizyty w czasie pandemii, wytłumaczenie roli i pokazanie na fotografiach, jak w obecnych warunkach wygląda zespół stomatologiczny, aby młody pacjent oswoił się z nową sytuacją i miał szansę zadać pytania, aby złagodzić obawy i pokonać lęk przed nowym, nieznanym dotąd środowiskiem gabinetu stomatologicznego.

Zadbajmy o zdrowie jamy ustnej dzieci, by oprócz innych negatywnych aspektów pandemii nie znalazły się powikłania nieleczonej próchnicy i braku profilaktyki.

ANETA OLSZEWSKA



Ivo Domagała
doktorant w Klinice
Wad Rozwojowych Twarzy
i Ortodoncji UMP

Po co stomatologowi specjalizacja?

Problem braku rezydentur czy nawet miejsc szkoleniowych wraca w dyskusji w środowisku lekarskim jak bumerang minimum dwa razy w roku – w jesiennej i zimowej sesji naborów na specjalizacje. Oprócz tych powtarzalnych sytuacji w mediach co jakiś czas pojawia się także temat związany z brakiem lekarzy w Polsce, kolejkami do specjalistów czy też starzejącą się kadrą medyczną.

W przypadku lekarzy problem braku rezydentur jest bardzo nośny i dobrze rozumiany zarówno przez środowisko, jak i ogół społeczeństwa. Jednak w przypadku lekarzy dentyistów ta kwestia spotyka się czasami z brakiem zrozumienia. Stomatolog i specjalizacja? Czy na pewno jest nam ona potrzebna do pracy? Tak sformułowane pytania budzą częste oburzenie wśród młodych lekarzy dentyistów, jak i wśród specjalistów. Jednak nie można się dziwić tym pytaniom – już w 2017 r. ówczesny Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł podczas Konferencji Okrągłego Stołu Nałęczów przedstawił założenia ministerialne, według których specjalizacja, rezydentura powinna być dla każdego lekarza, a dla lekarza dentyisty – niekoniecznie. Dla dentyistów tylko umiejętności, czyli minispecjalizacje. Z całym szacunkiem, to może tylko kursy? W zasadzie dlaczego nie? Przecież to powszechna praktyka w świecie stomatologii – kursy, kursy i jeszcze raz kursy. Lekarze dentyści też mają ambicje i chęć zdobywania nowej wiedzy, by zapewnić możliwie jak najlepsze leczenie dla swoich pacjentów. A kursy czy „umiejętności” to wciąż tylko wycinek tego, co powinniśmy wiedzieć. Nie po to w programach specjalizacji z periodontologii jest staż z ortodoncji, w programie stomatologii zachowawczej z endodoncją – staż z chirurgii szczękowo-twarzowej, a w specjalizacji z protetyki stomatologicznej – z laryngologii. Lekarz nie może patrzeć wąsko na pacjenta, a holistycznie. Idąc tropem umiejętności i kursów, należałoby wyrzucić z programu studiów lekarsko-dentystycznych wszystkie przedmioty ogólnolekarskie i nauk podstawowych. Niech dentyista „robi plombę”, nie specjalizację. Może nie musi być lekarzem dentyistą, tylko dentyistą? Osobiście dostrzegam długofalową tendencję deprecjonowania zawodu lekarza dentyisty i powolnego sprowadzenia naszego zawodu do roli rzemieślnika – z całym szacunkiem do zawodu tych fachowców. Utrata tytułu lekarza przez lekarzy dentyistów byłaby spełnieniem mojego największego zawodowego koszmaru. Pacjenci, którzy trafią do dentyisty z niewystarczającą wiedzą ogólną (lub jej całkowitym brakiem), mogą nie zostać zdiagnozowani pod kątem chorób ogólnych, które manifestują się w jamie ustnej. W ten sposób wróciłem do punktu wyjścia mojego wywodu myślowego, czyli specjalizacji dla stomatologów. Moim marzeniem jest możliwość odbycia szkolenia specjalizacyjnego przez wszystkich chętnych lekarzy dentyistów. Wiek specjalistów ze specjalizacją cały czas się zwiększa, a przez sztuczne bariery utrudnione jest kształcenie młodych specjalistów. Kto próbował uzyskać akredytację do

prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego, ten wie, że ten proces to prawdziwa męka. Przy prywatyzacji naszego sektora ochrony zdrowia tylko specjaliści z prawdziwą misją dzielenia się wiedzą są w stanie przebrnąć przez koszmar zwany uzyskaniem akredytacji, który często trwa nawet rok. W moim idealnym świecie osoba, która chce się kształcić, znalazła mentora, który ma specjalizację i chce nauczać, powinna mieć możliwość pozyskiwania wiedzy, która i tak na koniec zostanie zweryfikowana przez państwowy egzamin specjalizacyjny. Przecież to się i tak dzieje. Wielu młodych lekarzy dentyistów wybiera miejsce zatrudnienia na podstawie wiedzy, którą mogą w danym miejscu zdobyć, a zarobki schodzą na dalszy plan. Wiele osób spędza część tygodnia, ucząc się od specjalistów. Osobiście pracuję w wolontariacie 2 dni w tygodniu od ponad 3 lat, aby nieustannie się uczyć i pozyskiwać wiedzę praktyczną. Zastanawiające jest, że najbardziej znany na świecie polski stomatolog zajmujący się chirurgią stomatologiczną nie ma specjalizacji z chirurgii stomatologicznej. Analogicznie jest z najbardziej znanym polskim stomatologiem na świecie, zajmującym się protetyką stomatologiczną i stomatologią zachowawczą. Dlaczego te osoby nie mają specjalizacji? Nie chcą? Nie jest im potrzebna? W przypadku każdej osoby odpowiedź jest zapewne inna, ale dobrze by było, gdyby polskie wizytówki stomatologii na świecie miały tytuły specjalistów uznawane przez Polskę, a nie „tylko” przez ekspertów z całego świata. W świetle ostatniej opinii konsultanta krajowego w dziedzinie ortodoncji, prof. Beaty Kawali, jakoby lekarze dentyści bez specjalizacji z ortodoncji leczący ortodontycznie popełniali przestępstwo z art. 160 § 1 Kodeksu karnego, problem tym bardziej jest palący. Na szczęście opinia NRL i opinie prawne w tym zakresie są w opozycji do tezy pani profesor, ale kiedyś ktoś może wrócić do tego pomysłu, choćby pacjenci w argumentacji podczas sporów sądowych. Lekarze dentyści chcą się kształcić. Tak samo jak lekarze. Niedługo dojdziemy do punktu, w którym odnowienie liczby specjalistów w Polsce stanie się bardzo trudne ze względu na brak mentorów. Pozwólmy odebrać stomatologom gruntowne wykształcenie, zweryfikowane przez egzamin państwowy, nie tylko zwiększając liczbę miejsc rezydenckich, ale też miejsc szkoleniowych poprzez uproszczoną procedurę akredytacyjną. Można zrozumieć postępowanie ministerstwa z niewielką liczbą rezydentur stomatologicznych, jako że w długofalowym planie ministerstwo wydaje się zmierzać do wykluczenia opieki stomatologicznej z koszyka świadczeń NFZ, co samo w sobie jest niezrozumiałe i stanowi temat na całą książkę. Nie zamykajmy jednak możliwości otrzymania pełnej, kompletnej, oficjalnej specjalizacji. W tym miejscu należy pochwalić ostatnie zwiększenie liczby miejsc specjalizacyjnych przez ministerstwo w sesji jesiennej – miejmy nadzieję, że to początek nowego trendu. W końcu jeśli ktoś chce się kształcić, a ktoś uczyć, dlaczego nie można ułatwić tego procesu i na to pozwolić? ■

Okiem nestora

Wielkopolska Izba Lekarska honoruje swoich nestorów – lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy ukończyli 90. rok życia. W lutym wyróżnienie z rąk prezesa ORL WIL dr. n. med. Artura de Rosier oraz przewodniczącego Komisji ds. Emerytów i Rencistów dr. n. med. Stanisława Dzieciuchowicza odebrał prof. Romuald Biczysko.

- **Przemysław Ciupka:** Przez wiele lat kierował Pan Profesor Kliniką Położnictwa i Chorób Kobięcych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu i właśnie tej gałęzi medycyny, a także anestezjologii, poświęcił Pan życie zawodowe. Gdyby dziś, jak w filmie, pojawiła szansa na ponowny wybór, decyzja byłaby taka sama?

Prof. Romuald Biczysko: Takiej pewności bym w tej chwili nie miał, gdyż ja kierowałem się na studia medyczne wyłącznie dlatego, że istnieje chirurgia. W podaniu, które napisałem jako maturzysta, wskazałem, że zapisuję się na Wydział Lekarski – Oddział Chirurgiczny, którego nie ma do dzisiejszego dnia. Ginekologia była dlatego, że zaproponowano mi przy końcu stażu po studiach etat akademicki w roku 1957. W tamtym czasie pozostanie na uczelni i zrobienie w dobrym punkcie specjalizacji to było coś na wagę większą aniżeli pozostanie przy marzeniu o byciu chirurgiem. Dlaczego? Bo ginekologia ma w sobie bardzo dużo działań podobnych do chirurgii albo czysto chirurgicznych, wobec tego łatwo było to pogodzić. Anestezjologia była całkiem przypadkowym dodatkiem, gdyż w tamtym czasie, jak ja byłem już lekarzem, a mój szef prof. Edward Howorka był wtedy w Stanach Zjednoczonych i widział, jak działa chirurgia wsparta o anestezjologię. Przecież bez nowoczesnej anestezjologii nie można wykonywać dzisiejszych operacji. Anestezjologia umożliwiła nawiązanie kontaktów z medycyną światową. W 1962 r. odbyłem kurs w Bazylei pod kierunkiem Hugina, który zapoznał się z tą specjalizacją w USA (Boston) i Wielkiej Brytanii (Oxford). Spotkałem się tam z wielką życzliwością, co ułatwiło mi wiele kontaktów zawodowych już w ginekologii, przede wszystkim w Niemczech i Stanach Zjednoczonych.

- **Sięgając pamięcią wstecz, czy jest w stanie Pan Profesor wskazać jedno szczególne osiągnięcie zawodowe?**

Ja miałem ciągle taką chęć działania zdecydowanego w sytuacjach poważnych zagrożeń życia. I jednym z największych osiągnięć, którego w innych wywiadach nie podkreśliłem, jest to, że uratowałem kobietę w ciąży, która miała nieprawidłowo usadowione łożysko i w czasie pewnych manipulacji diagnostycznych wprowadzono do szyjki macicy przyrząd metalowy, który oddzielił częściowo łożysko. Wskutek tego powstał tak ogromny krwotok z dróg rodnych, że groziło to śmiercią w przeciągu minut. Wszystko działo się tuż przed blokiem operacyjnym. Pacjentka została przeze mnie i kolegów przeniesiona na wózek transportowy. Poprosiłem tylko o nóż, przeciąłem brzuch, przeciąłem macicę, wyjąłem dziecko i łożysko, a potem dopiero zacząłem się myć do operacji, bo krwotok ustąpił. To było największe osiągnięcie, jakie miałem w życiu chyba, ratując człowieka, który dosłownie w ciągu kilku minut musiałby umrzeć. I nie



Fot. Przemysław Ciupka

Od lewej: dr. n. med. Artur de Rosier, prof. Romuald Biczysko, dr. n. med. Stanisław Dzieciuchowicz

było czasu na zawołanie kogoś ze starszych lekarzy, którzy byli gdzieś w dyżurkach, bo nie zdążylibyśmy tego zrobić. Odbyło się to bez żadnego znieczulenia i bez żadnej reakcji pacjentki, bez asysty innego lekarza lub pielęgniarki.

- **Jakie miał Pan Profesor wtedy doświadczenie?**

Byłem około 4–5 lat w klinice. Dlaczego mogłem to zrobić? Ponieważ byłem bardzo prawidłowo kształcony w tym fachu, na wzór amerykański. Taki styl do dziś w Polsce nie istnieje, że jak się przychodzi na kształcenie, to są stopnie rozwoju i w każdym stopniu musi ten adept odpowiednie zabiegi chirurgiczne wykonać. Dzisiaj do egzaminu z ginekologii, z chirurgii jest spis zabiegów, które mają być wykonane, ale proszę zapytać adepta przystępującego do II stopnia specjalizacji, czy on to zrobił – jest to po prostu niewykonalne. Jest jeden jeszcze bardzo ważny czynnik w tym wszystkim – przestała istnieć rola kierująca daną specjalnością poprzez klinikę, której kierownik powinien spełniać funkcję specjalisty wojewódzkiego. Podam przykład – szefem kliniki na Polnej, kiedy zaczynałem tam pracować, był prof. Michałkiewicz [Witold – przyp. red.]. Był to rok 1969. On dbał nie tylko o to, żeby w tym szpitalu dobrze się działo, jeżeli chodzi o leczenie, ale o całe województwo poznańskie. Do tego stopnia, że jeżeli kolega ginekolog w Gorzowie Wielkopolskim otworzył brzuch i nie umiał tej operacji wykonać, zadzwonił do prof. Michałkiewicza, Michałkiewicz mnie zawołał i poprosił, żebym samolotem sanitarnym poleciał z Poznania do Gorzowa i tę operację wykonał. To był mój pierwszy lot samolotem. Dzisiaj jest to niemożliwe, żeby ktoś z innego szpitala poprosił taką opiekuńczą klinikę o pomoc. Teraz każdy jest niby samodzielny, ale dla pacjentów może to być kwestia życia lub śmierci. Kolejny przykład – zostałem jako specjalista wojewódzki zawezwany o godz. 23.00 do szpitala w Obornikach, o północy otworzyłem brzuch i była tam sytuacja położnicza wymagająca bardzo skomplikowanego działania. Mieliśmy do czynienia z rozerwaną ścianą macicy. Takie sytuacje były normą – udzielanie pomocy fachowej mniejszej jednostce przez organ nadzorujący. Dla przykładu: kierowałem oddziałem w Chodzieży przez kilka tygodni w okresie ciężkiej choroby ordynatora (zakończony zgonem) do momentu powołania nowego ordynatora. Wystarczyło ustne zlecenie prof. Michałkiewicza.

- **Zaczynał Pan studia jeszcze w stalinizmie, a kończył, kiedy przyszła odwilż. Pańska kariera zawodowa to w części Polska Ludowa, a w części rzeczywistość po transformacji. Realia zmieniły się diametralnie; pytanie, czy w każdym aspekcie na lepsze? Czy paradoksalnie w ochronie zdrowia może Pan Profesor wskazać obszar lub obszary, które przed rokiem 1989 funkcjonowały lepiej niż w latach późniejszych?**

Tego się nie da łatwo zestawić, dlatego że poziom nauk w zakresie medycyny jest nieporównywalny. Myślę, że dostęp do lekarza był chyba prostszy. Utrudniony kontakt pacjenta z lekarzem jest najgorszą sprawą, jaka w tej chwili istnieje. Nie należy się jednak spodziewać, że lekarze to naprawią. Medycy zarabiają głównie w lecznictwie prywatnym. Pensje są za niskie, a z drugiej strony – mówienie o tym nie jest popularne – wizyta u dobrego lekarza specjalisty może kosztować na wstępie, jeszcze przed wejściem do gabinetu, do 300 zł i więcej. Dla przeciętnego człowieka bywa to nieosiągalne. W interesie społeczeństwa jest możliwość łatwego, bezpłatnego dostępu do lekarza oraz do oświaty.

Opieka medyczna i edukacja muszą być zabezpieczone przez państwo. Żeby tak się stało, trzeba znaleźć w budżecie środki i zapłacić nauczycielowi czy lekarzowi większą pensję.

Organizacja ochrony zdrowia ma wiele bolączek. Często podkreślam, że stanowiska kierownicze w jednostkach medycznych, np. szpitalach, często są obsadzone nie przez lekarzy. Ich głównym zadaniem bywa ograniczenie wydatków. Tymczasem dla społeczeństwa, dla potrzebujących, najważniejsze jest, by uzyskać pomoc. I to musi rozwiązać rząd. Szpitale mają ogromne długi – to musi wziąć na swoje barki państwo.

Nowoczesne państwo europejskie winno znaleźć środki na dobre leczenie i edukację. Zamiast wypełniać te zadania rząd zajmuje się „naprawą” sądownictwa, blokując w ten sposób dopływ finansów z Unii Europejskiej. Członkostwo Polski w UE jest gwarantem dobrego rozwoju ekonomicznego, jak i bezpieczeństwa politycznego. Jest to oczywiste dla każdego wykształconego Polaka.

- **Od przeszło 30 lat lekarze ponownie mają możliwość zrzeszania się w samorządzie zawodowym. Uważa Pan, że to funkcjonowanie izb stanowi wartość dla środowiska?**

Samorządność powinna wywalczyć sobie większą rolę w organizacji opieki medycznej nad społeczeństwem. My nie możemy czekać aż politycy zdecydują, że na ochronę zdrowia przeznaczymy odpowiednie środki. Oni tego nie rozumieją, nie są fachowcami. Żeby uzyskać większy kawałek tortu dla ochrony zdrowia, w interesie wyborców jest, żeby rola izb lekarskich była coraz większa. Ale żeby tak było, ze strony lekarzy musi być większa aktywność. Osłabienie tej siły przeszkodzi w realizacji naszych celów.

- **Działając razem, możemy więcej – takie ma Profesor przesłanie?**

Tylko razem możemy wywalczyć coś optymalnego. Chodzi o to, żebyśmy się starali zrobić Polskę taką, żeby była ona przyjazna dla każdego obywatela. Jako lekarz i wykładowca mówię przede wszystkim o medycynie i dydaktyce. Każdy, niezależnie od statusu finansowego, powinien mieć dostęp do publicznej opieki zdrowotnej na wysokim poziomie i każdy powinien mieć możliwość zdobycia takiego wykształcenia, na które pozwalają mu jego ambicja i intelekt, a nie grubość portfela. ■

Przejdź na e-biuletyn WIL



- wygoda
- ekologia
- przyjazny format

Dostęp do e-wydania już w dniu wysyłki wersji papierowej

Wejdź na wil.org.pl/e-biuletyn/ i wypełnij formularz

Czy infekcja wirusem Epsteina–Barr może zwiększać ryzyko stwardnienia rozsianego?

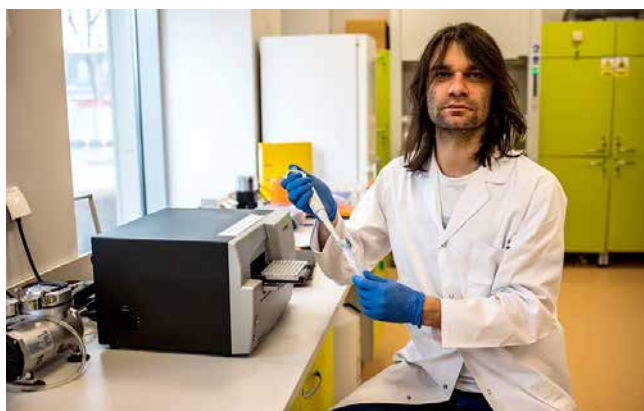
Stwardnienie rozsiane (SM) to postępująca choroba o podłożu autoimmunologicznym, w której układ odpornościowy, niszcząc mielinę, prowadzi do zaburzeń przewodzenia impulsów nerwowych. W rezultacie u chorego występuje zróżnicowane narastanie niepełnosprawności i deficytów funkcji poznawczych. Uważa się, że predyspozycja do SM ma podłożę wielogenowe. Wśród potencjalnych środowiskowych czynników ryzyka wymienia się otyłość w okresie młodzieńczym, palenie tytoniu i deficyt witaminy D. Od dłuższego czasu podejrzewano, że pewną rolę może odgrywać również przebycie infekcji wirusem Epsteina–Barr. Najnowsze badania opisane w „Science” i „Nature” potwierdzają te przypuszczenia.

W Polsce stwardnienie rozsiane dotyka ok. 40–60 osób na 100 tys. Choroba ta zaczyna się od pojedynczych objawów neurologicznych, które wraz z progresją stają się liczniejsze i bardziej uciążliwe. Zasadniczo wyróżnia się trzy postaci kliniczne SM. Najczęściej rozwija się ono od postaci nawracająco-zwalniającej, w której objawy występują rzutowo i utrzymują się przez przynajmniej 24 h, często od kilku dni do kilku tygodni, z czasem częściowo lub całkowicie ustępując. Częstość pojawiania się takich rzutów u chorych jest bardzo zróżnicowana, co niestety sprawia, że chorzy żyją niejednokrotnie w strachu przed kolejną manifestacją SM. Z czasem jednak choroba może przechodzić w postać wtórnie postępującą, w której obserwuje się stałe narastanie objawów neurologicznych. Niekiedy SM przyjmuje również postać pierwotnie postępującą, w której nie występują rzuty, ale ma miejsce systematyczne zaostrzanie się objawów.

Nie ulega wątpliwości, że dokładne wyjaśnienie przyczyn SM jest niezwykle istotne nie tylko dla terapii, ale również dla rozwijania metod profilaktyki. Owszem, wszystko wskazuje na to, że choroba jest rezultatem procesu autoimmunologicznego, który prowadzi do powstawania rozsianych ognisk demielinizacyjnych w ośrodkowym układzie nerwowym. Nie wyjaśnia to jednak, co konkretnie jest energią wyzwalającą dla tego procesu. Przyjmuje się, że musi ona mieć wielopłaszczyznowe podłożę i być może jest wypadkową występowania kombinacji poszczególnych wariantów genów i czynników środowiskowych.

EveryBody Virus

Podejrzenia, że odkryty w 1964 r. wirus Epsteina–Barr (EBV) może również należeć do czynników ryzyka SM, nie są niczym nowym, w niektórych środowiskach budziły jednak sporą dozę sceptycyzmu. Badania wskazujące, iż ryzyko SM u osób, które nigdy nie przeszły infekcji EBV, jest niskie, były bowiem prowadzone na niewielkich grupach. A EBV jest przecież powszechnie występującym wirusem DNA z rodziny *Herpes*. Na podstawie badań seroprewalencji przeprowadzonych w różnych populacjach można szacować, że kontakt z nim mogło mieć ok. 90 proc. osób dorosłych niezależnie od miejsca zamieszkania czy statusu socjoekono-



Fot. Archiwum autora

dr hab. Piotr Rzymiski – dyrektor naukowy międzynarodowej sieci naukowej Universal Scientific Education and Research Network (USERN) w Polsce, adiunkt w Zakładzie Medycyny Środowiskowej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, ekspert Europejskiej Agencji Wykonawczej ds. Badań Naukowych

micznego. Jego skrótową nazwę można by więc żartobliwie rozwinąć jako „EveryBody Virus”. Wrotami zakażenia jest dla niego jama nosowo-gardłowa. Najczęściej do zakażenia dochodzi w wyniku bezpośredniego kontaktu z osobą chorą, jego śliną i wydzieliną z nosogardła, w mniejszym stopniu drogą kropelkową. Drogą transmisji może być również droga płciowa, kontakt z krwią i przeszczep narządowy. W zdecydowanej większości przypadków zakażenia te są bezobjawowe.

Po przebytej pierwotnej infekcji, podczas której EBV replikuje w komórkach epitelialnych nosogardzieli, patogen umiejscawia się w limfocytach B i przechodzi do formy latentnej. Potrafi w nich przetrwać dzięki różnym strategiom, m.in. zmniejszając liczbę ekspozowanych genów i poprzez zahamowanie apoptozy. Świadczy to o wysokim stopniu adaptacji wirusa do środowiska komórek, w których bytuje. Nie jest to bardzo zaskakujące – człowiek jest jedynym znanym gospodarzem EBV.

Powszechny nie oznacza niegroźny

Z pewnością nie można powiedzieć, że EBV jest wirusem niegroźnym i klinicznie nieistotnym. Po pierwsze narażenie na niego jest główną przyczyną mononukleozy zakaźnej. Po drugie jest historycznie pierwszym z wirusów, które zaliczono do grupy onkogennych. Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem wpisała go na listę kancerogenów grupy 1. Wiemy, że może sprzyjać występowaniu nowotworów, m.in. chłoniaków Hodgkina i Burkitta (Michael A. Epstein i Yvonne Barr odkryli go właśnie w hodowli tkankowej z biopsji wykonanej u pacjenta z chłoniakiem Burkitta) oraz raków jamy nosowo-gardłowej i żołądka. Posiada również zdolność transformacji limfocytów B do linii limfoblastoidalnych. Po trzecie EBV może prowadzić do potransplantacyjnej choroby limfoproliferacyjnej – szacuje się, że aż 80 proc. przypadków tego rzadkiego powikłania po przeszczepie związanych jest z reaktywacją i replikacją tego wirusa. Jest wreszcie czwarty

powód, który dzięki niedawno przeprowadzonym badaniom wymyka się poza nawias przypuszczeń – związek EBV z rozwojem stwardnienia rozsianego.

32-krotnie wyższe ryzyko SM

Wyniki pierwszego badania na ten temat zostały opublikowane w styczniu 2021 r. na łamach „Science” i opierały się na analizie – bagatela – ok. 62 mln próbek surowicy pobieranych rutynowo przez wojsko co dwa lata przez dwie dekady od ponad 10 mln amerykańskich żołnierzy. Następnie analizowano dokumentację kliniczną w celu identyfikacji tych osób, u których ostatecznie rozpoznano SM. Przeciwciała przeciwko EBV stwierdzono u niemal wszystkich z nich. Co istotniejsze ci, którzy zachorowali, ale w momencie przyjęcia do armii byli seronegatywni, zarazili się wirusem w trakcie służby. Przypadki choroby stwierdzano oczywiście również wśród osób, które uniknęły infekcji wirusem. Jednak w porównaniu z nimi ryzyko zachorowania na SM było aż 32-krotnie wyższe wśród tych, u których doszło do zakażenia EBV. Zarazem nie stwierdzono występowania jakiegokolwiek analogicznego związku z infekcjami różnymi adenowirusami, astrowirusami, enterowirusami, HIV, HPV, rinowirusami, wirusem cytomegalii, dengi, opryszczki, paragrypy i polio. Tylko u osób, u których w okresie służby wojskowej doszło do serokonwersji EBV, wykazano istotny wzrost surowiczego stężenia lekkiego łańcucha neurofilamentu, który jest biomarkerem zmian demielinizacyjnych i czynnikiem predykcyjnym SM. Mówiąc wprost, otrzymane wyniki dostarczyły pierwszych w historii nauki dowodów na związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy infekcją EBV a wystąpieniem w późniejszym okresie SM.

Przeciwciała przeciwko EBNA1 mogą atakować osłonki mielinowe

Trudno więc takie doniesienia po prostu zbyć. Zwłaszcza że niespełna dwa tygodnie po ich publikacji ukazały się, tym razem na łamach „Nature”, wyniki badania opisującego potencjalny mechanizm, poprzez który infekcja EBV może indukować proces autoimmunologiczny prowadzący do uszkodzenia mieliny. Rolę w nim odgrywać ma wirusowa fosfoproteina EBNA1 wiążąca DNA, która jest niezbędna dla replikacji EBV i zachowania jego genomu w fazie latentnej. Przeprowadzona przez badaczy analiza polegała na izolowaniu przeciwciał z surowicy i płynu rdzeniowo-mózgowego pacjentów z SM. Na kolejnym etapie sprawdzano, czy przeciwciała te mogą reagować krzyżowo z EBV i stwierdzono, że ośmiu z dziewięciu badanych pacjentów posiadała takie, które wiązały fragment EBNA1. Następnie dowiedziono, że przeciwciała te są jednocześnie zdolne do rozpoznawania białka GlialCAM, które wchodzi w skład otoczek mielinowych, a jego niszczenie prowadzi do powstawania zmian demielinizacyjnych. Innymi słowy, ze względu na podobieństwo (mimikrę) wirusowego białka EBNA1 do białka GlialCAM może dochodzić do ataku układu odporności także na komórki nerwowe. Udowodniono to również w badaniach *in vivo*. Immunizacja myszy służących jako eksperymentalny model SM prowadziła do infiltracji komórek immunologicznych do ośrodkowego układu nerwowego, nasilenie zmian demielinizacyjnych i narastający paraliż.



Fot. istockphoto

Podobnie, że odkryty w 1964 r. wirus Epsteina–Barr (EBV) może również należeć do czynników ryzyka SM, nie są niczym nowym, w niektórych środowiskach budziły jednak sporą dozę sceptycyzmu. Badania wskazujące, iż ryzyko SM u osób, które nigdy nie przeszły infekcji EBV, jest niskie, były bowiem prowadzone na niewielkich grupach.

Czy to wszystko oznacza, że powszechnie występujący EBV zawsze musi prowadzić do SM? Nie. Wydaje się jedynie istotnym czynnikiem ryzyka. Możliwe, że potrzebny jest odpowiedni układ wariantów genów lub działanie określonych czynników środowiskowych w danym momencie infekcji, by układ immunologiczny w odpowiedzi na obecność wirusa atakował przez reakcję krzyżową również osłonki mielinowe. Niewątpliwie potrzeba dalszych badań, których z całą pewnością możemy spodziewać się w najbliższym czasie.

Szczepionką mRNA w EBV?

Opisane na początku 2022 r. odkrycia należy uznać za niezwykle istotne. Wynika z nich bowiem, że być może w przyszłości wielu przypadkom SM będzie można zapobiec poprzez profilaktykę infekcji EBV. Obecnie nie ma dostępnej szczepionki przeciwko temu wirusowi. Jest jednak kandydatka, mRNA-1189, opracowana przez amerykańską Modernę w oparciu o platformę mRNA, która właśnie trafiła do pierwszej fazy badań klinicznych z udziałem ok. 270 zdrowych uczestników w wieku 18–30 lat. W jej skład wchodzi pięć cząsteczek mRNA kodujących powierzchniowe białka EBV, które są istotne z punktu widzenia wytworzenia pożądanej reakcji układu odpornościowego. Są to gp350, gB, gp42, gH oraz gL. W związku z tym podanie takiej szczepionki nie może prowadzić do wzrostu ryzyka SM, bo nie prowadzi do wytworzenia przeciwciał przeciw EBNA1, które mogłyby krzyżowo reagować z białkiem GlialCAM mieliny. Jeżeli podanie szczepionki okazałoby się wystarczająco skuteczne w zapobieganiu infekcjom EBV, mogłoby służyć nie tylko do prewencji mononukleozy zakaźnej i zmniejszaniu ryzyka wystąpienia wybranych chorób nowotworowych, ale potencjalnie również przeciwdziałaniu SM. Byłoby to z pewnością kolejne wielkie osiągnięcie wakcynologii. ■

Rejestr czynności przetwarzania danych jako wstęp do prawidłowo przeprowadzonych analiz ryzyka i oceny skutków dla ochrony danych w podmiotach leczniczych

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwane dalej RODO jest aktem, który co do zasady jest skąpy w konkretne uregulowania, dzięki którym administrator danych może mieć pewność, że przeprowadzone przez niego czynności są zgodne z treścią tego dokumentu. Wyjątkiem jest tu przede wszystkim obowiązek prowadzenia **rejestru czynności przetwarzania danych** przez administratora danych. Szczegółowo jego zawartość opisana jest w art. 30 ust. 1 RODO. Wskazać należy, że jest to wewnętrzny dokument każdego podmiotu leczniczego, ale prawidłowość jego opracowania może mieć kolosalne znaczenie dla każdego Administratora, dlatego że jego prawidłowa treść stanowi doskonałą bazę dla przeprowadzenia analizy ryzyka, a w szczególności oceny skutków dla ochrony danych (temat ten zostanie omówiony szczegółowo w kolejnym numerze). Rejestr czynności przetwarzania danych najlepiej, aby był prowadzony w wersji elektronicznej i zapisany na komputerze administratora danych. Musi on zawierać:

- a) imię i nazwisko lub nazwę oraz dane kontaktowe administratora oraz wszelkich współadministratorów, a także – gdy ma to zastosowanie – przedstawiciela administratora oraz inspektora ochrony danych;
- b) cele przetwarzania;
- c) opis kategorii osób, których dane dotyczą, oraz kategorii danych osobowych;
- d) kategorie odbiorców, którym dane osobowe zostały lub zostaną ujawnione, w tym odbiorców w państwach trzecich lub w organizacjach międzynarodowych;
- e) gdy ma to zastosowanie, przekazania danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej, w tym nazwa tego państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej, a w przypadku przekazania, o których mowa w art. 49 ust. 1 akapit drugi, dokumentacja odpowiednich zabezpieczeń;
- f) jeżeli jest to możliwe, planowane terminy usunięcia poszczególnych kategorii danych;
- g) jeżeli jest to możliwe, ogólny opis technicznych i organizacyjnych środków bezpieczeństwa, o których mowa w art. 32 ust. 1 RODO.

Najlepiej, aby rejestr zmaterializował się w postaci wykonania stosownej tabeli, która będzie zawierać powyższe pola i opisywać poszczególne czynności przetwarzania danych.

Jakie czynności przetwarzania danych możemy wyróżnić w działalności podmiotów leczniczych? Są to z pewnością: prowadzenie dokumentacji medycznej, wystawianie zwolnień lekarskich, raportowanie zdarzeń medycznych, rekrutacja pracowników, udostępnianie dokumentacji medycznej, realizacja szczepień ochronnych i profilaktycznych, prowadzenie monitoringu wizyjnego itp. Generalnie są to wszystkie czynności w działalności podmiotu leczniczego, w których przetwarzane są dane osobowe pacjentów czy też pracowników podmiotu leczniczego. Ważne jest, aby szczegółowo opisać te procesy i wskazać, jakie są cele przetwarzania tych danych przez podmiot leczniczy. Dodatkowo trzeba

dokładnie określić, czy przetwarzamy dane zwykłe, tj. dane identyfikacyjne, czy też przetwarzamy dane szczególnych kategorii, np. dane dotyczące zdrowia. Rekomenduje się wymienienie konkretnych danych, które przetwarzamy, takich jak: imiona i nazwiska, adresy zamieszkania, PESEL, historia choroby itd. Wskazać należy również, komu udostępniamy dane, które zgromadziliśmy. Są to nie tylko podmioty uprawnione na mocy prawa, takie jak urzędy skarbowe, Narodowy Fundusz Zdrowia, Zakład Ubezpieczeń Społecznych czy też Centrum E-Zdrowia, ale także podwykonawcy usług administratora tacy jak obsługa informatyczna, dostawcy oprogramowania internetowego. Warto w tym miejscu wskazać, że odbiorcami są również inne podmioty wykonujące działalność leczniczą, które otrzymują dostęp do danych na mocy przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Opisując wszystkie czynności przetwarzania danych, należy również przeanalizować legalność przetwarzania danych w podmiocie leczniczym. Jest to związane z koniecznością wskazania podstawy prawnej do przetwarzania tych danych. Pamiętać należy, że każda operacja na danych osobowych musi być ograniczona w czasie, tj. w ramach czasowych dopuszczonych przepisami prawa lub zgodą osoby, której dane przetwarzamy. I tak należy na przykład wskazać, że przepisy dotyczące przechowywania dokumentacji medycznej uregulowane są w art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Obniżanie ryzyka

Ostatnim, niezmiernie istotnym elementem, jest opis zabezpieczeń technicznych, formalnych i organizacyjnych wprowadzonych w podmiocie leczniczym. Stanowi to późniejszą bazę do wykorzystania w obniżaniu ryzyka procesów przetwarzania danych osobowych w podmiotach leczniczych. Niestety nie ma uniwersalnego wykazu czynności przetwarzania danych i każdy administrator musi przeanalizować wszystkie czynności, w których wykorzystuje dane osobowe i prace na tych danych.

Obowiązkiem jest również wspomnieć o postanowieniach art. 30 ust. 2 RODO, w którym uregulowano kwestie prowadzenia drugiego rejestru, a mianowicie rejestru kategorii przetwarzania danych. Jest to rejestr, który powinien być prowadzony przez podmioty, z którymi administrator podpisał umowy powierzenia przetwarzania danych w jego imieniu. Oczywiście w przypadku braku podpisania takich umów prowadzenie rejestru kategorii przetwarzania danych nie ma zastosowania.

Kwestie omawianych powyżej rejestrów wymagają od administratorów danych drobiazgowych czynności, które z kolei wymagają od nich stosunkowo szerokiej wiedzy z wielu dziedzin, w tym prawnych oraz współpracy z firmą informatyczną, aby na przykład określić środki techniczne, za pomocą których zabezpiecza się proces przetwarzania danych osobowych.

Powrót do normalności?!...

Wydaje się, że najbliższe tygodnie będą swego rodzaju próbą powrotu do normalności. Epidemia zdaje się odpuszczać. Czego nas nauczyła? Straciliśmy czy zyskaliśmy? Do czego też zobowiązuje powrót w normalne tryby pracy?



SZCZEPAN COFTA

Czas epidemii stał się przede wszystkim sprawdzianem reagowania w sytuacjach trudnych, krytycznych. Niezwykle istotna była umiejętność oddzielania sfery faktów od emocji. Wyzwaniem stało się właśnie unikanie podejmowania decyzji na podstawie emocji. Decyzji medycznych i zarządczych.

Dwa lata ograniczonego działania ukazały, jak wiele wykonywanych w naszych szpitalach procedur medycznych było rzeczywiście niezbędnych. Zmiana sposobu funkcjonowania szpitala „w czasie zarazy” ukazała, jak duża część procedur mogłaby – po bardziej wnikliwym namyśle i modyfikacji organizacyjnej – być wykonywana albo w trybie ambulatoryjnym, albo krótkiej hospitalizacji. Bieżąca sytuacja odsłoniła więc – w pewnym sensie – rangę niezbędności poszczególnych naszych elementów działalności. Obrazem tego było wykorzystanie poszczególnych oddziałów i pracowni. Oczywiście nie można ukrywać, że w wielu obszarach powstał istotny dług zdrowotny, który będziemy odpracowywać w najbliższych latach.

Czas ten ukazał także, w jakiej mierze wysyceni jesteśmy kadrą medyczną. Jak bolesne są jej braki – skutki ułomności perspektywicznego spojrzenia i środowiskowych egoizmów ostatnich

30 lat. Taka była bowiem zapewne perspektywa wykluwania się paraliżu pielęgniarstwa, ale także lekarskiego wielu specjalności.

Można wyrazić opinię, że być może lepiej były przygotowane szpitale, w których działały kompetentne i prężne zespoły do spraw zakażeń. Miały one szanse rozwinąć swą działalność w kontekście choćby pojawiających się w przeszłości zwiększonych zachorowań na grypę czy innych zakażeń w sytuacjach niedoborów odporności. W szpitalu, którym mam zaszczyt współzarządzać, były to wyzwania związane chociażby z obecnością pacjentów hematologicznych czy pulmonologicznych. W ich przypadku zachowanie dobrej kontroli zakażeń bywa niezwykle trudne, a stawaliśmy też już w przeszłości przed ekstremalnymi wyzwaniami.

Obecne szpitalne wyzwania – nieustannie nas zaskakujące – ukazują, na kogo z personelu można liczyć w codziennej praktyce. Który z ordynatorów czy kierowników jednostek lub szeregowych pracowników rozwiązuje problemy, jest twórczy. A kto ucieka w ogóle od problemów czy też komplikuje rzeczywistość.

Ktoś się może zdziwić, jeśli stwierdzę, że szpitale zyskały na pandemii. To nie jest prowokacja, to stwierdzenie oparte na faktach. Generalnie stwierdzając: pracownicy służby zdrowia – jako branża – zyskali. Podobnie system opieki zdrowotnej, oczywiście pełen ograniczeń, nie załamał się i wyszedł – jak się wydaje – zwycięsko z opresji. Proszę się nie buntować przy tym stwierdzeniu. Tak jest.

Z pandemii wyjdziemy w szpitalach na pewno niezwykle ubogaceni. Zadbamy na pewno lepiej o właściwe utrzymanie higieny, będziemy dokładniej myli ręce i unikali w codziennym postępowaniu ryzyka zakażenia. Nauczymy się merytorycznie uzasadnionego i racjonalnego używania środków ochrony osobistej. Bardziej precyzyjne będą także standardy postępowania

Ktoś się może zdziwić, jeśli stwierdzę, że szpitale zyskały na pandemii. To nie jest prowokacja, to stwierdzenie oparte na faktach. Generalnie stwierdzając: pracownicy służby zdrowia – jako branża – zyskali. Podobnie system opieki zdrowotnej, oczywiście pełen ograniczeń, nie załamał się i wyszedł – jak się wydaje – zwycięsko z opresji. Proszę się nie buntować przy tym stwierdzeniu. Tak jest.

w podobnych sytuacjach. I pewnie zmodyfikowana zostanie infrastruktura szpitali tak, by prowadzić skuteczną kontrolę zakażeń. Wspomnę chociażby o zapewnieniu – co jest wstydlivym polskim tematem – odpowiednich zabezpieczeń izolacyjnych na poszczególnych oddziałach czy też w skali każdego ze szpitali.

Pewnie powrócimy w tryby zwyczajnego działania, choć nie wiem, w jaki sposób przywrócona zostanie dydaktyka medyczna. W jakiej mierze będzie zmodyfikowana i przeniesie się do sfery on-line? Jak też będą wyglądały nasze sympozja i konferencje medyczne?

Egzamin w czasie epidemii jako medycy chyba zdaliśmy. Pozostaje teraz nieustanne pytanie, na ile można przenikać dobrą porządkującą myślą stare szpitalne mury, utrwalone w koleinach. Dobrze jest wykorzystywać jako narzędzia zdarzenia niepożądane, zgłaszane przez pacjentów skargi czy analizę zgonów – uczyć mogą one nas bardzo wiele.

Pamiętajmy, że istotą funkcjonowania szpitala jest opieka nad pacjentem, świadczona z optymalną jakością i bezpieczeństwem, ale także z tworzeniem środowiska przyjaznego dla pracowników, zwłaszcza z zachowaniem wspólnego – dojrzałego medycznie i ludzko – ducha. Z poszanowaniem godności lekarskiej. Zachowanie jej jest warunkiem dobrej służby świadczonej pacjentowi.

Czeka więc nas powrót do „normalności”. Koniec tymczasowości. Być może brak w tym pewnej radości. Oby to nie był koniec porywu wszystkich naszych sił i kompetencji. ■

Z MEDYCZNEJ WOKANDY

Kara ograniczenia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza



Jerzy Sowiński



Jędrzej Skrzypczak

Kara ograniczenia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza funkcjonuje w arsenale środków sądów lekarskich od momentu wprowadzenia w życie ustawy o izbach lekarskich z 2009 r., a więc już dość długo. Jak jednak przekonuje analiza statystyk orzekanych kar, środki te orzekane są stosunkowo rzadko w porównaniu z innymi sankcjami przewidzianymi w katalogu zamieszczonym w art. 83 tego aktu normatywnego. Trudno przesądzić jednoznacznie, co jest powodem takiego stanu rzeczy. A przypomnijmy, że jest to kara piąta z kolei pod względem surowości, co sugeruje, jakie jest jej miejsce i ranga. A zatem za łagodniejsze będą uchodzić takie sankcje, jak: upomnienie, nagana, kara pieniężna, zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia. Z kolei jako surowsze będą postrzegane już tylko dwie sankcje, a więc zawieszenie prawa wykonywania zawodu i pozbawienie prawa wykonywania zawodu.

Pretekstem do poniższych rozważań były tezy i wywody zawarte w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 19 sierpnia 2020 r. I KK 40/20. Stan faktyczny w tej sprawie przedstawiał się następująco. Okręgowy Sąd Lekarski w X. uznał lekarza D.P. za winnego tego, że pełnił dyżur w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym SP ZOZ Szpitala Powiatowego w stanie nietrzeźwości i wymierzył mu za to karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu lekarza na okres jednego roku. Odwołanie od tego orzeczenia wniósł obrońca obwinionego, zaskarżając je w części dotyczącej orzeczenia o karze. Naczelny Sąd Lekarski uwzględnił postulaty z apelacji i zmienił zaskarżone orzeczenie w zakresie kary i wymierzył obwinionemu lekarzowi karę ograniczenia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza poprzez zakaz samodzielnych dyżurów na okres jednego roku. Kasację od prawomocnego orzeczenia NSL wniósł Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, którą Sąd Najwyższy uznał jako w pełni zasadną.

Jak wyjaśnił SN w uzasadnieniu swojej decyzji, było widoczne, że NSL uznał, iż przeprowadzone postępowanie dyscyplinarne oraz wymierzona w jego ramach kara miały służyć przede wszystkim wsparciu obwinionego lekarza w podjętym przez niego leczeniu choroby alkoholowej, na którą cierpi, dać mu szansę na poprawę postępowania oraz przestrzec go przed skutkami popełnienia w przyszłości analogicznego przewinienia. SN stwierdził, że tak postrzegając cele kary, NSL w istocie miał w polu widzenia tylko jedną z kilku dyrektyw wymiaru kary, mówiącą, że należy brać pod uwagę cele zapobiegawcze i wychowawcze, które kara ma osiągnąć w stosunku do skazanego. Inaczej jednak niż OSZ, który uznał, iż cele te mogą zostać osiągnięte tylko przez wymierzenie obwinionemu „zdecydowanie surowej i dole-

gliwej kary”, stanął na stanowisku, że właściwemu oddziaływaniu zapobiegawczemu i wychowawczemu będzie służyło wymierzenie kary względnie łagodnej, nieprowadzącej do choćby względnie krótkiego (ustawa daje możliwość zawieszenia prawa wykonywania zawodu lekarza na okres nawet 5 lat) odsunięcia obwinionego od wykonywania zawodu lekarza. W tej sytuacji SN ocenił, że najwyraźniej NSL nie wziął pod uwagę, że kara powinna być adekwatna również do stopnia winy, stopnia społecznej szkodliwości czynu oraz uwzględniać potrzeby w zakresie kształtowania świadomości prawnej społeczeństwa, w tym wypadku także ogółu lekarzy i innych osób pracujących w ochronie zdrowia. W takim razie – podkreślił SN – bez znaczenia pozostała deklaracja NSL zamieszczona w uzasadnieniu orzeczenia, że „w pełni popiera rozważania OSZ w zakresie oceny stopnia społecznej (zawodowej) szkodliwości przypisanego obwinionemu przewinienia” oraz że „niewątpliwie zagrożenie, jakie stworzył swoim czynem obwiniony wobec pacjentów, nie może być bagatelizowane”. Zdaniem SN, w istocie bowiem wymierzona przez NSL obwinionemu kara, w praktyce niepociągająca za sobą poważniejszej dolegliwości, wspomniane zagrożenie oraz szkodliwość przewinienia w istocie bagatelizuje. Słusznie więc – zdaniem SN – w kasacji zwrócono uwagę, że orzekając o karze, NSL nie uwzględnił takich wyeksponowanych przez sąd I instancji okoliczności obciążających, jak: ilość alkoholu, jaką spożył obwiniony (w wydychanym przez niego powietrzu podczas pierwszego badania stwierdzono 1,30 mg alkoholu/l), prowadzącą do znacznego obniżenia zdolności kontrolowania własnego zachowania; pełnienie przez obwinionego dyżuru w newralicznym miejscu placówki ochrony zdrowia – w SOR, do którego trafiają pacjenci nawet w stanie zagrożenia życia; spożywanie alkoholu na terenie szpitala i to w czasie, kiedy był jedynym lekarzem pełniącym dyżur w SOR; spożywanie alkoholu już podczas pierwszego dyżuru pełnionego w szpitalu; a przede wszystkim istoty nagannego zachowania obwinionego, która polega na tym, że będąc lekarzem, który to zawód ma szczególną rangę wśród zawodów zaufania publicznego, zlekceważył podstawowy obowiązek zachowania trzeźwości podczas wykonywania pracy zawodowej i doprowadził się do stanu zagrażającego pacjentom, przez co rażąco naruszył ciężące na nim podstawowe obowiązki prawne i etyczne. SN dostrzegł przy tym, ►



► iż ważne było w tym przypadku, aby nie przekreślać obwinionemu szans na kontynuowanie skutecznego leczenia choroby alkoholowej. Tym niemniej jednak w następstwie złażnienia przez NSL kary wymierzonej przez OSŁ, zdaniem NSL obwiniony *de facto* nie odczułby dolegliwości z powodu popełnienia bardzo poważnego przewinienia dyscyplinarnego. SN zgodził się też NROZ, że przed wyeksponowaniem dobrej woli obwinionego, mającej wyrażać się w poddaniu się zabiegowi implantacji środka o nazwie disulfiram, NSL powinien był rozważyć, czy w sytuacji, gdy nastąpiło to dopiero po upływie półtora roku od daty popełnienia przewinienia zawodowego, obwinionemu w pierwszej kolejności nie chodziło o uzyskanie argumentu w związku z planowanym kwestionowaniem kary w postępowaniu odwoławczym. SN zwrócił także uwagę, że zawarte w kasacji twierdzenie, iż „Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej nie zgadza się z twierdzeniem obwinionego, że kara zawieszenia spowoduje, iż utraci on źródło zarobkowania, co będzie miało nieodwracalne skutki w jego życiu osobistym, jako że obwiniony – co sam przyznał – jest także nauczycielem akademickim prowadzącym zajęcia dydaktyczne na uniwersytecie medycznym oraz zajęcia w ramach doskonalenia zawodowego dla lekarzy i pielęgniarek”, nie uwzględnia, że chociaż w świetle art. 2 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty wykonywanie zawodu lekarza zasadniczo polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, to w świetle art. 2 ust. 3 tej ustawy polega też na innego rodzaju aktyw-

nościach, w tym na nauczaniu zawodu lekarza. Prawomocne wymierzenie kary zawieszenia prawa wykonywania zawodu lekarza eliminuje zatem osobę obwinioną z prowadzenia zajęć dydaktycznych. Z przywołanych przepisów wynika też jednak, że kara ograniczenia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza może być kształtowana w różny sposób i przybierać postać mniej lub bardziej dolegliwą, przy uwzględnieniu wagi przewinienia dyscyplinarnego i sytuacji osobistej osoby obwinionej, w tym wykazywanej przez nią aktywności zawodowej. Nie jest zatem wykluczone orzeczenie wspomnianej kary w takiej postaci, że czasowo eliminuje ona lekarza z udzielania świadczeń zdrowotnych, pozostawiając mu możliwość wykonywania zawodu w innych obszarach, np. tylko możliwość nauczania zawodu lekarza, o ile nie wiąże się z tym udzielanie świadczeń zdrowotnych. Mając powyższe na uwadze, Sąd Najwyższy podzielił zarzuty wskazane w kasacji wniesionej w niniejszej sprawie przez Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i uchylił zaskarżone orzeczenie w części zawierającej rozstrzygnięcie o karze i przekazał sprawę w tym zakresie Nacelnemu Sądowi Lekarskiemu do ponownego rozpoznania w postępowaniu odwoławczym. Choć SN już tego wprost nie napisał, należy wnosić, że możliwa będzie także sytuacja odwrotna, a więc ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza, ale tylko w zakresie nauczania zawodu lekarza, pozostawiając możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych. ■

W PANGen także refundowane badania

A było to tak. 4 marca 2020 r. minister zdrowia poinformował o pierwszym w Polsce przypadku zakażenia SARS-CoV-2. Poznański Instytut Chemii Bioorganicznej PAN w tym samym miesiącu powołał Wirusową Grupę Wsparcia. Początkowo pracownicy w wolnym czasie zajmowali się opracowaniem testu wykrywającego obecność koronawirusa i diagnostyką zakażeń nim.

Prototyp testu, oparty wyłącznie na polskich odczynnikach, powstał po 14 dniach intensywnej pracy 18-osobowego zespołu. Do 20 maja 2020 r. wykonanych zostało ponad 5700 testów diagnostycznych. Instytut wydzielił na rzecz diagnostyki część pomieszczeń i aparatury, zapadła decyzja o utworzeniu laboratorium. Było to naturalne kolejne działanie – korzystając z własnej specjalistycznej wiedzy oraz wieloletniego doświadczenia, zespół zgodnie uznał, że należy wesprzeć obciążoną diagnostykę i zrobić co w jego mocy, by rozwiązywać jej problemy. Gdy w Wielkopolsce one się nasiliły, zrodził się pomysł utworzenia ogólnodostępnego laboratorium genetyki molekularnej PANGen. Chodziło o to, aby jak najlepiej wykorzystać technologię, aparaturę i doświadczenie zespołu wywodzącego się z Wirusowej Grupy Wsparcia. W diagnostyce ukierunkowanej na wirusa SARS-CoV-2 wykorzystuje się autorskie testy MediPAN opracowane w IChB PAN.

Sierpień przynosi poszerzenie działalności. Laboratorium PANGen prowadzi również diagnostykę boreliozy przy użyciu testów serologicznych rekomendowanych przez WHO oraz testów PCR polecanych do wykonania w przypadku podejrzenia wystąpienia boreliozy. Możliwe jest także prze-

badanie kleszcza pod kątem nosicielstwa bakterii z rodzaju *Borrelia* i innych patogenów odkleszczowych.

Od 2 listopada 2021 r. można tutaj (ul. Wieniawskiego 17/19) wykonać nie tylko badania komercyjne, ale również refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia (po przedstawieniu skierowania od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza specjalisty). Od 14 lutego 2022 r. obowiązują w laboratorium PANGen zmodyfikowane godziny przyjęć, dzięki czemu obsługa jest jeszcze sprawniejsza. Na życzenie wszystkie wyniki mogą być wydane także w języku angielskim.

Gdy idzie o badanie, które polega na jakościowym wykryciu genów koronawirusa SARS-CoV-2, wirusa grypy A oraz B, jak czytamy na stronie www.pangen.pl, „metodą stosowaną w identyfikacji jest technika łańcuchowej reakcji polimerazy w czasie rzeczywistym poprzedzona odwrotną transkrypcją – RT – qPCR. Zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego (NIZP-PZH) oraz Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, w badaniu, z zależności od zastosowanego testu, identyfikowane są 2 lub 3 geny spośród genów wspólnych dla podrodzaju *Sarbecovirus* (gen E) oraz charakterystycznych wyłącznie dla SARS-CoV-2 (N, RdRp lub ORF1ab). W naszym teście wykrywane są wysoce swoiste fragmenty dwóch genów SARS-CoV-2: ORF1ab (nsp2) oraz gen S, czyli geny identyfikujące tylko koronawirusa SARS-CoV-2. W przypadku wirusa grypy detekcji podlegają wysoce konserwatywne (najmniej zmienne) rejony – gen PB2 dla wirusa grypy typu A oraz gen M – dla wirusa grypy typu B”. (ap)

Podzwonne dla Szpitala Przemienienia Pańskiego

Preludium

Zacytowany na wstępie wiersz to parafraza utworu Haliny Poświatowskiej „Koniugacje”, którą ułożył prof. Zbigniew Kwias. Zakończył nią swój rozdział w monografii Szpitala Przemienienia Pańskiego, wydanej z okazji 180-lecia jego istnienia.

„To najstarszy szpital w Poznaniu, najdłużej działający na tym samym miejscu” – mówiliśmy wtedy z dumą. Był rok 2003. Wielka zmiana gospodarczo-ustrojowa Polski zaczęła się urzeczywistniać w medycynie zaledwie kilka lat wcześniej. Służba zdrowia, jako jedna z ostatnich, wydobywała się z okowów planowej, komunistycznej gospodarki. Nie było to łatwe, zwłaszcza dla tak dużych i skostniałych instytucji, jakimi były szpitale kliniczne. W Kasie Chorych nazywano je „dinozaurami”, bo uważano, że są tak anachronicznie zarządzane, iż muszą wyginąć. Krzyżowały się w nich interesy ekonomiczne, dydaktyczne, naukowe z interesem chorego. Ustawodawcy nie mieli na nie pomysłu. Wreszcie pracownicy w pewnej części nie byli skorzy do wprowadzania zmian. „Zawsze tak było” – stanowić miało argument nie do odparcia. Dla szpitala przy ul. Długiej to był kolejny dziejowy zakręt i na dodatek, można powiedzieć, ze słabą widocznością.

Droga pełna zakrętów

Ten stateczny wehikuł przeżył już czasy pruskie, kiedy wiele wysiłku włożyły siostry szarytki w to, aby był on miejscem przyjaznym, miejscem – powiedzmy to wyraźnie – polskim, dbającym o polską tożsamość, a jednocześnie nowoczesnym i oferującym wysoki standard pomocy medycznej. Pierwszy w Poznaniu szpital – nie przytułek. Nowoczesne operacje Jagielskiego, nowatorskie zasady antyseptyki wprowadzane przez Zielewicza, wreszcie pierwszy w Poznaniu ośrodek używający promieni X. Oczywiście zatem była kontynuacja po odzyskaniu niepodległości. Szpital, nadal prowadzony przez siostry, stał się miejscem uniwersyteckim. Światowej sławy polski chirurg Antoni Tomasz Jurasz został szefem kliniki chirurgicznej, pierwszy w Polsce profesor radiologii Karol Mayer prowadził Zakład Radiologii. Czesław Meissner, oprócz zarządzania szpitalem i jego rozbudową, prowadził kilkudziesięciolóżkowy oddział internistyczny, którego pacjentami byli m.in. Matka Urszula Ledóchowska, Roman Dmowski i Władysław Reymont. W 1939 r. Niemcy brutalnie przejęli szpital, usuwając polski personel i siostry.

Rozpoczęło to długi okres, kiedy nazwa „Przemienienia Pańskiego” zniknęła z oficjalnych dokumentów, jakkolwiek trwała w świadomości mieszkańców, którzy mówili, że idą się leczyć do „Przemienienia”.

W czasach Polski Ludowej pomimo zmiany nazwy, usunięcia siostr ostatecznie przez komunistyczne władze – nawet tych pracujących na stanowiskach pielęgniarstwa i pomimo protestów ordynatorów, szpital zachował ducha. Oddajmy głos prof. Kwiasowi, który opisuje lata 60. i 70. w szpitalu imienia Pawłowa:

*Ja minę,
ty miniesz,
on minie.*

*Mijamy, minąłeś, minęłam,
już nas nie ma.*

*A ten szum wyżej, to wiatr historii
opowiadający drzewom i ludziom i miastu
przez ludzi kiedyś tam pracujących
historię Szpitala Przemienienia Pańskiego
w Poznaniu przy ul. Długiej.*



„Tworzyliśmy nie tyle zespoły poszczególnych klinik, ile zespół Szpitala, tak nieładnie nazwanego im. Pawłowa. Jestem prawie pewien, że za atmosferę tamtych, minionych dni, odpowiedzialni byli ludzie tam pracujący oraz duchy przodków chirurgicznych, kręcące się wieczorami po korytarzach szpitalnych i sali operacyjnej. Czy te duchy Marcinkowskiego, Jagielskiego, Mateckiego, Zielewicza, Jurasza, Drewsa, Piskorza, Kołodzieja, Twardosza, a także Kozłowskiego, Aniszczunki, Krolla, Majerowskiego i Ratajczaka krążą jeszcze, czy je zauważacie? Jestem przekonany, że nadal tam są, bowiem do tworzenia karety historii nie zaprzęga się osłów, lecz wspaniałe konie”.

Ratowanie dinozaura

„I co, zdecydował się pan? – znad okularów patrzyły na mnie oczy jednej z kierowniczek administracji.

Skąd ona mogła o czymkolwiek wiedzieć? Byłem co prawda u dyrektora Jana Talagi, który zaproponował mi dołączenie do zarządu szpitala w charakterze Naczelnego Lekarza – ale ten prosił mnie o dyskrecję. Nie zdążyło jeszcze minąć 10 minut od naszej rozmowy – więc skąd to pytanie?”. Tę historię opowiedział mi dyrektor Szczepan Cofta. Był rok 2001 i Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego znajdował się – jak już powiedzieliśmy – na zakręcie. Zaledwie kilka lat wcześniej odzyskał swoją dawną nazwę i ona teraz przypominała w jakiś sposób, że wymagał wielu zmian. Nowa dyrekcja podjęła to wyzwanie, przyjmując od początku politykę otwartego rozmawiania o istniejących problemach. Temu służyła wydawana od 2001 r. gazetka „Nowiny Szpitalne”, zespoły zadaniowe, konferencje o problemach szpitali klinicznych, z których pierwsza nosiła znamieny tytuł „Szpital Kliniczny na zakręcie”. Czerpano przy tym obficie z tradycji szpitala, której przypomnienie miało być budowaniem zapomnianej nieco wspólnej tożsamości. Wieczory świętego Łukasza, których gośćmi byli m.in. prof. Andrzej Szczeklik, prof. Marian Zembala czy prof. Zatoński, były wspólnym jej świętowaniem z podkreśleniem, że każdy jest ważny, każdy dokłada swoją cegiełkę do tworzenia dzisiejszego szpitala.

Odnaczenie *Bono Servienti* (Czyniącemu dobro) dostawali zarówno profesorowie, jak i salowe, pracownicy działu technicznego czy administracji – każdy, kto w sposób niezwykle wypełniał swoje zwykłe obowiązki.

Od roku 2001 do 2021 minęła cała szpitalna epoka. Z pięciu początkowo miejsc działalności udało się zrobić trzy, postawiono dodatkowe skrzydła szpitalne na Szamarzewskiego, wyprowadzono do nich działalność onkologiczną z Łąkowej, a następnie okulistykę z Długiej. Szpital rozpoczął wiele innowacyjnych procedur medycznych z transplantacją serca na czele. Wprowadzono systemy informatyczne, zarówno w części „białej”, jak i „szarej”.

Z całą pewnością szpital na Długiej przestał być dinozau-rem. Był dobrze zarządzanym, rozwijającym się pomyślnie ośrodkiem na wysokim poziomie zarówno medycznym, jak i zarządczym.

Był...

Pytania bez odpowiedzi

1 stycznia 2022 r. ta nazwa zniknęła z dokumentów, które pacjenci otrzymują przy wypisie. Zdjęto tablice przy wejściu do budynków na Długiej, Szamarzewskiego i na Osiedlu Rusa. Wniosek o wypisanie Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego z KRS został pozytywnie rozpatrzony.

Szpital ze swoimi trzema lokalizacjami został włączony w administracyjne struktury Szpitala Klinicznego im. Heliodora Święcickiego w Poznaniu – działającego także w kilku lokalizacjach.

Co mówią o tym pracownicy? Różnie, ale są i takie głosy: „Nie chcę pracować w szpitalu im. Heliodora Święcickiego. Czy można nakazać komuś zmienić tożsamość?”, „Nie chcę być jedną z tysiąca, chcę być jedną na tysiąc. W szpitalu Przemienienia Pańskiego to miałam”.

Tożsamość jest istotna i tworzy się ją z mozołem, przez wiele dni i godzin spotkań, rozmów, tekstów, wspólnych działań. Zniszczyć ją łatwiej, niż zbudować. Kiedy podejmujemy o tym decyzję, powinniśmy bardzo dokładnie odpowiedzieć sobie na pytanie – dla jakiej racji warto?



Ekonomia? Wygoda zarządzających? Co tracimy, zamykając takie szpitale jak Szpital Przemienienia Pańskiego i czego już nie da się odzyskać?

Co się dalej stanie w tym miejscu, gdzie prof. Kwias odczuwał obecność dobrych duchów Zielewicz, Jurasza czy Marcinkowskiego? Czy istniejący tam budynek będzie nadal pełnił funkcje szpitala? A jeśli tak – to czy jego następni właściciele lub zarządzający będą chcieli mu znowu nadać imię Przemienienia Pańskiego? Czy i w jaki sposób uda się połączyć tradycje szpitala przy ul. Przybyszewskiego i tego z Długiej? Na ile w ogóle będzie przestrzeń do pielęgnowania dwustuletnich tradycji szpitalnictwa poznańskiego w wielkim organizmie tworzonego właśnie Centralnego Zintegrowanego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu?

Czyje otrzyma on imię?

Jak widać jest wiele pytań bez odpowiedzi. Na zakończenie jeszcze jeden cytat z prof. Kwiasa, pod którym także może się podpisać pisząca te słowa:

„Nigdy przedtem ani nigdy potem nie pracowało mi się tak dobrze, jak wtedy i w tamtym, tym moim szpitalu”.

HALINA BOGUSZ

NOWOCZESNE METODY WYPEŁNIANIA KANAŁÓW KORZENIOWYCH



19 marca 2022 (sobota) w godz. 9:00 – 14:00

Centrum Konferencyjne EDU WIL, ul. Szyperska 14, piętro 6, wejście E

Prowadzący: lek. dent. Tomasz Kielkowicz

5 punktów edukacyjnych
preferencyjne ceny dla Lekarzy Dentystów WIL

Szczegóły na stronie:

wil.org.pl/stomatologiczne-wydarzenia-edukacyjne/

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



Zapraszają:



PoIdent

Patronat:



DAWKA INFORMACJI

Dziesiątki, setki, tysiące informacji. Docierają do nas różnymi drogami. Coraz szybciej, przez całą dobę. Informacje zwyczajne, ważne, z ostatniej chwili. Fascynujące, nieprawdopodobne, sensacyjne. Głównym składnikiem dawki informacji są fragmenty wiadomości rzeczowych. Pochodzą one z różnych źródeł i e-serwisów. (o-ap)

Umowa podpisana

Zakończyliśmy wybór generalnego wykonawcy odpowiedzialnego za budowę budynku dydaktycznego II Collegium Pharmaceuticum. W grudniu 2021 r. oddaliśmy do użytku główną część Collegium Pharmaceuticum – Centrum Innowacyjnej Technologii Farmaceutycznej oraz budynek dydaktyczny nr I. Zaledwie w miesiąc od tego wydarzenia, na podstawie przeprowadzonego postępowania przetargowego, wyłoniliśmy generalnego wykonawcę drugiego obiektu dydaktycznego. Została nim firma BUDOPOL. Podpisy na umowie w dniu 18 stycznia 2022 r. złożyli JM Rektor prof. Andrzej Tykarski oraz prezes Zarządu firmy BUDOPOL Łukasz Kawczyński. (WWW.UMPEDU.PL)

W partnerstwie z uniwersytetem

Województwo wielkopolskie zostało nominowane w konkursie Zdrowy Samorząd za „Program profilaktyki retinopatii cukrzycowej w województwie wielkopolskim”.

Program jest realizowany przez Samorząd Województwa Wielkopolskiego wraz z Fundacją Wspierania Rozwoju Okulistyki „Okulistyka 21” w partnerstwie z Uniwersytetem Medycznym im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu.

Retinopatia cukrzycowa długo pozostaje bezobjawowa, a późno rozpoznana lub źle leczona doprowadza do pogorszenia widzenia, a w skrajnych przypadkach do jego utraty. Retinopatia jest powodem 1 proc. ślepoty na świecie. Prawdopodobieństwo wystąpienia retinopatii cukrzycowej wśród chorych na cukrzycę przed 30. rokiem życia, po 10 latach trwania choroby ocenia się na 50 proc., a po 30 latach nawet na 90 proc. Odpowiednio wcześniej wykryta i prawidłowo leczona może pozostać pod kontrolą i pozwolić chorym na długotrwałe bycie aktywnymi zawodowo oraz samodzielnymi, niewymagającymi opieki socjalnej.

Program skierowany jest do 43 920 diabetyków powyżej 18. roku życia, którzy zostaną przebadani w kierunku retinopatii cukrzycowej. (WWW.PORTALSAMORZADOWY.PL)

Tytuł?

Pandemia COVID-19 miała wpływ także na zabiegi endoprotezoplastyki. Jeszcze w 2019 r., przed wybuchem pandemii, w Wielkopolsce wykonano ten zabieg u ponad 9 tys. pacjentów, a łączna kwota refundacji przez wielkopolski oddział NFZ tej formy leczenia wynosiła 140 mln zł.

Rok później – w 2020 r. – endoprotezoplastykę przeszło o 1,7 tys. pacjentów mniej. Zabieg wykonano u 7,4 tys. osób (wartość refundacji wyniosła 116 mln zł). Z kolei w ubiegłym roku wszczęcie endoprotezy przeszło już więcej, bo 7,8 tys. osób. W 2021 r. zrefundowaliśmy świadczenia na kwotę 123 mln zł.

W Wielkopolsce mamy łącznie 44 oddziały ortopedyczne, w tym siedem oddziałów chirurgii jednego dnia, a 36 z nich realizuje świadczenia w zakresie endoprotezoplastyki. To 31 oddziałów należących do szpitali sieciowych i pięć oddziałów

w podmiotach spoza sieci. To bardzo dobre zabezpieczenie dla wielkopolskich pacjentów – mówi Agnieszka Pachciarz, dyrektor wielkopolskiego oddziału NFZ.

(NICOLE MŁODZIEJEWSKA, WWW.GLOS Wielkopolski.PL)

Minister zadeklarował

Pensje lekarzy szpitalnych ze specjalizacją rosną, ale od trzech lat spora ich grupa zarabia na etacie relatywnie coraz mniej w porównaniu z przeciętnym wynagrodzeniem w gospodarce. Minimalna pensja zasadnicza lekarzy w 2018 r. wynosiła 1,58 przeciętnego wynagrodzenia, w 2022 r. od lipca będzie to 1,45. OZZL chce podwyżek lekarskich pensji. Ministerstwo Zdrowia zaznacza, że w rzeczywistości tylko do 20 proc. lekarzy szpitalnych otrzymuje najniższą pensję. Krzysztof Bukiel, przewodniczący Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy (OZZL), podkreśla natomiast, że to 18 tys. specjalistów szpitalnych, którzy są zajęci leczeniem pacjentów, nie protestują i nie mają siły przebicia w rozmowach z dyrektorami szpitali.

Minister Adam Niedzielski zadeklarował, że rozważy większe podwyżki płacy minimalnej dla lekarzy specjalistów niż zapisane w ustawie. (WWW.RYNEKZDROWIA.PL)

Rozmowy o Paxlovidzie

Minister zdrowia dąży do zapewnienia polskim pacjentom dostępu do leku Paxlovid. Od pewnego czasu prowadzone są rozmowy w tej sprawie, w tym na szczeblu Unii Europejskiej – poinformowało PAP Biuro Komunikacji Ministerstwa Zdrowia.

Europejska Agencja Leków (EMA) zaleciła pod koniec stycznia przyznanie warunkowego pozwolenia na dopuszczenie do obrotu doustnego leku przeciwwirusowego Paxlovid przy leczeniu COVID-19. Wnioskodawcą jest koncern Pfizer. EMA zaleciła dopuszczenie do obrotu preparatu Paxlovid dla dorosłych, którzy nie wymagają dodatkowego tlenu i są w grupie zwiększonego ryzyka.

Resort zastrzegł, że podanie dokładniejszych danych na aktualnym etapie rozmów nie jest możliwe.

(AGATA ZBIEG, WWW.GAZETAPRAWNA.PL)

Psychoterapia uzależnień

Ministerstwo Zdrowia chce wprowadzenia nowej dziedziny w ochronie zdrowia – psychoterapii uzależnień, w której osoby zainteresowane będą mogły odbywać szkolenia specjalizacyjne. Celem ma być poprawa opieki nad pacjentami z różnymi uzależnieniami. Projekt rozporządzenia trafił do konsultacji publicznych.

Ministerstwo argumentuje, że proponowane rozwiązanie przyczyni się do uzyskania transparentnych i wystandaryzowanych warunków i trybu uzyskiwania akredytacji do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie. Dotychczasowe regulacje charakteryzowały się znacznie większym stopniem ogólności i nie odnosiły się do wielu ważnych ►

- ▶ aspektów uzyskiwania uprawnień do szkolenia. W przepisach ustawy z 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii nie były szczegółowo uregulowane kwestie dotyczące treści kształcenia w dziedzinie psychoterapii uzależnień.

Poza tym, jak przekonuje resort zdrowia, osoba mająca tytuł specjalisty w dziedzinie psychoterapii uzależnień będzie przygotowana do prowadzenia psychoterapii osób z zaburzeniami związanymi z używaniem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych, zaburzeniami nawyków i popędów.

(WWW.TERMEDIA.PL)

Pierwsza taka wymiana

Jak informują przedstawiciele poznańskiego pogotowia za pośrednictwem portalu społecznościowego, już w czwartek (10 lutego 2022 r. – przyp. red.) do Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Poznaniu trafi 20 ambulansów wraz z wyposażeniem oraz bardzo ważny samochód techniczny, pełniący funkcję mobilnego warsztatu naprawczego. Przekazuje je marszałek Marek Woźniak. W historii poznańskiego pogotowia po raz pierwszy wymienionych zostanie blisko 80 proc. ambulansów funkcjonujących w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego – informują przedstawiciele poznańskiego pogotowia. Co ważne, ambulanse są w pełni wyposażone w sprzęt medyczny, co pozwala wdrażać kolejne etapy standaryzacji ich wyposażenia. Innowacyjnym rozwiązaniem w skali całego kraju jest samochód techniczny, którego zadaniem jest wsparcie zespołów ratownictwa medycznego w terenie w przypadku wystąpienia awarii lub kolizji z udziałem ambulansu.

Wymiana samochodów jest solidnym wsparciem dla poznańskich ratowników medycznych, bowiem częste de-

kontaminacje ambulansów znacząco przyspieszyły zużycie zarówno sprzętu medycznego, jak i przedziału medycznego – dodają.

(WWW.EPOZNAN.PL)

Nadrabianie zaległości

Jednym z najistotniejszych zadań Ministerstwa Zdrowia w najbliższych miesiącach po piątej fali będzie nadrobienie zaległości zdrowotnych, szczególnie w zakresie onkologii i chorób układu krążenia. Minister zdrowia powołał właśnie pełnomocnika Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia. Został nim prof. Tomasz Hryniewiecki.

Rozwój Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia wraz z Krajową Siecią Onkologiczną to jeden z naszych priorytetów na ten rok. Wyjdziemy bowiem z epidemii bardzo poturbowani zdrowotnie. Musimy te zaległości nadrobić, stąd też jak najszybciej chcemy wzmocnić polską kardiologię – mówi minister zdrowia dr Adam Niedzielski i dodaje: Profesor Hryniewiecki to najlepsza z osób, która może zadbać o szybki rozwój projektu Krajowej Sieci Kardiologicznej, by stała się tym dla kardiologii, czym Krajowa Sieć Onkologiczna dla Onkologii.

Prof. Tomasz Hryniewiecki to jeden z czołowych polskich kardiologów z międzynarodowym dorobkiem, publikujący w wielu światowych czasopismach naukowych. Jest współzałożycielem Sekcji Wad Zastawkowych Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, której jest obecnie przewodniczącym. Po objęciu funkcji pełnomocnika ministra zdrowia ds. Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia przez prof. T. Hryniewieckiego, stanowisko dyrektora Narodowego Instytutu Kardiologii obejmie prof. Łukasz Szumowski, który z instytutem związany jest od 20 lat, kierując Centrum Zaburzeń Rytmu Serca.

(WWW.GOV.PL)

SILVA RERUM MEDICARUM VETERUM

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

BALDONI (LA N RIVIXTA CLIN. TERAP.) zajął się badaniem lodów w Rzymie i znalazł w nim ołów, jako składnik stały, w ilości 0,69 miligr. na porcję. Tłumaczy mu to w zupełności objawy chorobowe, spotykane tak często po spożyciu lodów, zwłaszcza, że ołów tak powoli się wydala, że więc w miarę spożywania lodów, w ustroju się nagromadza. Wskazuje na konieczność kontrolowania przyrządów, do sporządzania lodów służących.

„Lwowski Tygodnik Lekarski” 1908, III, 312

Z HISTORII MEDYCZYNY W ROSYI. Najpierwszemi lekarzami byli mnisi kijowskiej ławy z XI w., przedstawiciele medycyny cerkiewnej: modłów, budowy świątyń itp. Pierwszemi przedstawicielami naukowój medycyny byli dwaj izraelici, przybyli z Włoch, którzy zginęli na szafocie za to, że nie wyleczyli syna cara Iwana III-go. Za Iwana Groźnego przybyli z Anglii doświadczeni lekarze, w ich liczbie znany Bomelijusz, również zmarły pod mieczem katowskim. Za panowania Groźnego po raz pierwszy widzimy lekarzy-rosyjan. Pierwsza apteka założona w roku 1581 dla potrzeb dworu. Najwięcej lekarzy zagranicznych zjawia się za panowania Borysa Godunowa, który drżał ciągle o swoje i swój rodziny zdrowie. Lekarze i aptekarze, wstępujący do służby, składali przysięgę, iż czuwać będą nad tem, żeby cara nie otruto. (A co się tak haniebnie spełniło!) Każdy z nich otrzymywał pensji 200 rs., 16 wozów drzewa, 4 beczki miodu i tyleż beczek piwa, codziennie 1 ½ kwarty wódki i tyleż octu, prócz tego do każdego carskiego obiadu przysyłano im 3 do 4 półmisek potraw, ile tylko jeden człowiek mógł udźwignąć półmisek. Z carskiej stajni ofiarowano im po 5 koni. Jeśli dawane carowi lekarstwo dobrze działało, każdorazowo otrzymywali oni sztukę aksamitu lub 40 soboli.

„Przewodnik Higijiczny” 1891, III, 331

Sztuka w szczytnym celu



Fot. 4x KLM



„Nadzieja” – to tytuł najnowszej wystawy Koła Lekarzy Malujących WIL, której wernisaż odbył się 10 marca w Galerii Sztuk Różnych przy ul. Garbary 50 w Poznaniu. Wszystkie prace zostały następnie wystawione jako „cegiełki” podczas koncertu charytatywnego z okazji 15-lecia Fundacji Niesiemy Nadzieję.

Medycyna, malarstwo i literatura zamknięte w kalendarzu

Jeszcze niedawno Zespół Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego – obecnie Szpitala Klinicznego im. Heliodora Świąteczkiego – wydał wyjątkowy, dwudziesty kalendarz na rok 2022.

Kalendarz powstał we współpracy z Muzeum Narodowym w Poznaniu oraz kustoszem dr. Maciejem Broniewskim, który ubogacił kalendarz o niezwykle ciekawe opisy wybranych dzieł.

„Udając się do Muzeum Narodowego w Poznaniu, szukaliśmy piękna zamkniętego w płótnach, a motywem przewodnim naszych poszukiwań był związek sztuki z medycyną. To, co znaleźliśmy, zaparło dech w piersiach. Wyłoniły się dzieła ukazujące troskę, opiekę, trud, starość, odchodzenie, a wszystko tuż za rogiem, nieopodal, przy alejach naszego doktora Karola Marcinkowskiego” – piszą członkowie zespołu odpowiedzialnego za redakcję wydawnictwa.



Miejsce w kalendarzu znaleźli m.in. tacy malarze, jak: Gorecki, Ochtervelt, Teniers, Steen, Malczewski. Na okładce ukazano obraz Knorra przedstawiający Rynek Poznański w 1838 r., a wśród wielu postaci widoczny jest Karol Marcinkowski, a także dwie siostry zakonne – szarytki – zapewne założycielki pierwszego nowożytnego szpitala przy ul. Długiej.

I choć obrazy bronią się same, dobraliśmy do nich fragmenty z literatury pięknej o tematyce medycznej takich autorów, jak: Tolstoj, Bułhakow, Shakespeare. Całość tworzy dzieło udowadniające nierozzerwalny związek medycyny, literatury i sztuki.

DARIA SPRINGER



SHORT CUTS

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

„Hej, prorocy moi z gniewnych lat...”**, czyli to nie będzie laurka

W momencie gdy piszę ten ścinek, mijają lub zbliżają się rocznice wydarzeń, które pokazały, że w jedności siła i że można takim wspólnym działaniem pokonać wroga. Mówi się, że osiągnięcie osiemnastego roku życia, to osiągnięcie pełnoletniości i dojrzałości, a co za tym idzie (podobno) nasze decyzje są przemyślane i nie są infantylne. I właśnie minęło osiemnaście lat od podpisania 6 stycznia 2004 r. tzw. porozumień poznańskich, które zakończyły protest lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej przeciwko absurdalnym zasadom prowadzenia praktyk POZ, które próbowało narzucić Ministerstwo Zdrowia wraz z władzami NFZ. Pokonanie rządzących było możliwe dzięki jedności środowiska i przede wszystkim w wyniku reprezentowania go przez Porozumienie Zielonogórskie, z dużym poparciem Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. Porozumienie Zielonogórskie oficjalnie powstało 2 sierpnia 2003 r. w Zielonej Górze jako reprezentacja świadczeniodawców pięciu województw: wielkopolskiego, lubuskiego, dolnośląskiego, opolskiego i śląskiego (zgadnijcie, Drodzy Czytelnicy, dlaczego akurat tych województw?), ale rozmowy o jego utworzeniu odbywały się już wcześniej – brałem zresztą w nich udział – niestety nic z tych rozmów w owym czasie nie wyszło (ale to już zupełnie inna historia, o której może kiedyś napiszę). Porozumienie Zielonogórskie tak naprawdę w świadomości społecznej zaistniało dopiero podczas styczniowego protestu lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i po podpisaniu porozumień poznańskich. Oficjalnie, wtedy już jako Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie (Federacja PZ), powstało 20 marca 2004 r. Nieco wcześniej, bo 28 lutego 2004 r., powołano w Poznaniu Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia Wielkopolskie Porozumienie Zielonogórskie, który był jednym z pięciu założycieli Federacji PZ. Przez kilka następnych lat Federacja PZ skutecznie torpedowała absurdalne pomysły Ministerstwa Zdrowia czy też NFZ. Niestety 6 marca 2011 r. Wielkopolskie Porozumienie Zielonogórskie opuściło Federację PZ i przekształciło się następnie w Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia (PPOZ) z siedzibą w Koninie. Nie czas tu i miejsce wnikać w powody rozłamu (znowu – może kiedyś), ale efektem jest spadek skuteczności obu organizacji, które na przestrzeni lat były umiejętnie rozgrywane przeciwko sobie, ze szkodą dla interesów środowiska, bowiem władza działała zgodnie z zasadą *divide et impera*. Oczywiście czołowi działacze mogą poczuć się skrzywdzeni taką oceną,

ale niech uderzą się w piersi i pomyślą, czy działając razem, nie mogliby jednak uzyskać więcej. A tak po latach mamy to, co mamy. Dyletanci medyczni, minister zdrowia wespół z prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia czują się coraz bardziej bezkarni i tym samym rozzuchwaleni. Oczywiście jest to po części pochodną zdemolowania przez obecnych rządzących struktur państwa, ale także efektem tego, że druga strona nie jest już tak zdecydowana w swoich działaniach i przez to praktycznie bez protestu przyjmuje ministerialne rozwiązania, które nie były z nią albo wcale konsultowane, albo konsultacje były tylko pozorowane. Ostatnimi czasy minister narzucił (prawem kaduka) zasady przyjmowania pacjentów przez lekarzy POZ, dyskryminujące pozostałych pacjentów kosztem pacjentów tzw. 60+, u których stwierdzono infekcję wirusem wywołującym COVID i to bez względu na to, czy mają jakiegokolwiek objawy czy też nie. Kolejnym ministerialnym kwiatkiem jest rozporządzenie w sprawie warunków zawierania umów z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zapewnia hegemonię NFZ i praktycznie umożliwia narzucenie przez tę instytucję każdych zmian w umowie bez prawa odmowy, z mocą od momentu ogłoszenia, a i znając dotychczasowe praktyki NFZ, także z mocą wsteczną. Oczywiście ktoś powie, że to rozporządzenie dotyczy wszystkich świadczeniodawców, ale doskonale wiemy, że jego ostrze jest wymierzone w (ten niesforny) POZ. Czarę goryczy powinien przelać projekt zmian w organizacji Nocnej Pomocy Lekarskiej, o którym zainteresowani dowiedzieli się z mediów. I cóż my w tej sytuacji słyszymy od prominentnych działaczy obu organizacji skupiających lekarzy POZ? Zapowiedź „kroków prawnych”, co przypomina pisk myszy zamiast ryku lwa, jak to dawniej bywało. Efekt tych działań, jeśli w ogóle będzie, to będzie po pierwsze odległy – wszak młyny sprawiedliwości mielą powoli, po drugie zapewne mizerny. Dlaczego tak się dzieje? Odpowiedzią jest być może cytat, którego początek stanowi tytuł dzisiejszego ścinka. Ale może się mylić i widzę wszystko w zbyt ciemnych barwach.

*KRZYSZTOF OŻEGOWSKI

**„Hej, prorocy moi z gniewnych lat, obrastacie w tłuszcz...”

Fragment tekstu utworu „Nie płacz Ewka” grupy Perfect z 1981 roku – ciekawi reszty tekstu znajdują go tam, bowiem przez wrodzoną delikatność nie chcę go zamieszczać w całości, gdyż co poniektórzy mogli by odebrać go jako przytyk do swojej osoby, a to byłaby nadinterpretacja.

Wspomnienie o Magdalenie Halasz (14.11.1984–25.01.2022)

Magdalena Danuta Halasz urodziła się 14 listopada 1984 r. w Poznaniu. Z relacji jej siostr wynika, że już w dzieciństwie zdradzała wiele talentów. Niezwykle inteligentna, posiadająca zmysł artystyczny, przy tym uśmiechnięta, życzliwa, zawsze gotowa do pomocy. Marzyła o byciu lekarzem. Gromadziła zużyte opakowania po lekach, które ordynowała w rozmaitych zabawach. Życzliwie wspominała szkołę podstawową, miała wielu przyjaciół, których również mi udało się poznać. Uczęszczała do VI LO w Poznaniu. Nie obyło się bez hobby. Żeglarstwo – „to jest piękna sprawa” – często słyszałem. Wspominała swoje rejsy. Również zagraniczne, trzeba dodać, że płynnie mówiła po angielsku i niemiecku.



W październiku 2003 r. rozpoczyna studia na Wydziale Lekarskim I naszej *Alma Mater*. Tu pojawia się w jej życiu. Początkowo niepozornie. Pierwsze zajęcia z anatomii. Stres itp., nagle zobaczyłem Magdę. Pewny krok, głos, przeszło mnie jej spojrzenie – nosiła, do dziś pamiętam, okulary na łańcuszku. Nie mogłem oderwać wzroku i myśli. Pamiętam pierwszy uścisk dłoni, drobnej, a jednak uścisk mocny. Jedną z pierwszych rozmów dotyczyła kolokwium z grzbietu. Zaimponowała mi znajomością wszystkich przyczepów mięśni, z numeracją wyrostków kolczystych i poprzecznych włócznie. Ponadto przy powtórcie z embriologii wyszła również wyobraźnia przestrzenna. Od 25 listopada 2003 r. byliśmy parą. Nierozłączni. Wszędzie razem. I tak całe studia. W październiku 2009 r. przyjęła moje oświadczenie.

Na stażu, który odbywała w Szpitalu im. J. Strusia w Poznaniu, planowaliśmy ślub.

Gdy 15 maja 2010 r. zobaczyłem ją w sukience ślubnej, oniemiałem. Wyglądała zjawiskowo, przepięknie. Byliśmy najszczęśliwymi ludźmi w kosmosie. Gdy przekraczaliśmy próg sali ślubów, usłyszałem z ust Magdy: „Nareszcie”.

Po stażu rozpoczęliśmy specjalizację. Magda wybrała pediatrię, a dla mnie chirurgię. Wiem, brzmi to śmiesznie, ale wtedy wiedziała lepiej ode mnie, do czego się najbardziej nadaje. Dziś nie zamieniłbym chirurgii na nic innego. Znała się na ludziach. A mnie bardziej niż ja siebie samego. Pracowała od początku do końca na Oddziale Wewnętrzny-Hematologicznym Szpitala Dziecięcego SZOZ nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu. Praca

wymagająca. Widziałem wielokrotnie, ile wysiłku ją kosztowała. Ale pracę z dziećmi po prostu kochała. Nigdy się nie poddawała. Zresztą nietuzinkowe pomysły i rozwiązania to specjalność mojej Magdy. W 2012 i 2014 r. obdarowała mnie dwójkiem wspaniałych dzieci – Danusią i Witkiem. W 2018 r. zdała egzamin specjalizacyjny. Wkrótce rozpoczęła drugą specjalizację – z hematologii dziecięcej. Dla mnie, jej męża chirurga, te wszystkie nazwy leków, schematów... to było za dużo. Mogłem ją tylko wspierać. Robić kolejne herbatki na nasze częste nocne rozmowy, nie tylko o pracy. Rozmawialiśmy o wszystkim, nie pamiętam tematów tabu ani nierozwiązanych problemów. Nazwaliśmy siebie samych najszczęśliwszymi ludźmi na świecie – znowu, w październiku 2020 r., siedząc na naszej działce, którą Magda uwielbiała. Talent ogrodnika oczywiście też posiadała. Pod koniec owego miesiąca zaczęła narzekać na bóle barku prawego, kręgosłupa, może nerki prawej, a potem nadbrzusza. 1 listopada 2020 r., badając brzuch mojej żony, znalazłem przyczynę owych dolegliwości. Nie spodziewałem się jednak, że będzie to choroba nowotworowa jelita grubego w IV stadium zaawansowania. Szok, łzy, złość. Wszystko razem.

Postanowiliśmy zrobić, co w naszej mocy, byle być jak najdłużej razem. I tak nasze życie biegło w cyklach dwutygodniowych: tydzień zły – chemia, tydzień dobry – bez chemioterapii, jak już Madzia doszła do siebie. Dzielnie znosiła wszystko, co było związane z leczeniem. W marcu po operacji na jelicie i regresji zmian w wątrobie pojawił się cień szansy. Szansa ta pękła jak bańka mydlana w maju, kiedy okazało się, że jest progresja zmian. Chemioterapia już nie działała, ta pierwsza linia. I tak doszliśmy do trzeciej linii, również bez poprawy. Podjęcie decyzji o zaprzestaniu uporczywej terapii było trudne, nawet bardzo. 25 stycznia 2022 r. Magda odeszła. Warto było walczyć o każdą jedną setną sekundy. Żyć 18 lat w prawdziwej miłości. Ja nie znam większej wartości w życiu. Chcę nauczyć tego nasze dzieci. Może warto się zatrzymać na chwilę. Zamiast brać kolejny dyżur wypić razem herbatę i popatrzeć sobie w oczy. Dla takich chwil tutaj jesteśmy. Tak myślę.

LEK. JAKUB HALASZ, MĄŻ

Z wielkim smutkiem zawiadamiamy,
że w wieku 72 lat odeszła od nas
dr TERESA KONOPIŃSKA-KIENITZ

specjalista pediatrii, neonatologii
Ponad 40 lat Pani Doktor pracowała
w przychodni i szpitalu w Trzciance.

Wyrazy współczucia

składa w imieniu Koleżanek i Kolegów
z Delegatury WIL w Pile
Wiceprezes ORL WIL Aldona Pietrysiak
i Zarząd delegatury pilskiej

Głęboko zasmuceni żegnamy naszą koleżankę

ś.p. **MAGDALENĘ HALASZ**

z d. Rudzką

wspaniałego Człowieka i Lekarza

Mężowi Jakubowi Halasz i Rodzinie

składamy

wyrazy najgłębszego współczucia

Koleżanki i Koledzy z Wydziału Lek I UMP
rocznik 2009

WILLA MEDICA

al. Niepodległości 35, Poznań



- Komfortowe noclegi w pokojach lub apartamentach w centrum Poznania
- Śniadania w cenie noclegu, aneks kuchenny, Internet, klimatyzacja, parking
- Preferencyjne ceny dla lekarzy i lekarzy dentyistów

willa-medica.pl, rezerwacje: 504 241 134 lub info@cuwil.pl



Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej,
Endokrynologicznej i Onkologii Gastroenterologicznej,
Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

ZAPRASZAMY WSZYSTKICH
CHIRURGÓW
25 MARCA
2022

ZEBRANIE ODDZIAŁU WIELKOPOLSKIEGO TOWARZYSTWA CHIRURGÓW POLSKICH

PROGRAM SPOTKANIA

16:00 - 16:25 *Laparoskopia w chirurgii
trzustki*

16:35 - 17:00 *Program LapCo w Polsce*

Prof. dr hab. Michał Pędziwiatr
Klinika Chirurgii Endoskopowej,
Metabolicznej oraz
Nowotworów Tkanek Miękkich
Uniwersytetu Jagiellońskiego
w Krakowie

17:10 - 17:20 *Prezentacja laparoskopowych
narzędzi do elektrokoagulacji
firmy*



ORGANIZATOR

Dr hab. Łukasz Krokowicz
Przewodniczący Oddziału Wielkopolskiego
Towarzystwa Chirurgów Polskich

PATRONAT MERYTORYCZNY

Prof. dr hab. Tomasz Banasiewicz
Dyrektor Instytutu Chirurgii w Poznaniu

MIĘJSCE

Sala Rydygiera
Szpital Kliniczny im. H. Święcickiego
ul. Przybyszewskiego 49, Poznań
wejście C

DLA UCZESTNIKÓW MOŻLIWY WIJAZD NA
PARKING SZPITALA!!!

Towarzystwo Chirurgów Polskich

Oddział Wielkopolski



Luty 2022 w izbie

- 02 lutego posiedzenie OKW WIL w formie mieszanej, tj. z udziałem narzędzi zdalnej komunikacji audiowizualnej
 - 03 lutego posiedzenie Komisji Finansowej ORL WIL w formie mieszanej, tj. z udziałem narzędzi zdalnej komunikacji audiowizualnej
webinarium „Zmiany w ryczałcie od przychodów ewidencjonowanych i karcie podatkowej” współorganizowane z ekspertami Izby Skarbowej w Poznaniu
 - 05 lutego posiedzenie Komisji Stomatologicznej ORL WIL
 - 07 lutego posiedzenie OKW WIL w formie mieszanej, tj. z udziałem narzędzi zdalnej komunikacji audiowizualnej
posiedzenie Komisji ds. Młodych Lekarzy ORL WIL w formie mieszanej, tj. z udziałem narzędzi zdalnej komunikacji audiowizualnej
 - 08 lutego kurs on-line dla lekarzy stażystów „Orzecznictwo” – I dzień
konferencja prasowa lekarzy dentyistów w sprawie wyceny świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych
posiedzenie Komisji ds. Konkursów ORL WIL
posiedzenie Komisji ds. Rejestru Lekarzy ORL WIL w formie mieszanej, tj. z udziałem narzędzi zdalnej komunikacji audiowizualnej
spotkanie Koła Lekarzy Malujących WIL
 - 09 lutego kurs on-line dla lekarzy stażystów „Orzecznictwo” – II dzień
posiedzenie on-line Komisji ds. Kształcenia Medycznego
 - 10 lutego kurs on-line dla lekarzy stażystów „Orzecznictwo” – III dzień
posiedzenie komisji specjalnej
 - 12 lutego posiedzenie Prezydium ORL WIL w formie mieszanej, tj. z udziałem narzędzi zdalnej komunikacji audiowizualnej
posiedzenie ORL WIL w formie mieszanej, tj. z udziałem narzędzi zdalnej komunikacji audiowizualnej
 - 16 lutego posiedzenie Komisji Bioetycznej przy WIL
posiedzenie Komisji ds. Integracji i Wizerunku ORL WIL w formie mieszanej, tj. z udziałem narzędzi zdalnej komunikacji audiowizualnej
posiedzenie Komisji ds. Szpitalnictwa ORL WIL w formie mieszanej, tj. z udziałem narzędzi zdalnej komunikacji audiowizualnej
 - 17 lutego posiedzenie Komisji ds. Zasad Finansowania Działalności Leczniczej i Warunków Wykonywania Zawodu w formie mieszanej, tj. z udziałem narzędzi zdalnej komunikacji audiowizualnej
posiedzenie OKW WIL w formie mieszanej, tj. z udziałem narzędzi zdalnej komunikacji audiowizualnej
 - 18 lutego wynajem sali w Centrum Konferencyjnym EDU WIL na spotkanie zewnętrzne
wynajem sali w WIL na spotkanie zewnętrzne
 - 19 lutego wynajem sali w Centrum Konferencyjnym EDU WIL na spotkanie zewnętrzne
wynajem sali w WIL na spotkanie zewnętrzne
certyfikowany przez ERC kurs ALS – Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne u osób dorosłych – I dzień
 - 20 lutego wynajem sali w WIL na spotkanie zewnętrzne
certyfikowany przez ERC kurs ALS – Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne u osób dorosłych – II dzień
 - 22 lutego posiedzenie Komisji ds. Rejestru Lekarzy ORL WIL
posiedzenie Prezydium ORL WIL w formie mieszanej, tj. z udziałem narzędzi zdalnej komunikacji audiowizualnej
webinarium „Prawo w medycynie – można prościć”
 - 24 lutego posiedzenie komisji specjalnej
posiedzenie komisji specjalnej
wynajem sali w Centrum Konferencyjnym EDU WIL na spotkanie zewnętrzne
- poniedziałki kursy językowe
 - wtorki, piątki spotkania Chóru Lekarzy WIL
 - środy spotkania Orkiestry Kameralnej WIL

**Nowoczesna
Przychodnia POZ
w Grodzisku Wlkp.
nawiąże współpracę
z PEDIATRĄ
lub LEKARZEM
w trakcie specjalizacji
Proponujemy
bardzo atrakcyjne
wynagrodzenie
oraz ew. mieszkanie
Tel.: 698-667-977**

PEDIATRA

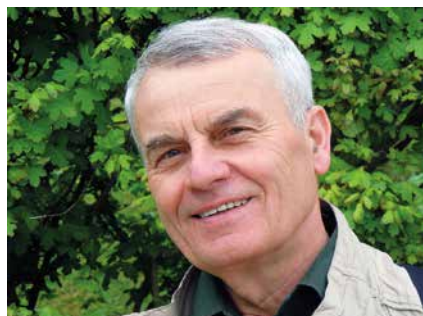
**SZUKA PRACY
na terenie Winograd
oraz Piątkowa
w Poznaniu**

**Telefon kontaktowy
603 503 585**

Proszę o kontakt
po godz. 18:00

Wiersze

RYSZARD KRAWIEC



OCZY

(z przymrużeniem oka)

Jest taka maksyma: wszystko jest po coś!
Dlatego przestańmy na maseczki psioczyć,
Odrzućmy zniecierpliwienie i złość –
Dzięki nim możemy wpatrywać się w oczy.
Na przykład kobiece. Na wylot i wskroś.

To fakt, że twarze stały się mniej czytelne,
Za maskami skryły się usta, uśmiechy,
Ale odpadają także propozycje bezczelne:
„Mała, chodź, może wymieńmy oddechy.
Pocałunkiem”. Oczy są bardziej subtelne.

Spojrzenie przejmujące i czułe być może.
Ba, da się nim zajrzeć w serce i duszę
Głęboko. Tak, że uczucie się wzmoże,
Każde! Aż przyjdzie cierpieć katusze
Złych uczuć*) lub miłosnych wzruszeń.

Posługujemy się na co dzień słowami,
Co zapadają w pamięć i czasami ranią.
A tak wiele można wyrazić spojrzeniami,
Które bywają ulotne, ale nie kłamią!
Bo dusza nasza mówi także oczami...

Zatem patrzmy sobie w oczy wymownie,
Wnikajmy w źrenic przesłanie, układ brwi
I grę całej ich oprawy (u kobiet cudownej).
Słowem – korzystajmy z mocy, która tkwi
W oczu komunikacji bezsłownej.

*) Np. zazdrość, bo cierpi się od razu.

BIULETYN INFORMACYJNY

ISSN 1233-2216 Nakład 14 710 egz. Numer zamknięto: (24 stycznia 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, Krzysztof Ożegowski,
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. Kleeberga 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.

Oddział Dziecięcy Szpitala Pomnik Chrztu Polski w Gnieźnie
szuka do pracy od zaraz

LEKARZA SPECJALISTY z PEDIATRII

do pracy na oddziale, na dyżury (bez noworodków)

kontakt: tel. 608 068 671

Zatrudnię Lekarza Rodzinnego INTERNISTĘ

lub w trakcie specjalizacji, w przychodni POZ.

Ostrów Wlkp. tel. 604-284-119

SPRZEDAM GABINET STOMATOLOGICZNY

dobrze prosperujący i w pełni wyposażony
w Pobiedziskach (25 km od Poznania)

Tel. 533-222-203

SPRZEDAM PORADNIĘ STOMATOLOGICZNA

pow. 220 m²., 4 gabinety, budynek towarzyszący

Bardzo duża baza pacjentów

Na rynku od 20 lat. Parking

Kontakt tel.: 507-046-500

SPRZEDAM PORADNIĘ STOMATOLOGICZNA

pow. 100 m²., 2 gabinety

Duża baza pacjentów

Na rynku od 15 lat. Parking

Kontakt tel.: 507-046-500

WYNAJMĘ LOKAL UŻYTKOWY 65 m² na gabinety lekarskie lub stomatologiczne w Poznaniu, w pawilonie wolnostojącym

Oddzielne wejście na dużym osiedlu, bardzo dobry dojazd,
miejsca parkingowe. Składa się z 5 pomieszczeń i 2 toalet.

Tel. 512 539 863

SP ZOZ MSWiA

Centrum Rehabilitacji w Górnicy

ZATRUDNI

- **LEKARZA rehabilitacji medycznej**
- **LEKARZA w trakcie specjalizacji z rehabilitacji medycznej**
- **lub LEKARZA chcącego się specjalizować w zakresie rehabilitacji medycznej**

(posiadamy 2 miejsca specjalizacyjne).

Zapraszamy do kontaktu

pod nr **tel. 65 536 12 09**

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

LEKARZ DENTYSTA

Poszukiwany do gabinetu stomatologicznego
w okolicach Wrześni

Chcesz poznać szczegóły? Zapraszam do kontaktu
tel. 605 686 689

WYSTAWA FOTOGRAFII PTAKÓW

<Spotkanie przyrody ze sztuką: obraz, poetyckie słowo, muzyka>

Uskrzydleni

Krzysztof Błachowiak i Przyjaciele

WERNISAŻ

05.03.2022 r. (sobota) godz. 19:00

* opowieści wokół ptaków * ptaki w poezji

* opowieść muzyczna Katarzyny Klebby (skrzypce)

ZAKOŃCZENIE WYSTAWY

25.03.2022 (piątek) godz. 19:00

* spotkanie

z prof. Piotrem Tryjanowskim, badaczem ptasich zachowań na świecie
i lek. psychiatrą dr Marcinem Górniakiem

o dobroczynnym oddziaływaniu obserwacji ptaków na dobrostan psychiczny

* opowieść muzyczna Radosława Matei (piano)

* poezja

WSTĘP WOLNY

Wystawa czynna do 25.03.2022 (wt-sob w godz. 17-21)



Galeria VA
al. Marcinkowskiego 26
61-745 Poznań

XVI KONGRES
**TOP
MEDICAL
TRENDS**

2022

POZNAŃ
25-27 marca

Międzynarodowe
Targi Poznańskie

ORGANIZATOR

Wydawnictwo Termedia,
wydawca czasopism *Lekarz POZ*
i *Top Medical Trends – Przewodnik Lekarza*



PATRONAT NAUKOWY

Federacja Pacjentów Polskich



Institut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej



Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej



BIURO ORGANIZACYJNE

Wydawnictwo Termedia
ul. Kleeberga 2
61-615 Poznań
tel. +48 500 068 362, 506 802 006
kontakt@termedia.pl

WIĘCEJ INFORMACJI NA

WWW.TOPMEDICALTRENDS.PL

ZESKANUJ KOD QR
I DOWIEDZ SIĘ WIĘCEJ



**DIALOGI
PEDIATRYCZNE**

GDAŃSK | 24-25 CZERWCA 2022

KIEROWNIK NAUKOWY
dr hab. n. med. Ernest KUCHAR

**PARTNERSTWO MERYTORYCZNE
I NADZÓR NAUKOWY**

Klinika Pediatrii z Oddziałem Obserwacyjnym
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

ZESKANUJ KOD QR
I DOWIEDZ SIĘ WIĘCEJ

