



WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA



Szanowny Pacjencie,

Lekarzom pracującym w tej placówce przysługuje ochrona prawna należąca funkcjonariuszowi publicznemu.



art. 226 § 1 k.k.:

Kto znieważa funkcjonariusza publicznego lub osobę do pomocy mu przybraną, podczas i w związku z pełnieniem obowiązków służbowych, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

Lekarz nie jest funkcjonariuszem publicznym, jednakże w określonych warunkach przysługuje mu – przewidziana w przepisach Kodeksu karnego – ochrona prawna należąca funkcjonariuszowi publicznemu. Jedną ze wskazanych okoliczności jest wykonywanie zawodu w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w tym podmiocie.

Zachęcamy do bezpłatnego zamawiania tabliczki widocznej po prawej stronie.

Można to zrobić, pisząc na adres rpl@wil.org.pl.
Więcej informacji na stronie internetowej wil.org.pl/rpl.

Jakie ubezpieczenie dla członków WIL?

s. 4-5

Z jakimi problemami mierzy się wielkopolska geriatrya?

s. 7

Autoimmunologiczny charakter choroby Alzheimera

s. 10

Warsztaty:

sale Centrum Kształcenia Praktycznego,
Wojska Polskiego 14A

12.00

Sala A – warsztaty dla kapelanów

Trudne sytuacje w opiece duchowej

ks. dr Filip Buczyński,

Lubelskie Hospicjum dla Dzieci im. Małego Księcia.

Sala B – warsztaty dla pracowników medycznych

Zaburzenia żywienia w psychogeriatrici i medycynie paliatywnej. Praktyczne aspekty interwencji żywieniowej.

mgr Agnieszka Marciszak,

dietetyk kliniczny, Ostrow Wielkopolski.

15.30

Sala A – warsztaty dla pracowników medycznych

Idealny opiekun nie istnieje. Praktyczne aspekty opieki nad osobami z otępieniem.

mgr Karolina Jurga,

neuropsycholog kliniczny, Warszawa.

Sala B – warsztaty dla lekarzy

Pułapki i najczęstsze błędy w leczeniu bólu przewlekłego. Analiza przypadków klinicznych.

dr n. med. Marek Widenka,

kierownik Oddziału Geriatrycznego i Paliatywnego w ZZOZ w Ostrowie Wielkopolski.

Wjazd i parking od strony CKP,
ul. Wojska Polskiego 14A



DELEGATURA WIL
w Ostrowie Wielkopolskim

Ostrowskie Spotkanie z Geriatrią i Medycyną Paliatywną



11 marca 2023 r.

Szanowni Państwo Drogie Koleżanki i Koledzy

Serdecznie zapraszamy Państwa na Ostrowskie Spotkanie z Geriatrią i Medycyną Paliatywną 3xD: Demencja, Depresja, Delirium, które tym razem poświęcone zostanie tematyce psychogeriatrycznej. Objawy zaburzeń poznawczych, depresji, zaburzeń lękowych czy majaczenia są częstym problemem zarówno w opiece ambulatoryjnej, jak i szpitalnej, a właściwe leczenie takich pacjentów wiąże się niejednokrotnie z wieloma trudnościami w perspektywie wielochorobowości i wielolekowości. Mamy nadzieję, że spotkanie to oparte na wiedzy i doświadczeniu cenionych wykładowców przeloży się na głębsze zrozumienie problematyki a zarazem dostarczy Państwu wielu praktycznych wskazówek pomocnych w prowadzeniu leczenia pacjentów w podeszłym wieku.

Z nadzieją na owocne spotkanie

lek. dent. Wiesław Wawrzyniak
Wiceprezes ORL WIL

dr n. med. Marek Widenka
Kierownik Oddziału Geriatrycznego i Paliatywnego
w Ostrowie Wielkopolskim

Konferencja odbędzie się
11 marca 2023 r. (sobota)
w Młodzieżowym Domu Kultury
w Ostrowie Wielkopolskim, ul. Wolności 10.

Organizatorzy:

Wielkopolska Izba Lekarska
Delegatura w Ostrowie Wielkopolskim
oraz
Oddział Geriatryczny i Paliatywny
w ZZOZ w Ostrowie Wielkopolskim

Patronat Honorowy:

Starosta Powiatu Ostrowskiego
Paweł Rajski

PROGRAM KONFERENCJI: OSTROWSKIE SPOTKANIE Z GERIATRIĄ I MEDYCYNĄ PALIATYWNĄ

3xD: DEMENCJA, DEPRESJA, DELIRIUM.
Ostrow Wielkopolski, 11.03.2023 r.

- 8.00-9.00 Rejestracja uczestników
- 9.00-9.15 Powitanie
- 9.15-9.45 Zaburzenia poznawcze – od objawu do rozpoznania.
Rola lekarza POZ.
dr n. med. Alicja Klich-Rączka,
Katedra Chorób Wew. i Gerontologii, UJ CM, Kraków.
- 9.45-10.15 Leki stosowane w zaburzeniach
poznawczych – czy wszystkie preparaty „na pamięć”
są tak samo skuteczne? Przegląd aktualnych zaleceń.
dr n. med. Katarzyna Broczek,
Polskie Towarzystwo Gerontologiczne, Warszawa.
- 10.15-10.45 Postępowanie w objawach neuropsychiatrycznych
u osób z zespołem otępiennym – jak pomóc
a nie zaszkodzić?
dr n. med. Andrzej Józwiak,
Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie
Chorych „Dziekanka”, Gniezno.
- 10.45-11.15 Objawy psychiatryczne u kresu życia – trudne
wyzwanie dla opieki paliatywnej.
prof. dr hab. n. med. Katarzyna Wieczorowska-Tobis,
Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej,
UM w Poznaniu.
- 11.15-11.30 Czas pytań i dyskusji
- 11.30-12.15 Przerwa kawowa



- 12.15-12.45 Depresja osób starszych – niedoceniany problem.
Pomocne narzędzia i sposoby postępowania.
dr n. med. Katarzyna Broczek,
Polskie Towarzystwo Gerontologiczne, Warszawa.
- 12.45-13.15 Rozpoznanie i leczenie bezsenności oraz zaburzeń
lękowych u pacjentów w podeszłym wieku –
czy benzodwiazepiny to dobry wybór?
dr n. med. Andrzej Józwiak,
Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie
Chorych „Dziekanka”, Gniezno.
- 13.15-13.45 Majaczenia u osoby starszej – istotny problem
w perspektywie wielochorobowości
i polifarmakoterapii.
dr n. med. Alicja Klich-Rączka,
Katedra Chorób Wew. i Gerontologii, UJ CM, Kraków.
- 13.45-14.15 Najważniejsze interakcje lekowe w psychogeriatrici.
Rola depresykrypcji.
prof. dr hab. n. med. Katarzyna Wieczorowska-Tobis,
Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej,
UM w Poznaniu.
- 14.15-14.30 Czas pytań i dyskusji
- 14.30-15.30 Obiad

Zgłoszenia uczestnictwa do 02.03.2023 r.
w Delegaturze WIL w Ostrowie Wlkp.
tel. 783 993 907 (od godz. 9.00 do 15.00)

Udział w konferencji jest bezpłatny.



Przemysław Ciupka
redaktor naczelny
przemyslaw.ciupka@wil.org.pl

SŁOWEM WSTĘPU

Pamiętajmy o swoich prawach

Ten numer „Biuletynu” zamykaliśmy na dzień przed rozprawą apelacyjną Jerzego Z., która została zaplanowana na 21 lutego. Być może sięgając po ten tekst, znacie już Państwo prawomocny wyrok sądu odwoławczego. Jesienią ubiegłego roku sąd pierwszej instancji skazał propagatora pseudonauki i „medycyny niekonwencjonalnej” (medycynę trzeba wziąć tu w duży cudzysłów) na sześć miesięcy prac społecznych i 20 tys. zł tytułem nawiazki na rzecz Polskiego Czerwonego Krzyża. Jerzy Z. odwołał się od wyroku. Sprawa jest pokłosiem znieważenia i zniesławienia lekarzy ze Szpitala Klinicznego im. Karola Jonschera w Poznaniu – tylko jednej z wielu skandalicznych wypowiedzi i licznych wpisów jego autorstwa, które zaistniały w przestrzeni publicznej. Omawiana sprawa trafiła na wokandę po zawiadomieniu organów ścigania przez Wielkopolską Izbę Lekarską. Obowiązkiem samorządu lekarskiego jest dawanie odporu szarlatanom i wspieranie lekarzy, którzy padają ofiarą ich działań.

Jerzy Z. i liczne grono jego wyznawców stanowią skrajny przykład tego, z czym niekiedy przychodzi się Państwu mierzyć w swojej pracy – agresji (nie zawsze ograniczającej się do sfery werbalnej), podważania kompetencji, negowania aktualnej wiedzy medycznej poprzez wyczytane w internecie gusła. Dlatego, ani przez moment nie zapominając o prawach pacjenta (szczególniej uwadze polecam list do redakcji nadesłany przez dr. Andrzeja Frasia – s. 8), musimy pamiętać też o prawach lekarza. Z tego względu Okręgowa Rada Lekarska WIL poświęciła rok 2023 prawom lekarza, a my na łamach „Biuletynu” do znudzenia będziemy przypominać o związanych z tym inicjatywach: na okładce zamieściliśmy tabliczkę edukacyjną, do której zamawiania i wywieszania serdecznie zachęcam; na s. 9 piszemy o najbliższych webinarach dotyczących praw lekarza; kiedy otrzymacie Państwo „Biuletyn”, będziemy już po pierwszym z cyklu spotkań Rzecznika Praw Lekarza z lekarzami w delegaturach. Dzieje się sporo, a o szczegółach informujemy na stronie internetowej wil.org.pl/rpl.

Ważne, by wzrastała świadomość środowiska lekarskiego nie tylko w zakresie przysługujących praw, ale też możliwości wsparcia ze strony WIL. A to niestety pewnego dnia może okazać się potrzebne, zwłaszcza że bzdury propagowane przez Jerzego Z. i jemu podobnych ciągle padają na podatny grunt. ■

XLVII Okręgowy Zjazd Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej odbędzie się 25 marca 2023 r.

**w sali konferencyjnej Hotelu Novotel w Poznaniu,
pl. Andersa 1.**

Więcej informacji na stronie internetowej
wil.org.pl/ozl

Spis treści

Jakie ubezpieczenie dla członków WIL?	4
Czy ubezpieczenie redukuje stres u lekarzy?	5
Czy włączać ubezpieczenie w składkę członkowską?	5
Nestorka WIL dr Maria Karska obchodziła 100-lecie urodzin	6
Okiem konsultanta	7
Obrazek codzienny	8
Komentarz: Czy jako lekarze jesteśmy wszystkimu winni?	8
Choroba Alzheimerera jako choroba autoimmunologiczna	10
Okuliści i sztuczna inteligencja	11
Kolejny krok na drodze do budowy pomnika Józefa Strusia	13
Rubryka stomatologiczna	15
I Ogólnopolska Konferencja Psychiatryczna	18
Pigułka prawna	19
Z medycznej wokandy	20
POCT na tapecie	21
Spotkanie z ekspertem	21
Udane spotkanie z foniatrią	21
Dawka informacji	22
Jeden dawca, dwóch biorców	23
Po godzinach	24
Żegnamy prof. Jadwigę Koczocik-Przedpelską, Nestorkę WIL	27
Odeszła dr Jadwiga Roguska-Kyts	27
Wspomnienie o śp. prof. Bogusławie Pawlaczyku	28
Wiersze	30

ROZMOWA Z PREZESEM



Krzysztof Kordel

prezes
ORL WIL

Jakie ubezpieczenie dla członków WIL?

Na czwartej stronie biuletynu każdego miesiąca możecie Państwo przeczytać artykuł wstępny prezesa ORL WIL dr. n. med. Krzysztofa Kordela pod hasłem „Moim zdaniem”. Tym razem swoje zdanie, a dokładnie punkt widzenia na kwestię ubezpieczenia grupowego lekarzy, gospodarz rubryki wyłożył w formie poniższej rozmowy z redaktorem naczelnym.

- **PRZEMYSŁAW CIUPKA:** Ostatnie miesiące wypełniło wiele spotkań, dyskusji i analiz poświęconych możliwości zaoferowania lekarzom i lekarzom denty stom WIL ubezpieczenia za pośrednictwem izby. Jaką drogą pójdzie samorząd i co na tym zaważyło?

Dr n. med. Krzysztof Kordel: Dla mnie największą wartością jest prawo wyboru i właśnie wybór w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia OC chcemy pozostawić Koleżankom i Kolegom. Przy ubezpieczeniach ludzie kierują się bardzo różnymi przesłankami, różne są też potrzeby. W toku rozmów podjęliśmy negocjacje w zakresie nowego rozwiązania, które naszym zdaniem dla wielu lekarzy będzie atrakcyjne i przydatne. Chodzi o ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w kontekście niemożności zarabiania. Jeżeli lekarz pracujący na kontrakcie, powiedzmy ortopeda, jedzie na narty i dochodzi do złamania dwóch nadgarstków – a znam taki przypadek – nie ma możliwości operowania, a co za tym idzie, nie zarabia. Spójrzmy też na nastawienie Narodowego Funduszu Zdrowia, który bardzo chętnie podpisywałby umowy wieloletnie. W takiej umowie mamy zapis mówiący o tym, że w przypadku niewykonania kontraktu przez dany okres umowa zostaje rozwiązana – i w tym momencie lekarz wypada z rynku. A więc doktor musi się leczyć, doktor musi się rehabilitować, doktor musi utrzymać kontrakt. To ja grzecznie pytam – z czego? Ubezpieczenie, o którym mówimy, może zapewnić wypłatę do kilkunastu tysięcy złotych miesięcznie, wszystko zależy od wysokości składki. Naszą rolą jako izby jest wynegocjowanie ubezpieczenia grupowego, tak żeby każdy członek WIL, przystępując do tego ubezpieczenia, ponosił niższe koszty. Obecnie dopinamy szczegóły, aczkolwiek mogę zapewnić, że będzie to obniżka znacząca. Negocjujemy też okres wypłacania ubezpieczenia. W gestii lekarza będzie ewentualne poszerzenie ubezpieczenia z NNW także w przypadku zachorowania. Przygotujemy bardzo prosty system informatyczny dający szybki dostęp do opieki agenta i wykupienia polisy.

- **Mówimy o negocjacjach z konkretnym podmiotem?**

Rozmawiamy ze specjalizującą się w ubezpieczeniach medycznych firmą INTER Polska. Rozmowy przebiegają dwutorowo. Naszym lekarzom zapewniamy opiekę prawną w ramach LexSecure i jesteśmy z tego związku zadowoleni. Z porad prawnych korzysta kilkaset osób miesięcznie, nie tylko w sprawach zawodowych, ale też prywatnych. W związku z tym będziemy tę współpracę kontynuować, ale na nieco innych zasadach. Pojawia się tu trzeci partner, wspomniany INTER, który proponuje ubezpieczenie asekuracji prawnej. Będzie to dla nas najkorzystniejsza forma kontynuacji współpracy z LexSecure. Dodajmy, że obecnie przeważająca większość lekarzy z Wielkopolski jest ubezpieczona w INTER Polska, a w polisie opłaca również asystę prawną. Ta grupa będzie płaciła ubezpieczycielowi niższą składkę, ponieważ tę część pokryje izba. W obrębie samej dostępności programu dla lekarzy nic się nie zmienia.

- **WIL nie skorzysta więc, przynajmniej w tym momencie, z włączenia do składki członkowskiej obowiązkowego ubezpieczenia OC.**

Jako specjalista medycyny sądowej zajmuję się również opiniowaniem w sprawach cywilnych. Co za tym idzie, widzę, że wysokość roszczeń pacjentów w sprawach dotyczących błędów medycznych zaczyna się nierzadko od kwot z sześcioma zerami i wyżej. Oczywiście jest, że jeżeli roszczenie pacjenta przekroczyłoby kwotę zapisaną w ubezpieczeniu lekarza, ten musiałby pokryć różnicę z własnej kieszeni. Tymczasem od lat obserwujemy takie zjawisko, że sądy przestały się przejmować kwotą gwarancyjną ubezpieczyciela przy wydawaniu wyroku. We wrześniu 2004 r. po raz pierwszy zapadł wyrok milionowego zadośćuczynienia. Przekroczona została wtedy wśród sędziów pewna bariera psychologiczna. Pamiętajmy o tym, że obowiązek naprawienia szkody pacjenta stanowi dług o pierwszej kategorii wymagalności, może przejść na kolejne pokolenia i będzie bezwzględnie egzekwowany.

Moim zdaniem nie da się potraktować lekarzy jako jednolitej grupy zawodowej z kilku powodów. Pierwszy jest związany z rodzajem wykonywanej pracy w związku ze specjalizacją. Wiadomo, że w przypadku specjalności zabiegowych jak ortopedia czy chirurgia skutki mogą być zdecydowanie dalej idące niż w przypadku np. interny. Praca na SOR to chodzenie po polu minowym, a jeszcze większe ryzyko dotyczy ginekologii i położnictwa, gdzie można się spodziewać podwójnego, a nawet potrójnego roszczenia. Po drugie – forma wykonywania zawodu. Zupełnie inaczej wygląda sytuacja lekarzy etatowych, a inaczej kontraktowych. W przypadku lekarzy zatrudnionych w oparciu o umowę o pracę roszczenie nie jest kierowane do nich, tylko do placówki. Tak naprawdę, jeżeli ktoś pracuje tylko na etacie, np. tak jak ja mając umowę z uczelnią, ubezpieczenie *de facto* nie jest mu potrzebne. Tacy lekarze stanowią około jedną trzecią członków WIL.

- **Te osoby, jak rozumiem, na omawianej formie ubezpieczenia nic by nie zyskały?**

Boję się też upowszechnienia pewnego skrótu myślowego – skoro izba oferuje ubezpieczenie w składce, to ja nie muszę już o tym myśleć. Pamiętajmy, że ubezpieczenie w składce byłoby ubezpieczeniem minimalnym. Czy takie zabezpieczenie wystarczy? Części pewnie tak, ale części z pewnością nie, bo jak już wspominałem – wykonujemy bardzo różną pracę. ■



Mateusz Szulca
wiceprezes ORL WIL

Czy ubezpieczenie redukuje stres u lekarzy?

Wyobraźcie sobie Państwo sytuację, w której do szpitala zgłasza się nieubezpieczony pacjent. Czeką go długotrwałe leczenie. Zawsze w takich sytuacjach zastanawiamy się z kolegami: dlaczego się nie ubezpieczył?; czy jest świadomy kosztów leczenia?; jak bardzo pogorszy się jego sytuacja finansowa, skoro w trakcie i po hospitalizacji będzie wyłączony z możliwości podjęcia pracy?; czy będzie w stanie spłacać swoje zobowiązania finansowe? Te myśli, choć wynikają bardziej z troski niż z protekcyjności, stawiają nas naturalnie w pozycji osób, które uważają, że wiedzą lepiej, myślą wprzód, są zabezpieczone przed niebezpiecznymi wypadkami lub że im się one nie przytrafią.

O ironio, patrząc pod kątem odpowiedzialności, my, lekarze, często nie różnimy się wiele od pacjenta opisanego powyżej – nie wykupując odpowiednich polis ubezpieczeniowych, na własne życzenie kusimy złowrogi los. Jeśli dolegliwość wyłączy nas z pracy, tracimy źródło dochodu, narażamy budżet domowy na straty, wystawiamy się na działanie niepotrzebnego stresu, przez co nie możemy w pełni skupić się na spokojnym powrocie do zdrowia.



Marcin Karolewski
wiceprezes ORL WIL

Czy włączać ubezpieczenie w składkę członkowską?

Pomysł wracał jak bumerang od wielu lat i jeszcze pewnie nieraz wróci. W ostatnim czasie słyszałem bardzo skrajne opinie na ten temat zarówno od zagorzałych przeciwników, jak i zwolenników. Kilka okręgowych izb lekarskich przystąpiło do tego projektu i wiem, że inne też rozważają podobne rozwiązania. Dlatego postanowiliśmy przeanalizować ten temat już jesienią.

Spotkaliśmy się zarówno z przedstawicielami ubezpieczycieli, którzy złożyli propozycje takiego ubezpieczenia, jak i przedstawicielami firm, które postanowiły nie składać takich ofert. Po głębokiej analizie skłaniałem się ku opinii, że jest to pomysł, który mógłby przynieść więcej problemów i szkód niż korzyści. Mówimy tu o problemach dla lekarzy, nie dla okręgowych izb lekarskich. Z punktu widzenia izby jest to produkt, który można łatwo sprzedać marketingowo i zaprezentować swoim członkom, ale przecież w działalności samorządowej nie powinno chodzić o marketing, tylko o wyszukiwanie rozwiązań dających realne korzyści lekarzom. Gdzie jest haczyk? Przede wszystkim złożone oferty dotyczyły ubezpieczenia obowiązkowego i proponowana wysokość składki była stosunkowo niska. Można się domyślać, że przynajmniej

Rozumiejąc wagę tej sprawy i chcąc promować korzystne dla lekarzy świadczenia, Wielkopolska Izba Lekarska podjęła się znalezienia oferty, w ramach której zaproponowane zostanie możliwie jak najkorzystniejsze ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW) w razie niemożności zarabiania. Po fazie wstępnych przygotowań rozpoczęliśmy strategiczną współpracę nad projektem z firmą INTER Polska. Do negocjowanych między nami preferencyjnych warunków należą: zniżka na polisę dla członków WIL, szybszy początek i dłuższy czas wypłacania transz pieniężnych, a dla tych, którzy wykupili już podobne ubezpieczenie w INTER – obniżka i rekompensata składki do poziomu nowej.

Współpracę tę podjęliśmy, ponieważ postrzegamy rolę samorządu jako wsparcie i doradztwo dla lekarzy, a ceniąc wolność wyboru oraz indywidualne preferencje każdego członka WIL, postawiliśmy na dobrowolność przy zawieraniu umowy. Uważamy, że z powodu charakteru świadczenia, jego uniwersalności oraz możliwie najkorzystniejszej ceny jest ono godne polecenia.

Odpowiadając na pytanie zadane w tytule: tak, uważam, że ubezpieczenie może redukować stres. Czasem zapominamy, że nawet my, lekarze, możemy stać się poszkodowanymi i pacjentami.

Dbajmy o swoje bezpieczeństwo w pracy i poza nią. Zamiast martwić się, co zrobić w sytuacji wypadku i jak utrzymać płynność finansową, skoncentrujmy się na szybkim powrocie do zdrowia, żeby wrócić do wykonywania zawodu z nowymi siłami. ■

na granicy opłacalności dla firm ubezpieczeniowych. Takie rozwiązanie nie zabezpiecza realnych potrzeb tej grupy lekarzy, którzy najbardziej go potrzebują. Finalnie i tak musieliby się „doubezpieczyć”, i to w wybranym przez izbę lekarską towarzystwie ubezpieczeniowym. Poza tym duża część lekarzy nie potrzebuje ubezpieczenia, bo nie posiada prywatnej praktyki albo jest zatrudniona na umowę o pracę. Kolejny istotny problem wiąże się z tym, że część z nas mogłaby pozostać nieświadoma niskiej kwoty ubezpieczenia „w składce”, co nie może dziwić przy obecnym tempie życia i pracy, a co mogłoby przysporzyć sporych kłopotów, kiedy pojawiłoby się roszczenie pacjenta znacznie przekraczające wartość naszej polisy. Co jednak stanowi największe niebezpieczeństwo takich ofert? Ryzyko monopolizacji rynku. Sytuacja na pewno nie nastąpiłaby z dnia na dzień, ale w perspektywie kilku lat i założeniu, że izby dość jednomyślnie włączają się w program, rynek mógłby zostać opanowany przez jedno towarzystwo ubezpieczeniowe. Wtedy należałoby się spodziewać znacznego wzrostu cen polis ubezpieczeniowych zarówno tych obowiązkowych, jak i tych dobrowolnych. Dlatego też, pomimo że jest to obecnie prosty mechanizm zapewnienia swego rodzaju „ bonusu” w składce członkowskiej, nie będę dziś rekomendował przystąpienia WIL do takiego programu.

Nie oznacza to rzecz jasna, że zamykamy drzwi raz na zawsze. Będziemy wsłuchiwać się w głosy Koleżanek i Kolegów i stale analizować to, co dzieje się na rynku. Jeżeli okaże się, że włącznie obowiązkowego OC w składkę będzie niosło ze sobą więcej korzyści niż zagrożeń i będzie rozwiązaniem oczekiwanym przez lekarzy i lekarzy dentystów, nic nie stoi na przeszkodzie, żeby powrócić do rozmów. ■

Komisja ds. Emerytów i Rencistów organizuje 22 kwietnia br. (sobota) wycieczkę szlakiem rodziny Chopinów: Ostrów, Kottów, Strzyżew, Czarny Las, Antonin

Ramowy program:

- godz. 7.45 – zbiórka przy Operze Poznańskiej, odjazd o godz. 8.00, powrót do Poznania ok. godz. 20.00,
- przejazd do Antonina z Ostrowa przez Kottów, Strzyżew, Czarny Las połączony ze zwiedzaniem „chopinaliów”,
- w Antoninie koncert chopinowski i obiad, – ok. godz. 17.30 wyjazd do Poznania.

Przewidujemy udział maksymalnie 30 osób.

Zgłoszenia od 20 marca do 3 kwietnia

przyjmuje Krzysztof Biegański:

nr tel.: 61 852 58 60 wew. 411 lub 512 379 730,

e-mail: krzysztof.bieganski@wil.org.pl

Prosimy podać imię i nazwisko, adres i datę urodzenia

– te dane potrzebne są do zawarcia ubezpieczenia, a dla celów organizacyjnych prosimy o podanie numeru telefonu komórkowego i adresu e-mail.

Koszt wycieczki wynosi 70 zł

(koszty przejazdu autobusem).

Zgłoszenie należy potwierdzić poprzez dokonanie do 5 kwietnia wpłaty w kasie WIL lub do 3 kwietnia wpłaty na konto WIL w PKO BP SA 4. Oddział w Poznaniu

45 1020 4027 0000 1102 0404 3501

z podaniem w tytule wpłaty: wycieczka – Chopin.

Koncert i spotkanie integracyjne przy obiedzie opłaca WIL. Niewykorzystane pieniądze zostaną przekazane na rzecz WIL.

Osoby, które opłacą przejazd, otrzymają listownie lub mailowo szczegółowy program.

Telefony do organizatorów:

S.M. Dzieciuchowicz – 600 027 032,

S. Sobisz – 603 999 544.

Nestorka WIL dr Maria Karska obchodziła 100-lecie urodzin

Lekarze i lekarze dentyści WIL rozpoczynający 90. oraz kończący 100. rok życia są honorowani z inicjatywy Komisji ds. Emerytów i Rencistów.

Doktor Maria Karska urodziła się 23 stycznia 1923 r. w Brodach (województwo tarnopolskie). W czasie okupacji przebywała w Lublinie. Miała trudną drogę życiową. W czasie okupacji działała w Armii Krajowej jako łączniczka i sanitariuszka, maturę zdała na tajnych kompletach. Po wojnie przeniosła się do Poznania i rozpoczęła studia stomatologiczne. Dyplom uzyskała w 1949 r. Podjęła pracę w Klinice Chirurgii Stomatologicznej, tu uzyskała specjalizację z chirurgii stomatologicznej. Z kliniki została usunięta z uwagi na klerykalne poglądy i ziemiańskie pochodzenie męża. Następnie pracowała w Kolejowej Służbie Zdrowia. W kolejowym szpitalu w Puszczykowie prowadziła gabinet chirurgii stomatologicznej. Prowadziła

też indywidualną praktykę lekarsko-dentystyczną. W tej praktyce wdrożyła stosowanie implantów. Po przejściu na emeryturę w 1998 r. przez 10 lat pracowała bezpłatnie w Domu Pomocy Społecznej dla Niewidomych i Niedowidzących w Żuławie prowadzonym przez Towarzystwo Opieki nad Ociemniałymi – Stowarzyszenie w Laskach. Nadal cieszy się uznaniem za koleżeńskość i profesjonalizm. Dr Karska otrzymała Krzyż Armii Krajowej, Odznakę Weterana Walki o Niepodległość, Odznakę za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia.

Łączymy wyrazy podziękowania za Pani dokonania w wieloletniej, pełnej poświęcenia pracy w zawodzie lekarza dentystry, prosimy o przyjęcie życzeń, by kolejne lata obfitowały w szczęście i ra-



Dr Karska z listem z życzeniami i gratulacjami od WIL, jakie wręczyli Jubilatce dr Dzieciuchowicz i dr Serafinowska

dość oraz by były połączone z miłymi przeżyciami w gronie rodzinnym i osób Pani bliskich. Niech wspomnienia z czasów aktywności zawodowej będą dla Pani Doktor powiązane z przyjemnymi refleksjami – napisali w przekazanym Nestorce liście gratulacyjnym prezes ORL WIL Krzysztof Kordel i wiceprezes ORL WIL Stanisław Dzieciuchowicz. ■

REKOLEKCJE WIELKOPOSTNE DLA ŚRODOWISKA MEDYCZNEGO

Wierzę w Kościoły

20–22 MARCA 2023 ROKU

Kościół Przemienienia Pańskiego, Poznań – Rynek Bernardyński

Rekolekcje poprowadzi: ks. dr Adam Sikora

Program:

- **Poniedziałek – 20 marca, godz. 19.30 – Nieszpory z konferencją**
- **Wtorek – 21 marca, godz. 19.30 – Droga Krzyżowa z konferencją**
- **Środa – 22 marca, godz. 19.30 – Msza św. z konferencją**

ks. dr Adam Sikora, diecezjalny duszpasterz środowiska medycznego, teolog – bioetyk

OKIEM KONSULTANTA

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



**Prof. dr hab. n. med.
Katarzyna Wieczorowska-Tobis**

konsultant wojewódzki w dziedzinie geriatrii,
kierownik Katedry i Kliniki Medycyny Paliatywnej
Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

■ Czy możemy być zadowoleni z opieki geriatrycznej w naszym regionie?

Dostęp do opieki geriatrycznej w regionie jest bardzo ograniczony. Przypisać jednak trzeba, że ten dostęp w naszym kraju wszędzie jest ograniczony – może poza województwem śląskim, gdzie zarówno kadra, jak i infrastruktura wyglądają inaczej, gdyż przed laty powstał Szpital Geriatryczny w Katowicach i stąd sytuacja jest nieco inna również pod względem świadomości potrzeby takiej opieki.

Niedobory opieki dziwią tym bardziej, że powoli dla wszystkich oczywiste staje się, iż jesteśmy bardzo szybko starzejącym się społeczeństwem. Ciągłe też mówiąc o opiece geriatrycznej, mylimy tzw. zdrowotną opiekę senioralną, czyli to, co w systemie opieki zdrowotnej jest skierowane do pacjentów 60+, z opieką geriatryczną. Tymczasem geriatrii nie definiuje się wiekiem pacjenta, tylko jego stanem. Nasi pacjenci w zdecydowanej większości są w wieku 80+, ale są to przede wszystkim osoby ze złożoną, wieloelementową wielochorobowością i z zespołem kruchości, czyli takie, u których nawet błahy problem może doprowadzić do nieodwracalnego pogorszenia funkcjonowania i niesamodzielności. To kosztuje system tyle, że kosztów tych nie ponosi Ministerstwo Zdrowia.

■ Czy liczba geriatrów jest wystarczająca i jakie są wyzwania dotyczące szkolenia w tym zakresie?

Z pewnością liczba geriatrów nie jest wystarczająca w regionie. Rekomendowana liczba lekarzy specjalistów w województwie oszacowana na podstawie zaleceń *American Geriatric Society* (w odniesieniu do danych demograficznych) wynosi 245. Jest nas ponad pięciokrotnie mniej. Mamy 13 miejsc specjalizacyjnych (w Ostrowie Wielkopolskim, Gnieźnie i Poznaniu), z czego połowa permanentnie oczekuje na chętnych. Powstał rodzaj błędnego koła – nie ma zainteresowania specjalizacją, bo nie ma miejsc pracy dla geriatrów, a skoro nie ma, to nie ma zachęty do kształcenia itd. Rzeczywiście kilka lat temu Najwyższa Izba Kontroli pokazała w swoim raporcie dotyczącym geriatrii, że tylko połowa geriatrów pracuje zgodnie ze swoją specjalizacją. Wielu z nas ma bowiem jeszcze inne specjalizacje. Do geriatrii często się „dorasta”, kiedy w codziennej praktyce widzi się wielu starszych pacjentów z długimi listami leków, u których trudno po prostu dopisać następny. Widzimy, że to zadziała „przeciw pacjentowi” i to powoduje, że lekarze zaczynają interesować się geriatrią.

■ Czy infrastruktura geriatryczna jest wystarczająca? Czy to nie wstyd, że w Poznaniu nie ma oddziału geriatrycznego?

W województwie są tylko dwa oddziały geriatryczne (w Gnieźnie i Ostrowie Wielkopolskim). Oddział w Ostrowie rzeczywiście działa bardzo prężnie i może być wzorem zarówno działania, jak i kształcenia. W Gnieźnie – gdzie oddział geriatryczny ma długoletnie tradycje – są obecnie problemy z geriatrami, ale mam nadzieję, że w najbliższej przyszłości uda się je rozwiązać.

Rzeczywiście ciągle nie ma łóżek geriatrycznych w Poznaniu. Uniwersytet nie ma kliniki geriatrii, co wpisuje się w małe ogólne zainteresowanie geriatrią. Kiedyś bowiem jeden z geriatrów duńskich powiedział, że geriatria jest jedną z najmniej seksownych specjalizacji i aby zainteresować nią lekarzy, trzeba pokazać studentom jej potencjał, żeby sobie jej nie wyobrażali, tylko realnie zobaczyli jej możliwości. A te są ogromne – pacjenci geriatryczni są bardzo często niedodiagnozowani, a więc i niedoleczeni, albo właśnie nadmiernie leczeni, cierpią z powodu interakcji i braku całościowego spojrzenia.

Kiedy przyglądamy się poradniom w województwie wielkopolskim, to realnie działających jest 10, w tym 4 w Poznaniu, a więc w prawie każdej dzielnicy. Niestety jednak większość działa w ograniczonym zakresie godzinowym i nie we wszystkie dni tygodnia. Do geriatry lekarze rodzinni, tak jak do kardiologa czy diabetologa, powinni kierować pacjentów, którzy potencjalnie mogą być beneficjentami konsultacji specjalistycznej. Są to pacjenci z wielolekowością i złożoną sytuacją kliniczną. Nie kierują. Nie wiedzą o istnieniu poradni geriatrycznych i możliwościach takich konsultacji. Pytam czasem, czy lekarze wiedzą, gdzie jest najbliższa poradnia geriatryczna – najczęściej nie wiedzą.

Mamy nadzieję, że to się powoli zmieni, bo efekty uczenia, takie jak całościowa ocena geriatryczna czy farmakoterapia geriatryczna, od kilku lat są obowiązkowe w programach dla studentów medycyny.

■ Jakie są wyzwania krótkoterminowe na dziś? A jakie dalsze – szersze – perspektywy?

Musimy pilnie zdefiniować miejsce geriatrii w systemie opieki zdrowotnej w naszym kraju. W Europie w różnych krajach jest różnie. U nas najpierw miały być oddziały geriatryczne w szpitalach powiatowych i zatrudnieni tam geriatrzy, potem z tego zrezygnowano. Geriatrzy mieli być dostępni jako konsultanci w szpitalach i dla lekarzy rodzinnych, ale jednostki kształcące lekarzy miały mieć silne jednostki po to, aby każdy lekarz miał na studiach kontakt z geriatrią. Teraz właściwie – według mnie – nikt nie wie...

Moim zdaniem, jeśli uda się pokazać – krótkoterminowo – potencjał tkwiący w geriatrii i jej miejsce w systemie, to długoterminowo nie będziemy się musieli zastanawiać nad brakami zarówno kadrowymi, jak i infrastrukturalnymi.

Pytania przygotował dr hab. Szczepan Cofta.

Obrazek codzienny

Nasza lekarska codzienność upleciona jest z różnorodności międzyludzkich spotkań. Nieraz ulotnych i banalnych, czasami zapisujących się w pamięci, pozostających wyzwaniem, wyrazem zawodowego spełnienia, ale także znakiem sprzeciwu. Spotkań z pacjentami kształtujących naszą wiedzę, rozwijających doświadczenia. Żłobiących naszą wrażliwość, choć często też zanurzających nas w bezsilności czy zwyczajnym ludzkim zmęczeniu.



SZCZEPAN COFTA

Jeden z prostych, typowych, obrazków codzienności: dzwoni mąż szukający pomocy dla swej żony. Pięćdziesięcioletnia kobieta była operowana z powodu guza mózgu, choć opieka neurochirurgiczna i neurologiczna zostały uznane przez lekarzy za zakończone. Radioterapeuci zrobili swoje i zakończyli dzieło. Chemioterapeuci podobnie.

Pozostaje pod opieką hospicjum domowego, ale w przypadku gdy w przewlekłości schorzeń dochodzi do niedokrwistości wymagającej przetoczenia preparatów krwiopochodnych, zdana jest na łaskę szpitalnego oddziału ratunkowego z jego ograniczeniami. Wraca do domu transportowana kilkakrotnie bez uzyskania pomocy, raz się udaje dokonać wszystkiego sprawnie. Odsyłana z werbalnym przekazem do tych, którzy zajmowali się nią dotąd – to przecież tylko wycinek opieki. Trudno jest połączyć – w tym samym szpitalu, w pomieszczeniach oddalonych o ok. 50 metrów – przetoczenie krwinek czerwonych z wykonaniem zaplanowanego kontrolnego rezonansu, wymaganego mimo intensywności i postępu schorzenia – pogodzenie tego jest mistrzostwem świata. Telefony do lekarza rodzinnego: trzeba przeczekiwać wielominutowe tyrady: *Nasi konsultanci są obecnie zajęci, jesteście czwarty w kolejce oczekujących do rozmowy, szacowany czas oczekiwania: dziesięć minut.* A jeśli udało się uzyskać tę pomoc, gdyż lekarze funkcjonują rotacyjnie – nie za bardzo jest miejsce na ciągłość. Pacjentka widziana jest przez kolejnego lekarza po raz pierwszy. Trafia na oddział intensywnej terapii. Jedyne tu ordynator funkcjonuje dla zapewnienia ciągłości oddziału; reszta anesteziologów działa w systemie dyżurowym, pojawiając się co kilka dni. Gdy przychodzi do

próby odłączenia od respiratora, każdy nowy dyżurny rozpoczyna „jakby od nowa”. Rodzina prosi o przeniesienie na inny oddział intensywnej terapii, w którym niezaprzeczalnie jest szansa zachowania ciągłości opieki lekarskiej.

To przykład z dni bieżących z życia naszego miasta, wcale nie podkoloryzowany. Jeden z tak wielu, które mogliby przytoczyć medycy. Typowy administrator części naszej służby zdrowia nie ma ani siły, ani często wyobraźni czy dobrej woli, a nieraz nawet wrażliwości, by zareagować. Często nie wyjdzie poza ramy tabelki w Excelu, próbując raportować czy opisywać biznesowo rzeczywistość. Choć przecież w działaniu opieki zdrowotnej chodzi o zachowanie czujności w obliczu takiego zagubienia.

Jaki jest nasz system opieki zdrowotnej? Z jednej strony funkcjonujemy w uprzywilejowanej, najbogatszej części świata, z ukonstytuowanymi możliwościami kompleksowego działania, dysponując nawet sporymi środkami (choć zawsze jest i będzie za mało w porównaniu z możliwościami). Z drugiej jednak strony – obserwując codzienności zagubienia pacjentów i prozaiczne „niemożności” – zastanawiamy się, na ile ten system jest rozsypany. I niewydolny. I na bieżąco modyfikowany z konstytuowaniem kolejnych „nakładek”, nadających często ociężałości i przerostu partykularnych idei, nieraz paraliżujących skuteczność i rozbijających przejrzystość tego systemu, sprawiających, że trudno dostrzegać jego proste i logiczne założenia. W sumie chyba bowiem nie za bardzo jasne i wyraziste wydają się jego podstawy.

Nieraz bardzo mocno wyczuwamy, że wszelkie niedomogi systemu mogą być wyłącznie tuszowane dobrą wolą lekarzy i szerokiego grona pracowników medycznych różnych – od niedawna tak wielu – profesji. Wykazanie nadprzeciętnego zainteresowania, dobrej woli, gestów dobroci, często ponad siły i mimo zmęczenia, jest w stanie ratować niewyrazisty system i jego niedomogi. Dużo zależy od dobrej woli, inicjatywy i dynamizmu.

A na dodatek: nie mogę nie odwołać się do myśli Abrahama Joshui Henschela, zawartej w jego monumentalnym dziele: „Prorocy”. Pisze on: *Nasze prawdziwe człowieczeństwo polega na zdolności do współczucia.* Ta właśnie rzeczywistość może i powinna stawać się impulsem działania codziennego, ale także ukazującego szeroką i pogłębioną perspektywę funkcjonowania naszego systemu opieki zdrowotnej.

Komentarz

Czy jako lekarze jesteśmy wszystkiemu winni?

W ubiegłym numerze ukazał się felieton dr. hab. Szczepana Cofta zatytułowany jak powyżej. Niniejszy tekst stanowi formę dialogu z zaprezentowaną w nim tezą.

Nie ukrywam, że nie przyszłoby mi do głowy podejmować poruszonego przez Ciebie, Szczepanie, tematu, gdyby nie nasza wcześniejsza rozmowa – zresztą jedna z wielu i pewnie nie ostatnia.

Nie wiem, czy dyrektor, który obarcza nasze środowisko winą za blokowanie reform, jest lekarzem czy też nie. Jeżeli

jest, to jednym z niewielu, którzy odważyli się poruszyć trudny temat, jeżeli nie, to wyartykułował powszechną o nas opinię – nie najlepszą i coraz to gorszą.

Zanim odniosę się do tej tezy, pozwolę sobie przytoczyć pewną historię: na jednym z dyżurów podeszła do mnie pielęgniarka izby przyjęć i podając mi telefon, spytała, czy po-

rozmawiam z matką, która szuka pomocy dla dziecka. Owa matka, płacząc, opowiedziała w największym skrócie perypetie kilkuletniego synka, który od wielu godzin nie może oddać moczu i płacze z bólu. Kiedy już dojechała (dzieliło nas kilkadziesiąt kilometrów), poznałem szczegóły: w jej rodzinnej miejscowości, gdzie znajduje się oddział chirurgii dziecięcej, odmówiono jej pomocy, ponieważ nie było tam urologii dziecięcej (!). W kolejnym podobnie – tłumaczono, że nie ma chirurgii dziecięcej (!). Do trzeciego szpitala, nie chcąc marnować czasu, zadzwoniła. Jak się nietrudno domyśleć, odmówiono z tych samych powodów. Nasz szpital był czwartym z kolei. **Z problemem uporał się stażysta w dwie minuty**, zakładając cewnik. Jeżeli dobrze pamiętam, ten kilkuletni chłopiec miał ponad 500 ml zalegania. Jak bardzo musiało go to boleć?

Żadne niedomogi organizacyjne, żadne biurokratyczne ograniczenia tudzież „wypalenie zawodowe” i zmęczenie nie są w stanie usprawiedliwić tego, jak zachowała się ochrona zdrowia wobec tego chłopca.

Ta historia to „tylko” (stawiam tutaj potrójny cudzysłów) cierpienie dziecka. A mam w zanadru (z pewnością nie tylko ja) wiele historii, w których wagą było zdrowie i życie, a gdzie nasz „system” zachował się podobnie. A nawet gorzej.

Od kilkadziesiątu lat kolejne pokolenia młodych lekarzy walczą z pojęciem „służby” w „ochronie” zdrowia. Trzeba przyznać, że skutecznie, niestety. Niestety – bo ta praca, jak rzadko który zawód, od „służby” oderwać się nie daje.

Nie potrzeba heroizmu. Wystarczy zrobić to, co w danej chwili da się zrobić. Ale to dla nas za dużo. Robimy to, co musimy, a coraz częściej (o zgrozo!) to, co nam się chce zrobić.

Powiesz Szczepanie, że nie wszyscy. Oczywiście, że nie wszyscy. Ale jak wyglądają proporcje? Kto kształtuje opi-

nię na nasz temat? Nie wiem, czy zauważyłeś, że w miarę dokładania pieniędzy do systemu spada dostępność lekarzy, wydłuża się czas oczekiwania na diagnostykę i leczenie. Wielomiesięczne kolejki do specjalistów to nie tylko kompromitacja państwa, ale i nas jako grupy zawodowej. A tego, co się działo w czasie pandemii COVID-19 nie chcę komentować.

Zarabiamy już nieźle, często dobrze i bardzo dobrze. Mimo to chętnie mówimy o przywilejach, nie chcemy mówić o obowiązkach. Prawda, że ustawodawca nie ułatwia nam pracy. System finansowania, reguły kontraktowania, niewyobrażalna, coraz większa biurokracja, wysysają z nas siły i zajmują nam więcej niż połowę czasu pracy. Tego molocha nie da się naprawić. Reforma musiałaby zburzyć go do fundamentów i postawić w centrum zainteresowania pacjenta, a nie urzędnika NFZ i (mówię to z przykrością) lekarza.

Ale jak to zrobić? Politycy wszystkich opcji zdają sobie sprawę, że taka reforma naruszałaby ogromną ilość interesów funkcjonujących na styku prywatnej i państwowej „ochrony” zdrowia i wywołałaby ogromny opór środowiska. Komu chce się otwierać kolejny front?

Skuteczna reforma musiałaby (poza drastycznym ograniczeniem biurokracji – to oczywiste) wymusić racjonalizację zatrudnienia, związać nas bardziej z podstawowym miejscem pracy, zwiększyć (tylko czasowo!) ilość obowiązków. Dobrze zorganizowany system ostatecznie skutkowałby ich zmniejszeniem.

Musiano by ograniczyć możliwość odmawiania pomocy. A to już zahacza o pojęcie „służby” i nie zostanie dobrowolnie zaakceptowane.

Widzę to w skali mikro, podobnie będzie w skali makro. Tak więc, Szczepanie, Twój znajomy dyrektor miał, moim zdaniem, rację.

ANDRZEJ FRAŚ

ZAPRASZAMY NA BEZPŁATNE WEBINARZY W RAMACH ROKU PRAW LEKARZA

2023
ROK PRAW LEKARZA

✓ **Naruszenie dóbr osobistych lekarza w Internecie – hejt a dopuszczalne granice krytyki**

adw. Hanna Rubaszewska

22 marca 2023, godz. 18:30

✓ **Odpowiedzialność indywidualna lekarza, placówki, jednostki organizacyjnej – kto, za co i w jakim zakresie odpowiada?**

adw. Piotr Karlik

19 kwietnia 2023, godz. 18:30

✓ **Elektronizacja procesów w ochronie zdrowia**

adw. dr Lucyna Staniszevska

6 czerwca 2023, godz. 18:00

Choroba Alzheimera jako choroba autoimmunologiczna

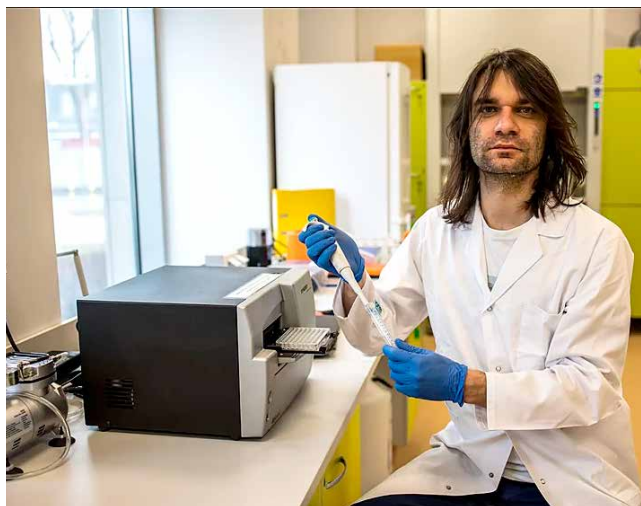
Wyniki wieloletnich badań pozwoliły zaproponować nowy model etiologiczny choroby Alzheimera. Zgodnie z nim ma mieć ona charakter autoimmunologiczny.

Według prognoz epidemiologicznych częstość występowania choroby Alzheimera na świecie może wzrosnąć aż trzykrotnie w ciągu następnych czterech dekad. Dotyka na ogół osoby starsze, ale może rozwijać się długo, nawet na przestrzeni 20–30 lat. Pomimo przeprowadzenia ponad 200 badań klinicznych od 1990 r. w zasadzie nie ma leków, które mogłyby istotnie zapobiegać, powstrzymać lub leczyć chorobę Alzheimera. Nieznana jest również dokładna etiologia tej choroby. Jej poznanie jest kluczowe, by pomóc pacjentom, a także zmniejszyć gigantyczny koszt, jaki choroba generuje dla zdrowia publicznego. W samych Stanach Zjednoczonych opieka nad chorymi na Alzheimera pochłania corocznie ponad 300 mld USD.

Według pierwotnego przekonania choroba mogłaby być wynikiem zaburzeń syntezy acetylocholino. Jednak leki zwiększające jej poziom w centralnym układzie nerwowym nie przyniosły zakładanego efektu terapeutycznego. Zgodnie z inną, przez długi czas wiodącą hipotezą, głównym czynnikiem etiologicznym miała być nadmierna akumulacja beta-amyloidu w mózgu, odkładającego się w postaci tzw. blaszek. Ale nie zawsze stwierdza się je u wszystkich chorych, a niekiedy obserwuje się je u osób zupełnie zdrowych. Co więcej, śledztwo przeprowadzone w lipcu 2022 r. przez czasopismo „Science” wykazało, że kluczowe dla tej hipotezy badania (których wyniki opublikowało konkurencyjne czasopismo „Nature”) przeprowadzono na podstawie sfabrykowanych danych. To wstrząsające, gdyż właśnie w oparciu o te badania przygotowano przeciwciała przeciwko beta-amyloidowi, aducanumab i lecanemab. Ten pierwszy lek amerykańska Agencja Żywności i Leków dopuściła do użytku w 2021 r., drugi – w styczniu 2023 r. Jednak obie decyzje owiane były ogromnymi kontrowersjami z powodu braku wystarczających dowodów na kliniczne efekty stosowania oraz wątpliwości dotyczące bezpieczeństwa tych leków.

Różnorodnych hipotez na temat przyczyn choroby Alzheimera jest oczywiście więcej. Niektóre wskazują na dysfunkcję mitochondrialną, kumulację toksycznych metali w mózgu bądź bakteryjne lub wirusowe infekcje w ośrodkowym układzie nerwowym. Sporo dowodów wskazuje, że istotną rolę w chorobie Alzheimera odgrywa nadmiernie fosforylowane białko tau, które kumuluje się w neuronach i wraz z powstającymi blaszkami amyloidowymi odpowiada za procesy neurodegeneracyjne. Pojawia się jednak pytanie, czy faktycznie jest to realna przyczyna choroby Alzheimera czy może jedynie wtórny efekt działania innych procesów?

Doszukiwanie się przyczyn choroby Alzheimera w procesach autoimmunologicznych nie jest niczym nowym. Już w 2005 r. sugerowano na łamach literatury naukowej, by poważnie potraktować taką koncepcję. Problem w tym, że rozważano ją w klasycznym ujęciu: autoimmunizacji, za którą stoi nieprawidłowość w obrębie swoistej odpowiedzi immunologicznej. Poszukiwano więc autoprzeciwciał, których



Fot. Archiwum autora

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

efektem działania mogłyby być procesy neurodegeneracyjne. Różne badania wskazywały, że u niektórych pacjentów mogą występować przeciwciała, chociażby przeciwko dekarboksylazie glutaminianowej, kanałom potasowym, kwaśnemu białku włókienkowemu, a także mikroglejowi. Obserwowano też powstawanie przeciwciał przeciwko amyloidowi i białku tau. Jednak to ponownie prowadziło do pytania, czy mowa jest o realnym czynniku sprawczym czy jedynie wtórnym zjawisku?

Zaproponowany niedawno na łamach czasopisma „Alzheimer’s & Dementia” model autoimmunologiczny choroby Alzheimera, który jest rezultatem 30 lat badań i obserwacji prowadzonych przez zespół Donalda Weavera z Uniwersytetu w Toronto, wskazuje, że przyczyn tej choroby należy doszukiwać się w dysfunkcji nieswoistej odpowiedzi immunologicznej. Co zakłada?

Zgodnie z tym modelem beta-amyloid nie jest patologicznym białkiem, tylko efektorową cząsteczką odporności wrodzonej. Wykazuje bowiem właściwości typowe dla peptydu antydrobnoustrojowego, a po drugie pełni funkcję immunomodulatora. Spełnia funkcjonalną definicję chemokiny i działa jako cytokina, zarówno wchodząc w interakcję z komórkami mikrogleju, jak i będąc przez nie uwalnianym. Oddziałuje z układem dopełniacza i receptorami Toll-podobnymi w sposób analogiczny dla innych poznanych cytokin. Beta-amyloid spełnia funkcje naprawcze, gdy w mózgu dochodzi do urazu, a w trakcie infekcji ośrodkowego układu nerwowego nawiguje kompleksową odpowiedzią układu odporności mającą zniszczyć patogen.

I to właśnie tu zaczynać może się proces autoimmunizacyjny. Lipidy wchodzące w skład błon komórek bakteryjnych i komórek nerwowych mogą być niekiedy do siebie tak podobne, że nie zawsze prawidłowo zostają rozróżnione przez

beta-amyloid. W rezultacie zamiast atakować intruza, celem jego działania stają się neurony. W wyniku tego komórki ulegają nekrozie i stają się źródłem produktów rozpadu, które stymulują sąsiadujące neurony do dalszego uwalniania amyloidu. Prowadzi to do procesu zapalnego, rośnie poziom wolnych rodników, zaburzona zostaje funkcja mitochondriów i powstają agregaty białka tau. A zatem uruchamia się samonapędzający, niszczycielski mechanizm autoimmunologiczny, który będzie zachodzić również wtedy, gdy w mózgu nie ma już żadnych patogennych bakterii. Prowadzi on do przewlekłej i postępującej utraty funkcji komórek nerwowych, która kończy się demencją.

Zaproponowany model wcale nie wywraca do góry nogami koncepcji proponowanych wcześniej. Przeciwnie, łączy je w spójną całość. Traktuje chorobę Alzheimera jako rezultat źle ukierunkowanego ataku wrodzonej odpowiedzi układu odporności, skierowanego przeciw ośrodkowemu układowi nerwowemu.

W tym ujęciu to nie choroba mózgu, ale choroba autoimmunologiczna. Otwiera to zupełnie nowe ścieżki poszukiwania skutecznych leków, a także metod prewencji. Oczywiście rodzi też mnóstwo kolejnych pytań. Wydaje się jednak, że nauka zrobiła właśnie ważny krok ku lepszemu zrozumieniu choroby Alzheimera. ■

Wywiad z prof. dr. hab. n. med. Andrzej Grzybowski

Okuliści i sztuczna inteligencja

Prof. dr hab. n. med. Andrzej Grzybowski – specjalista z zakresu okulistyki, kierownik Katedry Okulistyki na Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim w Olsztynie, założyciel i inicjator projektów Fundacji Wspierania Rozwoju Okulistyki „Okulistyka 21”. Odznaczony Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski. Obecnie przygotowuje się do objęcia funkcji prezydenta *European Association for Vision and Eye Research*.



■ **PRZEMYSŁAW CIUPKA:** Z zamykania jest Pan historykiem, a więc sięgnijmy trzy–cztery dekady wstecz. Czy poziom rozwoju polskiej okulistyki w tym okresie, a co za tym idzie – jej obecne możliwości, ale też dostępność tych osiągnięć dla pacjenta są zadowalające, czy może jednak niedostateczne?

Prof. Andrzej Grzybowski: Lata 80. i schyłek PRL to ogromne zapóźnienie technologiczne. Kolejna dekada wiązała się z kryzysem, pokonywaniem wielu problemów związanych z transformacją ustrojową. Powiedziałbym więc, że dopiero od 20 lat dokonuje się postęp, który przybliżył nas do świata Zachodu. Natomiast dostępność na pewno jest nieadekwatna do oczekiwań. Pacjent w Polsce nie może być dzisiaj poddany tak szybkiej diagnostyce i leczeniu, jak by chciał i na jaką zasługuje. W przypadku świadczeń ambulatoryjnych kolejki dochodzą do pół roku, w przypadku niektórych operacji planowych czas oczekiwania sięga dwóch lat. Musimy sobie zdawać sprawę z tego, że pod tym względem nie jest dobrze. Czy gdzieś na świecie jest dobrze? Poza nielicznymi wyjątkami problem dostępności do usług medycznych jest zagadnieniem globalnym. Z jednej strony możemy odczuwać satysfakcję z tego, co dokonało się w ostatnich 20 latach, bo dokonało się naprawdę dużo. Z drugiej strony w naszym kraju musimy zrobić jeszcze dużo więcej. W obrębie okulistyki wiele elementów systemu ochrony zdrowia nie zostało wystarczająco zreformowanych. Posłużę się przykładem: 10 lat temu na operację zaćmy pacjent był przyjmowany do szpitala na trzy dni, a 80 proc. zabiegów było wykonywanych w trybie hospitalizacyjnym. Tymczasem na zachodzie Europy 95–99 proc. operacji zaćmy było wykonywanych w trybie ambulatoryjnym jednodniowym. Dziś ten odsetek w Polsce sięga 90 proc., ale sporo czasu musiało upłynąć. To są właśnie te zapóźnienia technologiczne, organizacyjne, które ciągle musimy nadrabiać.

■ **Dziś jest Pan kojarzony głównie z Warmią, Olsztynem i tamtejszym uniwersytetem. W Wielkopolsce jednak mieści się siedziba kierowanej przez Pana Fundacji Wspierania Rozwoju Okulistyki „Okulistyka 21”. W jaki sposób fundacja przyczynia się do tego, co zawiera w nazwie, a więc rozwoju tej dziedziny medycyny i gałęzi nauki?**

Działamy już przeszło 10 lat, więc mamy pewien dorobek i doświadczenie. Jest to jedyna tego typu niepubliczna instytucja *non profit* w Polsce, która zajmuje się właśnie okulistiką. Jesteśmy swoistym inkubatorem innowacji. Zależy nam na tym, żeby wspomniane już wcześniej zapóźnienie było jak najkrótsze, żebyśmy mogli jak najszybciej wdrażać zdobycze naukowe zarówno w obszarze wiedzy, jak i technologii. Działania fundacji idą w dwóch podstawowych kierunkach. Pierwszym jest edukacja, zarówno lekarzy i optometrystów, jak i pacjentów. Moim zdaniem świadomość pacjenta jest bardzo ważna, również dla podnoszenia jakości opieki medycznej.

Drugim kierunkiem jest wdrażanie konkretnych rozwiązań i realizacja programów. W Wielkopolsce realizujemy bardzo ciekawy projekt skriningu retinopatii cukrzycowej z wykorzystaniem sztucznej inteligencji. W 2018 r. udało nam się dopiąć podpisanie umowy z urzędem marszałkowskim na grant z funduszy unijnych. Mówimy o przedsięwzięciu innowacyjnym w skali europejskiej. Mieliśmy bardzo ambitne cele, chcieliśmy przebadać 40 tys. pacjentów. Te plany pokrzyżowała pandemia, ale w tej chwili mamy przebadanych już ok. 15 tys. osób. Cały czas zachęcamy też do współpracy diabetologów. Wiemy, że ściąganie pacjenta na bezpłatne badania profilaktyczne przez kierowanie do niego zaproszenia, tak jak to dzieje się często np. przy okazji badań mammograficznych, ma niską skuteczność. Dlatego przyjęliśmy inną filozofię – idziemy za pacjentem. Pacjent cukrzycowy ►

- ▶ jest w poradni diabetologicznej. Tam wstawiamy urządzenie, szkolimy personel, tam za pomocą bardzo prostego w obsłudze urządzenia wykonywane jest zdjęcie dna oka, cały proces trwa raptem pięć minut. Następnie zdjęcie wędruje do algorytmu sztucznej inteligencji i pacjent w ciągu tej samej wizyty otrzymuje informację, czy ma retinopatię czy jej nie ma. Na dodatek za pomocą algorytmu możemy też ocenić stopień zaawansowania retinopatii, co pozwala określić, na ile pilnie taka osoba powinna zgłosić się do okulisty.

- **I algorytm jest tu niezwodny, nie popełnia pomyłek?**

Korzystamy z urządzenia, które jako pierwsze na świecie uzyskało certyfikację FDA (Agencja Żywności i Leków) w USA i jest certyfikowane też w Europie. W jego przypadku dokładność jest rzędu 95 proc., czyli porównywalna z najlepszymi okulistami. Jako ciekawostkę dodam, że w zeszłym roku opublikowaliśmy wyniki badania, w którym porównywaliśmy dokładność okulistów. Trzem doświadczonym okulistom specjalizującym się w retinopatii daliśmy do analizy kilkaset zdjęć dna oka. Pytanie: jaka była zgodność tych lekarzy?

- **Sam jestem ciekaw.**

Mniejsza niż 60 proc. Czyli w ponad 40 proc. oni się ze sobą nie zgadzali. Do tego stopnia, że w przypadku 20 pacjentów każdy ocenił sytuację inaczej. To absolutnie nie świadczy źle o naszych okulistach. Przenalizowaliśmy inne tego typu badania przeprowadzone na świecie i wszystkie potwierdzają nasze wyniki. Dobry algorytm ma szansę w określonym zakresie równać poziomem do najlepszych lekarzy i zapewnić tę efektywność na równym poziomie, nie będąc podatnym na zmęczenie, które bez wątpienia zwiększa naszą tendencję do popełniania błędów. Algorytm tego nie ma. Tu nie chodzi oczywiście o to, żeby algorytmy zastąpiły lekarzy, to jest niemożliwe, pacjent nie zgodzi się na to, żeby pozbawić go kontaktu z drugim człowiekiem. To jest głęboko humanistyczny aspekt medycyny. Na pewno natomiast algorytmy pozwolą nam przezwyciężyć pewne wyraźne problemy, odciążając nas w niektórych obszarach – wszyscy widzimy, że kolejki rosną, a specjalistów nie przybywa. Pojawiło się już pojęcie *deep medicine*, czyli medycyna oparta o algorytmy sztucznej inteligencji. Ta medycyna wcale nie musi być zdehumanizowana. Ja takiego zagrożenia nie widzę, a zagadnieniem sztucznej inteligencji zajmuję się od mniej więcej 2016 r. Prowadzę wiele badań, napisałem książkę poświęconą AI w okulistyce. Jako fundacja organizujemy konferencje. W czerwcu ubiegłego roku w czasie konferencji online „Sztuczna inteligencja w okulistyce” mieliśmy 600 uczestników z 20 krajów z całego świata. Na organizację takich wydarzeń naukowo-edukacyjnych pozyskujemy granty, dzięki czemu udział w nich jest bezpłatny. Potencjałowi diagnostycznemu, jaki kryje w sobie oko, moglibyśmy poświęcić osobną rozmowę. Oko jest źródłem wiedzy na temat chorób neurodegeneracyjnych, takich jak choroba Alzheimera, ale też chorób układu krążenia. Już dziś na podstawie zdjęcia dna oka algorytmy potrafią ocenić, czy ktoś zmagają się z chorobą Alzheimera lub czy jest narażony na ryzyko udaru mózgu.

Kolejnym bardzo ważnym dla nas tematem jest krótkowzroczność u dzieci. Chodzi głównie o zagrożenia wynikające z ekspozycji na urządzenia elektroniczne. Problemem, na który zwracamy szczególną uwagę, jest tzw. wysoka krótkowzroczność, czyli przekraczająca -6 dioptrii. Jeżeli kilkuletnie dziecko będzie miało -1 dioptrii, a krótkowzroczność będzie postępowała, to jest bardzo prawdopodobne, że w wieku 18 lat dojdzie do -15 – i tu mamy już poważny problem. Taka osoba będzie gorzej widzieć, jest narażona na szereg powikłań, takich jak odwarstwienie siatkówki, ale też inne choroby, jak jaskra, które mogą doprowadzić do utraty wzroku. Tu również wychodzimy z działaniami edukacyjnymi, organizując konferencje, prowadząc stronę internetową – miopia.pl. Mówimy też o tym, że w ostatnich latach pojawiły się możliwości leczenia tego schorzenia. Wiedza na ten temat jest ciągle bardzo słabo zakorzeniona. Najlepiej świadczy o tym fakt, że do mojej poradni w Owińskach pod Poznaniem trafiają pacjenci z Warszawy czy Lublina. I tu ponownie wracamy do początku naszej rozmowy, czyli problemu dostępności.

- **Od fundacji przejdźmy do jej założyciela. W roku 2021 jako pierwszy polski okulista otrzymał Pan wyróżnienie od Międzynarodowego Towarzystwa Chirurgii Refrakcyjnej (ISRS). Co o tym zdecydowało?**

Jakkolwiek by to nie zabrzmiało – całokształt dotychczasowej pracy. Od wielu lat chirurgia zaćmy i chirurgia refrakcyjna soczewki to główne obszary mojej działalności naukowej. Na przykład według międzynarodowego rankingu medycznego Expertscape, bazującego na publikacjach naukowych, dla hasła „ekstrakcja zaćmy” w tym międzynarodowym zestawieniu od lat jestem numerem jeden na świecie. Mogę dodać, że w zakresie bezpieczeństwa oraz wyników operacji zaćmy jest niewiele tematów, którymi bym się nie zajmował. I myślę, że to spotkało się z uznaniem.

- **W innej międzynarodowej organizacji – European Association for Vision and Eye Research (EVER) – został Pan prezydentem elektem na kadencję 2022/2023 oraz prezydentem na kadencję 2023/2024.**

To największe europejskie towarzystwo zajmujące się badaniami naukowymi w zakresie procesu widzenia oraz okulistyki. Tam spotykają się przede wszystkim naukowcy – immunolodzy, genetycy, fizycy, oczywiście również okuliści, przedstawiciele różnych dziedzin nauki związanych z widzeniem. Ja jestem z EVER związany od 15 lat, uczestniczyłem we wszystkich konferencjach tego towarzystwa i w jakimś sensie przeszedłem przez wszystkie szczeble „kariery” w tej organizacji. Funkcję prezydenta obejmę jesienią, już teraz niejako przygotowując się do tej roli, uczestniczę w pracach ścisłego zarządu. Jest to oczywiście wielkie uznanie. Jakoś tak się złożyło, że do tej pory Polacy nie stawali na czele wiodących towarzystw okulistycznych europejskich czy globalnych. Jest to dobra okazja, by zadbać o dobry wizerunek polskiej nauki i medycyny za granicą oraz by pokazywać, że Polacy mogą obejmować najwyższe stanowiska w organizacjach międzynarodowych. Mam nadzieję, że za mną pójść kolejni okuliści. ■

Kolejny krok na drodze do budowy pomnika Józefa Strusia

Był wybitnym i znanym w całej Europie przedstawicielem medycyny renesansowej, dwukrotnie burmistrzem Poznania, prekursorem badania serca i naczyń, autorem przełomowego dzieła „Nauki o tętnie”. Leczył króla Zygmunta Augusta i sułtana Sulejmana I Wspaniałego. Józef Struś (1510–1568) był jednym z najznamienitszych lekarzy w historii Polski i Europy. Powołane do życia przez poznańskiego kardiologa prof. Stefana Grajka Stowarzyszenie im. Józefa Strusia zamierza wybudować mu pomnik.

- Przemysław Ciupka: Wiosną ubiegłego roku spotkał się z mediami i zapowiedzieliśmy, że budujemy pomnik Józefa Strusia. Nad tą inicjatywą widniało ówczesnie wiele niewiadomych, jak sytuacja wygląda dziś?

Prof. Stefan Grajek: Trwało to dość długo, ale dziś możemy już powiedzieć, że mamy zgodę tzw. komisji pomnikowej działającej przy Radzie Miasta Poznania [Zespół ds. wznoszenia pomników na terenie Miasta Poznania w kadencji Rady Miasta 2018–2023 – przyp. red.] dotyczącą lokalizacji pomnika. Pomnik może stać na placu Kolegiackim, na czym bardzo nam zależało, bo to jest miejsce pochówku Józefa Strusia. Będzie to lokalizacja bliżej ul. Garbary. Komisja nie zgodziła się jednak na wstępny projekt przygotowany przez Michała Ankiersztajna, który zaprezentowaliśmy na wspomnianej konferencji prasowej blisko rok temu.

- Projekt zakładał wybudowanie wysokiego na blisko 10 m obelisku.

Był wysoki, robił wrażenie, ale zachowywał proporcje w stosunku do architektury obecnej na placu. Uznanie w oczach komisji jednak nie znalazł, która argumentowała zresztą, że projekt musi zostać wyłoniony w drodze konkursu. Problem w tym, że zgodnie z pismem, które otrzymaliśmy, pomnik Józefa Strusia byłby siódmy w kolejce do rozpisania konkursu przez miasto, a więc wyglądałoby to jak pisanie na Berdyczów...

- I prawdopodobnie zajęłoby lata.

Okazuje się jednak, że konkurs możemy przeprowadzić jako stowarzyszenie, a więc biorąc na siebie koszty, i z wyłonionym w ten sposób projektem przyjść do Urzędu Miasta. Otrzymałem słowne zapewnienie od przedstawicieli władz miasta, że jeśli opłacimy nagrody i przeprowadzenie procedury, to nie musimy się liczyć z kolejką. W najbliższym czasie wraz z moim przyjacielem Władysławem Szebotką udaję się na spotkanie z wiceprezydentem Poznania Jędrzejem Solarskim i prawdopodobnie tam ustalimy technalia związane z postępowaniem konkursowym.

Nasz pomysł jest taki, żeby był to konkurs kierowany do środowiska twórczego Wielkopolski. Z jednej strony będzie to przejaw patriotyzmu lokalnego – Wielkopolanie postawią pomnik Wielkopolaninowi, a z drugiej strony pozwoli ograniczyć zasięg, a co za tym idzie koszty konkursu. Uważam, że powinno się to odbyć pod patronatem rektora Akademii Sztuk Pięknych, jako *spiritus movens*, który będzie nakręcał tę sprawę.



Wyobrażeniowy portret Józefa Strusia autorstwa Antoniego Oleszczyńskiego

- Do ilu i do jakich drzwi zapukał Pan w ostatnich miesiącach, zabiegając o wsparcie inicjatywy?

Oczywiście rozmawiam i staram się zarażać tą ideą. Rozmawiam choćby z Wielkopolską Izbą Lekarską i cieszy mnie, że prezes jest pomnikowi przychylny. Rozczarowałem się za to postawą Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. W mojej opinii PTK, odmawiając finansowego wsparcia, uchyliło się od zadbania o własny wizerunek. Zapominano o tym, że Józef Struś w istocie jest ojcem chorób układu krążenia, ojcem kardiologii. Brak w statucie PTK zapisu umożliwiającego przekazanie pieniędzy na budowę pomnika nie oznacza braku

możliwości podjęcia jednorazowej uchwały Zarządu. Sądzę, że ten wybitny uczony lekarz, zacny obywatel, zasługiwał na odrobinę wysiłku intelektualno-organizacyjnego. Po prostu zabrakło dobrej woli, boli to tym bardziej, że obecny prezes towarzystwa prof. Przemysław Mitkowski i sekretarz prof. Paweł Burchardt są poznaniakami.

- Zapytam nieco przewrotnie: czy największa miejska lecznica, jaką jest Szpital im. Józefa Strusia, nie jest wystarczającym pomnikiem?

Kiedy szpital stał jeszcze na Starym Mieście przy ul. Strusia, a w mojej głowie nie było jeszcze idei pomnika, zrobiłem kiedyś z przyjaciółmi sondę z ludźmi, czy wiedzą, kim jest ten Struś. Nie wiedzieli, i jestem przekonany, że dziś byłoby podobnie. Poza tym obecnie szpital jest daleko od centrum Poznania, a całe życie Józefa Strusia było związane z obszarem dzisiejszego Starego Rynku i placu Kolegiackiego. Odmówił pracy na dworach królewskich Europy, żeby leczyć poznaniaków. Dwukrotnie był burmistrzem Poznania, a pochowany został na cmentarzu przy kolegiacie. Nazwa szpitala ma znikomy wpływ na świadomość mieszkańców o patronie. Pomnik przykuwa uwagę. Monument da nam przestrzeń do przypomnienia sylwetki Strusia, jego osiągnięć naukowych, niezwykłego życiorysu. Mówimy o człowieku, który umarł w Poznaniu, walcząc z epidemią dżumy, on jest immanentnie związany z obecnym centrum stolicy Wielkopolski.

- Wspomniał Pan już, że pomimo niebanalnego dorobku Józef Struś nie zapisał się w świadomości poznaniaków. Budowa pomnika to dobra okazja, by ruszyć z akcją edukacyjną.

Jeżeli poważnie traktujemy to, co nazywamy naszym dziedzictwem narodowym, powinniśmy potraktować to jako nasz obowiązek. Ma swój pomnik w Poznaniu Jan Baptysta Quadro, ma swój pomnik poeta Klemens Janicki, a Józef Struś został zupełnie zapomniany. Do przygotowania serii materiałów edukacyjnych o Strusiu gotowa jest członkini naszego ►

► stowarzyszenia prof. Anita Magowska z Katedry i Zakładu Historii i Filozofii Nauk Medycznych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Możliwe jest też wydanie monografii. Potrzebne jest tylko porozumienie i skoordynowanie działań z władzami miasta. To wszystko jest do zrobienia do czasu rozpoczęcia budowy monumentu.

- **Przejdźmy do liczb. Na budowę pomnika potrzeba zebrać fundusze – o jakiej kwocie mówimy? I kiedy mecenasi tego przedsięwzięcia będą mogli zobaczyć efekty, kiedy pomnik się zmaterializuje?**

Według moich informacji w pobliżu wyznaczonej lokalizacji pomnika mają ruszyć prace budowlane, a więc nasza budowa mogłaby rozpocząć się dopiero po ich zakończeniu. Liczę na ok. 3 lata. Kwotę poznamy tak naprawdę po wyłonieniu zwycięskiego projektu, zakładam 300–500 tys. zł. Niebawem utworzymy listę potencjalnych sponsorów i roz-

poczniemy ofensywę „propagandową”. Liczę też bardzo na środowisko lekarskie. Kiedy w ubiegłym roku po raz pierwszy informowaliśmy na łamach „Biuletynu” o tym przedsięwzięciu, podaliśmy też numer konta Stowarzyszenia im. Józefa Strusia. I okazuje się, że choć byliśmy na bardzo wstępnym etapie, odnotowaliśmy nieco drobnych wpłat rzędu 50 czy 100 zł, co było dla mnie bardzo pozytywnym zaskoczeniem. Oczywiście potrzebujemy dużych sponsorów i będziemy o nich zabiegać, ale każda wpłata od każdego z darczyńców jest niezwykle cenna. Dziś mamy też otwartą zbiórkę na portalu Patronite, a wszystkie informacje można znaleźć na stronie internetowej stowarzyszeniustrusia.pl.

Datki można wpłacać na konto stowarzyszenia:

Stowarzyszenie im. Józefa Strusia

Długa 1/2, 61-848 Poznań

Nr konta: 41 1090 2590 0000 0001 4921 9985

Zdobycie wiedzy z EDU WIL

I OGÓLNOPOLSKA KONFERENCJA MEDYCYNY RATUNKOWEJ

13–14.04.2023

EDU WIL
ul. Szyperska 14
Poznań

eduwil.pl

Konferencja w trybie
hybrydowym.

Program ramowy

Dzień I

- 09:00 – 09:15 Otwarcie konferencji
09:15 – 10:45 I sesja – Ostre stany internistyczne
11:00 – 12:30 II sesja – Pacjent w SOR...
13:30 – 15:00 III sesja – Kominek radiologiczny
15:15 – 17:00 IV sesja – Repetytorium z ALS

Dzień II

- 09:00 – 09:15 Otwarcie II dnia konferencji
09:15 – 10:45 I sesja – Wypadki komunikacyjne
11:30 – 13:00 II sesja – Medycyna czasu wojny
13:30 – 15:30 III sesja – Zagrożenia terrorystyczne i czasu wojny
13:30 – 15:30 Podsumowanie i zakończenie konferencji

Podczas konferencji odbędą się także dwie debaty:
o znaczeniu SOR w systemie oraz świadomości pacjenta
oraz prawa lekarza i pacjenta w SOR.

ORGANIZATOR



PATRONAT

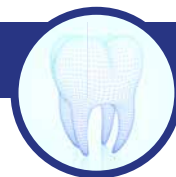


POROZUMIENIE LEKARZY
MEDYCYNY RATUNKOWEJ



Anna Kurhańska-Flisykowska
Komisja Stomatologiczna ORL WIL

Rubryka stomatologiczna



Materiał do „Rubryki stomatologicznej” przygotowuję dzień przed walentynkami, życzę więc Państwu udanego – jak walentynkowy – wieczoru zawsze, codziennie, przez cały rok!

Trwa dyskusja nad korektami procedur w kontraktach stomatologicznych i ogłaszane są nowe konkursy. Polecam Państwu strony Infodentu bądź stronę stomatolodzy.org.pl prowadzoną przez poprzedniego wiceprezesa NRL ds. stomatologii doktora Andrzeja Cisko. Być może dyskusja prowadzona od roku i angażująca mnóstwo poważnych osób, które chciałyby dobrze wywiązać się z zadania, ma szansę zakończyć się do końca lutego. Chciałoby się powiedzieć: skoro mamy procedury, to dajmy pacjentowi rachunek i niech martwi się NFZ. Wartość punktu skorygowana o inflację przeliczać powinna się w funduszu i powracać w postaci przelewu na konto pacjenta i lekarza. Sprawdza się w innych krajach, ale w Polsce musimy zastanawiać się nad koniecznością powrotu do państwowej opieki zdrowotnej. Aby było jak w Kanadzie albo w Czechach. Wiemy, dlaczego tak nie mogło być w latach dziewięćdziesiątych: bo było biednie. To lekarskie pieniądze wyposażały praktyki stomatologiczne. Teraz te najlepiej wyposażone, z możliwością kształcenia stażystów, być może zgodziłyby się na część kontraktu, internetowe wypełnienie umowy nie byłoby zbyt trudne, ale uwielbiamy patrzeć innym na ręce i innych pouczać. I nigdy nie przyjmować argumentów drugiej strony, no bo zwyczajnie jest „GUPIA”. Posłuchajcie Państwo kabaretu Dudek.

Pakiety ST 30A i STM 33AA mają być po wielu dyskusjach zastrzeżone dla specjalistów chirurgii i periodontologii. Przyjrzyjmy się, co to może oznaczać i czy doprawdy ma sens:

Pakiet ST 30A – usunięcie złogów nazębnych z ½ łuku zębowego (pacjent w III lub IV stadium choroby przyzębia lub z zapaleniem dziąseł) – 143 pkt*.

STM 33AA – badanie lekarskie stomatologiczne, które obejmuje również instruktaż higieny jamy ustnej – 213 pkt*.

Pakiety te, oznaczone gwiazdką, według interpretacji znawcy problemu dr. Andrzeja Cisko, realizować mogą lekarze periodontolodzy (czyli parodontolodzy, periodontolodzy, osoby, które egzamin z periodontologii zdały po uzyskaniu specjalizacji ze stomatologii zachowawczej II stopnia lub chirurgii stomatologicznej II stopnia, a współcześnie specjalści periodontolodzy).

W praktyce ogólnostomatologicznej, według autorów obecnie obowiązującej klasyfikacji chorób przyzębia, powinno leczyć się I lub II stadium choroby przyzębia, a bardziej zaawansowane stany, stadia III i IV, powinno kierować się do poradni specjalistycznych. Co oznaczają kody od I do IV i czy trzeba sobie zawracać nimi głowę? Tak, trzeba, bowiem obowiązującą obecnie klasyfikację chorób przyzębia oraz chorób wokół implantów opracowano podczas między-

narodowych warsztatów periodontologicznych w Chicago w 2017 r. Została ona następnie przyjęta przez Amerykańską Akademię Periodontologiczną (AAP) i Europejską Federację Periodontologiczną (EFP), której członkiem jest Polskie Towarzystwo Periodontologiczne. Klasyfikacja ta obowiązuje w Polsce od 2019 r. (za: „Periodontologia – podręcznik dla studentów i do LDEK” pod red. Renaty Górskiej, EDRA, Urban & Partner, Wrocław 2022). Choroby przyzębia według tej klasyfikacji można podzielić na cztery zasadnicze grupy:

I grupa to zdrowe przyzębie i choroby oraz zmiany w obrębie dziąseł.

II grupa to zapalenie przyzębia (martwicze, zapalne, objaw chorób ogólnoustrojowych).

III grupa to inne stany chorobowe mające wpływ na tkanki przyzębia, które mogą predysponować do chorób i zmian w obrębie przyzębia (np. ropnie, endo-perio, uraz zgryzowy).

IV grupa to choroby i zmiany wokół implantów (*mucositis*, *peri-implantitis*, ubytki dziąsła i kości).

Wymienione w grupie I zapalenia dziąseł dzielimy na wywołane obecnością biofilmu bakteryjnego oraz modyfikowane przez czynniki ryzyka miejscowe bądź ogólne. Należy dodać, że zapalenie dziąseł rozpoznajemy również u pacjentów po wyleczeniu choroby przyzębia, przy zredukowanej wysokości dziąsła, obniżeniu brzożu kostnego i braku objawów zapalenia. W innym miejscu autorzy debaty uważają, że powinno się jednak zachowywać ustaloną na początku leczenia klasyfikację jako podstawową dla pacjenta.

Rejestracja parametrów periodontologicznych powinna odbywać się na podstawie karty periodontologicznej, która jest dostępna bezpłatnie na stronie internetowej uniwersytetu w szwajcarskim w Bernie – kod QR dostępny w podręczniku *School of Dental Medicine, University of Bern, Department of Periodontology* – współpracuje z każdym komputerem. Wersja papierowa dostępna jest na stronie <https://www.periodontalchart-online.com/pl/>. Wypełnienie karty zajmuje wprawdzie ok. 20 minut – badamy mobilność, furkacje, okluzję, utratę przyczepu, głębokość kieszonek, wszystko na trzech powierzchniach każdego zęba od strony językowej oraz wargowej lub policzkowej, zapisujemy wynik pomiaru lub określenie „tak–nie”. Na końcu analizujemy rentgenogramy, sporządzamy tabelę zbiorczą i ustalamy zaawansowanie choroby w zależności od ustalonych parametrów. Oczywiście dane z karty papierowej wprowadzamy do internetowej karty pacjenta. Możemy wreszcie zaplanować leczenie. Osoby, które prowadzą gabinety specjalistyczne, najczęściej pracują też nad rozwojem kadr rezydenckich, stąd można mieć nadzieję, że unowocześnionej formy zapisu wspólnie dokonują, a diagnoza: zapalenie dziąseł „tak–nie” lub zapalenie przyzębia „tak–nie” przejdzie, ku naszemu żalowi, do historii.

Niestety, podobnie jak dr Andrzej Cisko, obawiam się, że podpisanie kontraktu specjalistycznego nie jest aż tak lukratywne, jak wyobraża to sobie Narodowy Fundusz Zdrowia. ►

► Kilka wniosków po komisji

Podczas posiedzenia Komisji Stomatologicznej 28 stycznia 2023 r. dyskutowano jak zwykle o pracach nad korektami w procedurach stomatologicznych NFZ, a także o kształceniu podyplomowym i nigdy dotychczas nie pojawiających się z taką ostrością problemach praktycznego przygotowania absolwentów. Wiadomo: był COVID-19. Nie ma zbyt wielu nowych opiekunów, wszyscy dotychczasowi wiedzieli, że urzędy przekazują ostatnio pieniądze na pensje stażowe czy rezydenckie z opóźnieniem. Większe praktyki przyjmują problem z wyrozumiałością, bo urząd do nowego roku musi przekazać pieniądze, a łatwiejsze czasy dla samorządu i wojewody już podobno były. Kto powinien być wyrozumiały i mieć gabinetowe pieniądze dla stażysty, jeśli nie opiekunowie, a z serialu „MASH” wiemy, że nie ma sensu litować się nad lekarzami. Natomiast czasem należy jednak współczuć opiekunom stażu, którym nierozważne i nieumiejętne działania tegorocznych stażystów po skróconych zajęciach praktycznych zaliczonych na triażu przysparza ogromnego stresu, a nawet łez. Łez stażystom, bo pouczeni są niesłusznie, to uraża ich poczucie godności. Brak wiedzy i ogłady, a także przekonanie, że pacjent na NFZ jest gorzej leczony i to jest oczywiste, doprowadza opiekuna stażysty do białej gorączki, bowiem jego praktyka jest zainteresowana dobrą współpracą z mieszkańcami okolicznych osiedli. A tu jak nie obrażenie miazgi, bo „pracuję według książki”, to odpreparowywanie

dziąsła nakładaczem, nie wiadomo doprawdy dlaczego. Chirurgia od lat poleca luksator albo mały i zgrabny raspator, a nawet czasem skalpel. Moja, niestety nieżyjąca już koleżanka, pani doktor Dorota Frencl z Hamburga, jako były nauczyciel akademicki przyjmowała z sercem stażystę na rok. A przez kolejny rok, jak mawiała: „leczyła swoją praktykę”. Bywało bowiem, że znikali z niej pacjenci oczarowani wdziękiem stażysty bądź zrażeni jego opryskliwością. Opiekunowie stażu pracujący *pro bono* są potrzebni stażystom. Bez stażu zabraknie im 1000 godzin do europejskiego dyplomu. Cóż, pan minister ma inne zdanie co do powszechności praktyk medycyny estetycznej i stomatologii, w których nie ma ani jednego specjalisty. To, co napisałam nie oznacza, że stażysta jest naszym chłopem pańszczyźnianym dostarczającym szarwark cztery razy w tygodniu. Nie, to jest nasza podpora i nadzieja, zwłaszcza gdy nagle zabraknie w otoczeniu naszego dentystry, który był i specjalistą, i opiekunem stażystów, jak pani doktor Karolina Soboczyńska czy pani doktor Jolanta Marciniacka-Hędzulek... Nie wiem już, na ilu lekarskich pogrzebach byłam na przestrzeni ostatnich dwóch lat, w styczniu tylko na dwóch, więc może „lubmy się trochę bardziej”, jak mówił w serialu „Ranczo” śp. Franciszek Pieczka. Nawet – lub zwłaszcza – po walentynkach. („Ranczo”, o dziwo, ogląda całkiem sporo wybitnych intelektualistów, podobnie zresztą jak Toma i Jerry’ego, od których to zaczynał dzień pewien Rektor Uniwersytetu). ■

Poznańska stomatologia uhonorowana za wyniki w nauce

Ranking Uczelni Medycznych w dyscyplinie stomatologia dla Europy Środkowo-Wschodniej (rok 2022)

Rankingi oceniające uczelnie wyższe to kompendium wiedzy o aktualnym poziomie kadry akademickiej, ich udziale w networkingu, umiędzynarodowieniu badań naukowych. Szansę na docenienie mają wyłącznie te uczelnie, które potrafią stale utrzymać dobrą jakość w danej dyscyplinie naukowej. Jednak na pozytywne wyniki trzeba często czekać latami, skupiając wysiłek naukowców na jednolitym obszarze nauki. Tym bardziej wysoka ocena w zakresie stomatologii wymaga ogłoszenia i przekazania wszystkim, którzy w ostatnich latach, pomimo pandemii, przyczynili się do tego sukcesu. W międzynarodowym rankingu uniwersytetów z Europy Środkowo-Wschodniej przeprowadzonym w roku 2022 przez organizację *Scimago Institutions Rankings* Uniwersytet Medyczny w Poznaniu w dyscyplinie stomatologia uplasował się na **IV miejscu**, a na **II miejscu** w stosunku do krajowych uniwersytetów medycznych. Powyższy werdykt był oparty na trzech głównych filarach: 1) *research performance*, 2) *innovation outputs*, 3) *societal impact measured by their web visibility*. W tym miejscu warto zaznaczyć, iż w ostatnim kryterium wypadliśmy gorzej, tzw. wskaźnik *societal rank*, opisany jako *finally, the societal ranking is based on the number of pages of the institution's website and the number of backlinks and mentions from social networks*, oznacza, że zbyt małą wagę przywiązujemy do autoreklamy (!). Innymi słowy, rankingi uczelni wyższych oceniają

intensywność marketingu realizowanych projektów, popularyzowanie wyników badań, a więc autopromocję i transparentność danej instytucji. W pewien sposób jest to ocena zdolności dopasowywania się do zmieniającej się rzeczywistości – otwartej na szeroki dostęp do informacji wirtualnej. Dlatego warto zadbać, aby więcej odnośników do naszych badań i projektów naukowych pojawiało się w ogólnodostępnych mediach społecznościowych.

- 1 (130) University of Zagreb HRV
- 2 (214) University of Belgrade SRB
- 3 (229) Medical University of Warsaw POL
- 4 (312) Poznan University of Medical Sciences POL
- 5 (328) Jagiellonian University POL
- 6 (335) Lithuanian University of Health Sciences LTU
- 7 (351) Iuliu Hatieganu University of Medicine and Pharmacy Cluj Napoca ROU
- 8 (353) Medical University of Lublin POL
- 9 (354) Medical University of Lodz POL
- 10 (355) Wrocław Medical University POL

ELŻBIETA PASZYŃSKA
KLINIKA STOMATOLOGII ZINTEGROWANEJ WYDZIAŁ MEDYCZNY UMP

Źródło: *Scimagoir.com* na podstawie bazy *Scopus*:
<https://www.scimagoir.com/rankings.php?sector=Higher+educ.&country=Eastern+Europe&ranking=Overall&area=3500>

Bóle głowy i chroniczny stres – o istotnej roli lekarzy dentystów wobec narastających problemów społeczeństwa

Ostatnie dwa lata trwającej pandemii oraz rozpoczęcie wojny wywołanej agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę wstrząsnęły poczuciem bezpieczeństwa naszego społeczeństwa, wystawiając nas na próbę wzajemnego współczucia, pomocy i współcierpienia. Naturalnie jest to czas wzmożonego stresu i niepokoju dla większości z nas. Jak podaje światowa literatura, mamy obecnie do czynienia z problematyczną falą stresu chronicznego, wynikającą z nakładających się na siebie zbyt wielu czynników stresogennych oraz poczucia bezradności wobec nowej rzeczywistości. Obserwujemy coraz częstsze problemy ze snem, regulacją emocji, nasilające się stany lękowe, a jedną z odpowiedzi organizmu na stres jest wzmożone napięcie mięśniowe, w tym nadmierne zaciskanie i zgrzytanie zębami.

Dziś doskonale wiemy, że na chwilę przed epizodem zgrzytania występuje pobudzenie układu współczulnego, powodujące przyspieszenie akcji serca. Zaciskanie i zgrzytanie w przypadku przemieszczenia żuchwy powoduje wzmożoną aktywność układu limbicznego. Znaleźć możemy badania wykazujące, że celowe przemieszczenie żuchwy nawet o 0,5 mm, powodujące ucisk na struktury stawu skroniowo-żuchwowego, generuje wzmożoną aktywność ciała migdałowatego, podwzgórza i kory przedczołowej. Aktywność tych obszarów w trakcie zgrzytania zmniejsza się w przypadku nadania prawidłowych prowadzeń zębowych z wykorzystaniem szyny okluzyjnej.

Szczególną uwagę lekarzy dentystów powinno zwrócić zwiększone napięcie w obrębie twarzoczaszki, zwłaszcza mięśni żwaczy, skroniowych i skrzydłowych, co w efekcie może powodować bóle głowy w obszarze skroni, potylicy oraz stawów skroniowo-żuchwowych. Dodatkowo u pacjentów mogą pojawić się takie objawy jak: trzeszczenie, klikanie, szumy, piski w uszach mogące wskazywać na dysfunkcję w obrębie wspomnianych wyżej stawów.

Prof. dr hab. n. med. Maria Kleinrok już w latach 90. na podstawie badań własnych sugerowała znacznie większy udział przemieszczeń krążka stawu skroniowo-żuchwowego jako przyczyny trudnych do zdiagnozowania bólów głowy.

Nadmierne zaciskanie i zgrzytanie zębami prowadzi do starcia ich powierzchni, a w konsekwencji do utraty wysokości zwarcia oraz anatomicznych listew i bruzd niezbędnych, aby cały układ stomatognatyczny pracował w harmonii wraz z drogą stawową. Kąt, jaki tworzy poruszający się wyrostek kłykciowy, jest indywidualny dla każdego pacjenta.

Zęby stanowią stosunkowo sztywną konstrukcję, dającą podparcie dla struktur stawu skroniowo-żuchwowego, a zachowanie odpowiedniej wysokości zwarcia pozwala na utrzymanie optymalnej przestrzeni dla kolagenowego krążka znajdującego się pomiędzy główką a panewką tego stawu. Zaznaczyć tu należy, że jest to jedyny staw w ludzkim organizmie posiadający taki krążek, oraz że praca prawego i lewego stawu jest nierozdzielna, gdyż obie gałęzie żuchwy są ze sobą połączone poprzez jej trzon. Wspomniany krążek posiada anatomiczne połączenie z mięśniem skrzydłowym górnym, którego włókna wnikają i przyczepiają się do kolagenowego dysku.

Obserwujemy wzrastającą liczbę pacjentów uskarżających się na bóle głowy bez uchwytnej przyczyny neurologicznej. U pacjentów poddanych szczegółowej diagnostyce okluzyjnej współwystępowały również dodatkowe objawy akustyczne w obrębie jednego lub obu stawów skroniowo-żuchwowych, których pacjenci wcześniej nie zauważali. Objawy te udało się zredukować lub wyeliminować poprzez skuteczną szynoterapię poprzedzoną dokładną diagnostyką.

Należy zaznaczyć, że leczenie z wykorzystaniem szyn okluzyjnych nie stanowi ostatecznego rozwiązania, a jest jedynie etapem przejściowym mającym na celu przywrócenie lub ustalenie nowych relacji terapeutycznych dla odciążenia struktur stawu, nadając prawidłowe prowadzenia zębowe i wysokość zwarcia. Do ustalonej pozycji terapeutycznej należy dążyć poprzez leczenie ortodontyczne lub rekonstrukcje protetyczne.

Dzięki zastosowaniu nowoczesnych małoinwazyjnych technik elektronicznych wspieranych odpowiednim oprogramowaniem komputerowym, o których pisano we wcześniejszym numerze biuletynu, takich jak elektroniczny łuk twarzowy, tj. CADIAX (*Computer Assisted Digital Axiography*) oraz tomografii stożkowej CBCT (*Cone Beam Computed Tomography*) możliwe jest bardzo dokładne zobrazowanie pracy stawu skroniowo-żuchwowego w postaci wykresów znajdujących się w układzie współrzędnych tworzonych na podstawie pomiaru czaszki pacjenta. Przytoczone tu informacje i obserwacje własne przypominają, że na lekarzach dentystach spoczywa obowiązek budowania wśród pacjentów świadomości o zaburzeniach pracy stawu skroniowo-żuchwowego, relacji zębowych i ich skomplikowanych powiązań oraz ściślejsza współpraca ze specjalistami z zakresu psychologii, neurologii, laryngologii czy fizjoterapii.

MICHAŁ KLIŃSKI

II Ogólnopolska Konferencja Lekarzy Dentystów

Organizacja tego wydarzenia, które odbyło się 28 stycznia, była wynikiem współpracy EDU WIL z Komisją Stomatologiczną WIL oraz Polskim Towarzystwem Stomatologicznym.

Spotkanie w Centrum Konferencyjnym EDU WIL otworzyli wiceprezes ORL WIL lek. Marcin Karolewski, przewodniczący Komisji Stomatologicznej lek. dent. Jacek Zabielski, członkini Komisji Stomatologicznej dr n. med. Anna Kurhańska-Fliszkowska oraz kierownik Kliniki Stoma-

tologii Zintegrowanej UM w Poznaniu dr hab. n. med. prof. UM Elżbieta Paszyńska. Konferencja odbyła się w trybie hybrydowym, gromadząc również uczestników online.

Pierwsza sesja została poświęcona protetyce i periodontologii. Przewodniczyła jej prof. Paszyńska, która do wygłoszenia pierwszego wykładu pt. „Protezy stałe – błędy i powikłania. Jak ich uniknąć?” zaprosiła lek. dent. Magdaleny Walkowiak. Kolejne dwie prelekcje były oparte na przewodach doktorskich. Dr n. med. Jakub Dyba zajął się oceną ▶

- ▶ parametrów funkcji śródbłonna naczyniowego w ślinie osób z otyłością, a dr n. med. Marcin Lenkowski zastosowaniem izotermalnej amplifikacji kwasów nukleinowych (LAMP) do identyfikacji bakterii w przewlekłym i agresywnym zapaleniu przyzębia.

Przewodniczenie sesji drugiej było udziałem prof. dr hab. Karoliny Gerreth, kierownik Katedry Stomatologii Dziecięcej UM w Poznaniu. Tę część konferencji otworzyła prelekcja dr n. med. Macieja Raczkowskiego na temat chorób przyzębia jako czynnika ryzyka w etiologii stwardnienia rozsianego. Następnie głos zabralo małżeństwo – dr n. med. Alicja Hoffman-Przybylska i dr n. med. Piotr Przybylski, których wykłady dotyczyły problemu urazowych uszkodzeń zębów u pacjentów z niepełnosprawnościami oraz występowania dysfunkcji i parafunkcji w aspekcie zdrowia układu stomatognatycznego u dzieci z niepełnosprawnościami. Ostatnia prelekcja należała do dr hab. n. med. Katarzyny Błochowiak, a dotyczyła leczenia chirurgicznego osób obciążonych wielochorobowością.

Dużą wartością sobotniej konferencji była możliwość zaprezentowania wyników badań przez wielkopolskich naukowców, którzy na wielu polach osiągają ponadprzeciętne rezultaty, wnosząc wymierny wkład w rozwój stomatologii. (cep)



Fot. 2x-Przemysław Ciupka

I Ogólnopolska Konferencja Psychiatryczna

Rok 2023 w EDU WIL otworzyła I Ogólnopolska Konferencja Psychiatryczna. W centrum konferencyjnym przy ul. Szyperskiej oraz online zebrało się kilkadziesiąt osób, wśród których nie zabrakło także lekarzy niespecjalizujących się w dziedzinie zdrowia psychicznego.

Początek konferencji był poświęcony psychiatrii sądowej. Jako pierwszy głos zabral notariusz Maciej Celichowski, wiceprezes Rady Izby Notarialnej w Poznaniu, który zgłębił zagadnienie dylematów prawnych w ocenie zdolności do czynności prawnych osób z zaburzeniami psychicznymi w kontekście składania oświadczeń woli. Ten temat z perspektywy psychiatry i biegłego sądowego kontynuował dr n. med. Artur de Rosier. Wykład „Brak świadomości lub swobody jako wada oświadczenia woli w opiniowaniu testamentowym” stanowił wieloaspektowe omówienie budzącego spore zainteresowanie problemu.

Dr de Rosier rozpoczął także kolejną sesję, w czasie której nakreślone zostały aktualności związane z psychiatrią. Tym razem prelekcja dotyczyła etyki w psychiatrii. Temat został wywołany nieprzypadkowo – prelegent przewodniczy Komisji ds. Etyki Naczelnej Izby Lekarskiej, która pracuje nad aktualizacją Kodeksu etyki lekarskiej. W czasie prezentacji zaznaczył, że psychiatria nie wymaga tworzenia osobnych teorii etycznych, jednak ze względu na swoją specyfikę generuje rozmaite dylematy natury etycznej.

Poradnictwo genetyczne w psychiatrii to temat, który na tapet wzięła dr hab. n. med. Joanna Pawlak. Autorka prac badawczych z tej dziedziny wskazała m.in. etapy konsultacji genetycznej w psychiatrii, a także korzyści, jakie zyskuje pacjent.



Fot. Przemysław Ciupka

W ostatniej części konferencji skupiono się na psychiatrii dzieci i młodzieży. Lek. Katarzyna Jowik, doktorantka badająca wpływ choroby i rehabilitacji żywieniowej na funkcje kognitywne pacjentów z jadłowstrętem psychicznym, nakreśliła zadania pediatry stykającego się z pacjentem anorektycznym.

Problem depresji wśród dzieci i młodzieży zaprezentowała lek. Weronika Zwolińska, której działalność badawcza koncentruje się na kwestii molekularnego podłoża zaburzeń depresyjnych u młodych pacjentów. Lek. Magdalena Uzar poświęciła prelekcję zagadnieniu nieprawidłowego rozwoju osobowości u młodzieży. Ostatni wykład tego dnia należał do kierownik Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UMP prof. dr hab. Agnieszki Słopeń. Tematyka dotyczyła zaburzeń ze spektrum autyzmu zarówno u młodzieży, jak i osób dorosłych. (cep)



Laura Marciniak

PIGUŁKA PRAWNA

Sprzedaż placówki medycznej z kontraktem specjalistycznym z NFZ w ramach sprzedaży przedsiębiorstwa lub spółki – część II



Bartosz Pawelczyk

Dzisiejszy artykuł jest kontynuacją poprzedniej części, poświęconej tematyce sprzedaży placówki medycznej z kontraktem specjalistycznym z NFZ. W poprzednim wpisie przedstawiliśmy, jak przebiega sprzedaż placówki medycznej w zależności od tego, czy sprzedaż podlega przedsiębiorstwu w rozumieniu art. 55(1) Kodeksu cywilnego czy spółka. Wiedzą już Państwo, że w przypadku sprzedaży placówki medycznej w formie spółki nie ma konieczności przeniesienia poszczególnych umów na nabywcę, w tym wyrażania jakichkolwiek zgód przez dotychczasowych kontrahentów. Inaczej wygląda sytuacja w przypadku zbycia placówki medycznej w formie przedsiębiorstwa, gdzie w celu wstąpienia „jeden do jeden” w sytuację zbywcy konieczne będzie wyrażenie zgody przez wszystkich dotychczasowych kontrahentów na przeniesienie poszczególnych umów na nabywcę przedsiębiorstwa. W celu kontynuowania udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach zawartej już – przez podmiot sprzedający – umowy z NFZ obejmującej świadczenia zdrowotne w rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zgodę taką będzie musiał wyrazić również NFZ.

Przebieg procesu wyrażenia zgody przez NFZ na cesję kontraktu

Podjęcie poszczególnych wojewódzkich oddziałów NFZ odnośnie do warunków wyrażenia takiej zgody nie jest jednolite. Przykładowo: jedne oddziały warunkują możliwość wyrażenia zgody na cesję kontraktu tym, aby doszło do zbycia przedsiębiorstwa w rozumieniu art. 55(1) Kodeksu cywilnego między podmiotem mającym przejąć kontrakt a jego poprzednikiem. Inne podchodzą do tego bardziej liberalnie, oczekując – co do zasady – jedynie tożsamości miejsca udzielania świadczeń, a także tożsamości personelu udzielającego świadczeń oraz wykorzystywanego przy tym sprzętu. Celowo użyto sformułowania „co do zasady”, albowiem NFZ dopuszcza niekiedy wystąpienie zmian po stronie podmiotu, który miałby przejąć kontrakt z NFZ, jednak nie mogą one wpływać na dostępność do świadczeń ani zmieniać parametrów podlegających ocenie przy wyborze oferty, w porównaniu z parametrami oferty poprzednika. Przy tym drugim, bardziej liberalnym podejściu NFZ – przynajmniej teoretycznie – nie oczekuje, aby doszło do zbycia przedsiębiorstwa między dotychczasową stroną kontraktu a podmiotem, na którego rzecz kontrakt miałby zostać przeniesiony, co otwiera szersze możliwości osiągnięcia celu, na jakim nam zależy.

Bez względu na podejście poszczególnych oddziałów NFZ odnośnie do możliwości wyrażenia zgody na przeniesienie praw i obowiązków z kontraktu na inny podmiot, w każdym wypadku konieczne będzie spełnienie przez nabywcę w szczególności następujących, dodatkowych warunków:

- posiadanie wpisu podmiotu leczniczego w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, uwzględniającego komórki organizacyjne wymagane do realizacji świadczeń objętych kontraktem z NFZ mającym podlegać przejęciu,

- zawarcie umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego,
- przekazanie kopii umów z podwykonawcami, w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych z ich udziałem,
- zawarcie umowy upoważniającej do korzystania z portalu świadczeniodawcy w NFZ (np. SZOI) oraz przygotowanie w swoim profilu danych dotyczących potencjału wykonawczego.

Podmiot zamierzający przekazać kontrakt z NFZ oraz jego potencjalny nabywca powinni złożyć do właściwego oddziału NFZ wnioski w sprawie wyrażenia zgody na cesję kontraktu. Wraz z wnioskiem należy przedłożyć wszystkie wymagane dokumenty, których zakres może różnić się w zależności od oddziału NFZ. W trakcie rozpatrywania wniosku przez NFZ konieczna jest ścisła współpraca z tym organem, dlatego należy nastawić się, że kontakt nie ograniczy się do złożenia wniosku oraz podpisania trójstronnego porozumienia w sprawie przeniesienia kontraktu. Należy mieć na względzie, że w przypadku zbycia placówki medycznej z kontraktem niezbędne jest dopełnienie szeregu formalności i skoordynowanie procesu zbycia placówki z wyrażeniem zgody na przeniesienie kontraktu przez NFZ.

Przekształcenie jednoosobowej działalności gospodarczej w spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością przed zbyciem placówki medycznej

Ze względu na złożoność procesu zbycia przedsiębiorstwa, w tym konieczność wyrażenia zgód na przeniesienie praw i obowiązków z umów zawartych przez zbywcę przedsiębiorstwa na nabywcę przedsiębiorstwa, w tym również przez NFZ na cesję kontraktu, niekiedy szybszym i bardziej przejrzystym rozwiązaniem może okazać się przekształcenie jednoosobowej działalności gospodarczej w spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością, a następnie zbycie udziałów na rzecz zainteresowanego inwestora. Dzięki temu rozwiązaniu nie jest konieczne angażowanie w transakcję NFZ oraz innych kontrahentów. W przypadku większych podmiotów zainteresowanych nabyciem placówki medycznej działanie takiej placówki w ramach spółki prawa handlowego może być jednym z warunków determinujących przystąpienie przez potencjalnego inwestora do rozmów dotyczących jej nabycia.

Podsumowanie

Bez względu na to, którą drogę prowadzącą do zbycia lub nabycia placówki medycznej Państwo wybiorą, warto przygotować się do tego rodzaju transakcji z odpowiednim wyprzedzeniem. Każda z możliwych opcji – co zawsze podkreślamy – ma swoje plusy i minusy, a do transakcji sprzedaży każdej placówki medycznej należy podejść indywidualnie, nie tracąc z pola widzenia niuansów, które wpłyną na możliwość kontynuowania pracy takiej placówki na dotychczasowych zasadach.

DR BARTOSZ PAWELCZYK – RADCA PRAWNY

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

LAURA MARCINIAK – RADCA PRAWNY

e-mail: l.marciniak@pawelczyk-kozik.pl

Z MEDYCZNEJ WOKANDY

Jak wyegzekwować wykonanie kary pieniężnej?



Jerzy Sowiński



Jędrzej Skrzypczak

Jedną z kar przewidzianych w art. 83 ust. 1 pkt 3, a więc w zakresie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, jest kara pieniężna. Nie jest to klasyczna grzywna, bo orzeka się ją nie na rzecz izby lekarskiej, a na cel społeczny związany z ochroną zdrowia, a więc stowarzyszenie lub fundację, które wśród swoich celów statutowych przewidują właśnie takie spektrum działalności. Ustawa określa też, że wysokość takiej sankcji może wahać się od jednej trzeciej do czterokrotności przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku, ogłoszonego przez Prezesa GUS, obowiązującego w chwili wydania orzeczenia w pierwszej instancji. Oznacza to na dziś, że kara taka może wynieść minimalnie 2321,95 zł, a maksymalnie 27 863,36 zł. W każdym przypadku decyduje o tym sąd lekarski, uwzględniając szereg okoliczności, takich jak stopień winy, sposób zachowania obwinionego przed popełnieniem przewinienia zawodowego i po jego popełnieniu, wskazania prewencji generalnej i indywidualnej, ale także sytuację materialną ukaranego. Warto także dodać, że kara ta jest wymieniona w katalogu art. 83 ust. 1 jako trzecia w kolejności, po upomnieniu i naganie, ale przed karami ograniczającymi PWZ. Dodajmy, że ta kolejność nie jest przypadkowa, wskazuje bowiem hierarchię surowości tych sankcji. Co nie mniej istotne, karę taką orzeka się albo samoistnie, albo obok (czyli równolegle) takich kar jak: zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia, ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza czy zawieszenie prawa wykonywania zawodu na okres od roku do 5 lat. Powtórzmy: kara taka jest zasądzana na rzecz organizacji społecznej związanej z ochroną zdrowia, a nie na rzecz izby lekarskiej. Kara będzie zatem wykonana, jeśli ukarany lekarz wpłaci na rachunek takiej organizacji orzeczoną kwotę.

No a jeżeli nie wpłaci? Jak to wyegzekwować, jak przymusić takiego lekarza do wykonania treści orzeczenia. Pomyśłów jest kilka, np. możliwość wystąpienia z powództwem cywilnoprawnym przez organizację społeczną przeciwko ukaranemu. Ale chyba skuteczniejszy sposób zaproponował w jednej ze spraw Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej. Kanwą do poniższych rozważań niech będą wnioski i wywody zaprezentowane w postanowieniu Sądu Najwyższego – Izby Karnej z dnia 24 maja 2022 r. (sygn. akt I KK 82/22). Stan faktyczny przedstawiał się następująco. Okręgowy Sąd Lekarski w X. uznał lek. XYZ za winną przewinienia zawodowego, polegającego na tym, że w okresie od 21 grudnia 2018 r. do 21 września 2020 r. nie wykonała kary pieniężnej w wysokości 14 467,44 na rzecz Fundacji (...) w P., orzeczonej prawomocnie przez NSL, i wymierzył karę ograniczenia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza dentystry poprzez zakaz nauczania zawodu lekarza dentystry na okres 2 lat. Odwołanie od tego orzeczenia wniósł obrońca obwinionej. NSL zmienił zaskarżone orzeczenie w ten sposób, że wymierzył obwinionej karę ograniczenia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza dentystry poprzez zakaz nauczania zawodu lekarza dentystry, ale „tyl-

ko” na okres 6 miesięcy. Od tego orzeczenia kasację wniósł obrońca obwinionej. Rozpatrując ten nadzwyczajny środek zaskarżenia, SN podkreślił w swoim uzasadnieniu, iż zarzuty podnoszone przez obrońcę wadliwie przyjmowały za podstawę, że zasady etyki lekarskiej oraz godności zawodu lekarza i lekarza dentystry są ograniczone wyłącznie do wykonywanych czynności lekarskich. Jak zaznaczył SN przynależność lekarza do samorządu zawodowego jest obowiązkowa i ma charakter automatyczny – przyznanie lekarzowi przez okręgową izbę lekarską prawa do wykonywania zawodu oznacza bowiem automatyczne wpisanie go na listę członków tej izby lekarskiej. Dodatkowo SN wskazał, że lekarze, jako członkowie izb lekarskich, są przy tym obowiązani stosować się do uchwał organów izb lekarskich, w tym do wynikającego z art. 5 Kodeksu etyki lekarskiej (dalej jako KEL) obowiązku czuwania nad przestrzeganiem zasad etyki i deontologii lekarskiej przez wszystkich członków samorządu oraz z wynikającej art. 76 KEL konieczności kierowania się przez lekarzy zasadami wyrażanymi w uchwałach władz samorządu lekarskiego, w orzecznictwie sądów lekarskich oraz dobrymi obyczajami przyjętymi przez środowisko lekarskie. Dlatego też – w ocenie SN – z samego faktu, iż w aktach prawa powszechnie obowiązującego brak jest wyraźnego przepisu, który nakładałby na obwinioną obowiązek wykonania orzeczonej wobec niej prawomocnie kary pieniężnej, nie wynika, iżby na obwinionej taki prawny i etyczny obowiązek nie ciążył. Obowiązek ten wynika bowiem zarówno z przewidzianego w ustawie o izbach lekarskich reżimu odpowiedzialności zawodowej, przewidującego możliwość orzekania kar pieniężnych, jak i całego korpusu ustrojowego dotyczącego funkcjonowania sądów lekarskich oraz unormowań o charakterze procesowym, określających tok postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, a także z charakteru podległości obwinionej w ramach samorządu zawodowego organom samorządu lekarskiego i wiążącego się z tym obowiązku podporządkowania się decyzjom organów samorządu zawodowego. Powoduje to, że konieczność dbania o godność wykonywanego zawodu musi być przestrzegana nie tylko jako element czynności o charakterze wyłącznie zawodowym, ale również czynności związanych z funkcjonowaniem lekarza w strukturach samorządu zawodowego czy w relacji do nich, skoro możliwość wykonywania zawodu ustawodawca łączy w sposób automatyczny i *ex lege* z członkostwem w takim samorządzie. Z art. 1 ust. 3 KEL wynika przy tym, że naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu. Stąd też SN uznał, iż już samo niewykonanie wcześniejszego orzeczenia sądu lekarskiego orzekającego karę pieniężną stanowi odrębne przewinienie zawodowe, a w konsekwencji uznał kasację za oczywiście bezzasadną. Taka decyzja SN bardzo ułatwiła pracę „lekarzskiemu wymiarowi sprawiedliwości”, bo dała podstawy do uznania, że zignorowanie takiego werdyktu sądu lekarskiego oznacza przewinienie zawodowe, a co z tego wynika – możliwość nałożenia odrębnej, (w domyśle) surowszej kary. ■

POCT na tapecie

Szkolenie dotyczące dostępności, metodologii stosowania i przydatności tzw. przyłóżkowych testów laboratoryjnych POCT (*point-of-care testing*), czyli badań wykonywanych w miejscu opieki nad pacjentem, odbyło się 9 lutego w Delegaturze WIL w Koninie.

Wykład poprowadziła mgr Aneta Adamiak, kierownik Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Koninie. Było o praktycznych informacjach dotyczących technicznych aspektów wykonywania badań POCT, aktualnych i planowanych uregulowaniach prawnych, a także możliwości zastosowania tych badań w gabinecie prywatnym, POZ, przychodni czy w szpitalu. Po szkoleniu wywiązała się merytoryczna dyskusja na temat przyszłości POCT w diagnostyce laboratoryjnej oraz świadomości tworzenia się na naszych oczach nowego trendu szybkiej, wstępnej oceny laboratoryjnej chorego



Fot. Delegatura WIL w Koninie

z możliwością wczesnego zawężenia różnicowania chorobowego i ułatwienia kwalifikacji pacjenta do odpowiedniego leczenia. (ag)

Spotkanie z ekspertem

W cyklu „spotkanie z ekspertem” konińska delegatura gościła dr. n. med. Bartosza Burchardta, specjalistę medycyny sądowej i biegłego sądowego, przewodniczącego Komisji Socjalnej WIL.

Uczestnicy mogli wysłuchać wykładu dotyczącego zasad oceny i opisywania różnych obrażeń ciała, z ranami mechanicznymi, termicznymi, chemicznymi i elektrycznymi. W drugiej części wykładu omówione zostały zasady powoływania biegłych oraz ich rola w postępowaniach prokuratorskich i sądowych, z uwzględnieniem instytucji lekarza sądowego. Przekazane informacje wywołały żywą dyskusję. Wartościowa okazała się również znajomość zasad wydawania opinii lekarskich dla jednostek policji w trybie dyżurowym. Doktor Burchardt, z racji pełnienia funkcji przewodniczącego Komisji Socjalnej, poinformował także zebranych o możliwościach uzyskania pomocy socjalnej z WIL dla lekarzy i lekarzy dentystów oraz ich bliskich. Liczne grono



Fot. Delegatura WIL w Koninie

lekarzy i lekarzy dentystów uczestniczyło w spotkaniu online, co potwierdza zasadność kontynuowania formuły szkoleń hybrydowych. (ag)

Udane spotkanie z foniatrią

Szkolenie dotyczące diagnostyki oraz leczenia farmakologicznego i zabiegowego wysiękowego zapalenia ucha środkowego odbyło się 24 stycznia w Delegaturze WIL w Koninie.

Liczne grono uczestników wysłuchało bardzo ciekawego wykładu specjalisty audiologa i foniatrii lek. Karola Myszela. Zgromadzeni lekarze zadawali również pytania dotyczące sposobu postępowania medycznego w leczeniu zapalenia ucha środkowego w oparciu o własne doświadczenie zawodowe. Wysoka jakość wykładu i jego odniesienie do praktyki spotkały się z dużym uznaniem uczestników szkolenia. (ag)



Fot. Delegatura WIL w Koninie

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)

Lekarze zgłaszali uwagi

Starannie rozważymy w Ministerstwie Sprawiedliwości, czy nie należałoby skierować wniosku, skargi do Trybunału Konstytucyjnego o zbadanie zgodności przepisów korporacyjnych, lekarskich z konstytucją – zapowiedział Rafał Kierzyńska, dyrektor w Departamencie Legislacyjnym Prawa Karnego Ministerstwa Sprawiedliwości.

Parlamentarny zespół ds. funkcjonowania izb lekarskich w Polsce wysłuchał kolejnych lekarzy, którym przed sądami lekarskimi stawiane były zarzuty po krytyce działań medycznych w związku z COVID-19. Lekarze zgłaszali uwagi do przebiegu postępowań. Dyskutowano m.in. o wysokości kar, jakich domagali się rzecznicy odpowiedzialności zawodowej. Rzecznicy wnioskowali m.in. o prewencyjne pozbawianie lekarzy prawa wykonywania zawodu na czas trwania postępowań.

Rafał Kierzyńska, dyrektor w Departamencie Legislacyjnym Prawa Karnego Ministerstwa Sprawiedliwości powiedział, że ministerstwo rozważa skierowanie skargi konstytucyjnej do Trybunału Konstytucyjnego. Skarga miałaby dotyczyć zbadania, czy uprawnienia korporacji lekarskiej nie wykraczają poza zadania, jakie konstytucja przyznaje samorządom zawodowym „w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony”. Kierzyńska powiedział także, że resort sprawiedliwości rozważa możliwość przystąpienia prokuratora do niektórych spraw prowadzonych przed sądami lekarskimi.

(PIOTR WRÓBEL, WWW.RYNEKZDROWIA.PL)

Bezprecedensowa kwota

Do budżetów sześciu szpitali trafi ponad 47 mln zł przyznanych przez Zarząd Województwa Wielkopolskiego na działania naprawcze, prowadzone po pandemii COVID-19. Pieniądze pochodzą z Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014–2022. Komisja Europejska uruchomiła w tym celu specjalny instrument finansowy pn. REACT-EU. *Bezprecedensowa jest kwota unijnego wsparcia finansowego, jaką przekazujemy poznańskim szpitalom. Dziś podpisujemy umowy z podmiotami z różnych sfer nadzoru – od szpitala klinicznego, przez miejski, szpitale będące pod nadzorem samorządu województwa, po jednostkę prywatną. To całe spektrum poznańskiej opieki szpitalnej* – podkreślił Marek Woźniak, marszałek województwa wielkopolskiego.

Szefowie szpitali podkreślali, że przyznane przez zarząd województwa pieniądze to potężny zastrzyk finansowy dla ich budżetów. Dzięki otrzymanemu wsparciu placówki będą mogły zakupić nowoczesny sprzęt, który w znaczący sposób przyspieszy, usprawni i polepszy diagnostykę pacjentów. Szpital Miejski im. J. Strusia, który otrzymał ponad 21 mln zł, zakupi robot chirurgiczny (da Vinci) do operacji oraz zabiegów urologicznych oraz rezonans magnetyczny. Wielkopolskie Centrum Onkologii przeznaczy blisko 11-milionową dotację na zakup systemu produkcji radioizotopów dla celów medycznych – cyklotron dla Zakładu Medycyny Nuklearnej

w WCO. Radioizotopy wykorzystywane są w badaniach PET. Z kolei Wielkopolskie Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Poznaniu zakupi nowoczesny sprzęt do diagnostyki endoskopowej oraz system centralnego monitorowania pacjenta OIOM. Wielkopolskie Centrum Pediatrii doposaży Oddział Urologiczny i Onkologii Urologicznej, a Centrum Medyczne HCP zakupi sprzęt medyczny służący do diagnostyki obrazowej – dwa aparaty USG, aparat RTG, a także angiograf i tomograf komputerowy. Z unijnych pieniędzy Ortopedyczno-Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny im. W. Degi zakupi m.in. nowoczesny specjalistyczny ambulans do transportowania dzieci po ciężkich zabiegach operacyjnych.

Warto zaznaczyć, że w sumie 34 placówki ochrony zdrowia z całej Wielkopolski otrzymają ponad 102 mln zł na działania naprawcze po COVID-19. (WWW.UMWWW.PL)

Piąty parametr życiowy

Opublikowane dziś (9 lutego 2023 – przyp. AP) rozporządzenie ministra zdrowia określa i wprowadza standard przy rozpoznawaniu, leczeniu i monitorowaniu bólu, niezależnie od jego przyczyny. *To bardzo ważny dokument dla 8,5 mln dorosłych osób, które cierpią z powodu bólu przewlekłego. Do bólu nie można się przyzwyczajać, trzeba go leczyć* – podkreślił minister zdrowia Adam Niedzielski podczas briefingu prasowego w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu.

Jak wynika z badań w Polsce na ból przewlekły cierpi 27 proc. dorosłych osób. Co piąta z nich deklaruje, że nie byłaby w stanie tolerować silniejszego bólu. *Od lat chcemy, by u każdego chorego ból był traktowany jako piąty parametr życiowy i był w dokumentacji medycznej, jak na przykład pomiary temperatury czy ciśnienia tętniczego* – wskazuje dr n. med. Magdalena Kocot-Kępska, prezes Polskiego Towarzystwa Badania Bólu. Standard organizacyjny leczenia bólu w warunkach ambulatoryjnych to efekt współpracy Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, Fundacji Eksperti dla Zdrowia z Ministrem Zdrowia. (WWW.MZ.GOV.PL)

Za imponującą listę osiągnięć

Z ogromną radością informujemy, że Shamiram „Shammy” Benjamin, studentka UMP na kierunku lekarskim w języku angielskim, otrzymała tytuł *Best International Student in Poland* w kategorii studiów magisterskich w konkursie Interstudent 2023 organizowanym przez Fundację Edukacyjną „Perspektywy”, pod honorowym patronatem przewodniczącego Konferencji Rektorów Akademickich Szkół Polskich oraz Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

Nagroda została wręczona podczas Gali Konferencji „Studenti zagraniczni w Polsce” w Białymstoku 9 lutego. Jury konkursu, któremu przewodniczył prof. Arkadiusz Mężyk, oparło swoją decyzję na długiej i imponującej liście osiągnięć, które studentka zdołała zrealizować podczas swojego krótkiego pobytu w Polsce. (WWW.UMP.PL)

Jeden dawca, dwóch biorców

Zespół prof. Michała Grąta liczył 27 osób (15 chirurgów, 2 anestezjologów, radiolog, 5 instrumentariuszek, 4 anestetyczki). Kilka tygodni temu, po raz pierwszy w Polsce, wykonał przeszczep wątroby pobranej od dawcy zmarłego i podzielonej dla dwóch dorosłych biorców. Jeden otrzymał lewą jej część, a drugi – prawą. Oba fragmenty wątroby podjęły funkcję po przeszczepieniu.

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego zapisała na swoim koncie kolejny sukces. Przy tej okazji media przypomniały, że to właśnie tutaj, w ówczesnej Akademii Medycznej, 26 stycznia 1966 r. przeprowadzono pierwsze w Polsce udane przeszczepienie nerki. Z czasem dzień ten uznany został za symboliczny początek polskiej transplantologii i ustanowiony został Ogólnopolski Dzień Transplantacji. „Jednostki kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, czytamy na jego stronie internetowej, od dziesięcioleci cieszą się renomą najlepszych ośrodków transplantacyjnych w kraju. (...) Szpitale kliniczne WUM przeprowadzają zabiegi przeszczepiania wątroby, nerek, trzustki, szpiku, rogówki, płuca, serca oraz transplantacje wielonarządowe, zarówno u dorosłych, jak i dzieci. Jest to możliwe dzięki wybitnym zespołom transplantacyjnym oraz nowoczesnej aparaturze.

Sierpień 2022 to kamień milowy dla medycyny transplantacyjnej prowadzonej przez nasze ośrodki. Specjaliści z uniwersyteckiego Centrum Klinicznego WUM wykonali pierw-

sze transplantacje serca. Obie u pacjentów pediatrycznych. To początek zaplanowanego programu przeszczepiania narządów w UCK WUM. Programu, który dostarczy nowych możliwości dla wielu grup chorych. Nie tylko tych potrzebujących serc, ale także płuc oraz pacjentów wymagających przeszczepień wielonarządowych, mających do tej pory w naszym kraju bardzo niewielkie szanse na skuteczną terapię. To szansa dla wielu chorych, zwłaszcza że ośrodek dąży do tego, by narządy od jednego dawcy mogły być przeszczepiane w jednym miejscu, bez konieczności transportu”.

Transplantacja narządów zaliczana jest do grupy metod leczenia ratujących życie i zdrowie pacjentów, stosowana w przypadku schyłkowej niewydolności organów. Wykorzystywane w transplantologii narządy pochodzą głównie od dawców zmarłych. Jedynie nerki i fragmenty wątroby mogą być pobierane od dawców żywych, jednakże odsetek takich pobrań pozostaje stosunkowo niewielki.

Statystyka przeszczepiania narządów od zmarłych dawców w 2022 r.: 1402 narządy – nerka, nerka + trzustka, wątroba, serce, płuco. Przeszczepianie narządów od żywych dawców: 101 – nerka, części wątroby. Przeszczepianie tkanek oka w 2022 r. – 1321.

Na krajowej liście oczekujących na przeszczepienie umieszczonych zostało 1856 pacjentów, a w przypadku tkanek oka – 3237. Dane udostępniane przez Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji „Poltransplant” publikowane są na stronie: www.poltransplant.org.pl/statystyka. (ap)

Komisja ds. Kultury WIL
zaprasza lekarzy i lekarzy dentyistów
wraz osobami towarzyszącymi

NA KONCERT FILHARMONII POZNAŃSKIEJ „Z BIEGIEM ŁĄBY”.

Piotr ALEXEWICZ - fortepian
Marek PIJAROWSKI - dyrygent
Orkiestra Filharmonii Poznańskiej

14 kwietnia (piątek) 2023, godz. 19:00
Aula Uniwersytecka UAM w Poznaniu

Koszt biletu dla członków WIL – 30 zł.

Zgłoszenia przyjmujemy do wyczerpania puli biletów, decyduje kolejność zgłoszeń.
O rezerwację prosimy przesyłając wiadomość na adres media@wil.org.pl,
wskazując nazwę wydarzenia i oczekiwaną liczbę wejściówek.

NOWE ZAJĘCIA W RAMACH KLUBU ZDROWIA BODY & MIND MEDICINE

zajęcia online, każdy wtorek godz. 19:00
informacje i zapisy: wil.org.pl/klub-zdrowia

QIGONG





Po godzinach

Operacja Muzyka grała z WOŚP

29 stycznia w całej Polsce „zabrział” finał Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy. Nasza orkiestra – Operacja Muzyka pod dyrekcją Dobrochny Martenki – włączyła się w to wielkie granie i wystąpiła w Poznań Congress Center na terenie Międzynarodowych Targów Poznańskich w tzw. Strefie Widza. Można było posłuchać m.in. muzyki filmowej z takich filmów jak np. „Zapach kobiety”, „Piękna i Bestia” czy „Siedmiu wspaiałych”. ■



Fot. Operacja Muzyka

Bal lekarza w pałacu w Tłokini

Piękne wieczorowe kreacje i eleganckie garnitury, pyszne jedzenie, wspólna zabawa, fotobudka oraz konkurs na najlepszy dowcip o lekarzach – tak w skrócie wyglądał tegoroczny bal lekarza zorganizowany przez Delegaturę WIL w Kaliszu. Uroczystość odbyła się 11 lutego we wnętrzach dawnego pałacu Chrystowskich w podkaliskiej Tłokini. Na balu wspólnie bawiło się ponad 110 lekarzy i lekarzy dentyistów. Gości powitał gospodarz dr Mariusz Pluciński.

Po ponad dwuletniej pandemicznej przerwie powróciliśmy do tradycji organizacji balu lekarza. Zewsząd docierały do nas głosy o potrzebie zorganizowania takiego spotkania. Bal to zawsze okazja do wspólnej zabawy, ale też integracji i odebrania się od trudów życia zawodowego. A samo miejsce, pałac w Tłokini, bardzo urokliwe – powiedział dr Mariusz Pluciński, przewodniczący Delegatury WIL w Kaliszu.

Zebrani mieli też okazję podziwiać talent estradowy i wokalny koleżanki z Konina – dr Katarzyny Piotrowskiej, która wykonała z dedykacją dla dr. Mariusza Plucińskiego piosenkę „Voyage, voyage”. Zwyciężczynią konkursu na najlepszy dowcip o lekarzach z kolei została debiutantka na balu – dr Anna Skrzypczak, neurolog z Poznania, reprezentantka leszczyńskiej delegatury.

W natłoku codziennych obowiązków, trudnych przypadków, dyżurów, kolejnych przyjęć, zabiegów i recept aż trudno uwierzyć, jak wspólna zabawa potrafi skutecznie wprawić nas w dobry nastrój, dając odskocznnię od pracy zawodowej. Cóż... jeszcze echa tej zabawy w nas drzemią, a my już tęsknimy za kolejną tak udaną imprezą – podkreśliła dr Lidia Dymalska-Kubasik.

ANNA GRZESIAK



Po godzinach



Poznali tajniki fotografowania

W Delegaturze WIL w Koninie rozpoczął się kurs fotografowania dla lekarzy i lekarzy dentyistów. W ramach kursu zaplanowano kilka spotkań, które prowadzi lekarz – fotograf z zamiłowania – Dariusz Tuleja.

Podczas pierwszego spotkania szeroko omówione zostały aspekty techniczne fotografowania, zaprezentowano wiele modeli aparatów, obiektywów, a także kilka toreb i plecaków do transportu sprzętu fotograficznego. Zebrani mogli osobiście przetestować poszczególne aparaty i poznać ich możliwości. W krótkiej prezentacji kursanci zapoznali się też z budową aparatów, obiektywów, ich obsługą i specjalistycznym oznakowaniem. Kolejne szkolenie zaplanowano na 15 marca – temat: kompozycja i rodzaje zdjęć. Podczas ko-



Fot. Delegatura WIL w Koninie

lejnych spotkań omówione zostaną również techniki obróbki komputerowej zdjęć i zasady fotografowania z wykorzystaniem smartfonów. (ag)

Grupa narciarska lekarzy z Konina we włoskich Dolomitach

Na początku roku w miejscowości Moena we włoskich Dolomitach odbył się obóz szkoleniowy narciarstwa alpejskiego w ramach programu integracyjno-szkoleniowego lekarzy z Delegatury WIL w Koninie. W wyjeździe uczestniczyło 30 osób w różnym wieku – zarówno rezydenci, młodzi specjaliści, jak i doświadczeni stażem pracy lekarze. Całkowity koszt wyjazdu pokrywali uczestnicy, a konińska delegatura koordynowała całe przedsięwzięcie.

Przez 6 dni, po ok. 5 godz. dziennie, lekarze uczestniczyli w zajęciach, szkoląc swoją technikę jazdy na nartach. Wieczorami odbywało się omówienie zajęć wraz z oglądaniem filmików z treningów nagranych danego przedpołudnia. Instruktorzy oceniali indywidualnie postępy każdego z kursantów. Lekarze mieli również okazję wysłuchać prelekcji dotyczącej narciarstwa pozatrasowego (*freeride*) oraz sprzętu lawinowego. Wieczorne spotkania były również okazją do integracji środowiska, nawiązania nowych znajomości i wspólnej wymiany doświadczeń. Ponadto instruktorzy zadbali o efektywną regenerację po nartach, organizując treningi jogi oraz ćwiczenia rozciągające.

Każdy z uczestników po tygodniu wyjeżdżał z Moeny bogatszy o szereg umiejętności narciarskich. Jednogłośnie wyjazd został zaliczony do bardzo udanych. Mimo fizycznego wysiłku i zmęczenia lekarze wrócili do pracy z nową energią. *Na takim zorganizowanym wyjeździe na narty byliśmy po raz pierwszy. Naszym celem było po prostu odpocząć i oderwać się od pacjentów, a przy okazji uczyć się poprawnie jeździć na nartach. Nasz cel został osiągnięty w stu procentach. Wróciliśmy do pracy z dużą energią. Profesjonalne podejście właściciela szkoły narciarskiej i instruktorów sprawiło, że czuliśmy się bezpiecznie. Ten wyjazd nie byłby tak owocny*



Fot. Delegatura WIL w Koninie

bez wszystkich ludzi, którzy tam byli. Mamy nadzieję, że zobaczymy się na kolejnych wyjazdach – relacjonują Mariola Nawrocka i Jerzy Olas. To najlepszy wyjazd narciarski w życiu! Doskonała organizacja, świetnie dobrane trasy. Szkolenie na najwyższym poziomie, konkretnie, ale miło i z humorem. Mieliśmy rewelacyjną atmosferę w grupie. Miałam poczucie, że zawsze mogę liczyć na pomoc kadry w sprawach dużych i małych, co dla mnie było bardzo ważne. Dla takich chwil i spotkań warto żyć i wiadomo, na co się pracuje – wspomina wyjazd Anna Taczalska.

W konińskiej delegaturze grupa narciarska lekarzy działa pod opieką lek. Roberta Chowańskiego. Wszystkich chętnych zapraszamy do kontaktu w celu uzyskania informacji o terminach spotkań grupy:

tel. 63 245 66 10 lub 783 993 909,
e-mail: konin@wil.org.pl



Po godzinach

Lekarze i Przyjaciele. Walentynki w Lesznie

Walentynki w Lesznie, które odbyły się w ramach cyklu spotkań „Lekarze i Przyjaciele. Nasze pa-sje”, okazały się świętem serdeczności, życzliwości i wzajemnego szacunku kolejnych pokoleń lekarzy i lekarzy dentyistów. Przede wszystkim serdeczności od wszystkich odebrała nasza lutowa nestorka – dr Halina Liberska-Zachwieja. Był kosz kwiatów, toast „Na zdrowie!” oraz rado-sne i głośne „Sto lat!”, gdyż kawiarnia Biblioteki Miejskiej w Ratuszu w Lesznie pękała w szwach.

Nieoczekiwanie temperaturę spotkania podniósł prof. Grze-gorz Lorek, wyróżniony zaszczytnym tytułem Nauczyciela Roku, który wyjaśnił, dlaczego tańce godowe, upierzenia, odgłosy i śpiewy ptaków w miłosnych zalotach to mądrość przyrody inwestowania w piękno i urok wyłącznie ptasich samców, gdyż tak bezwzględne są prawa natury. Tak omówił zwyczaje godowe ptaków w swoim wykładzie „Miłość w po-wietrzu”, że czytane osobiście erotyki dr Ryszarda Krawca mogły już tylko ostudzić rozgrzanych słuchaczy. Mieliliśmy też okazję podziwiać rzeźby kobiecych aktów z cyklu „Ewa w czarnej topoli” Ryszarda Krawca. Na koniec nasza ko-



Fot. Miejska Biblioteka Publiczna w Lesznie

leżanka Kasia Golik opowiedziała, jak powstawała nowa historia z romansem w tle jej czternastej już powieści obyczajowej „Przystanek Toskania”. Autografy autorów, życzenia, gratulacje i wzajemne uściski zakończyły nasze spotkanie. Walentynkowy nastrój podsycaly miłosne szlagiery, które na saksofonie przygrywał nam Paweł Majdanik. Było cudnie!

LEK. LIDIA DYMALSKA-KUBASIK

37



Powiat Leszczyński
Pod Honorowym Patronatem Wójta Gminy Włoszakowice

BIEG SOKOŁA

Bukowiec Górny 02.04.2023 r.

W ramach biegu głównego

25

MISTRZOSTWA POLSKI LEKARZY

Program:

- 8.00 - 10.15 wydawanie numerów startowych
- 10.30 start do biegu na dystansie 2 km
- 10.45 start do biegu na dystansie 1 km
- 11.10 start do biegu głównego na dystansie 15 km
- 11.15 start do biegu na dystansie 4 km
- 12.30 start do biegu przedszkolaków
- 13.30 uroczystość zakończenia



ZAPISY NA:
www.biegsokola.com i **TG Sokół BG**

Patronat medialny:
Radio Elka
Maratończyk pomiar czasu

WYTWÓRNIĄ OPAKOWAŃ Wojciech Kenkel


HERMES
John
Produkcja opakowań z faktury


Główni sponsorzy:
WERNER KENKEL
MUSIĘLAK
spinko
BANK SPÓŁDZIELCZY we Włoszakowicach
Szkoła Podstawowa im. Teodora Karpisza w Bukowcu Górnym
WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA
Kowalewicz
Gromiła
ProGrupa



Komisja ds. Integracji, Sportu i Wizerunku WIL
wraz ze Stowarzyszeniem Miłośników Gier Planszowych „Kości” **zapraszają** lekarzy z rodzinami oraz wszystkich chętnych na

SPOTKANIE PRZY PLANSZÓWKACH


18 marca, godz. 17:00-22:00


EDU WIL
ul. Szyperska 14, Poznań
poziom E2

Wstęp wolny!

Żegnamy prof. Jadwigę Koczocik-Przedpelską, Nestorkę WIL



Z głębokim smutkiem i żalem zawiadamiamy, że 1 lutego 2023 roku w wieku 103 lat zmarła

Prof. dr hab. n. med. JADWIGA KOCZOCIK-PRZEDPELSKA

Wybitna lekarka i patriotka, Nestorka Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

Pogrzeb odbył się 4 lutego 2023 na cmentarzu parafialnym w Skórczewie k. Poznania

Wyrazy współczucia Rodzinie i Bliskim

składają

WICEPREZES

Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej dr n. med. Stanisław Dzieciuchowicz
PREZES

Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej dr n. med. Krzysztof Kordel

Prof. Jadwiga Koczocik-Przedpelska urodziła się 27 września 1920 r. w Gnieźnie. W 1938 r. rozpoczęła studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Poznańskiego.

Po wybuchu wojny została deportowana razem z matką do Przeworska. W grudniu 1942 r. po zaprzysiężeniu w Narodowej Organizacji Wojskowej scalonej z Armią Krajową przystąpiła do działań konspiracyjnych. Była łączniczką i instruktorką sanitariuszek. Prace instruktorki szkolenia sanitarnego prowadziła na wsiach w okolicy Przeworska dla dziewcząt zaangażowanych w działalność podziemną. Jako łączniczka przenosiła podziemną prasę i współorganizowała dostarczenie broni do placówek AK.

W lipcu 1944 r. w okolicy Przeworska zaczęło gwałtownie przybywać rannych. W celu udzielania im pomocy medycznej, współpracując z dr. Henrykiem Jankowskim, wzięła udział w zorganizowaniu początkowo punktu opatrunkowego, a potem szpitala. W grudniu 1944 r. została w czasie pracy w szpitalu aresztowana i zesłana do łagru.

Po amnestii powróciła do Poznania i już w październiku 1945 r. podjęła przerwane studia medyczne. Ponownie aresztowana przez UB w styczniu 1946 r., sześć tygodni spędziła w poznańskim więzieniu UB przy ul. Kochanowskiego. Po serii przesłuchań i obowiązkowym podpisaniu oświadczenia o dochowaniu tajemnicy zeznań wyszła na wolność. Kontynuując studia na Wydziale Lekarskim UP, w 1950 r. uzyskała dyplom lekarza.

Przez 22 lata była kierownikiem Zakładu Patofizjologii Narządów Ruchu Instytutu Ortopedii i Rehabilitacji Akademii Medycznej w Poznaniu oraz przez 10 lat zastępcą dyrektora Instytutu ds. nauki i dydaktyki. Ma na koncie 165 publikacji naukowych. Jest ponadto autorką dwóch książek „Marzenia i spełnienia” oraz „Między więzieniem a uniwersytetem”, w których opisała swe niezwykle przeżycia z okresu wojny.

Premier Mateusz Morawiecki w życzeniach skierowanych do Pani Profesor okazji jubileuszu 100-lecia napisał: „(...) Oddanie sprawom kraju okazywała Pani nie tylko w walce z wrogiem. Niezwykle cenna była także działalność zawodowa. Praca lekarza i naukowca dawała możliwość poświęcenia się najbardziej potrzebującym – chorym i niepełnosprawnym, a także niestrudzonego poszukiwania nowych rozwiązań naukowych. Postawa Pani jest dla nas wszystkich przykładem i wzorem (...)”.

Prof. Koczocik-Przedpelska została odznaczona: Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Krzyżem Armii Krajowej, Krzyżem Partyzanckim, Medalem Komisji Edukacji Narodowej, Odznaką Weterana Walk o Niepodległość.

Opracowali: S. Dzieciuchowicz i P. Ciupka na podstawie dokumentu Fundacji General Elżbiety Zawadzkiej w Toruniu w zasobach Kujawsko-Pomorskiej Biblioteki Cyfrowej, 3753/WSK oraz Biuletynu Informacyjnego Światowego Związku Żołnierzy Armii Krajowej Okręg Wielkopolska, 2004, 4, s. 41–43.

Odeszła dr Jadwiga Roguska-Kyts

Śp. dr Jadwiga Roguska-Kyts odeszła w 90. roku życia w Chicago. Była absolwentką z roku 1957 Akademii Medycznej w Poznaniu, córką prof. dr. hab. med. Jana Roguskiego.

Po studiach wyjechała do USA, gdzie pracowała przez 56 lat na Wydziale Lekarskim Northwestern University Chicago, uzyskując szereg wyróżnień. Była honorowym członkiem Polsko-Amerykańskiego Stowarzyszenia Lekarzy. Powadziła szeroką działalność charytatywną, wspierała rozwój zawodowy polskich lekarzy przez fundowane stypendia. Od Prezydenta Polski otrzymała Krzyż Kawalerski Orderu Zasługi Rzeczypospolitej Polskiej. Poprzez Fundację im. Roberta i Jadwigi Kytsów zbudowała w Poznaniu Ośrodek Adaptacyjno-Reha-



bilitacyjny i Centrum Informacji Alzheimerowskiej, nazwane na cześć Jej ojca imieniem prof. Jana Roguskiego. Profesor Roguski w II Klinice Chorób Wewnętrznych AM w Poznaniu zasłużył się utworzeniem po raz pierwszy w Polsce Pracowni Dializoterapii („sztuczna nerka”), Ośrodka Diagnostyki i Terapii Izotopami Radioaktywnymi oraz Ośrodka Dietetycznego.

Żegnają głęboko wzruszeni młodszy koledzy śp. Jadwigi, a także uczniowie prof. Roguskiego – prof. dr hab. med. Stanisław Czekański i dr n. med. Stanisław Maciej Dzieciuchowicz.

We wspomnieniu wykorzystano informacje, jakie podało Polsko-Amerykańskie Stowarzyszenie Lekarzy w zawiadomieniu o śmierci śp. Jadwigi Roguskiej.

Wspomnienie o śp. prof. Bogusławie Pawlaczyku

2 czerwca 2022 r. pożegnaliśmy na cmentarzu junikowskim w Poznaniu naszego Kolegę i Nauczyciela prof. dr. hab. med. Bogusława Pawlaczyka. Profesor Pawlaczyk urodził się 26 września 1939 r. w Jaraczewie koło Jarocina. Od wczesnego dzieciństwa związany był jednak z Poznaniem, gdzie w 1957 r. zdał maturę i rozpoczął studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Poznaniu, otrzymując w roku 1962 tytuł lekarza medycyny. W roku 1963 rozpoczął natomiast studia na Wydziale Prawa Uniwersytetu Adama Mickiewicza w Poznaniu, uzyskując, po obronie pracy magisterskiej pt. „Błąd sztuki lekarskiej w świetle prawa karnego”, w 1967 r. tytuł magistra prawa. Od czasu ukończenia studiów medycznych, odbycia stażu podyplomowego i krótkiego okresu pracy w Miejskiej Poradni Dziecięcej na Wildzie, do czasu emerytury, na którą przeszedł w 2009 r., prof. Pawlaczyk był związany z Akademią Medyczną, a następnie z Uniwersytetem Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Karierę na uczelni rozpoczął od studium doktoranckiego w II Klinice Pediatricznej Instytutu Pediatrii, a następnie od 1970 r. był najpierw starszym asystentem, a później adiunktem w nowo utworzonej przy tej klinice Samodzielnej Pracowni Endokrynologii. W 1969 r. przebywał na stypendium naukowym w Klinice Neonatologii Uniwersytetu w Amsterdamie.

W 1968 r. uzyskał specjalizację I stopnia, a w roku 1971 II stopnia z pediatrii. W roku 1971 na podstawie rozprawy doktorskiej pt. „Czynność kory nadnerczy w zespole szczątkowych gonad u dzieci i młodzieży” uzyskał stopień doktora nauk medycznych. W 1982 r. objął stanowisko kierownika nowo powstałego na Wydziale Pielęgniarskim Zakładu Pielęgniarstwa Pediatricznego, przekształconego w 2000 r. w Katedrę i Zakład Pielęgniarstwa Pediatricznego. Przez cały czas, zgodnie ze swoimi zainteresowaniami, realizował badania z zakresu endokrynologii, co skutkowało uzyskaniem w roku 1983 tytułu doktora habilitowanego w oparciu o dysertację pt. „Zachowanie się androgenów w surowicy i w moczu dzieci i młodzieży z zaburzeniami rozwoju płciowego”. Równolegle przez cały czas zajmował się, z sukcesem, działalnością dydaktyczną oraz pracą na rzecz uczelni. W roku 1984 objął stanowisko prodziekana, a następnie w roku 1987 dziekana Wydziału Pielęgniarskiego Akademii Medycznej, które piastował do roku 1990. Wielkim sukcesem tego okresu życia zawodowego prof. Pawlaczyka było stworzenie we współpracy z prof. dr. hab. med. Bożeną Galas-Zgorzalewicz czasopisma naukowego zatytułowanego „Pielęgniarstwo Polskie”, które ukazuje się nieprzerwanie od 1987 r. 1 października 1991 r. uzyskał stanowisko profesora nadzwyczajnego Akademii Medycznej w Poznaniu, 23 marca 1995 r. otrzymał tytuł profesora nauk medycznych, a 1 października 2004 r. został powołany na stanowisko profesora zwyczajnego.

Pod patronatem prof. Pawlaczyka powstało 9 przewodów doktorskich, był recenzentem 12 doktoratów oraz 52 prac magisterskich. Do jego osiągnięć naukowych należy zaliczyć ponad 350 publikacji naukowych w czasopiśmie krajowych i zagranicznych, a także podręczniki, m.in. „Zarys endokrynologii dziecięcej” (1986), „Pod-



ręcznik dla studentów pielęgniarstwa. *Pediatria*” (1990), „Zarys pediatrii” (2005) oraz „Pielęgniarstwo pediatriczne” (2007). Za publikacje książkowe z dziedziny medycyny kilkakrotnie otrzymywał nagrody Ministra Zdrowia i wielokrotnie nagrody Rektora Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Profesor był członkiem wielu towarzystw naukowych, m.in. Polskiego Towarzystwa Endokrynologów Dziecięcych, Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego, Polskiego Towarzystwa Pediatricznego oraz *European Society of Endocrinology*.

Profesor Pawlaczyk szeroko współpracował z ośrodkami zagranicznymi. Wygłaszał gościnnie wykłady nie tylko w Polsce i krajach europejskich, ale także w Chinach, Hongkongu, Australii, Pakistanie, Syrii, Egipcie, Argentynie i USA. Aktywnie brał udział w wymianie doświadczeń z pediatrami endokrynologami w ramach międzynarodowej współpracy Poznań–Halle.

Poza medycznymi zainteresowaniami naukowymi, które koncentrowały się głównie wokół problemów endokrynologicznych, prof. Pawlaczyk był również autorem lub współautorem licznych książek poświęconych problematyce medycznej czasów starożytnych i wczesnochrześcijańskich oraz kulturze ludów Bliskiego Wschodu. To m.in. pozycje „Biblia a medycyna” (2007), „Krew i jej symbolika w świetle Biblii” (2010), „Anatomia człowieka w Biblii” (2010), „Astronomia w Biblii” (2012). Dwie z nich zostały przetłumaczone na język angielski: „Bible and medicine” (2010), „Human anatomy in the Bible” (2016).

Profesor Bogusław Pawlaczyk był wychowawcą i nauczycielem wielu pokoleń pielęgniarzek i lekarzy. Pozostawał zawsze blisko swoich pacjentów i jak napisał z empatią w jednej ze swoich książek: „Choroba jest cierpieniem, toteż jest trudna, dotkliwa, bolesna; stanowi źródło bólu dla chorego. Z drugiej strony choroba jest tajemnicą, przed którą staje chory. Wymaga ona delikatności i wrażliwości w spojrzeniu na nią i na dotkniętego nią człowieka” („Biblia a medycyna”).

Profesor Pawlaczyk przez całe swoje zawodowe życie oddany był swoim pacjentom, nauce oraz działalności dydaktycznej. Praca była dla Niego bardzo ważna i każdego dnia przynosiła Mu radość i spełnienie. Jednak to dom i rodzina stanowiły dla Niego szczególną wartość i jak sam często powtarzał: „największym osiągnięciem jego życia była żona Felicja, trzy córki, sześć wnuczek oraz prawnuki”. Profesor Pawlaczyk miał wiele zasług, ale nade wszystko był dobrym, życzliwym Człowiekiem oraz Przyjacielem nas wszystkich, i zawsze wiedzieliśmy, ile dla Niego znaczymy. Pod wieloma względami był przykładem do naśladowania. To wielkie szczęście, że mieliśmy okazję spotkać Pana Profesora na swej drodze i ogromny smutek, że nie spotkamy Go już nigdy więcej. Odszedł na wieczny dyżur ten ceniony i oddany swoim pacjentom lekarz, człowiek o wielkim sercu oraz wrażliwej na cierpienie i krzywdę ludzką duszy, pełen energii i życiowego optymizmu, którym potrafił zarażać innych.

Cześć Jego pamięci!

**Absolwenci Wydziału Lekarskiego
Akademii Medycznej
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,
Rocznik 1988**

Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie.

35 LAT PO DYPLOMIE!

Spotkanie odbędzie się w Novotel Poznań Centrum
w dniu 24.06.2023 o godzinie 19.00.
Koszt 450 zł od osoby.

Planujemy również spotkanie
w godzinach przedpołudniowych

Informacje i zapisy: **Aleksandra Kubiak**
tel. 602 334 993 , kubiak.aleksandra@gmail.com

Wpłaty proszę dokonywać na nr konta:
95 1240 3767 1111 0011 2027 9138
Proszę o podanie imienia i nazwiska uczestnika.
Osoby towarzyszące mile widziane.

Z wielkim smutkiem pragnę poinformować,
że 21 stycznia 2023 r.
odeszła od nas nasza koleżanka,
absolwentka poznańskiej Akademii Medycznej
rocznik 1969

ś.p.

ALEKSANDRA BUJAKIEWICZ-JANSSENS

lekarz stomatolog
Mieszkała i pracowała w Brukseli, tam też została pochowana

Pozostawmy Ją w dobrej pamięci
koleżanka ze studiów
Anna Tarajkowska

Z głębokim żalem informujemy,
że 12 lutego 2023 zmarł

dr WOJCIECH CZOPOR

specjalista ortodoncji, ceniony lekarz i wykładowca, jeden z pierwszych lekarzy w Polsce wykorzystujący w leczeniu przezroczyste aparaty ortodontyczne – alignery.

Uroczystość pogrzebowa odbyła się 21 lutego
na cmentarzu Junikowskim w Poznaniu

Z głębokim żalem żegnamy Naszą Koleżankę

Lek.

MARIĘ DZIEWULSKĄ-POLAŃSKĄ

zmarłą w styczniu 2023 r, w wieku 83 lat.

Rodzinie i najbliższym
wyraży głębokiego współczucia

składa

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

Z głębokim żalem i smutkiem żegnamy
Naszego Kolegę

śp. HENRYKA NOWICKIEGO

specjalistę chorób wew. i medycyny rodzinnej

Rodzinie i Bliskim
wyraży szczerzego współczucia

składa

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

Z głębokim żalem i smutkiem żegnamy
Naszą Koleżankę

śp. URSZULĘ GAWRON

starszą felczerkę

Rodzinie i Bliskim
wyraży szczerzego współczucia

składa

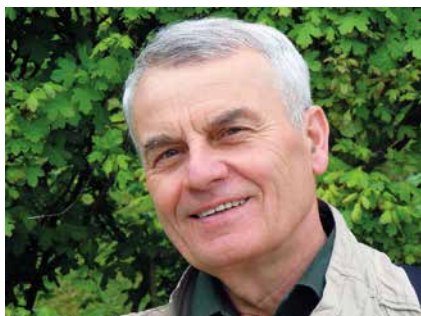
w imieniu Koleżanek i Kolegów
z Delegatury WIL w Ostrowie Wlkp.
lek. dent. Wiesław Wawrzyniak
Wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej

Luty 2023 w izbie

- 1 lutego spotkanie okolicznościowe lekarzy seniorów
- 2 lutego posiedzenie Prezydium Komisji ds. Emerytów i Rencistów
- 13 lutego wynajem sali na spotkanie zewnętrzne
- 14 lutego posiedzenie Komisji ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu
posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w formie mieszanej,
tj. z udziałem narzędzi zdalnej komunikacji audiowizualnej
posiedzenie Komisji Finansowej w formie mieszanej, tj. z udziałem narzędzi
zdalnej komunikacji audiowizualnej
- 15 lutego posiedzenie Komisji Bioetycznej
- 16 lutego posiedzenie Komisji ds. Młodych Lekarzy
webinarium dla lekarzy i lekarzy dentyków „Opinie biegłych w sprawach
medycznych”
- 17 lutego wynajem sali na spotkanie zewnętrzne
- 20 lutego posiedzenie Okręgowej Komisji Wyborczej
posiedzenie Komisji ds. Integracji, Sportu i Wizerunku
kurs online dla lekarzy stażystów w zakresie prawa medycznego – I dzień
- 21 lutego kurs online dla lekarzy stażystów w zakresie prawa medycznego – II dzień
posiedzenie Komisji ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu
posiedzenie Komisji ds. Konkursów
- 22 lutego kurs online dla lekarzy stażystów w zakresie prawa medycznego – III dzień
posiedzenie Komisji ds. Kształcenia Medycznego w formie mieszanej,
tj. z udziałem narzędzi zdalnej komunikacji audiowizualnej
- 23 lutego kurs online dla lekarzy stażystów w zakresie prawa medycznego – IV dzień
spotkanie szkoleniowo-informacyjne Rzecznika Praw Lekarza
w Delegaturze WIL w Pile
- 25 lutego posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w formie mieszanej,
tj. z udziałem narzędzi zdalnej komunikacji audiowizualnej
posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej w formie mieszanej, tj. z udziałem
narzędzi zdalnej komunikacji audiowizualnej
- 27 lutego kurs online dla lekarzy stażystów w zakresie bioetyki – I dzień
- 28 lutego kurs online dla lekarzy stażystów w zakresie bioetyki – II dzień
- wtorki wtorkowy „Klub zdrowia” – zajęcia online dla członków WIL
- wtorki, piątki spotkania Chóru Lekarzy WIL
- poniedziałki, wtorki, środy, czwartki – kursy językowe dla lekarzy i lekarzy dentyków
- środy spotkania Orkiestry Kameralnej WIL

Wiersze

RYSZARD KRAWIEC



KAWA NASZA CODZIENNA

Która jest lepsza? Arabica czy robusta?
Może mixt? Sugestie zostawmy baristom.
Ważne, by filiżanka nasza nie była pusta
i dzień rozpocząć gęstą, zawieszistą
Espresso!

To podstawowa porcja porannej kawy
z palonych, wonnych pestek kawowca!
Gdy cię nie obudzi, to dla dobra sprawy
może być **doppio**, czyli podwójna porcja.
Z ekspresu

Różne mariaże z mlekiem lub śmietanką –
espresso to baza dla **macchiato** i **crème**
(nie tylko dla nich), aby kolejną filiżanką
zaspokoić swe niewinne uzależnienie.

Na przykład

Espresso plus spienione mleko i pianka
to **cappuccino**. **Con panna**, ze śmietanką
bitą jest gęste. Możesz być fanem/fanką
cortado i pić je z gorącym mlekiem rano.
Wersji mamy sporo.

Lungo to dłużej parzona, a taka esencja
espresso, **ristretto** – bardzo zagęszczona.
W **americano** wody jest znacznie więcej
i espresso jest w niej mocno rozcieńczona.
Na koniec – z cukrem dowolnie, raczej
„dla smaku”.

Z whisky (**Irish coffee**), to poważna sprawa,
mazagran w upał z lodem i kapką koniaku.
Po hiszpańsku **carajillo** z brandy, i ciekawa
caffè corretto, z grappą, dla pasjonatów!

1.12.2022
R. Krawiec

PS

Jest jeszcze kawa zalewajka
z fusami, ale to już inna bajka.

BIULETYN INFORMACYJNY

ISSN 1233-2216 Nakład 4000 egz. Numer zamknięto: (21 lutego 2023)



WIELKOPOLSKA
IZBA
LEKARSKA



Wydawca:
Wielkopolska Izba Lekarska

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

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

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

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

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

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

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

Zapraszamy do współpracy LEKARZY SPECJALISTÓW



WYNAJEM GABINETÓW
w centrum Poznania – ul. Ogrodowa 4
tel. 509 791 559, 502 388 488

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kaliszu poszukuje LEKARZA:

Stanowisko: lekarz/kwalifikacja dawców do oddania krwi
Specjalizacja: bez specjalizacji lub ze specjalizacją
Wymiar zatrudnienia: w dowolnym wymiarze czasu pracy lub pełen etat
Wymagane kwalifikacje: prawo wykonywania zawodu
Forma zatrudnienia: umowa o pracę
Okres zatrudnienia: na czas nieokreślony
Miejsce wykonywania umowy: 62-800 Kalisz, ul. Kaszubska 9
Oferowane wynagrodzenie: dobre warunki płacy (do uzgodnienia z pracodawcą i zgodne z rozporządzeniem MZ o wynagrodzeniach w zawodach medycznych)
Email: kadry@krwiodawstwo.kalisz.pl
Tel. 62 76 79 403

Przychodnia Lekarska w centrum Poznania
ZATRUDNI
PEDIATRĘ lub **LEKARZA RODZINNEGO**
Ewentualnie w/w lekarzy w trakcie specjalizacji
Tel. 512 533 813

NZOZ Ośrodek Zdrowia w Świąciechowie
ZATRUDNI LEKARZA MEDYCYNY RODZINNEJ
LUB INTERNISTĘ
w pełnym bądź niepełnym wymiarze etatu
lub charakterze współnika od 1.02.2023 r.
Kontakt telefoniczny: **607 300 970** po godz. 18.

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

NZPOZ w Pleszewie przyjmie do pracy
PEDIATRĘ, LEKARZA RODZINNEGO
lub **INTERNISTĘ**
Możliwość mieszkania. Tel. 512 533 813

PEDIATRA

szuka pracy na terenie Poznania
(Winograd i Piątkowa)

Proszę o kontakt po godz. 19.00. **Tel. 603 503 585**

SPRZEDAM
wyposażenie gabinetu okulistycznego:
• lampa szczelinowa, polomierz komputerowy,
autorefraktometr i drobny sprzęt okulistyczny.
Kontakt: 600 886 944

Dyrektor Wielkopolskiego Centrum
Neuropsychiatrycznego w Kościanie

zatrudni **LEKARZA**
kierującego całodobowym oddziałem psychiatrycznym

Kontakt: e-mail: kd@wcn-koscian.pl, **65 511 51 08**

PRACA STOMATOLOG Piła-Chojnice

Prywatna klinika stomatologiczna z nowoczesnym wyposażeniem oraz ogromną bazą pacjentów nawiąże współpracę ze **STOMATOLOGIEM** z okolic Piły, Chojnic lub Bydgoszczy
Stosunkowo wysokie wynagrodzenie. Elastyczny czas pracy.
Tel. 601 363 948; krutom@op.pl

Do pracy w Poradni Lekarza Rodzinnego
na terenie miasta Poznania
zatrudnię **LEKARZA** i **REZYDENTA**
Tel. 502 042 996



EDU WIL - marka szkoleniowa
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

KONFERENCJE • SZKOLENIA • KURSY WARSZTATY

hybrydowo, stacjonarnie lub online



Centrum Konferencyjne
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
ul. Szyperka 14, Poznań

Poznaj naszą ofertę na
eduwil.pl



15 KONFERENCJA
ZDROWE
kości i stawy

KONFERENCJA HYBRYDOWA
8-11 marca 2023

PRZEWODNICZĄCY KOMITETU NAUKOWEGO
prof. dr hab. n. med. Piotr LESZCZYŃSKI

ORGANIZATOR LOGISTYCZNY I MERYTORYCZNY
Wydawnictwo Termedia
TERMEDIA

SPRAWDŹ SZCZEGÓŁY NA ZDROWEKOSCIISTAWY.PL



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



PATRONAT NAUKOWY
Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej



WIĘCEJ INFORMACJI NA
WWW.TOPMEDICALTRENDS.PL

WWW.TERMEDIA.PL