



WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA

PRAWNIK NA PIERWSZE PRZESŁUCHANIE
to jedna z inicjatyw w ramach projektu

2023
ROK PRAW LEKARZA

Dzięki współpracy z samorządem zawodowym adwokatów Wielkopolska Izba Lekarska opracowała program zapewnienia opieki prawnej lekarzom i lekarzom denty stom WIL wzywany na pierwsze przesłuchanie w związku z wykonywaniem zawodu.
Szczegóły na stronie internetowej: wil.org.pl/rpl

**XLVII Okręgowy Zjazd
Lekarzy Wielkopolskiej
Izby Lekarskiej** s. 5

**Endoproteza miednicy
z drukarki 3D** s. 9

**Jakie tajemnice skrywa
DNA Beethovena?** s. 17



UBEZPIECZENIE NA WYPADEK NIEZDOLNOŚCI DO PRACY W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU DLA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW

Oferta ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku została przygotowana przez INTER-ŻYCIE Polska, według pomysłu i na zlecenie Wielkopolskiej Izby Lekarskiej specjalnie dla jej członków, dostępna od 1.06.2023 r. **Tylko 34 zł miesięcznie.**

ATUTY OFERTY:

Ubezpieczenie zapewnia TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. – specjalizujące się w ubezpieczeniach dedykowanych branży medycznej.



250 ZŁ DZIENNIE

Świadczenie dzienne, niezależnie od wysokości uzyskiwanych przychodów i formy zatrudnienia: umowa o pracę, umowa cywilno-prawna (kontrakt), umowa zlecenie



DLA KOGO?

Lekarze i lekarze dentyści do 75. r.ż. zrzeszeni w WIL, wykonujący zawód na terenie Polski



WYPŁATA

Za każdy dzień niezdolności do pracy, przy zwolnieniu lekarskim trwającym min. 15 dni (np. przy zwolnieniu 30 dni – wypłata 7500 zł)



KIEDY DZIAŁA UBEZPIECZENIE?

Jeśli zdarzy się nieszczęśliwy wypadek (w pracy lub w czasie wolnym), a jego skutki nie pozwalają wykonywać pracy zawodowej

Polisa zawierana jest na 1 rok – automatycznie przedłużana na kolejny rok

JAK PRZYSTĄPIĆ DO UBEZPIECZENIA?

Przystąpienie do ubezpieczenia odbywa się za pośrednictwem formularza online zamieszczonego na stronie www.wil.org.pl



UZUPEŁNIJ FORMULARZ ONLINE



OPŁAĆ SKŁADKĘ ONLINE
(408 ZŁ/ROK)



ODBIERZ E-MAIL Z POLISĄ





Przemysław Ciupka

redaktor naczelny

przemyslaw.ciupka@wil.org.pl

SŁOWEM WSTĘPU

Wielkopolska medycyna ma się czym chwalić

Wbieżącym numerze mogą Państwo przeczytać o wszczęciu pacjentce implantu wydrukowanego w technologii 3D, czego dokonał zespół ze Szpitala im. Józefa Strusia w Poznaniu, a dzięki czemu kobieta na powrót może chodzić (s. 9). Lekarze z Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Poznaniu przy ul. Długiej donoszą o tym, że jako pierwsi w naszym województwie zastosowali u pacjenta system wspomagania komory serca Impella – nie doraźnie, ale jako terapię długoterminową. Pacjent bezpiecznie doczekał przeszczepu (s. 10). Członek Okręgowej Rady Lekarskiej WIL prof. Jacek Wysocki w kwietniu po raz kolejny stanął na czele Polskiego Towarzystwa Wakcynologii, w którego zarządzie zasiada nieprzerwanie od jego powstania (s. 19). Z kolei prof. Wojciech Golusiński, kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu w Wielkopolskim Centrum Onkologii, prezes Polskiego Towarzystwa Nowotworów Głowy i Szyi, otrzymał najwyższą nagrodę *European Head and Neck Society*. Profesor był jednym ze współzałożycieli międzynarodowego towarzystwa, przez ostatnie 5 lat pełnił funkcję prezydenta, a w tym roku odebrał zaszczytne wyróżnienie (s. 25).

Jednym z ważnych zadań pisma takiego jak nasze, czyli biuletynu kolportowanego do lekarzy i lekarzy dentystów, powinno być rozpowszechnienie informacji o Państwa sukcesach osiągniętych na niwie zawodowej i naukowej, o wdrażaniu innowacyjnych procedur, przeprowadzaniu nowatorskich zabiegów i operacji. A więc o tym wszystkim, co przyczynia się do rozwoju medycyny. Jak widać powyżej i jak wielokrotnie mogli się Państwo przekonać, sięgając po biuletyn – robimy to, ale nic nie stoi na przeszkodzie, żeby działało się częściej, z większą regularnością. Nasze łamy stanowią doskonałą platformę do dzielenia się wiedzą. Dlatego też zachęcam, by z nich korzystać. Najprostszą drogą jest przesłanie wiadomości na podany przy moim nazwisku adres e-mail. Nie każda placówka ma biuro promocji czy biuro prasowe, które dba o to, by dokonania medyków nie przechodziły bez echa. A my nie jesteśmy w stanie wszystkiego wychwycić.

Częściowo więc i od Państwa inicjatywy zależy, czy wiedza, która nierzadko może okazać się przydatna w codziennej praktyce, uda się zarażać większą liczbę lekarzy i lekarzy dentystów. Biuletyn może być też miejscem wymiany poglądów. Do dziś otrzymujemy od czytelników sporo pozytywnych sygnałów po tym, jak dr hab. Szczepan Cofta wywołał w lutowym numerze temat: „Czy jako lekarze jesteśmy wszystkiemu winni?“, co w kolejnym wydaniu skomentował dr Andrzej Fraś. Dwie różne, a jednocześnie równie wartościowe opinie. Każdy z tych tekstów skłania do refleksji. Tego rodzaju intelektualny ferment czyni pismo lepszym. ■

Spis treści

Moim zdaniem	4
XLVII Okręgowy Zjazd Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej	5
Apel OZL-1/2023/IX XLVII Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 25 marca 2023 r.	7
Prezes ORL WIL uhonorowany przez samorząd pielęgniarzek i położnych	7
I Ogólnopolska Konferencja Medycyny Ratunkowej	8
Endoproteza miednicy z drukarki 3D. Innowacyjna operacja w poznańskim „Strusiu”	9
Pierwsza w Wielkopolsce pompa Impella jako pomost do przeszczepu serca u młodego pacjenta we wstrząsie	10
Rubryka stomatologiczna	11
Jakie tajemnice skrywa DNA Ludwiga van Beethovena?	17
Prof. Jacek Wysocki ponownie na czele Polskiego Towarzystwa Wakcynologii	19
O ruchach migracyjnych w kontekście chorób zakaźnych	20
Spotkanie farmaceutów i lekarzy w Lesznie	20
Z medycyny wokandy	21
Za niecałe 2,5 roku	22
Pigułka prawna	23
KSO, SOLO, Ośrodek i Centrum	24
Dawka informacji	25
Po godzinach	26
Wspomnienie o dr. n. med. Andrzeju Topiłko	28
Wiersze	30

MOIM ZDANIEM



Krzysztof Kordel

prezes
ORL WIL

Moim zdaniem nie da się uniknąć odniesienia do tematu, którym już się wcześniej zajmowałem, czyli ustawy o jakości w ochronie zdrowia. Nikt przy zdrowych zmysłach działający w naszej branży nie będzie lekceważył praw pacjenta, bo przecież bez nich nie istniejemy. Projekt ustawy, której weta senatu sejm nie zdołał odrzucić, zgodnie z zapowiedzią ministra zdrowia ma ponownie powrócić. Ustawa spotkała się z powszechną krytyką środowisk medycznych z uwagi na proponowane w niej „donosicielstwo” – i to nie tylko na siebie, ale też na innych. Nagrodą za to miało być ewentualne zmniejszenie kary. I tutaj należy zastanowić się, dlaczego nie skorzystać z rozwiązań od wielu lat z pożytkiem funkcjonujących w innych krajach. Myślę tutaj o stworzeniu systemu szybkich rekompensat dla pacjentów bez orzekania o winie. Ja osobiście mam z pewnością bardzo subiektywne spojrzenie na problem z racji zajmowania się zawodowo tzw. błędami medycznymi. Liczba spraw rośnie, ale nie rośnie liczba błędów. W każdym zawodzie, także w zawodach medycznych, zawsze znajdzie się grupa ludzi, którzy do niego nie powinni trafić. Nie mają wrażliwości na cierpienie, nie mają cierpliwości, a czasami wręcz nie lubią ludzi. Inni są przepracowani, wypaleni zawodowo, a bywa, że także niedouczeni. Krzywa Gaussa dotyczy wszystkich profesji. I tutaj trudno się dziwić, że po kontakcie z kimś takim pacjent jest niezadowolony i szuka „sprawiedliwości” w izbie czy w prokuraturze. Wczytując się w treść skarg, można dojść do wniosku, że w znacznej liczbie przypadków podstawą do ich złożenia był brak informacji ze strony personelu medycznego, że doszło do wystąpienia powikłania, że schorzenie było zbyt zaawansowane, byśmy mogli skutecznie pomóc, czy też że skończyły się możliwości leczenia. Czytając ostatni wywiad z ministrami

Niedzielskim i Chmielowcem, dowiedziałem się, że z badań ankietowych wynika, iż co czwarty pacjent zna przysługujące mu prawa. I tutaj rodzi się pytanie: dlaczego tak jest i co z tym zrobić. Jakoś trudno mi sobie przypomnieć, by w publicznej telewizji pojawiał się cykl programów informacyjnych na ten temat. Kto to ma robić? Czy tylko personel medyczny? Nie zdziwiła mnie informacja, że najczęściej naruszaniem prawem pacjenta jest prawo do informacji. Ja osobiście od czasu prowadzenia zajęć z etyki i deontologii prawu pacjenta do informacji poświęcam należną uwagę, mówiąc, o czym mamy informować i jak tego nie robić. Nie dziwi mnie również to, że drugim co do częstości prawem, które jest naruszane, jest prawo do intymności czy poszanowania godności pacjenta. I o tym też wielokrotnie mówiłem na wykładach czy na szkoleniach. A czasami nie trzeba dużo – wystarczy postawić się w pozycji pacjenta i pomyśleć. Moim zdaniem ustawa o jakości jest potrzebna, tylko pojawia się w bardzo złym momencie, bo w okresie przedwyborczym. O tym, że w ochronie zdrowia nie jest dobrze, wiemy wszyscy, natomiast jak poprawić sytuację, wie niewielu. Można zwać winę na wcześniej rządzących i jest w tym wiele racji. Patrząc na problem retrospektywnie, miałem okazje spotykać się i dyskutować z wieloma ministrami zdrowia od prawa do lewa. Podczas rozmów wydawało się, że trafiają do nich nasze argumenty, a później pojawiały się rozwiązania bardzo często zupełnie sprzeczne z propozycjami. No cóż, rządzący wiedzą lepiej, co dla nas wszystkich jest dobre. Zawsze można powiedzieć, że nad prawami pacjenta zwyciężył korporacjonizm, cokolwiek pod tym pojęciem by się kryło. Szkoda, że nikt nie chce słuchać naszych argumentów i do nich, nawet krytycznie, się odnieść. Obyśmy zdrowi byli. ■

Zdobycie wiedzy z EDU WIL

**II OGÓLNOPOLSKA KONFERENCJA
MEDYCyny TROPIKALNEJ**

15 czerwca 2023

Konferencja hybrydowa – szczegóły i zapisy na stronie eduwil.pl

XLVII Okręgowy Zjazd Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

Delegaci na XLVII OZL WIL zebrali się 25 marca w sali konferencyjnej hotelu Novotel Poznań Centrum. Najważniejszy punkt obrad, czyli przyjęcie budżetu na bieżący rok, został zrealizowany.

Zjazd otworzył prezes ORL WIL dr n. med. Krzysztof Kordel. Wśród zaproszonych gości znaleźli się m.in. przewodnicząca ORPiP w Poznaniu Teresa Kruczkowska, członkini Krajowej Rady Fizjoterapeutów z województwa wielkopolskiego Anna Frydrychowicz, przedstawiciel Wojskowej Rady Lekarskiej Konrad Maćkowiak. Odczytany został także list od dr n. med. Aliny Góreckiej, prezes Okręgowej Rady Aptekarskiej w Poznaniu, która w tym samym czasie uczestniczyła w zjeździe swojego samorządu.

Na początek uroczystości

Po przywitaniu zacnego grona prezes ORL WIL wraz z przewodniczącym Komisji ds. Emerytów i Rencistów dr n. med. Stanisławem Dzieciuchowiczem przystąpili do **honorowania Nestorów Wielkopolskiej Izby Lekarskiej**. W ten sposób, z inicjatywy ww. komisji, doceniani są lekarze i lekarze dentyści rozpoczynający 90. i obchodzący 100. rok życia. Podczas tegorocznego zjazdu w gronie Nestorów znaleźli się:

- Wiesława Szylar-Nowosińska,
- Bogumiła Zaniewska-Gawrońska,
- Przemysław Ereński,
- Marian Krawczyński,
- Bogdan Skorupski.



Następnie młodzi lekarze nagrodzili swoich Mentorów. Statuetki odebrali:

- dr hab. Barbara Biedziak – stomatolog i ortodonta,
- dr Łukasz Mech – psychiatra, specjalista psychiatrii i medycyny paliatywnej.

Statuetka „Mentora” to nagroda środowiska młodych lekarzy dla swoich Nauczycieli, którzy w działalności dydaktycznej dali się poznać z jak najlepszej strony. *Świadectwem, jak ważna jest ta nagroda dla młodych lekarzy i jak poważnie do niej podchodzimy, niech będzie to, że w ubiegłym roku odnotowaliśmy aż 18 zgłoszeń kandydatów do otrzymania statuetki* – podkreślał przewodniczący Komisji ds. Młodych Lekarzy dr Karol Lubarski, który honorował Mentorów. Następnie zacytował fragmenty uzasadnień, jakie znalazły się

w zgłoszeniach. O Barbarze Biedziak: *Każdy, kto zwróci się z pytaniem o poradę w kwestii leczenia pacjenta, otrzyma szczegółową odpowiedź oraz wytłumaczenie, dlaczego takie postępowanie jest właściwe. Lekarzom stażystom, doktorantom czy specjalizantom przekazuje wiedzę w pełnym zakresie – od podstawowej diagnostyki przez leczenie i radzenie sobie z powikłaniami. Dawka wiedzy jest olbrzymia, chęć pomocy wielka. Dzięki dotychczasowym osiągnięciom, jak zorganizowanie programu Leczenia Wad Rozwojowych Twarzy, młodzi lekarze mogą korzystać z najnowszego sprzętu i leczyć metodami nierefundowanymi przez NFZ. Natomiast sylwetka Łukasza Mecha wybrzmiała następująco: *Nigdy nie odmawia pomocy, również w środku nocy na dyżurze służy radą, a jednocześnie pozwala na samodzielność w pracy, doskonale zachowując równowagę między zdobywaniem kompetencji przez młodszych kolegów a przyjęciem odpowiedzialności za decyzje trudniejsze, nieoczywiste. Dzięki swojej tytanicznej pracy, mimo trudności kadrowych w szpitalu, zachowuje ciągłość opieki nad pacjentami bez zmuszania osób w trakcie specjalizacji do pracy poza posiadanymi kompetencjami.**



Wręczone zostały także odznaczenia „Zasłużony dla WIL”. W tym roku docenieni zostali:

- dr Sławomir Domagalski,
- dr n. med. Paweł Kopyra,
- dr Danuta Korytowska-Mikusieńska,
- lek. dent. Włodzimierz Łojewski,
- dr Andrzej Tandecik.

Już po części uroczystej, ale jeszcze przed rozpoczęciem części roboczej dr Krzysztof Kordel zreferował delegatom ostatni rok działalności izby. *Kadencję zaczęliśmy 19 marca [2022 r. – przyp. red.], a więc niespełna miesiąc po rosyjskiej napaści na Ukrainę. Naturalnie więc włączyliśmy się w pomoc lekarzom i lekarzom denty stom z Ukrainy oraz ich rodzinom. Podjęliśmy się też organizacji i koordynacji pomocy medycznej dla uchodźców* – przypomniał prezes ORL WIL. W tym miejscu podkreślone zostało m.in. uruchomienie i działalność punktu opieki medycznej w poznańskim hotelu ►



- Ikar. Znaczący był i ciągle jest również wymiar pomocy kierowanej dla ukraińskich lekarzy – wsparcie psychologiczne, tłumaczenie dokumentów, pomoc w zakwaterowaniu i znalezieniu pracy czy kursy językowe, niezwykle ważne w kontekście ubiegania się o wykonywanie zawodu lekarza w Polsce. Dr Kordel zaznaczył także rozwój instytucji Rzecznika Praw Lekarza oraz działań nakierowanych na ochronę praw lekarza, takich jak program „Prawnik na pierwsze przesłuchanie” czy przedsięwzięcia edukacyjne. Edukacja to kolejny filar Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. Pod szyldem EDU WIL, czyli naszej edukacyjnej marki, tylko minionej jesieni odbyło się sześć konferencji naukowo-szkoleniowych. Każda z nich została przeprowadzona w Centrum Konferencyjnym WIL przy ul. Szyperskiej 14. Każdorazowo konferencje odbywały się w trybie hybrydowym, dając możliwość uczestnictwa online. Na zakończenie prezentacji wybrzmiał fakt wypracowania przez okręgową radę nowych zasad pomocy materialnej: *Po ciężkich bojach opracowaliśmy, moim zdaniem, bardzo dobry regulamin. Zwiększyliśmy kwoty i dostępność świadczeń.*



Sprawozdania zatwierdzone

Na przewodniczącego zjazdu wybrano debiutującego w tej roli lek. dent. Jarosława Lisieckiego, a na wiceprzewodniczących lek. dent. Krystynę Horoszkiewicz oraz lek. Mateusza Szulcę. Sekretarzem została lek. Sławomira Tomaszuk-Kozłowska, a jej zastępcami lek. Piotr Kalkowski i lek. Tomasz Tarchalski. W momencie rozpoczęcia obrad obecnych było 126 z 205 delegatów, co dawało frekwencję na poziomie 61 proc.

Zgodnie z programem przedstawione zostały sprawozdania roczne każdego z organów Wielkopolskiej Izby Lekarskiej: Okręgowej Rady Lekarskiej, Okręgowego Rzecznika Odpo-

wiedzialności Zawodowej, Okręgowego Sądu Lekarskiego, Okręgowej Komisji Rewizyjnej, Okręgowej Komisji Wyborczej. Sprawozdania zostały zatwierdzone.

Zjazd przyjął apel do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o niezwłoczne podpisanie zarządzenia implementującego wyceny w lecznictwie stomatologicznym (pełna treść apelu na s. 7). *To, że przy obecnej inflacji ekstrakcja zęba kosztuje 40 zł to jest naprawdę skandal* – podkreślał przewodniczący Komisji Stomatologicznej lek. dent. Jacek Zabielski. Odrzucony został za to przygotowany przez stomatologów apel do Naczelnej Rady Lekarskiej i Ministra Zdrowia o zainicjowanie procesu legislacyjnego nowelizacji ustawy o izbach lekarskich.

Planowane wybory uzupełniające na zastępców Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej oraz członków Okręgowego Sądu Lekarskiego nie odbyły się. Do udziału w elekcji nie zgłosił się bowiem żaden z obecnych na zjeździe delegatów.

Budżet uchwalony

Stan finansów izby zreferował skarbnik ORL WIL lek. Michał Dopierała. Ubiegły rok został zamknięty ze stratą 505 tys. zł. *Ocena sytuacji finansowej WIL przez pryzmat wysokości straty netto osiąganey na koniec okresu sprawozdawczego byłaby właściwie błędem, ponieważ w tym przypadku WIL prosperuje dobrze, a zdarzenie losowe takie jak inflacja w znaczny sposób obniżyły jej faktyczny zysk. Muszę podkreślić, że obecnie na koncie mamy, stan na wczoraj [24 marca 2023 r. – przyp. red.], ponad 3 800 000 zł* – argumentował dr Dopierała.

Delegaci zatwierdzili sprawozdanie z wykonania budżetu za rok 2022 i udzielili absolutorium Okręgowej Radzie Lekarskiej. Przyjęty został także budżet na rok 2023.

Topniejące kworum

Kolejnym punktem programu był projekt uchwały w sprawie zmiany Regulaminu organizacji i trybu działania Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. W trakcie głosowania nad poprawkami zgłoszonymi do ww. uchwały padł wniosek formalny o przeliczenie kworum. Po przeliczeniu okazało się, że na sali pozostało jedynie 85 delegatów, frekwencja spadła więc poniżej wymaganych 50 proc. Obrady były kontynuowane, jednak z wyłączeniem punktów wymagających głosowania.

PRZEMYSŁAW CIUPKA



Zjazdowi towarzyszyła wystawa „Ukraina” autorstwa lekarek z Koła Lekarzy Malujących.

Apel OZL-1/2023/IX

XLVII Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 25 marca 2023 r.

do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o niezwłoczne podpisanie Zarządzenia implementującego wyceny w leczeniu stomatologicznym

XLVII Okręgowy Zjazd Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, w ślad za Apelem ORL-1/2022/IX Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 15 października 2022 r. ponownie apeluje do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o niezwłoczne podpisanie i wprowadzenie w życie Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne, implementującego wyceny dokonane na zlecenie Ministra Zdrowia przez Agencję Oceny Technologii Medycznych, podpisane przez Ministra i przekazane do realizacji Funduszowi w dniu 17 maja ub.r.

XLVII Okręgowy Zjazd Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej podkreśla, że zgodnie z postanowieniami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zatwierdzone przez Ministra Zdrowia taryfy wprowadza się w terminie czterech miesięcy. Niezależnie od formalno-prawnego charakteru opracowań AOTMiT w sprawie stomatologii, 10-miesięczny termin oczekiwania na wdrożenie polecenia Ministra Zdrowia jest nie do przyjęcia w obliczu lawinowo rosnących kosztów utrzymania praktyk i podmiotów i choćby najbliższej, zapisanej w przepisach podwyżki minimalnych wynagrodzeń w ochronie zdrowia.

XLVII Okręgowy Zjazd Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej zwraca się więc o niezwłoczne podpisanie zarządzenia:

- z niezbędnymi, warunkującymi jego wykonalność poprawkami zgłoszonymi przez Naczelną Radę Lekarską,
- z uwzględnieniem sytuacji zakresu świadczeń udzielanych w znieczuleniu ogólnym (*obecna konstrukcja projektu wyklucza rozliczenie w tym zakresie świadczeń chirurgicznych*),
- z wyłączeniem wszelkich pozostałych kwestii spornych, wymagających dodatkowych ustaleń czy obliczeń do najbliższej nowelizacji i ustalenie daty wejście w życie Zarządzenia nie później, niż na dzień 1 kwietnia br.

Sekretarz
XLVII Okręgowego Zjazdu Lekarzy
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
lek. Sławomira Tomaszuk-Kozłowska

Przewodniczący
XLVII Okręgowego Zjazdu Lekarzy
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
lek. dent. Jarosław Lisiecki

Zarządzenie zostało opublikowane 5 kwietnia 2023.

Prezes ORL WIL uhonorowany przez samorząd pielęgniarek i położnych

Honorowe Odznaczenie Samorządu Pielęgniarek i Położnych prezes ORL WIL dr n. med. Krzysztof Kordel odebrał podczas XXVII Okręgowego Zjazdu Sprawozdawczo-Budżetowo-Wyborczego Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu 27 marca.

Dla mnie to wyróżnienie jest kolejnym dowodem na dobrą współpracę naszych samorządów. Osobiście niezwykle wysoko cenię pielęgniarki i położone i wykonywaną przez nie ciężką pracę. Dlatego też jestem zaszczycony, że to środowisko postanowiło mnie uhonorować – podkreśla dr n. med. Krzysztof Kordel.

Odznaczenie zostało przyznane uchwałą Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych już w 2019 r., jednak z uwagi na trwającą pandemię SARS-CoV-2 mogło zostać oficjalnie wręczone dopiero podczas ostatniego zjazdu. (cep)



I Ogólnopolska Konferencja Medycyny Ratunkowej

Ponad 200 osób online oraz kilkadziesiąt zgromadzonych w Centrum Konferencyjnym EDU WIL przy ul. Szyperskiej 14 w Poznaniu uczestniczyło w I Ogólnopolskiej Konferencji Medycyny Ratunkowej zorganizowanej przy współpracy dwóch WIL: Wielkopolskiej Izby Lekarskiej i Wojskowej Izby Lekarskiej. Wydarzenie odbyło się 13 i 14 kwietnia 2023 r.

Wkomitecie naukowo-organizacyjnym konferencji poza wiceprezesami ww. izb – wielkopolskiej – lek. Marcinem Karolewskim, i wojskowej – ppłk. rez. dr. hab. n. med. prof. UM Mariuszem Goniewiczem – zasiadli również dr n. med. i n. o zdr. Marcin Rybakowski, dr n. med. Patryk Konieczka, dr hab. n. med. Maciej Cymerys oraz dr n. med. Wojciech Kociemba.

Organizację dwudniowej konferencji, której osią będzie medycyna ratunkowa, zaplanowaliśmy sobie jeszcze przed pandemią, myśleliśmy o tym, od kiedy tylko zaczęło funkcjonować nasze Centrum Konferencyjne EDU WIL. Dziś jesteśmy bogatsi o doświadczenia związane z tym, co sprowadził na nas wirus SARS-CoV-2, a za naszymi granicami toczy się wojna. W związku z czym dostosowaliśmy program do aktualnej sytuacji geopolitycznej. Ubogaciliśmy go o elementy medycyny wojskowej i medycyny katastrof. Wszyscy chcielibyśmy tego uniknąć, jednak kiedy taka wiedza okazałaby się potrzebna, na jej zdobywanie może nie być już czasu – podkreślał pomysłodawca konferencji lek. Marcin Karolewski.

Pierwszy dzień rozpoczął się sesją „Ostre stany internistyczne”, za prowadzenie której odpowiadał dr hab. Maciej Cymerys. W pierwszym wykładzie to właśnie on omówił zagadnienie zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej. Kolejne prelekcje należały do lekarzy z kierowanej przez niego Kliniki Chorób Wewnętrznych i Oddziału Chorób Wewnętrznych i Diabetologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego UMP – dr n. med. Joanny Dytfeld, która wzięła na tapet ostre powikłania cukrzycy, oraz dr n. med. Pawła Nowinki, który skupił się na zaburzeniach rytmu serca.

Kolejna sesja dotyczyła pacjenta w SOR: nieprzytomnego, z dusznością, z bólem w klatce piersiowej. Tę część wydarzenia poprowadził dr n. med. Patryk Konieczka, prezes Porozumienia Lekarzy Medycyny Ratunkowej. O postępowaniu z pacjentem nieprzytomnym opowiedział lek. Marcin Czekala. Lek. Jakub Olszewski omówił problemy dotyczące chorego z dusznością, a sesję zakończył wykład lek. Mateusza Mazura o tym, co może oznaczać ból w okolicy klatki piersiowej.

Następnie przeprowadzona została pierwsza z dwóch zaplanowanych na konferencję debat. Odpowiedzi na pytanie „Kiedy SOR będzie SOR-em?” szukali lek. Marcin Karolewski, dr n. med. Patryk Konieczka oraz dr n. med. i n. o zdr. Marcin Rybakowski. Trzydziestominutowa rozmowa była formą przełamania konwencji następujących po sobie wykładów i stanowiła platformę do rzeczowej i merytorycznej wymiany poglądów.

Sesję III „Kominek radiologiczny” przeprowadził dr n. med. Wojciech Kociemba, kierownik pracowni TK i MR w Centrum Medycznym HCP. Prowadzący wygłosił



dwie prelekcje, omawiając urazy oraz diagnostykę klatki piersiowej. Diagnostykę obrazową ośrodkowego układu nerwowego w warunkach SOR przedstawiła lek. Anna Kłusek-Zielińska.

Pierwszy dzień wydarzenia zamknęła sesja „Repetitorium z ALS”. Sesji przewodniczył dr Marcin Rybakowski, ratownik medyczny i pielęgniarz, pracownik Zakładu Medycyny Ratunkowej UMP, dobrze znany uczestnikom kursów zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych organizowanych przez WIL. Dr Rybakowski wygłosił prelekcję na temat wytycznych Europejskiej Rady Resuscytacji, natomiast dr n. med. Paweł Paniński omówił australijski algorytm postępowania VORTEX, stosowany przy trudnych drogach oddechowych.

Dzień drugi rozpoczął się sesją „Wypadki komunikacyjne”. Ratownik medyczny mgr Karol Juskowiak zaprezentował słuchaczom schemat optymalnego postępowania na miejscu zdarzenia. O postępowaniu związanym z przewozem i przyjęciem poszkodowanych na SOR oraz odpowiednim zaopiekowaniem się nimi opowiedział dr n. med. Tomasz Kłosiewicz. Na koniec sesji procedury i realia związane z wypadkami masowymi i zagrożeniem terrorystycznym przybliżył lek. Maciej Świt.

Zwieńczeniem części konferencji poświęconej medycynie cywilnej była druga debata – „Prawa lekarza i prawa pacjenta w SOR”. O tym, czy w szpitalnym oddziale ratunkowym zawsze jest miejsce na pełną realizację praw zarówno pacjentów, jak i medyków dyskutowali wiceprezes ORL WIL lek. Marcin Karolewski, dyrektor Wydziału Zdrowia Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu Liwia



Polcyn-Nowak, przedstawicielka Rzecznika Praw Pacjenta Agnieszka Wernik oraz wiceprezes Wojskowej Izby Lekarskiej prof. Mariusz Goniewicz.

Następnie na pierwszy plan wysunęła się medycyna wojskowa. Pieczęć nad dwoma kolejnymi sesjami: „Medycyna pola walki/medycyna katastrof” oraz „Zagrożenia terrorystyczne i czasu wojny” sprawował płk rez. dr hab. n. med. prof. UM Mariusz Goniewicz, wiceprezes Wojskowej Izby Lekarskiej. Podstawowe zasady segregacji, ewakuacji i pomocy medycznej wg doktryny NATO wyłożył płk rez. dr n. med. Stefan Antosiewicz. O swoich doświadczeniach z akcji ratunkowej po ostatnim trzęsieniu ziemi w Turcji niezwykle ciekawie opowiedziała kpt lek. Olga Lewandowska. Prof. Goniewicz omówił natomiast fakty i mity związane z organizacją akcji ratunkowej w przypadku wystąpienia katastrofy naturalnej. Wykład o wybranych zagrożeniach związanych z bojowym wykorzystaniem nurków i ich implikacjach dla systemu służby zdrowia przedstawił kmdr por. rez. dr n. med. Maciej Konarski. Niebezpieczeństwa związane z użyciem broni jądrowej przedstawił kpt Łukasz Romaniuk, natomiast gen. bryg. rez. dr n. med. Andrzej Trybusz swoją prelekcję poświęcił broni biologicznej.

Rzeczą bardzo istotną jest przybliżanie środowisku cywilnemu lekarzy problemów związanych z medycyną wojskową.



Fot. 5 x Przemysław Ciupka

Mówimy i o ewakuacji medycznej, i systemie udzielania pomocy w warunkach polowych – zaznacza gen. Trybusz. Jest to o tyle ważne, że w programie studiów – to jest moje zdanie, ale polegające chyba na prawdzie – ta tematyka wojskowo-medyczna zniknęła – dodaje.

Patronat honorowy nad konferencją objęły: Porozumienie Lekarzy Medycyny Ratunkowej, Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej, Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych, Polska Rada Resuscytacji, Lotnicze Pogotowie Ratunkowe oraz Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Ratunkowego. (cep)

Endoproteza miednicy z drukarki 3D. Innowacyjna operacja w poznańskim „Strusiu”

Zespół prof. dr. hab. n. med. Jacka Kaczmarczyka z Oddziału Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu Szpitala im. J. Strusia w Poznaniu z sukcesem przeprowadził operację wszczepienia endoprotezy wydrukowanej w technologii 3D. Implant precyzyjnie dopasowany do potrzeb pacjentki pozwolił jej stanąć na nogi. Kobieta znów może chodzić, a z samą technologią związane są spore nadzieje.

U pacjentki doszło do obłuzowania założonej wcześniej endoprotezy. W takiej sytuacji poruszanie się poza dyskomfortem i bólem prowadzi do destrukcji kostnej. W tym przypadku ubytek w tkance kostnej stał się na tyle poważny, że uniemożliwił zastosowanie implantu rewizyjnego w typowym rozmiarze.

Wykonaliśmy m.in. tomografię komputerową, rezonans magnetyczny i na tej podstawie powstał model miednicy. Opie-



Fot. poznan.pl

rając się na nim, mogliśmy zaprojektować i wydrukować implant dedykowany tylko dla tej konkretnej osoby. W takiej sytuacji wszystko musi się zgadzać co do milimetra – podkreśla prof. Jacek Kaczmarczyk. Do takich wydruków stosowany jest specjalny rodzaj tytanu. Implant wypełnia dziurę ▶

Fot. Przemysław Ciupka



- ▶ powstała w wyniku poruszania się na obluźnionej endoprotezie i ma zapewnić proces osteointegracji, czyli przynajmniej kilkupunktowego połączenia implantu z kością. Bez tego cała operacja byłaby nic nie warta – dodaje.

Technologia 3D i stworzony dzięki niej implant sprawiły, że pacjentka chodzi, a nie mogła się poruszać samodzielnie przez niemal cały poprzedni rok. Takie świadczenie jest refundowane

przez NFZ, jednak ciągle bardzo drogie. Koszt samego wydruku to w tym przypadku kilkadziesiąt tysięcy złotych. Dlatego przy artrozach technika ta jest stosowana jak dotąd rzadko.

Nie mam wątpliwości, że ta technologia będzie się upowszechniać. Sięgnijmy pamięcią 30 lat wstecz – w całej Polsce zakładano wtedy kilkaset endoprotez, dziś są to dziesiątki tysięcy. Przy części z nich zawsze będzie dochodziło do obluźniania i powikłań, co oznacza konieczność przeprowadzania operacji rewizyjnych. Pacjentów będzie więc coraz więcej, a co za tym idzie wydruki staną się tańsze. W ciągu dekady większość implantów stosowanych przy zmianach zwyrodnieniowych będzie implantami dedykowanymi, „szytymi na miarę” – uważa prof. Kaczmarczyk.

Tego typu implanty znalazły już szerokie zastosowanie m.in. w ortopedii onkologicznej. W przypadku endoprotez biodra i kolana wykonane dotąd w Polsce operacje z wykorzystaniem druku 3D można policzyć na palcach jednej ręki.

PRZEMYSŁAW CIUPKA

Pierwsza w Wielkopolsce pompa Impella jako pomost do przeszczepu serca u młodego pacjenta we wstrząsie

W marcu zainicjowaliśmy w I Klinice Kardiologii Szpitala Uniwersyteckiego przy ul. Długiej w Poznaniu program leczenia wstrząsu kardiogenego. Naszym pierwszym pacjentem, u którego zastosowano system wspomagania lewej komory (Impella) jako długotrwały pomost do przeszczepu serca, był 23-latek.

Pacjent przyjęty został do kliniki (pododdział G) z ciężką niewydolnością serca w przebiegu kardiomiopatii z nieścienienia mięśnia lewej komory. Brak poprawy po intensywnym leczeniu farmakologicznym oraz po założeniu kontrapsacji wewnątrzaoortalnej (balon umieszczony w aorcie) zmusił nas do zmiany sposobu mechanicznego wspomagania serca. Pompę Impella stosujemy w I Klinice Kardiologii (kierownik prof. Maciej Lesiak) z powodzeniem już od kilku lat jako zabezpieczenie krótkoczasowe zabiegów angioplastyk wieńcowych czy ablacji arytmií komorowej u pacjentów wysokiego ryzyka. Tym razem po raz pierwszy zastosowaliśmy to urządzenie jako terapię długoterminową u pacjenta oczekującego na przeszczep serca. Po założeniu pompy stan chorego znacznie się poprawił. Objawy o charakterze duszności ustąpiły. System Impella pozwolił pacjentowi (po 16 dniach) bezpiecznie doczekać do przeszczepu serca, który został z powodzeniem wykonany 23 marca 2023 r. przez zespół naszych kardiochirurgów pod kierownictwem prof. Marka Jemielitego.

Impella jest to rodzaj niewielkiej pompy, którą umieszcza się z dostępu najczęściej przez tętnicę udową w lewej komorze serca. Urządzenie zasysa krew z komory i wyrzuca ją do aorty wstępującej. Urządzenie potrafi w zależności od potrzeb wygenerować odpowiedni rzut serca, czyli zapewnia dostarczenie odpowiedniej ilości krwi do narządów, co jest niezmiernie ważne, gdy własne serce nie zapewnia odpowiedniego przepływu.



Pacjent trzy dni po przeszczepie



Pompa Impella

Centrum Leczenia Wstrząsu Kardiogenego przeznaczone jest dla pacjentów z ostrą niewydolnością serca, a także z zaostreniem przewlekłej niewydolności serca. Zapraszamy do konsultacji.

Kontakt: tel. 618 549 161, 618 549 222;

e-mail: aneta.klotzka@usk.poznan.pl, marta.kaluzna-oleksy@usk.poznan.pl.

DR N. MED. ANETA KLOTZKA

Fot. Zx i Klinika Kardiologii



Anna Kurhańska-Flisykowska
Komisja Stomatologiczna ORL WIL

Rubryka stomatologiczna



Lepsza wycena, ale...

5 kwietnia Prezes NFZ opublikował zarządzenie w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne – a więc dotyczące podniesienia wyceny punktu w kontraktach stomatologów z NFZ. Apelowaliśmy o to podczas marcowego OZL.

Niestety nie podniesiono wysokości etatu przeliczeniowego, czyli jak pisze dr Anita Pacholec z NRL: „z lepszą wyceną lekarze szybciej zrealizują kontrakt, mniej się napracują, ale o zarobieniu większych pieniędzy nie mają co marzyć”. Nasz wiceprezes ds. stomatologii dr Jacek Zabielski martwił się już w styczniu, że jeśli MZ nie będzie mogło dosypać pieniędzy do koszyka, to wydłuży się czas oczekiwania w kolejce do lekarza, a ten, jeśli zechce, po dwóch tygodniach efektywnego przyjmowania może w godzinach NFZ uzupełniać dokumentację, prowadzić sterylizację, a nawet zrobić remont. Należy wyrazić obawę, że pacjenci mogą zrobić doktorowi awanturę, bo „siedzi i się gapi w okno”. I, co gorsza, będą mieli rację. A wtedy powinni wspólnie trenować empatię i kompetencje miękkie. Być może trzeba zlikwidować godziny na NFZ i zgodzić się na dopłaty. Efektywność nowoczesnego leczenia stomatologicznego byłaby znacznie lepsza, gdyby pacjent otrzymał część usługi, tę gwarantowaną od NFZ, a korony opłacił w komercji. Wydaje się, że łatwo można by uznać to za normalne. Pan Minister przegrał w Sejmie batalię o swoją wizję ustawy „no-fault” przez to, że pewna posłanka, lekarka, zachowała się naprawdę mądrze. A nie wierzyłam – przepraszam. Pan Minister dobrze zniósł porażkę, choć o przedkładaniu interesów korporacyjnych nad dobro pacjenta palnął chyba bez zastanowienia.

Za nami OZL

Doroczny Okręgowy Zjazd Lekarzy WIL w salach hotelu Novotel miał przyjemną oprawę, wyróżniono „Mentorem” stomatolożkę – dr hab. Barbarę Biedziak, kierownik Kliniki

Wad Rozwojowych Narządu Żucia UM, a także dr. n. med. Włodzimierza Łojewskiego z UM odznaczeniem „Zasłużony dla WIL” za wieloletnie reprezentowanie NRL w Komisji Egzaminacyjnej PES i całokształt zasług pedagoga. Wypada pogratulować!

Niestety podczas zjazdu nie bardzo było z kim pogawędzić, bowiem emeryci znają się od dawna, młodzi lekarze zapewne też, a „prawdziwych” lekarzy z Poznania po prostu prawie nie było. Przypominam, że nie odbyły się wybory w klinicznych szpitalach poznańskich ani nawet w Centrum Stomatologii UM. Dla stomatologów poznańskich (Poznań i obwarzanek) pozostało wolnych 28 miejsc. Komisja Wyborcza nie znalazła na to żadnego sposobu – osoby nieobecne mówią, że może ktoś ma czas, aby uchwalać program zjazdu od 9.00 do 13.00, „a my na przykład nie”. A nie są to osoby, którym wszystko jedno, i szkoda, że tak się stało. Tego głosu bardzo brak. To są m.in. lekarze wykonujący najtrudniejszą pracę kliniczną, opiekunowie rezydentów i stażystów, osoby, które pracują najciężej i uczestniczą w tworzeniu planów. Rozumieją też sarkazm dr. Rólskiego (z pełnym uszanowaniem) bez opóźnienia. A nie udały się te wybory, bo listy trzeba było zgłosić w czasie największego nasilenia zajęć, sprawozdań, przygotowywania punktów szczepień i przymiarek do szpitala kowidowego. Gdyby ktoś miał głowę w grudniu 2020 r. do wyborów w 2021, to może byłyby się przejęła. Znawcy mówią, że niewiele mogło tu pomóc.

Zapraszamy w maju

Wszystkich stomatologów prosimy uprzejmie o rezerwowanie czasu na kolejne spotkanie w Centrum Konferencyjnym EDU WIL przy ul. Szyperskiej 14 w Poznaniu. Termin: 27 maja 2023 r. (sobota). Będzie o planowaniu stałych uzupełnień protetycznych i związanych z tym problemach w praktyce klinicznej. Udział bezpłatny. Szczegóły niebawem na stronie internetowej wil.org.pl.

Innowacyjna metoda detekcji periopatogenów w zasięgu ręki lekarza dentysty – mit czy realia?

Zapalenie przyzębia jest chorobą szeroko rozpowszechnioną wśród populacji ludzkiej, będącą produktem oddziaływania wielu czynników na tkanki przyzębia.

Najważniejszym jednakże czynnikiem etiologicznym są bakterie, a postęp i nasilenie choroby są precyzyjnie uzależnione od reakcji immunologicznej organizmu. Urozmaicona odpowiedź gospodarza na patogeny, odpowie-

dzialna za przebieg choroby, zależna jest od uwarunkowań genetycznych i środowiskowych. Następstwem uogólnionego stanu zapalnego przyzębia może być utrata znacznej części uzębienia, a także wzmożone ryzyko rozwoju m.in. chorób układu sercowo-naczyniowego. Liczne badania wskazują, że kilkaset znanych gatunków mikroorganizmów zasiedla jamę ustną, jednakże tylko nieliczne szczepy mają zdolność wpływu na wzmożoną utratę przyzębia. ▶

Rubryka stomatologiczna



- W codziennej praktyce stomatologicznej lekarze dentyści borykają się z następstwami związanymi z zapaleniem przyzębia. Często stosowana jest niecelowana terapia antybiotykowa powodująca wiele działań niepożądanych. W celu ograniczenia potencjalnego zagrożenia wynikającego z nadużywania antybiotyków poszukuje się coraz doskonalszych technik diagnostycznych, które ułatwią detekcję periodontopatogenów w warunkach ambulatoryjnych.

W przeprowadzonych przez mnie badaniach pod kierownictwem prof. Anny Surdackiej i prof. Mariusza Kaczmarka wykorzystaliśmy izotermiczną amplifikację kwasów nukleinowych LAMP, wskazując ją jako technikę umożliwiającą szybką, czułą i wiarygodną detekcję głównych patogenów odpowiedzialnych za ostre i przewlekłe stany zapalne przyzębia. W celu weryfikacji przydatności techniki LAMP w badaniach przyzębia wykorzystano łańcuchową reakcję polimerazy (PCR) oraz łańcuchową reakcję polimerazy z analizą produktu w czasie rzeczywistym (*real-time PCR*), która stanowi obecnie „złoty standard” diagnostyczny w badaniach periodontopatogenów (oferowany jest także test mikrobiologiczny PET z wykorzystaniem *real-time PCR*). W ostatnim czasie metody izotermiczne, takie jak LAMP, zyskują stale rosnącą popularność. LAMP, podobnie jak *real-time PCR*, cechuje wysoka czułość i specyficzność, jednak wyróżnia się znacznie skróconym czasem wykonania oraz prostotą aparatury niezbędnej do przeprowadzenia reakcji, a co za tym idzie – istotną oszczędnością środków finansowych.

Oba typy łańcuchowej reakcji polimerazy, PCR i *real-time PCR*, od wielu lat są głównym narzędziem diagnostycznym. Reakcja PCR jest testem czułym, aczkolwiek podatnym na pojawienie się błędów, które głównie wynikają z obecności w środowisku reakcji czynników hamujących przebieg procesu i wpływających na skuteczność reakcji. Ponadto

konieczność posiadania wysoce specjalistycznej aparatury, termocyklera, często wyklucza jej wykorzystanie w warunkach ambulatoryjnych. Reakcja *real-time PCR* uznawana jest obecnie za podstawową technikę laboratoryjną umożliwiającą w relatywnie krótkim czasie oszacowanie oraz pełne monitorowanie reakcji poprzez ilościową analizę produktów amplifikacji. Aczkolwiek istotne ograniczenia metod PCR oraz *real-time PCR* skłaniają liczne grupy badawcze do poszukiwania alternatywnych metod.

Nadrzędnym celem naszej pracy było wykazanie użyteczności metody LAMP w celu detekcji peridontopatogenów odpowiedzialnych za ostre i przewlekłe zapalenie przyzębia oraz potencjalną możliwość wykorzystania tej techniki do szybkiej diagnostyki w warunkach gabinetu stomatologicznego. Szczególnie istotne dla podjęcia badań były informacje pochodzące z dostępnych danych literaturowych, w których stwierdzono, że LAMP jest metodą porównywalną z *real-time PCR*, a niektóre jej warianty wyróżniają się znacznie szybszym procesem analitycznym. W trakcie przeprowadzonych analiz molekularnych określono obecność DNA czterech patogenów: *Porphyromonas gingivalis*, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Fusobacterium nucleatum* oraz *Tannerella forsythia* w próbkach płynu dziąsłowego pozyskanych od chorych z zapaleniem przyzębia i od uczestników, u których nie stwierdzono wykładników patologicznych w obrębie tkanki przyzębia. Wyniki uzyskane metodą LAMP poddano weryfikacji technikami PCR i *real-time PCR*, które wykorzystano nie tylko w celu porównania skuteczności wykrywania patogenów, ale także czułości i specyficzności. Reasumując: metoda LAMP jest techniką analityczną, która może być wykorzystana do szybkiej oceny obecności periopatogenów w warunkach ambulatoryjnych w przypadkach zapalenia przyzębia oraz w przypadkach *periimplantitis*. DR N. MED. MARCIN LENKOWSKI

Za nami „Stomatologia estetyczna” w Zawidowicach

Sekrety białego uśmiechu i profesjonalnego wybielania – takim tematom poświęcono kolejną edycję konferencji naukowo-szkoleniowej dla lekarzy stomatologów, która odbyła się 15 kwietnia w Zawidowicach. Za organizację odpowiadały Komisja Stomatologiczna WIL oraz Delegatura WIL w Kaliszu.

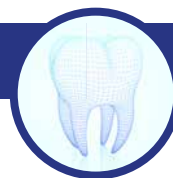
Jako wykładowcy wystąpili: dr n. med. Kaja Wichrowska-Rymarek, lek. dent. Katarzyna Kurkiewicz oraz tech. dent. Piotr Moś.

Temat konferencji wybrano nieprzypadkowo. Stomatologia estetyczna to jedna z najprężniej rozwijających się dziedzin medycyny, coraz popularniejsza wśród pacjentów i coraz szerzej dostępna w gabinetach stomatologicznych. *Pacjenci oprócz zdrowych zębów chcą mieć teraz piękny i biały uśmiech. My, jako stomatolodzy, wychodzimy naprzeciw tym oczekiwaniom i olbrzymiemu popytowi, jaki jest na rynku. Podczas takich szkoleń dajemy lekarzom stomatologom możliwość poznania różnych technik, ale także*



aspektów ekonomicznych w tym zakresie, ponieważ stomatologia estetyczna jest droga, a my nie możemy i nie chcemy wszystkimi kosztami obciążać samych pacjentów. Jak widać, zainteresowanie tą tematyką jest spore, w konferencji udział wzięło blisko 80 osób – powiedział lek. dent. Jacek Zabielski.

Rubryka stomatologiczna



„Puzzle stomatologiczne, dentysta – czas – ekonomia” to temat pierwszego z wykładów. Dr n. med. Kaja Wichrowska-Rymarek odpowiedziała na pytanie, czy dobra stomatologia musi być droga. Zaprezentowała też sekrety planowania pracy z pacjentem na przykładzie przypadków klinicznych. *Myszę, że to temat bardzo ważny, zwłaszcza w obecnej sytuacji ekonomicznej, zarówno z punktu widzenia lekarza dentysty, jak i pacjenta. Temat jest przekrojowy, ale starałam się w jednym wykładzie zawrzeć i podać podstawowe procedury kliniczne i ułatwienia w ich zakresie, które pozwalają na usprawnienie naszej pracy oraz ograniczenie kosztów. Na przykładzie zabiegów z zakresu stomatologii zachowawczej starałam się przedstawić uczestnikom, w jaki sposób jesteśmy w stanie wykorzystać różnego rodzaju techniki i procedury, połączyć je z odpowiednim doбором materiałów, tak aby z jednej strony zaoszczędzić czas, a z drugiej nie stracić jakości naszej pracy, tym samym tworzyć trwałe, estetyczne prace, z uwzględnieniem kwestii ekonomicznych* – podkreśliła dr Wichrowska-Rymarek.

Lekarz stomatolog Katarzyna Kurkiewicz podpowiedziała z kolei, jak uniknąć złamania narzędzi maszynowych. *Takie konferencje powinny odbywać się jak najczęściej, zwłaszcza w ramach działania izb lekarskich. To najłatwiejszy i najszybszy sposób na aktualizację naszej wiedzy, poznanie nowych wytycznych, sposobów leczenia. Bycie na bieżąco w medycynie jest warunkiem prawidłowego leczenia i prowadzenia pacjenta. Temat, który wybrałam, jest istotny, ponieważ jest bliski każdemu stomatologowi, który leczy kanałowo. Niestety w tej kwestii jest jeszcze wiele obaw i często lekarze odchodzą od stosowania narzędzi maszynowych właśnie w obawie przed ich złamaniem. Ja starałam się ten mit obalić* – mówiła dr Kurkiewicz.

Było też o „ABC systemu Erkodent w profesjonalnym wybielaniu”. Z tematyką tą uczestników zapoznał technik den-



Fot. 2x Anna Grzesiak

tystyczny Piotr Moś. *Dla nas, lekarzy, to okazja do zdobycia wiedzy. Wykładowcy, którzy przyjeżdżają do Zawidowic, przedstawiają nam najnowsze techniki, to jest cenne. A przy okazji wymieniamy doświadczenia, jak radzimy sobie w gabinetach, jak z pacjentami, a to jest ważna umiejętność* – podsumowała konferencję lek. stom. Marlena Budź z Kalisza.

Takie konferencje są niezwykle potrzebne. Na co dzień jesteśmy zamknięci w gabinetach, dużo pracujemy, często popadamy w rutynę. A szkolenie daje nam szansę przede wszystkim na spotkanie, wymianę doświadczeń, dyskusję w kularach i poznanie opinii innych koleżanek, kolegów po fachu na temat przypadków, jakie mieliśmy w gabinecie. Takie szkolenia dają nam na to szansę, a jeszcze miejsce, w którym się spotykamy, dodaje uroku – mówiła lek. dent. Krystyna Horoszkiewicz z Pleszewa.

Część praktyczną natomiast poświęcono sekretom białego uśmiechu i profesjonalnemu wybielaniu. Temat ten przybliżyła uczestnikom dypl. higienistka Edyta Sidor, a lek. dent. Katarzyna Kurkiewicz przedstawiła w praktyce zagadnienie dotyczące unikania złamania narzędzi maszynowych.

ANNA GRZESIAK

Jak komunikować się z pacjentem – kilka wskazówek dla lekarzy dentystów

Umiejętność odpowiedniej komunikacji z pacjentem ma podobne znaczenie dla lekarza jak wiedza kliniczna i umiejętności.

Z piśmiennictwa i z praktyki wiadomo, że relacja z pacjentem może przyczynić się do obniżenia lęku, dokładniejszego przestrzegania zaleceń lekarza dentysty i częstszego podejmowania zachowań sprzyjających zdrowiu jamy ustnej, np. profilaktyki. Odpowiednie zachowanie dentysty – obejmujące nie tylko komunikację za pomocą słów, ale także sygnały niewerbalne, takie jak mimika twarzy, utrzymywanie kontaktu wzrokowego i ton głosu – może sprawić, że pacjent będzie miał większe zaufanie do specjalisty i satysfakcję z opieki stomatologicznej. Warto podkreślić, że każdy – niezależnie od wieku czy doświadczenia życiowego – może te umiejętności rozwijać.

W niniejszym artykule omawiamy sposoby rozwiązywania konfliktów z pacjentami i wybrane aspekty komunikacji z pacjentem z lękiem stomatologicznym.

Komunikacja z innymi a umiejętność autorefleksji

Komunikacja międzyludzka ma charakter wymiany, nie jest jednokierunkowa. Nie tylko pacjent wpływa na nas, ale i my wpływamy na pacjenta. Poprzez swoje zachowanie możemy wywoływać uczucia pozytywne (sympatię, większy spokój, zadowolenie), ale również negatywne (złość lub rozczarowanie). Z tego powodu umiejętności komunikacji i rozwiązywania konfliktów wiążą się m.in. z umiejętnością autorefleksji. Rozwijanie umiejętności autorefleksji jest ważnym elementem kształcenia nie tylko studentów kierunków medycznych, ale również absolwentów w ramach kształcenia ▶

- ▶ podypłomowego w Polsce i na całym świecie. Umiejętność ta polega na samoobserwacji, analizie i zadawaniu sobie pytań na temat naszego zachowania, stylu komunikacji z innymi, zwracaniu uwagi na błędy i mocne strony.

W tym kontekście warto zastanowić się nad naszym „ogólnym” nastawieniem do pacjentów, nad tym, co o nich myślimy.

Z badań wiadomo, że lekarz może szybko wyciągać wnioski na temat cech pacjenta, np. spostrzega go jako sympatycznego lub niesympatycznego, inteligentnego lub nieinteligentnego, współpracującego lub niewspółpracującego. Te spostrzeżenia mają wpływ na to, jak lekarz pacjenta traktuje. Zjawisko to przypomina szeroko znane z badań psychologicznych „samospełniające się proroctwo”. Jeśli np. zakładamy, że osoba, która do nas przyszła, jest miła, będziemy zachowywać się wobec niej w sposób miły. Jeśli przyjmujemy, że ktoś jest „konfliktowy”, możemy nieświadomie odnosić się do niego w sposób, który odbierze jako „chłodny” i „nieżyczliwy”. Nasze zachowanie może wpłynąć na zachowanie pacjenta. Musimy pamiętać, że podenerwowanie czy niecierpliwość mogą wynikać z niepokoju, bólu lub zmartwienia, a nie z niewdzięczności lub braku wychowania.

W tym kontekście warto zastanowić się, jak na nas wpływają popularne określenia, takie jak „pacjent trudny” lub „pacjent roszczeniowy”. Czy używanie określenia „pacjent trudny” usprawni komunikację z tym pacjentem czy też nie? Można zauważyć, że „pacjent trudny” to w dalszym ciągu pacjent. Z tego powodu może warto postarać się go zrozumieć i zobaczyć w nim człowieka.

Jak rozwiązać konflikt za pomocą empatii?

W większości przypadków relacje z pacjentem układają się dobrze, ale we wzajemnych relacjach czasem może się pojawić napięcie, które może doprowadzić do konfliktu. Konflikty można zażegnać za pomocą empatii, która polega na wsłuchiwanie się w emocje pacjenta i zrozumieniu jego punktu widzenia. Empatia to oznaka, że aktywnie próbuje się rozwiązać jakiś problem. Poniżej prezentujemy strategie, które pomogą dojść do porozumienia.

1) Zrozum, że pacjenci mogą być niezadowoleni.

W medycynie i stomatologii są sytuacje, którą mogą wywołać niezadowolenie pacjenta. Na przykład wizyta była zaplanowana na godzinę 16.00, jest godzina 17.00 i zanoszą się jeszcze na co najmniej 30 minut oczekiwania. Niektórzy pacjenci bez słowa czekają, ale są tacy, którzy otwarcie wyrażają niezadowolenie. Przepraszając pacjenta, że musiał czekać, wyrażamy zrozumienie, że dana sytuacja (np. opóźnienie wizyty, ból po zabiegu) stanowiła kłopot i sprawiła, że pacjent ma negatywne zdanie na temat naszej pracy. Same przeprosiny (np. „Bardzo mi przykro, że musiał pan przeze mnie czekać”) mogą znacznie obniżyć stres pacjenta i rozładować napięcie. Przepraszając, warto zwrócić uwagę na ton głosu, ponieważ „odklepanie” przeprosin może czasem spowodować wzrost napięcia. Warto zaznaczyć, że zrozumienie niekoniecznie oznacza, że się z daną osobą zgadzamy czy przyznajemy do winy.

2) Wykorzystaj aktywne słuchanie!

Aktywne słuchanie oznacza nie tylko czynność słuchania, ale wymaga poświęcenia drugiej osobie całej uwagi i utrzymywania kontaktu wzrokowego. Nie należy przerywać ani wypełniać przerw w wypowiedzi za pomocą słów „tak”

i „pewnie”, które nasz rozmówca może odebrać jako zniecierpliwienie i popędzanie.

Sprawdź czy wiesz, o co chodzi!

Jedną z technik aktywnego słuchania jest tzw. klaryfikacja. Polega ona na powtarzaniu tego, co powiedział pacjent, z wykorzystaniem sformułowań takich jak: „Jeśli dobrze rozumiem, to...” lub „Pozwoli pan/i, że powtórzę, bo chcę być pewny, że wszystko zrozumiałem”. W ten sposób możemy sprawdzić, czy dobrze zrozumieliśmy wypowiedź drugiej osoby. Powtarzając to, co powiedział rozmówca, dajemy sygnał, że go słuchaliśmy. Można użyć sformułowania „innymi słowami”, można też używać podsumowania – pewnego skrótu tego, co powiedział pacjent. To też oznaka tego, że pacjent jest dla nas ważny, że słuchaliśmy nawet nieco przydługiej wypowiedzi.

Postaw się na miejscu rozmówcy i spróbuj „wejść w jego buty”!

Jeśli potrafimy rozpoznać uczucia pacjenta, potwierdzenie i zauważenie ich może przynajmniej w części rozładować emocje i rozwiązać konflikt. Jeśli np. rozmówca dzwoni w sprawie wypełnienia, które szybko wypadło, można użyć stwierdzenia takiego jak: „Tak, byłbym również niezadowolony, gdyby mnie to spotkało”. Jeśli podobna sytuacja przydarzyła się samemu dentyście, może o niej wspomnieć. To nie tylko wzmacnia więź z pacjentem, ale także potwierdza naszą troskę i zrozumienie dla jego odczuć.

3) Podziękuj i wyraż uznanie!

Pod koniec rozmowy możemy pacjentowi podziękować za przybycie, za to, że dba o swoje zdrowie. W końcu łatwiej zapobiegać niż leczyć. Pozwala to na pozytywne przeformułowanie rozmowy i pokazuje naszą otwartość i chęć rozwiązania problemu. Wdzięczność można także okazać w czasie rozmowy telefonicznej, dziękując za cierpliwość, jeśli na chwilę przerywamy połączenie lub gdy pacjent udzielił informacji pomocnych w rozwiązaniu problemu.

Dzięki empatii można rozwiązać większość konfliktów. W rozładowaniu napięcia mogą pomóc szczere przeprosiny. Słuchajmy drugiej osoby w sposób aktywny i poprośmy o wyjaśnienie. Nawijamy emocjonalne więzi, aby budować zaufanie. Okażmy wdzięczność pacjentowi za poświęcony czas, dzięki czemu pozytywnie przeformulujemy rozmowę.

Jak sobie radzić z lękiem dentyścym?

Lęk stomatologiczny jest zjawiskiem powszechnym. Oznacza to, że pewien niepokój przed wizytą u dentystry odczuwa większość z nas. Lęk czy ból może wpływać na zachowanie samego pacjenta, powodując jego rozdrażnienie, złość, przygnębienie lub nawet agresję. Radzenie sobie z pacjentem z lękiem jest również źródłem napięcia dla samego dentystry i jest jedną z determinant relacji między nim a pacjentem. Z tego powodu pisząc na temat komunikacji w stomatologii, zjawiska tego nie można pominąć. Dentysta może mieć do czynienia zarówno ze strachem, jak i z lękiem stomatologicznym. Pojęcie „strach” odnosi się do obaw związanych z sytuacją, którą pacjent już przeżył. Na przykład pacjent obawia się podawania zastrzyku ze znieczuleniem lub wiertła, bo już tego doświadczył. Z kolei lęk odnosi się do obaw przed nieznanym. Lęk czy strach same w sobie są zjawiskiem normalnym, „fizjologicznym”. Wpływają na nas niekorzystnie, jeśli przekroczą pewien poziom. Wiadomo, że osoby z wysokim

poziomem lęku stomatologicznego mogą mieć tendencję do radzenia sobie z nim poprzez stosowanie strategii unikania. Oznacza to po prostu, że mniej lub bardziej świadomie odkładają wizytę u dentysty na później, co może spowodować pogorszenie się stanu jamy ustnej i np. konieczność zabiegów endodontycznych. Uważa się również, że lęk stomatologiczny jest częstą przyczyną odwoływania wizyty w ostatniej chwili. Niezależnie jednak od znaczenia pojęcia „lęk” i „strach” są w języku potocznym często używane zamiennie.

Z kolei dentofobia, która jest często mylona z lękiem stomatologicznym, występuje o wiele rzadziej. Dentofobia jest tzw. fobią specyficzną, która wymaga rozpoznania przez specjalistę w oparciu o szczegółowe kryteria diagnostyczne. Lęk stomatologiczny może mieć wiele przyczyn. Wśród nich wymienić można oczywiście obawę przed bólem, uprzednie doświadczenia związane z leczeniem stomatologicznym lub z leczeniem w ogóle, ale nie tylko. Lęk może także wynikać z poczucia braku wpływu na sytuację i pewnej nieprzewidywalności doświadczenia dentystycznego (np. rodzaj i czas trwania zabiegów, m.in. borowania) i innych przyczyn.

Co ciekawe, powszechnie stosowane w stomatologii znieczulenie miejscowe wydaje się mieć niewielki wpływ na lęk pacjenta, a zabieg w znieczuleniu ogólnym może sprawić, że w przyszłości pacjent będzie się bał jeszcze bardziej. Duża część osób z lękiem w pewnym momencie przełamuje się i „dojrzewa” do decyzji o rozpoczęciu leczenia. Z tego powodu poniżej umieszczamy kilka wskazówek, które mogą ułatwić komunikację z pacjentem z lękiem i pomóc w obniżeniu lęku dentystycznego.

Zapytaj pacjenta, czy odczuwa lęk dentystyczny. Leczenie pacjentów, którzy obawiają się leczenia, wymaga szczególnego podejścia, delikatności w leczeniu. Im wcześniej lekarz dowie się, że pacjent się boi, tym lepiej. W piśmiennictwie podkreśla się konieczność obiektywnej oceny lęku. Oznacza to, że dentysta powinien podejmować ten temat w rozmowie z pacjentem. Pacjent niekoniecznie sam powie, że się boi. Nie wystarczy również analiza jego zachowania, a sygnały niewerbalne, takie jak podenerwowanie, nieśmiałość lub drżenie głosu, mogą być mylące. Z dotychczasowych opublikowanych prac wynika zresztą, że subiektywna ocena lęku dentystycznego przez lekarza w oparciu o zachowanie pacjenta może różnić się znacznie od poziomu lęku zgłaszanego przez pacjenta.

Istnieje kilka kwestionariuszy lęku dentystycznego, np. składający się z pięciu pytań kwestionariusz MDAS, który przedstawiono w tabeli.

Lęk pacjenta można także ocenić za pomocą pojedynczych pytań, takich jak: „Zważywszy wszystko, jak bardzo boisz się leczenia dentystycznego?” (*Dental Fear Survey*) lub „Ogólnie, jak bardzo boisz się chodzenia do dentysty?” (*Dental Anxiety Question*). Pytania na temat lęku powinny być częścią wywiadu przed rozpoczęciem leczenia. Pacjentowi należy dać chwilę na zastanowienie się i odpowiedź. Szczególnie ważne jest uznanie i wyrażenie zrozumienia dla obaw pacjenta, a nie odrzucanie ich, zamiana w żart lub próba wytłumaczenia, że „nie ma się czego bać”. Kiedy pacjent da odpowiedź twierdzącą, najlepiej jest zachować spokój i nie komentować tego za pomocą słów i/lub sygnałów niewerbalnych (np. wzdychania). Warto zauważyć, że wbrew powszechnemu przekonaniu zadawanie pytań na temat lęku

Pytania w skali MDAS

- Q1. Gdybyś jutro miał wyznaczony termin wizyty u dentysty, jakbyś się czuł?
- Q2. Jak się zazwyczaj czujesz w poczekalni u dentysty?
- Q3. Jak się czujesz, jeśli wiesz, że dentysta będzie używał wiertła?
- Q4. Jak się czujesz, jeśli lekarz zaplanował zabieg usunięcia kamienia?
- Q5. Jak się czujesz, wiedząc, że podczas wizyty będziesz miał wykonane znieczulenie?

Pacjent wybiera jedną z możliwych odpowiedzi, którym przyporządkowana jest następująca punktacja:

- spokojny/-a – 1 pkt,
- trochę zdenerwowany/-a – 2 pkt,
- zdenerwowany/-a – 3 pkt,
- bardzo zdenerwowany/-a – 4 pkt,
- ogromnie zdenerwowany/-a – 5 pkt.

Interpretacja wyników w oparciu o sumę uzyskanych punktów:
0–5 pkt – brak lęku, 6–10 pkt – słaby lęk, 11–18 pkt – silny lęk, 19–25 pkt – bardzo silny lęk.

Źródło: Dubielecka MT, Rusyan E, Panczyk MZ i wsp. Wstępna ocena wykorzystania polskiej wersji językowej skali MDAS w badaniu poziomu lęku przed leczeniem stomatologicznym u dorosłych mieszkańców Warszawy. *Nowa Stomatol.* 2016; 21(4): 203-217. DOI:10.5604/14266911.1231636.

czy strachu nie powoduje wzrostu niepokoju pacjenta. Jeśli pacjent odpowie ogólnie, np. „Boję się dentystów”, można za pomocą pytań otwartych i zamkniętych sprecyzować powody lęku pacjenta.

Jedną z metod pozytywnie wpływających na komunikację z pacjentem jest technika jatrosedacji. Jest to podejście systematyczne, czyli należy tę metodę stosować w czasie wszystkich wizyt pacjenta przez cały czas ich trwania. Technika ta polega na budowaniu relacji, wzajemnej komunikacji i zaufania. Termin „technika” lub „metoda” nie w pełni oddaje ducha czy sens jatrosedacji. Wykorzystanie jatrosedacji wiąże się bowiem z odpowiednim nastawieniem do pacjenta, polegającym na jego zrozumieniu i „wejściu w jego buty”. Dentysta poprzez spokojne zachowanie, cierpliwość i postawę może spowodować, że pacjent wyciszy się i łatwiej mu będzie współpracować. Podkreślmy znaczenie spokojnego zachowania i mówienia. Jeśli zachowujemy się spokojnie, to może to wpłynąć na obniżenie niepokoju pacjenta. Duże znaczenie ma dostarczenie informacji o przewidywanych zabiegach. Może bowiem sprawić, że pacjent zmieni swoje przekonania na temat leczenia, będzie wiedział, czego się spodziewać (np. borowania, zdejmowania kamienia, szlifowania zęba), jak długo te zabiegi będą trwać i czy będzie bolało.

Przekazanie informacji wpłynie na poczucie przewidywalności podczas zabiegu, co obniży napięcie. Użyteczność informacji zależy m.in. od tego, kiedy przekazujemy ją pacjentowi i jakie są jego preferencje pod tym względem. Informacje o zabiegach dotyczą kolejnych części procedury (np. podanie środka znieczulającego, opracowanie zęba itd.).

Część pacjentów chciałaby uzyskać informację, jak będzie wyglądał zabieg „krok po kroku”, inni wolą dowiedzieć się tego na początku wizyty. Najlepiej jeszcze przed rozpoczęciem pracy zapytać pacjenta, co i kiedy mu powiedzieć tak, aby to zrobić w odpowiednim momencie. Należy dodać, że to, co jest jasne dla dentysty, niekoniecznie jest jasne dla pacjenta. Pacjent z bolącym zębem zazwyczaj nie wie, co jest przyczyną bólu i najczęściej nie zna się na stomatologii. Z drugiej strony ma on prawo wiedzieć i rozumieć, co się dzieje w jego jamie ustnej, jakie zabiegi go czekają, a lekarz powinien mu o tym powiedzieć w odpowiedni sposób. ►

► Jak przekazywać informacje na temat stanu jamy ustnej?

Zagadnienia związane z przekazywaniem informacji pacjentowi są podejmowane przede wszystkim w odniesieniu do medycyny ogólnej, np. w onkologii. Sposób przekazania rozpoznania, dobór słów, ton głosu lub wyraz twarzy w czasie rozmowy mają również znaczenie w stomatologii. Zanim pokażemy pacjentowi zniszczone zęby na monitorze, warto zapytać się, czy pacjent chciałby te zęby zobaczyć. Czym innym jest oglądanie własnych zębów po zakończonym zabiegu, a czym innym przed. Pamiętajmy, że widok ubytków może pogłębić niepokój i wstyd. Podobnie jak w medycynie, odpowiednie słowa mogą sprawić, że pacjent będzie spokojniejszy, bardziej zadowolony z opieki i wyleczy wszystkie zęby. Prawo do informacji odnosi się również do uzyskania przez pacjenta wiedzy na temat dostępnych metod leczenia i dokonanie świadomego wyboru. Pisemna lub ustna zgoda na wykonanie zabiegu powinna mieć charakter zgody świadomej, a nie tylko podpisu na formularzu. Nie wystarczy poinformować pacjenta na temat jednej metody, którą arbitralnie wybraliśmy. Lekarz ma nie tylko prawny, ale i etyczny obowiązek dokładnego omówienia proponowanego leczenia z pacjentem w sposób dla niego zrozumiały. Dentysta powinien również w sposób jasny powiedzieć pacjentowi o ewentualnych komplikacjach (np.: szlifowanie żywych zębów pod korony lub mosty protetyczne czasem powoduje powikłania ze strony miazgi i oębnej). Pacjent powinien również znać cel zabiegu (np. założenie mostu ma cel estetyczny, a nie leczniczy). Nawet jeśli pacjent wydaje się niezainteresowany leczeniem z przyczyn finansowych lub innych, dentysta ma etyczny obowiązek poinformowania go o najlepszym możliwym leczeniu i upewnienia się, że pacjent rozumie potencjalne ryzyko wynikające z nieprzestrzegania zaleceń. Podobnie w przypadku odmowy leczenia należy powiadomić pacjenta, w jaki sposób odmowa ta może wpłynąć na zdrowie jamy ustnej.

Jak rozmawiać na temat bólu?

Informowanie pacjenta odnosi się również do bólu lub dyskomfortu związanego z zabiegiem. Kiedyś uważano, że tematu bólu nie należy w ogóle podejmować, nawet jeśli pacjent pyta o ewentualność jego wystąpienia. Pamiętajmy, że jeśli odpowiemy pacjentowi, że nie będzie bolało, a w rzeczywistości bolało będzie, to może to negatywnie wpłynąć na zaufanie pacjenta. Pacjent ma prawo wiedzieć, czy zabieg będzie bolesny czy nie. Jednocześnie wskazuje się, że ból najlepiej opisywać przed zabiegiem za pomocą neutralnych, niewzbudzających strachu określeń, np. „Otrzyma pan zastrzyk, będzie pan miał poczucie rozpierania w dziąsłach”. Jeśli uprzedzimy pacjenta, będzie on mógł psychicznie przygotować się do przykrego elementu zabiegu, np. poprzez rozluźnienie się. Zwróćmy też uwagę, że wielu pacjentów nie chce lub nie może mieć znieczulenia. Część pacjentów z chorobami współistniejącymi musi skorzystać ze znieczulenia bez adrenaliny, które nie jest doskonałe. Po podaniu środka znieczulającego powinniśmy odpowiednio poczekać i upewnić się, że środek już zadziałał, np. pytając się o pacjenta.

Komunikacja z pacjentem z dysfunkcją wzroku i słuchu

W przypadku pacjentów z dysfunkcją wzroku i słuchu ważne jest odpowiednie zachowanie. Zwracając się do ta-

kiego pacjenta, powinniśmy mówić tak, żeby wiedział, że chodzi właśnie o niego (np. „Panie Stanisławie, zapraszam, teraz pana kolej”). Pacjent może mieć trudności z trafieniem z poczekalni do gabinetu. Dlatego warto go zaprowadzić, podając mu ramię. W gabinecie najlepiej położyć dłoń pacjenta na oparciu fotela dentystycznego. Dalej pacjent poradzi sobie sam. Przy wchodzeniu lub wychodzeniu z gabinetu, w którym jest osoba niedowidząca, należy to zakomunikować, np. przedstawić się lub powiedzieć, że wychodzimy. W przypadku pacjentów z dysfunkcją wzroku powinniśmy zwrócić uwagę na nasz ton głosu. W przypadku tych osób bodźce słuchowe (podobnie jak bodźce węchowe i dotykowe) „kompensują” utratę wzroku, zyskując na znaczeniu. Może się zdarzyć, że pacjent odbiera nas jako bardzo zniecierpliwionych, a nasz głos jako „ostry”, gdy tymczasem naszym zdaniem nasz głos jest prawie normalny lub nieco głośniejszy (bo np. jesteśmy zmęczeni). Może to doprowadzać do nieporozumień. W przypadku pacjentów niedosłyszących ważny jest odpowiedni wyraz twarzy (uśmiech). Niektórzy pacjenci mają problem z usłyszeniem pewnych głosek i słyszą je niewyraźnie (np. „p”, „t” lub „k” zamiast „s”). Z tego powodu należy zwrócić uwagę, czy mówimy wyraźnie i nie za szybko. W przypadku tych pacjentów szczególnie ważny jest kontakt wzrokowy, ponieważ część z nich czyta z ust. Jeśli pacjent przyjdzie z tłumaczem, to słuchamy tłumacza, ale patrzymy na pacjenta.

Piśmiennictwo:

1. Alvarez S, Schultz JH. A communication-focused curriculum for dental students – an experiential training approach. *BMC Med Educ.* 2018; 18(1): 55. Published 2018 Mar 27. DOI:10.1186/s12909-018-1174-6.
2. American Dental Association. Informed Consent/Refusal Guidelines for Practice Success, managing Patients, policies. <https://www.ada.org/resources/practice/practice-management/managing-patients-informed-consent-refusal> (dostęp: 10.03.2023).
3. Dubielecka MT, Rusyan E, Panczyk MZ i wsp. Wstępna ocena wykorzystania polskiej wersji językowej skali MDAS w badaniu poziomu lęku przed leczeniem stomatologicznym u dorosłych mieszkańców Warszawy. *Nowa Stomatol.* 2016; 21(4): 203-217. DOI:10.5604/14266911.1231636.
4. Humphris GM, Dyer TA, Robinson PG. The modified dental anxiety scale: UK general public population norms in 2008 with further psychometrics and effects of age. *BMC Oral Health.* 2009; 9: 20. Published 2009 Aug 26. DOI:10.1186/1472-6831-9-20.
5. Lee H, Chalmers NI, Brow A et al. Person-centered care model in dentistry. *BMC Oral Health.* 2018; 18(1): 198. Published 2018 Nov 29. DOI:10.1186/s12903-018-0661-9.
6. Nitschke I, Ulbrich T, Schrock A, Hopfenmüller W, Jockusch J. What Counts for the Old and Oldest Old? An Analysis of Patient Criteria for Choosing a Dentist – Part II: Personal Characteristics and Soft Skills. *Int J Environ Res Public Health.* 2022; 19(14): 8621. Published 2022 Jul 15. DOI:10.3390/ijerph19148621.
7. Pytlarz-Pietraszko M. Respektowanie prawa pacjenta do informacji jest obowiązkiem lekarza – przegląd orzecznictwa. <https://www.magazyn-stomatologiczny.pl/a3721/Prawo-pacjenta-do-informacji.html/m64> (dostęp: 16.03.2023).
8. Street RL Jr, Gordon H, Haidet P. Physicians' communication and perceptions of patients: is it how they look, how they talk, or is it just the doctor? *Soc Sci Med.* 2007; 65(3): 586-598. DOI:10.1016/j.socscimed.2007.03.036.

Jakie tajemnice skrywa DNA Ludwiga van Beethovena?

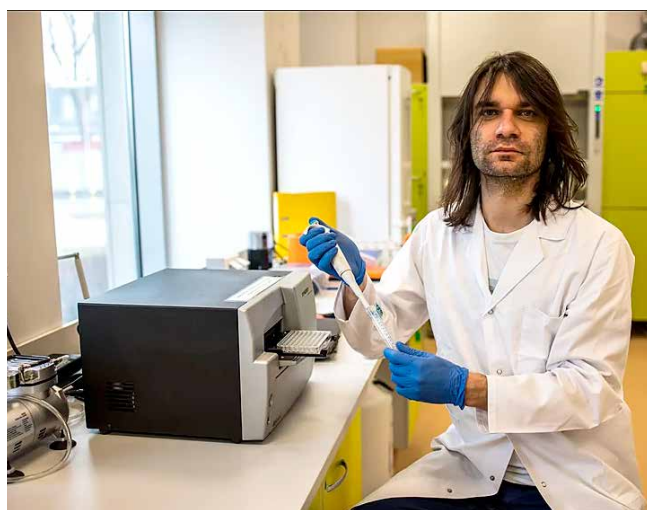
Dociekanie przyczyn perturbacji zdrowotnych i przedwczesnej śmierci Ludwiga van Beethovena doprowadziło do unikalnego spotkania trzech światów: muzyki, medycyny i biologii molekularnej.

Zycie i osiągnięcia Ludwiga van Beethovena (1770–1827) przepełnione są niezwykłym kontrastem pomiędzy pogarszającym się słuchem kompozytora a jego muzycznym geniuszem. Twórca symfonii, sonat i koncertów fortepianowych, uwertur, kantat, dzieł sakralnych, pieśni, ponad 40 utworów kameralnych i opery „Fidelio” już w wieku 28 lat skarżył się na trudności ze słyszeniem wysokich tonów. Swoje największe dzieło, a zarazem jedno z najwybitniejszych w historii muzyki klasycznej, IX symfonię d-moll, stworzył ogarnięty całkowitą głuchotą. Nie słyszał więc również gremialnych oklasków i entuzjastycznych owacji publiczności towarzyszących jej premierowemu wykonaniu 7 maja 1824 r. Beethoven stał wtedy za dyrygentem, tyłem do audiencji. Według jednej z opowieści pod koniec koncertu podeszła do niego Caroline Unger, węgierska śpiewaczka operowa, która obróciła go tak, by był w stanie w ogóle dostrzec reakcję zgromadzonej na sali publiki.

Przyczyny utraty słuchu wielkiego kompozytora pozostają niejasne. Przez lata proponowano różne wyjaśnienia, w tym czynniki zakaźne, choroby autoimmunologiczne, schorzenia układu kostnego, a także przewlekłe narażenie na ołów. Według niektórych autorów to ostatnie mogło również doprowadzić do innych wyniszczających zmian w organizmie Beethovena, skutkujących jego przedwczesną śmiercią. Kompozytor zmarł 26 marca 1827 r. w wieku 56 lat. Sekcja zwłok przeprowadzona następnego dnia przez dr. Johanna Wagnera wykazała marskość wątroby, martwicę brodawek nerkowych, powiększoną trzustkę i śledzionę. Z zapisków historycznych wiadomo, że ok. trzy miesiące przed śmiercią Beethoven nabawił się zapalenia płuc. Odwiedzający go wtenczas lekarz odnotował zarówno żółtaczkę, jak i spuchnięte nogi – objawy niewydolności wątroby.

Przewlekłe narażenie na ołów może faktycznie prowadzić do dysfunkcji wątroby, niealkoholowego jej stłuszczenia, a nawet marskości. W czasach, w których żył Beethoven, wciąż zdarzało się zaprawiać tym ciężkim metalem wino, by zatuzować smakowe niedociągnięcia tańszych wersji tego trunku. Kompozytor natomiast nadużywał wina przynajmniej przez ostatnią dekadę swojego życia, a na droższe rarytasy stać go nie było. W teorii narażenie na ołów mogło też doprowadzić do dysfunkcji nerek, stanów nerwowości, z których Beethoven był znany, oraz utraty słuchu. Jednak niektórzy badacze zastanawiali się, czy do ekspozycji na ten pierwiastek nie doszło dopiero pod koniec życia kompozytora. Nie można wykluczyć bowiem, że zapalenie płuc, którego nabawił się w grudniu 1826 r., leczone było właśnie związkami tego metalu.

Hipotezę ołowiu jako sprawcy różnorodnych problemów zdrowotnych wspierały też wyniki badań zawartości tego pierwiastka w tzw. loku Hillera, czyli najsłynniejszej próbce włosów, które ściąć miał po śmierci Beethovena piętnastoletni Ferdinand Hiller, później również kompozytor muzyki.



Fot. Archiwum autora

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

Włosy przechodziły z rąk do rąk. Podejrzewa się, że w czasach drugiej wojny światowej posłużyły żydowskiej rodzinie jako opłata za ucieczkę z Wiednia do USA. W 1994 r. słynny kosmyk włosów został zakupiony na londyńskiej aukcji przez Amerykańskie Towarzystwo Beethovena za 7,4 tys. dol. Jego badania wykazały ok. 100-krotnie wyższą zawartość ołowiu, niż można by się spodziewać w przeciętnej próbce ludzkich włosów. Te wyniki umocniły tezę, że to przewlekłe narażenie na ten pierwiastek doprowadziło do problemów ze zdrowiem kompozytora.

Podważyły ją badania przeprowadzone w 2010 r. przez grupę naukowców z *Icahn School of Medicine at Mount Sinai* w Nowym Jorku. Posługując się metodą fluorescencji rentgenowskiej, zbadali zawartość ołowiu w dwóch fragmentach czaszki przypisywanej Beethovenowi. Pierwiastek ten gromadzi się w układzie kostnym, skąd usuwany jest bardzo wolno, przez lata, a nawet dekady. Jednak ilość ołowiu w analizowanych próbkach była porównywalna do tej, której można spodziewać się w czaszce przeciętnej osoby. Naukowcy doszli zatem do wniosku, że Beethoven nie mógł na niego być długotrwale narażony, wykluczając tym samym tę hipotezę jako przyczynę utraty słuchu, uszkodzeń nerek i wątroby, a w konsekwencji także zgonu. Fragmentami czaszki zainteresowali się jednak wybitni eksperci z dziedziny osteologii, którzy doszli do wniosku, że nie mogły być one pozyskane w trakcie sekcji zwłok kompozytora – nie nosiły bowiem żadnych znamion cięcia, które powinno być na nich widoczne. Orzeciono więc, że musiały należeć do innej osoby, a w międzyczasie błędnie je opisano.

Tezę o chronicznym zatruciu ołowiem stawiają pod znakiem zapytania również najnowsze badania, których wyniki opublikowano w marcu 2023 r. na łamach „*Current Biology*”. Naukowcy pozyskali łącznie osiem różnych próbek włosów przypisywanych Beethovenowi w celu próby wyizolowania z nich DNA i poddania analizie sekwencjonowania. To zresztą nie pierwszy raz, gdy podejmowano się takiej sztuki, ale w przeszłości kończyły się one niepowodzeniem z powodu niedoskonałości dostępnych metod. Jednak przez ostatnie ►



Portret Ludwiga van Beethovena z 1820 r. autorstwa Josepha Karla Stieler.

- ▶ dwie dekady dokonał się spory postęp w rozwoju technik ekstrahowania i analizowania DNA z wielowiekowych, częściowo zdegradowanych próbek, a następnie składania sekwencji genomu z różnych pozyskanych fragmentów materiału genetycznego. Korzystając z tych osiągnięć, badaczom udało się ustalić, że tzw. lok Hillera należał do człowieka z parą chromosomów płci... XX. Pogłębiona analiza wykazała, że kobieta, do której należała próbka włosów, pochodziła najpewniej z populacji bliskowschodniej bądź północnoafrykańskiej. A zatem stwierdzone wcześniej podwyższone stężenia ołowiu w tej próbce nie są częścią historii Ludwiga van Beethovena, tylko bliżej nieznaney osoby.

Analiza wykazała jednak, że pięć z pozyskanych przez badaczy próbek pochodziło od tego samego mężczyzny. Ponieważ spełniały one jeszcze inne warunki uwiarygadniające ich autentyczność, uznano, że pochodzą z głowy Beethovena. Wyizolowany z nich materiał genetyczny poddano więc dalszej szczegółowej analizie. Ostatecznie udało się złożyć mniej więcej dwie trzecie całego genomu wielkiego kompozytora. A to umożliwiło już poszukiwanie ewentualnych genetycznych uwarunkowań wybranych chorób, które mogłyby wyjaśniać przyczynę perturbacji ze zdrowiem. Co odkryto?

Analiza wielogenowa ryzyka marskości wątroby umieściła Beethovena w 96. percentylu ryzyka. Kompozytor na obu kopiach genu kodującego patatynopodobną fosfolipazę (*PNPLA3*) charakteryzował się polimorfizmem rs738409, który jest najsilniejszym genetycznym predyktorem niealkoholowego stłuszczeniowego zapalenia wątroby. Na dodatek w żadnej z kopii genu *PNPLA3* nie występował u niego polimorfizm rs2294918, który może łagodzić szkodliwe wpływy tego pierwszego. Analiza danych molekularnych i klinicznych zgromadzonych przez UK Biobank wykazała, że ponad 20 proc. mężczyzn z dokładnie takim jak u Beethovena homozygotycznym układem genu *PNPLA3*, rozwija marskość wątroby. A przecież kompozytor na domiar złego nadużywał alkoholu.

Gdyby tego było mało, Beethoven był złożoną heterozygotą dla dwóch wariantów powiązanych przyczynowo z hemochromatozą – posiadał polimorfizm rs1799945 oraz rs1800562 w genie *HFE*. Hemochromatoza polega na nadmiernym wchłanianiu żelaza z układu pokarmowego, co w rezultacie prowadzi do przeładowania organizmu tym pierwiastkiem. Gromadzi się on w szczególności w wątrobie, trzustce, sercu, stawach i przysadce mózgowej, uszkadzając te narządy,

a w przypadku tego pierwszego – sprzyja marskości. Sam układ heterozygotyczny *HFE*, którego posiadaczem był kompozytor, nie był jeszcze najgorszy z punktu widzenia ryzyka klinicznego, ale wiadomo, że w jego przypadku nadużywanie alkoholu jest silnym wyzwalaczem problemów z wątrobą. Analiza danych UK Biobank wskazuje, że aż 14 proc. mężczyzn z takimi uwarunkowaniami dotyka marskość.

W jednej z próbek badaczom udało się również zsekwencjonować DNA wirusa zapalenia wątroby typu B (HBV). Od pewnego czasu wiadomo, że włosy są rezerwuarem materiału genetycznego tego wirusa, zarówno w okresie przewlekłej, jak i ostrej infekcji. Pochodziły one z próbki włosów znanych jako tzw. lok Stumpffa, których wzrost obejmuje okres od lata do zimy 1826 r. Wiadomo więc, że pod koniec życia Beethoven niemal na pewno żył z HBV. Pytanie, kiedy doszło do zakażenia, pozostaje natomiast otwarte. W próbkach włosów pochodzących z wcześniejszego okresu nie stwierdzono DNA należącego do HBV, ale nie wyklucza to możliwości infekcji wirusem z uwagi na dynamiczne fluktuacje wirerii w przebiegu przewlekłego zakażenia. Wiadomo natomiast, że HBV prowadzi do dysfunkcji wątroby i istotnie zwiększa ryzyko jej marskości.

Obciążenia genetyczne, nadużywanie alkoholu i HBV – przy takim naporze można bez przesady stwierdzić, że wątroba Ludwiga van Beethovena nie miała łatwo. To właśnie wypadkowa tych czynników jest najbardziej prawdopodobną przyczyną jego przedwczesnej śmierci. A co z przyczynami utraty słuchu? Badaczom nie udało się zidentyfikować jakichkolwiek istotnych uwarunkowań genetycznych chorób, w przebiegu których wystąpić może głuchota. Stwierdzono jedynie wybrane genetyczne markery predysponujące Beethovena do tocznia rumieniowatego układowego, w przebiegu którego wystąpić może nagle utrata słuchu. Dzieje się to jednak tak rzadko, że nie da się na podstawie poczynionych obserwacji sformułować ostatecznych wniosków. Podobnie zresztą jak nie da się wykluczyć innych wskazywanych przyczyn głuchoty kompozytora, bo nie mają one uwarunkowań genetycznych bądź nie są one znane.

A zatem przeprowadzona analiza DNA nie wyjaśnia wszystkich tajemnic dotyczących stanu zdrowia Ludwiga van Beethovena. Jednak dzięki niej genom kompozytora, dostępny teraz w domenie publicznej, może być przedmiotem kolejnych dociekań badawczych. Jest to też dowód na rosnące możliwości współczesnej nauki, której niekiedy wystarczy jedynie liczący niemal 200 lat włos, by dostarczyć nowych informacji o możliwych losach człowieka.

Proponowane przyczyny głuchoty Ludwiga van Beethovena:

Infekcja <i>Treponema pallidum</i>
Otoskleroza
Zapalenie błędnika
Zapalenie ucha środkowego
Zapalenie nerwu słuchowego
Choroba kości Pageta
Dur plamisty
Toczeń rumieniowaty układowy
Zatrucie ołowiem

Prof. Jacek Wysocki ponownie na czele Polskiego Towarzystwa Wakcynologii

Od czasu powstania Polskiego Towarzystwa Wakcynologii prof. Jacek Wysocki, członek Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, nieprzerwanie zasiada w jego zarządzie. 1 kwietnia po raz trzeci został wybrany na przewodniczącego PTW.

■ **Przemysław Ciupka:** Zaczę od gratulacji – dla nas, jako przedstawicieli Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, to zawsze nobilitujące, kiedy Wielkopolanin staje na czele znaczącego towarzystwa naukowego. Jednocześnie wydaje się, że przed Panem Profesorem niełatwe zadanie przewodniczenia Polskiemu Towarzystwu Wakcynologii w czasach, kiedy rosną w siłę ruchy antyszczepionkowe, a dezinformacja jest szerzona na coraz większą skalę.

Prof. Jacek Wysocki: My się zajmujemy szczepieniami od strony naukowej i na pewno do naszych zadań należy też edukacja. Przy czym w pierwszej linii zajmujemy się edukacją pracowników ochrony zdrowia. Jest duża potrzeba szkolenia lekarzy, pielęgniarek. Okazało się, że farmaceuci mogą szczepić, fizjoterapeuci, więc tu jest pracy dużo. Współpracujemy również na przykład z organizacjami dziennikarskimi, jesteśmy obecni na pewnych portalach społecznościowych. Trzeba pamiętać, że te zagadnienia edukacyjne rozkładają się na różne instytucje w Polsce, które się szczepieniami zajmują, a my na tym polu współdziałamy. To ważne, by dotrzeć do ludzi z prawdziwą wiedzą.

■ **Wytyczył sobie Pan konkretne cele do zrealizowania na bieżącej kadencji?**

Mamy pewien sposób działania i do niego należą: co dwa lata organizacja dużej krajowej konferencji, w tym roku odbędzie się ona w listopadzie, a gościć będziemy w Krakowie. Wiosną corocznie organizujemy warsztaty na różne tematy, najczęściej dotyczą współpracy ze specjalistami innych dziedzin medycyny. Wiadomo, że szczepienia weszły i są w internecie, pulmonologii, ginekologii czy reumatologii – i moglibyśmy wymieniać kolejne specjalizacje. Prowadzimy oczywiście stronę internetową, ale założyliśmy też grupę na Facebooku „Szczepienia dla profesjonalistów”. Tam rejestrują się właśnie profesjonaliści, bo zależy nam na tym,

żeby rozmawiać z fachowcami, a nie odpierać hakerskie czy też hejterskie ataki, to jest nam niepotrzebne. Grupa liczy ponad 7000 członków. Wśród naszych stałych aktywności jest również opiniowanie planowanego kalendarza szczepień.

Jeżeli miałbym ukuć jakieś hasło na tę kadencję, to brzmiałoby ono: „Jeszcze lepsza współpraca z lekarzami innych specjalności”. Bardzo dużo rzeczy rozbija się o postawę wobec szczepień lekarza innej niż nasza specjalizacji, który leczy pacjenta. Przykład: problem szczepień ciężarnych będzie w dużym stopniu zależał od postawy ginekologów, jak do tego podejda, czy będą z pacjentkami rozmawiali, czy nie. Nikt nie oczekuje od nich, że będą szczepić, ale to oni powinni przekazać tę zachętę. Naszą rolą jest dotarcie z edukacją do tego środowiska, co robimy od kilku lat, ale to wymaga wzmocnienia.

■ **Gdzie jest bariera do przełamania? Problemem jest komunikacja?**

Wiedza wakcynologiczna nie jest powszechna w każdej specjalizacji. O ile dla pediatry, lekarza rodzinnego czy zakaźnika są to rzeczy oczywiste i musi je znać, o tyle w innych specjalizacjach bywa różnie. Aczkolwiek widzimy, że szereg dziedzin dołącza do tego grona. Na przykład dobrą współpracę mamy z pulmonologami, oni przekonali się do szczepień przeciwko grypie, pneumokokom czy covidowi i na tym polu dobrze z nami współdziałają. Reumatolodzy stworzyli kanon szczepienia swoich pacjentów. Natomiast cięża jest ciągle tematem, gdzie brakuje pełnego przekonania – czy dobrze jest szczepić ciężarną kobietę, czy nie wpłynie to na bezpieczeństwo płodu? Te problemy uwidoczniły się w czasie pandemii i były praktycznie rozstrzygane. Ale poza covidem są dwa szczepienia, które u kobiet ciężarnych mogą odegrać kolosalną rolę – przeciwko grypie i krztuścowi. W przypadku



krztuśca chodzi tu o ochronę dziecka, które się urodzi. Wiemy, że niemowlęta przechodzą tę chorobę bardzo ciężko. Tymczasem jest technika polegająca na szczepieniu kobiet w trzecim trymestrze, wtedy matka przekazuje dziecku przeciwciała i to dziecko jest chronione. Jest to rzecz ważna, w wielu krajach już bardzo zaawansowana, a my ciągle się z tym zmagamy, bo brakuje przekonania, o czym już wspominałem. Tu jest właśnie rola ginekologa, żeby zapytał: czy szczepiła się pani przeciwko grypie, przeciwko krztuścowi? To jest ważne z ich strony. Samo szczepienie wykona już POZ lub inna poradnia.

■ **Jednym z podstawowych zadań izb lekarskich jest sprawowanie pieczy nad prawidłowym wykonywaniem zawodu lekarza. Z kolei towarzystwa naukowe krzewią i w pewien sposób wyznaczają to, co nazywamy aktualną wiedzą medyczną, której lekarze i lekarze dentyści zobowiązani są przestrzegać. Można powiedzieć, że te kompetencje w pewien sposób się zająbiają.**

Bez wątplenia współpracujemy. Wiemy, że Wielkopolska Izba Lekarska prowadzi program refundacji szczepień dla swoich członków oraz ich dzieci. Naczelna Izba Lekarska również wykazuje zainteresowanie szczepieniami od wielu lat. To jest kwestia szerzenia prawdziwej, zweryfikowanej naukowo wiedzy. Wydaje mi się, że towarzystwa naukowe są dla każdego lekarza pomocą. To one śledzą to, co się dzieje w nauce, udostępniają wyniki najnowszych badań, publikują dane, organizują konferencje. Rola towarzystw w zakresie krzewienia wiedzy jest nie do przecenienia. ■

O ruchach migracyjnych w kontekście chorób zakaźnych

Spotkanie szkoleniowe dotyczące chorób zakaźnych odbyło się 30 marca w siedzibie konińskiej delegatury WIL.

Dr n. med. Rafał Krygier przedstawił wykład pt. „Zagadnienia związane z ruchami migracyjnymi w kontekście chorób zakaźnych” z omówieniem m.in. programu obowiązkowych szczepień ochronnych, potwierdzeniem jego realizacji (dokumentacja, fałszowanie dokumentacji), szczepień COVID-19, a także częstości występowania chorób, przeciwko którym nie ma szczepień (zakażenia HCV, HIV).

Uczestnicy poznali również sytuację epidemiologiczną w zakresie chorób zakaźnych takich jak odra, polio, gruźlica, HBV, wścieklizna i COVID-19 możliwych do uniknięcia dzięki szczepionkom. Omówione zostały również warunki sanitarne, w jakich przebywają uchodźcy, zwłaszcza kobiety i dzieci.

Dr Krygier zaprezentował zestawienia z porównaniem kalendarza szczepień w Polsce i na Ukrainie oraz informację o ich realizacji, danych o spadku szczepień przeciwko odrze, śwince, różyczce, a także występowaniu zakażeń odrą, polio, gruźlicą i HIV. Przybliżył ponadto sposób profilaktyki i leczenia HIV/AIDS, akcje informacyjne skierowane do migrantów, skalę występowania zakażeń HBV i HCV, SARS-



Fot. Delegatura WIL w Koninie

-CoV-2 oraz chorób przenoszonych drogą płciową jak kiła, HPV, rzeżączka czy NGU. Zwrócił także uwagę na występowanie i leczenie gruźlicy wielolekoopornej.

Wykład w dużym stopniu poruszył też kwestię ruchów migracyjnych spowodowanych napływem do Polski obcokrajowców po wybuchu wojny na Ukrainie, ale też migrantów z pozostałych rejonów świata, głównie z Azji. (ag)

Spotkanie farmaceutów i lekarzy w Lesznie

Piątek 31 marca na naszym comiesięcznym lekarskim spotkaniu w Bibliotece Miejskiej w Lesznie należał do... farmaceutów.

Zaprosiliśmy z wykładami prezes Wielkopolskiej Rady Aptekarskiej dr n. med. Alinę Górecką oraz dr n. farm. Małgorzatę Horoszkiewicz z Poznania.

Uczestnikami spotkania obok lekarzy i lekarzy dentyków byli właśnie leszczyńscy farmaceuci. Tematy okazały się arcyciekawe. Najpierw o lekach recepturowych mówiła dr Małgorzata Horoszkiewicz, podając nam wiele nowych możliwości recepturowych czy wręcz gotowych receptur na różne formy leków – tym bardziej że w recepturze są to leki ryczałtowe, a więc dużo tańsze od gotowych medykamentów. Przygotowane przez prelegentkę materiały dydaktyczne dla lekarzy rozeszły się jak „świeże bułeczki”.

Natomiast dr Alina Górecka, omawiając nowelizację ustawy o zawodzie farmaceuty, wyjaśniła wątpliwości, które mogłyby się nasuwać, czytając zapisy literalnie. Omówienie chociażby takich zagadnień jak wywiad farmaceutyczny, opieka farmaceutyczna dla pacjenta, przegląd lekowy a nowe uprawnienia farmaceutów – wzbudziły dyskusję, ale rozwiąły szereg obaw lekarzy.

Po wykładach w niezwykle życzliwej atmosferze planowaliśmy kolejne spotkania i nowe tematy tych wspólnych spotkań tak, aby kontynuować zawiązujące się wzajemne sympatie.

LEK. LIDIA DYMALSKA-KUBASIK



Fot. Zx Biblioteka Miejska w Lesznie

Z MEDYCZNEJ WOKANDY

Czy sądy lekarskie potrzebują biegłych?



Jerzy Sowiński

Jędrzej Skrzypczak

Zeby wyjaśnić, o co chodzi w tytule naszego tekstu, przypomnijmy na wstępie, że w postępowaniu przed sądami lekarskimi, zgodnie z art. 59 ust. 2 ustawy o izbach lekarskich, jeżeli stwierdzenie okoliczności mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy wymaga wiadomości specjalnych, zasięga się opinii biegłego lub specjalisty. Najczęściej chodzi oczywiście o biegłych lekarzy, ale Okręgowy Sąd Lekarski w Poznaniu korzystał z biegłych np. z zakresu grafologii lub reklamy. Dodatkowo w myśl ust. 3. tego przepisu w celu wydania opinii o stanie zdrowia psychicznego obwinionego powołuje się dwóch biegłych lekarzy psychiatrów.

Od zawsze jednak pojawiały się wątpliwości, czy w sądach lekarskich konieczne jest powoływanie biegłych. W sądach powszechnych w sprawach medycznych jest to normą, ale dla sędziów zawodowych wiedza medyczna jest przeciwieństwem „tajemną”. A w sądach lekarskich? Oczywiście nie zawsze jest możliwe, aby zestawić skład orzekający w taki sposób, aby np. w sprawie ginekologicznej orzekało trzech ginekologów. A to z tej przyczyny, że po pierwsze po prostu tylu ich nie ma w składzie OSŁ, po drugie, np. przy ponownym rozpoznaniu sprawy trzeba wyznaczać inny skład, a po trzecie, środowisko jest dość małe, więc ryzyko, że sędzia OSŁ zna podsądnego zawsze może wystąpić. A wówczas bezwzględnie taką osobę wyłącza się z rozpoznania sprawy. Co więcej, skład OSŁ WIL jest ograniczony aktualnie do 33 osób. Niestety nie mamy obecnie w gronie sędziów lekarskich – tak jak byśmy chcieli – przedstawicieli wszystkich specjalizacji, np. psychiatrów czy neurologów. Piszemy o tym po pierwsze, aby zachęcić P.T. Czytelników do zaangażowania się w prace OSŁ, ale po drugie, żeby pokazać, że pojawić się może sytuacja, iż skład orzekający np. w sprawie psychiatry składa się z lekarzy czy lekarzy dentystów innych specjalności. Ale z drugiej strony niekiedy jest z kolei tak, że w sprawie chirurgicznej orzekają tylko chirurdzy. To jak to jest? Czy sąd lekarski potrzebuje w takich sprawach biegłych, czy rozpatrywane kwestie należą do kategorii wiadomości specjalnych, nieznanych sądowi? A wreszcie, jeżeli opinia została już sporządzona przez biegłych, to czy sąd lekarski może stwierdzić, że w świetle własnej wiedzy i doświadczenia biegli nie mają racji?

Próbę odpowiedzi na te wszystkie pytania można znaleźć w wywodach Sądu Najwyższego w sprawie zakończonej wyrokiem z dnia 19 grudnia 2018 r. (sygn. akt I KK 11/18). Stan faktyczny przedstawiał się tu następująco. Lekarz A.W. został obwiniony o to, że „w dniu 28 stycznia 2013 r., w Centrum Pediatrii w S. niedostatecznie starannie badał trzynastoletnią W.K.S., co miało polegać na pominięciu badania stanu ogólnego dziecka (temperatura, wygląd słuzówek), niewykonaniu badania objawów Jaworskiego i Rovsinga oraz badania *per rectum*, niezleceniu badań laboratoryjnych, co z kolei miało skutkować tym, że pacjentka została odesłana do odległego o 20 km miejsca zamieszkania z nieprecyzyjnym zaleceniem

zgłoszenia się w razie braku poprawy. Wszystkie ww. działania lekarza spowodowały opóźnienie przyjęcia pacjentki do szpitala i wykonania operacji wyrostka robaczkowego, co w konsekwencji zakończyło się jej śmiercią dnia 13 lutego 2013 r.”. W sprawie dopuszczono opinie biegłych, ale sąd lekarski uznał właśnie, że zgodnie ze swoją wiedzą i doświadczeniem zawodowym wie lepiej, a biegli nie mieli racji. Finalnie, orzeczeniem sądu I instancji, czyli OSŁ w X., dr A.W. został „uznany niewinnym postawionego mu zarzutu”. Naczelny Sąd Lekarski utrzymał w mocy wyrok sądu lekarskiego I instancji. Od powyższego prawomocnego orzeczenia kasację do Sądu Najwyższego wniósł pełnomocnik pokrzywdzonych. A w ocenie Sądu Najwyższego kasacja okazała się zasadna. Jak zaznaczył SN w uzasadnieniu swojej decyzji, w środku odwoławczym pełnomocnik pokrzywdzonych zawarł konkretne zarzuty dotyczące sposobu oceny opinii, które wykorzystał sąd lekarski I instancji. SN podkreślił, że nawet jeżeli lekarski sąd odwoławczy zdecydował się podzielić pogląd sądu I instancji co do poprawności czynności zawodowych podjętych przez obwinionego, zobligowany był do przedstawienia argumentów, które przekonały go, że opinie biegłych kwestionujące takie ustalenie były nierzetelne lub nietrafne. Opowiedzenie się za jednym z możliwych stanowisk dotyczących wymaganych standardów medycznych – zdaniem SN – nie mogło być dokonywane w sposób arbitralny czy powołujący się jedynie na „doświadczenie” lub „wiedzę” organu orzekającego. Tego SN już nie napisał, ale warto to zaznaczyć, że owszem, jest to możliwe, ale sąd lekarski musi rzetelnie rozprawić się z opiniami i uzasadnić, dlaczego się z nimi nie zgadza, a nie jedynie cały wywód sprowadzić do sentencji: „doświadczenie i wiedza organu orzekającego nakazuje nie zgodzić się z opiniami biegłych”. Kontynuując wywody, SN podkreślił, że z istoty postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy wynika, że członkowie sądów lekarskich dysponują specjalistyczną wiedzą medyczną i mogą, odwołując się do niej, oceniać także opinie biegłych czy ekspertów złożone w sprawie. Ocena ta musi być wszakże oparta na możliwych do zweryfikowania merytorycznych argumentach. Czyli, dodajmy, odpowiednim uzasadnieniu. SN zaznaczył nadto, że warto także pamiętać, że jedną ze specyficznych cech odpowiedzialności zawodowej lekarzy jest pogłębiona analiza zarówno standardów etycznych, jak i profesjonalnych, mających zastosowanie w pracy zawodowej lekarza. Z uwagi jednak na specyfikę jego czy jej pracy, w konkretnej sytuacji może okazać się, że ustalenie to nie jest możliwe. W takiej sytuacji przepisy prawa procesowego nakazują niedające się usunąć wątpliwości rozstrzygać na korzyść obwinionego. Oczywiście ów mechanizm można zastosować dopiero wówczas, gdy wykorzystane zostaną wszelkie dostępne sposoby usunięcia owych wątpliwości. Nie należy do tych sposobów ►

► arbitralne odwołanie się do „doświadczenia i wiedzy” organu orzekającego, bez przedstawienia konkretnych argumentów z owej wiedzy czy doświadczenia wynikających i jednocześnie pozwalających w sposób konkluzywny wybrać jedną z rozważanych wersji. Jak podkreślił SN w swoim uzasadnieniu, w odniesieniu do wskazanych przez pełnomocnika pokrzywdzonych opinii biegłych, tj. lek. K.B. oraz Zespołu Biegłych Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) Uniwersytetu Medycznego, NSL stwierdził jedynie, że postulowane badania diagnostyki laboratoryjnej „nie są wiążące i mają znaczenie jedynie pomocnicze”. Brak jest jednak jakiegokolwiek argumentacji, która kwestionowałaby tezy zaprezentowane przez pełnomocników pokrzywdzonych w opiniach specjalistycznych zaliczonych w poczet materiału dowodowego sprawy. Owa argumentacja musiałaby uwzględniać zarówno metodologiczną, jak i merytoryczną wartość tych opinii, a ponadto ich status w postępowaniu.

Podsumowując: po pierwsze należy podkreślić, że to sąd, a w naszym przypadku sąd lekarski, jest zawsze najwyższym biegłym. Stąd też jeżeli czuje się kompetentny (w składzie zasiadają reprezentacji danej specjalności, a dodatkowo dana procedura medyczna jest sędziemu OSL znana i ma w tym zakresie doświadczenie), może sam ocenić merytorycznie

dany przypadek. Absolutnie nie ma obowiązku, aby w każdej sprawie powoływać biegłych. To sąd decyduje, oczywiście na własne ryzyko, czy po pierwsze dopuścić opinię biegłego bądź biegłych, a po drugie, jeżeli taka ekspertyza już zostanie dopuszczona, a następnie sporządzona – czy wywody i wnioski w niej zawarte przekonują sąd. Można zawsze dopuścić dowód z opinii innego biegłego lub zespołu biegłych. Ale można poprzestać na własnych ustaleniach. Tylko że zawsze trzeba to uzasadnić i wejść w polemikę z ustaleniami biegłych. Ale – powtórzmy raz jeszcze – to sąd jest najważniejszym i ostatecznym biegłym. Zresztą żaden biegły nie może wyręczyć sądu lekarskiego z przeprowadzenia oceny wszystkich zgromadzonych w sprawie dowodów i osądzenia obwinionego lekarza. To nie jest zadanie dla biegłych, tylko dla sądu. Jedynie zgodnie z art. 59 ust. 3 ustawy o izbach lekarskich w celu wydania opinii o stanie zdrowia psychicznego obwinionego powołuje się dwóch biegłych lekarzy psychiatrów. I od tego OSL nie może odstąpić, nawet jeżeli w skład zespołu orzekającego wchodziłoby sami psychiatry. Konkludując: sądy lekarskie potrzebują niekiedy opinii biegłych, ale nie zawsze i nie w każdej sprawie. A jak już taką opinię otrzymają, to powinny podchodzić do niej jak do każdego innego dowodu. Z pewnością nie może to zastąpić sądu lekarskiego. ■

Za niecałe 2,5 roku

O budowie Centralnego Zintegrowanego Szpitala Klinicznego w Poznaniu pisaliśmy na naszych łamach w 2021 i w kolejnym roku. Przedstawiliśmy założenia projektu, etapy realizacji tej wielkiej i ważnej inwestycji. Wtedy nic nie zapowiadało problemów.

28 lutego 2023 r. w portalu Termedia.pl Krystian Lurka pisał m.in.: „Zwiększają się ceny materiałów budowlanych i koszty pracy – na dokończenie budowy nowego centralnego szpitala klinicznego w Poznaniu brakuje 200 mln złotych. Uda się dokończyć budowę Centrum Medycyny Ratunkowej i Interwencyjnej z oddziałem ratunkowym, blokiem operacyjnym, oddziałem intensywnej terapii oraz ładowiskiem. Powstanie gmachu, do którego mają przeprowadzić się kliniki zabiegowe z ulicy Grunwaldzkiej, nie jest zagrożone. Kłopoty są za to z drugim etapem inwestycji, czyli budową gmachów, do których mają przenieść się oddziały ze starych poznańskich szpitali przy ulicy Długiej i Przybyszewskiego. Na budowę tej części szpitala trwa przetarg w formule «zaprojektuj i wybuduj»”.

3 kwietnia 2023 r. media poinformowały, że sytuacja diametralnie się zmieniła. Na szczęście na lepsze. Oto tego dnia w Centrum Kongresowo-Dydaktycznym w Poznaniu – w obecności ministra zdrowia Adama Niedzielskiego – podpisana została umowa z konsorcjum Warbud SA i TKT Engineering Sp. z o.o. na realizację inwestycji „Budowa Centralnego Zintegrowanego Szpitala Klinicznego w Poznaniu (etap IB CZSK) w zakresie Modułów 3a, 4a, 4b, 5a, 5b i pawilonu wejściowego w formule «zaprojektuj i wybuduj»”.

Na stronie www.ump.edu.pl czytamy: To historyczny moment nie tylko dla społeczności Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, ale także dla mieszkańców naszego miasta i regionu, gdyż dzięki podpisanej umowie możliwa będzie realizacja drugiego etapu inwestycji. Powstaną kolejne 3 budynki szpitalne z wielospecjali-

stycznymi oddziałami. Cały budżet projektu to 590 978 000 zł, z czego 520 370 000 zł pochodzi z budżetu państwa w ramach programu wieloletniego pn. „Centralny Zintegrowany Szpital Kliniczny – centrum medycyny interwencyjnej (etap I CZSK)”, a także ze środków Unii Europejskiej i środków własnych. Pozostała część finansowana jest z kredytu udzielonego przez Europejski Bank Inwestycyjny przy wsparciu Unii Europejskiej za pośrednictwem Europejskiego Funduszu na rzecz Inwestycji Strategicznych EFIS.

W formule „zaprojektuj i wybuduj”, czytamy na stronie www.warbud.pl, powstaną trzy budynki o powierzchni całkowitej ponad 30 tys. m². Zadanie realizowane będzie od kwietnia 2023 do października 2025 r. Docelowo w nowo wybudowanych obiektach znajdą się oddziały kardiologii z intensywną terapią, kardiologii z transplantologią, endokrynologii, chirurgii naczyniowej, otolaryngologii, chirurgii szczękowo-twarzowej, neurochirurgii i neurotraumatologii, hipertensjologii i diabetologii.

Po ukończeniu budowy tych modułów przeprowadzimy do nich wszystkie oddziały szpitalne z zabytkowego budynku przy ul. Długiej i niektóre z budynków przy ul. Przybyszewskiego – mówił podczas podpisywania umowy prof. dr hab. Andrzej Tykarski, rektor Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

*Cieszymy się, że nasza oferta – przygotowana z myślą o najlepszych rozwiązaniach i funkcjonalności przyszłego szpitala – okazała się najkorzystniejsza i dziś, w tym miejscu, możemy podpisywać umowę. Nie jest to nasz pierwszy wspólny projekt, lecz kontynuacja współpracy. Dobrej, wymagającej, ale partnerskiej. Dlatego wiemy, że budowa zakończy się sukcesem. **Za niecałe 2,5 roku mieszkańcy Poznania będą mogli korzystać z nowoczesnego szpitala** – zadeklarował Nicolas Dépret, prezes Zarządu Warbud SA. (asp)*



Aleksandra Mazgajska

PIGUŁKA PRAWNA

Fundacja rodzinna a zachówek



Krzysztof Kozik

Już niedługo, bo 22 maja 2023 r. wchodzi w życie długo wyczekiwana przez wielu przedsiębiorców, w tym również przez lekarzy, ustawa z dnia 26 stycznia 2023 r. o fundacji rodzinnej (dalej: Ustawa), która wprowadza do polskiego porządku prawnego nowy podmiot, jakim jest fundacja rodzinna oraz jednocześnie nowelizuje m.in. przepisy prawa spadkowego ujęte w Kodeksie cywilnym, w tym zwłaszcza kwestie zachowku.

Fundacja rodzinna to dobry pomysł na sukcesję?

Ustawodawca, dostrzegając potrzeby i oczekiwania przedsiębiorców prowadzących firmy rodzinne, wprowadził do obowiązującego systemu prawnego ciekawe rozwiązanie mające na celu przeprowadzenie sukcesji biznesu rodzinnego, m.in. prowadzonego w ramach podmiotu leczniczego w sposób niezakłócający jego funkcjonowania, a mianowicie fundację rodzinną. Jednym z głównych założeń tej instytucji jest ochrona majątku przedsiębiorstwa rodzinnego przed dokonaniem podziału pomiędzy spadkobiercami poprzez jego utrzymanie i budowanie w ramach jednego podmiotu.

Zgodnie z definicją zawartą w Ustawie fundacja rodzinna będzie osobą prawną utworzoną w celu gromadzenia mienia, zarządzania nim w interesie beneficjentów oraz spełniania świadczeń na rzecz beneficjentów. Fundator będzie miał obowiązek wnieść do fundacji rodzinnej mienie na pokrycie funduszu założycielskiego o wartości określonej w statucie, nie niższej niż 100 tys. zł.

Co ciekawe, fundacja rodzinna ustanowiona w testamencie przez spadkodawcę może być spadkobiercą, w przypadku gdy zostanie wpisana do rejestru fundacji rodzinnych w ciągu dwóch lat od ogłoszenia testamentu.

Zmiany w przepisach dotyczących zachowku – zarys

W związku z wprowadzeniem rozwiązania, jakim jest fundacja rodzinna w pewnym zakresie jednocześnie ulegną zmianie przepisy prawa spadkowego, w tym dotyczące zachowku. Poniżej skupimy uwagę na niektórych z nich.

W pierwszej kolejności warto wskazać, że do katalogu źródeł zaspokojenia zachowku wprowadzono świadczenia od fundacji rodzinnej lub mienie w związku z rozwiązaniem fundacji rodzinnej. Jak bowiem będzie wynikać z art. 991 par. 2 kc w nowym brzmieniu, jeżeli uprawniony nie otrzymał należnego mu zachowku, m.in. w postaci świadczenia od fundacji rodzinnej lub mienia w związku z rozwiązaniem fundacji rodzinnej, przysługuje mu przeciwko spadkobiercy roszczenie o zapłatę sumy pieniężnej potrzebnej do pokrycia zachowku albo jego uzupełnienia.

Poza tym nowe przepisy nakładają przy obliczaniu zachowku obowiązek doliczania także do spadku funduszu założycielskiego fundacji rodzinnej wniesionego przez spadkodawcę, w przypadku gdy ta fundacja nie jest ustanowiona w testamencie oraz mienia w związku z rozwiązaniem fundacji rodzinnej o wartości nie większej niż wysokość funduszu założycielskiego fundacji rodzinnej wniesionego przez spadkobiercę. Chodzi zatem o to, by przy obliczaniu zachowku uwzględnić majątek fundacji wyłącznie pochodzący od spadkodawcy.

Z kolei przy obliczaniu zachowku nie będzie doliczać się do spadku m.in.:

- funduszu założycielskiego wniesionego przed więcej niż 10 laty, licząc wstecz od otwarcia spadku, chyba że fundacja rodzinna jest spadkobiercą;
- mienia w związku z rozwiązaniem fundacji rodzinnej otrzymanego przez osoby niebędące spadkobiercami albo uprawnionymi do zachowku przed więcej niż 10 laty, licząc wstecz od otwarcia spadku.

Nowo dodany art. 996 par. 2 kc stanowi, że świadczenie od fundacji rodzinnej lub mienie w związku z rozwiązaniem fundacji rodzinnej przekazane na rzecz uprawnionego do zachowku zalicza się na należny mu zachówek. Jeżeli uprawnionym do zachowku jest dalszy zstępny spadkodawcy, zalicza się na należny mu zachówek także świadczenia od fundacji rodzinnej i mienie w związku z rozwiązaniem fundacji rodzinnej na rzecz jego wstępnego, a więc np. rodzica.

Jeżeli natomiast uprawnionym do zachowku jest zstępny spadkodawcy, zalicza się na należny mu zachówek koszty zrealizowanego przez fundację rodzinną obowiązku alimentacyjnego ciążącego na spadkodawcy, o ile koszty te przekraczają przeciętną miarę przyjętą w danym środowisku.

Nadto ustawodawca w ramach nowelizacji wprowadził możliwość żądania przez obowiązane do zaspokojenia roszczenia z tytułu zachowku odroczenia terminu jego płatności, rozłożenia go na raty, a w wyjątkowych przypadkach – obniżenia zachowku, przy uwzględnieniu sytuacji majątkowej i osobistej uprawnionego do zachowku oraz obowiązane do zaspokojenia roszczenia z tytułu zachowku. Co warto zaznaczyć, przedmiotowe rozwiązanie ma ogólne zastosowanie, tj. odnosi się zarówno do wszystkich osób uprawnionych do zachowku, jak i obowiązanych do jego zapłaty.

Podsumowanie

Z pewnością warto za życia zastanowić się nad bezpiecznym zaplanowaniem sukcesji, zwłaszcza jeżeli prowadzicie Państwo prężnie działający rodzinny biznes – podmiot leczniczy, a temu z pewnością może służyć rozwiązanie w postaci fundacji rodzinnej. Jeżeli jednak tego rodzaju podmiot nie byłby odpowiedni w Państwa przypadku, istnieją również inne ciekawe opcje umożliwiające sprawne i optymalne przeprowadzenie sukcesji.

Bazując na dotychczasowej praktyce, wiemy, że starannie przygotowany proces przekazania firmy następnemu pokoleniu pozwoli na zachowanie ciągłości działalności.

KRZYSZTOF KOZIK – RADCA PRAWNY

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

ALEKSANDRA MAZGAJSKA – RADCA PRAWNY

e-mail: a.mazgajska@pawelczyk-kozik.pl

KSO, SOLO, Ośrodek i Centrum

30 marca 2023 r. prezydent Andrzej Duda złożył podpis pod ustawą z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej. Głównym celem tej ustawy jest zapewnienie każdemu pacjentowi, niezależnie od miejsca zamieszkania, równego dostępu do koordynowanej i kompleksowej opieki onkologicznej.

Tworzymy wreszcie Krajową Sieć Onkologiczną – krajową sieć placówek wraz z całym systemem leczenia onkologicznego, walki z chorobami onkologicznymi w taki sposób, by w jak największym stopniu sprzyjać pacjentowi i aby ułatwić pacjentowi dostęp na równych zasadach i w równym stopniu do opieki onkologicznej na terenie całego kraju tak, aby stworzyć dla każdego szansę – podkreślił prezydent.

Ustawa określa organizację i zasady funkcjonowania **Krajowej Sieci Onkologicznej (KSO)**, która ma obejmować następujące poziomy zabezpieczenia opieki onkologicznej:

Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego (SOLO) I poziomu, II poziomu oraz III poziomu – podmiot wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne, realizujący opiekę onkologiczną, tj. diagnostykę onkologiczną, leczenie onkologiczne lub monitorowanie, realizowane na podstawie umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie, o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 2, 3, 15, 16 i 17a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z wyjątkiem diagnostyki lub leczenia nowotworów krwi, świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom poniżej 18. roku życia oraz świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach przyjęcia w trybie nagłym.

W strukturze organizacyjnej SOLO II poziomu albo SOLO III poziomu może funkcjonować **Ośrodek Satelitarny** zlokalizowany poza siedzibą główną tego podmiotu albo zorganizowany w ramach innego podmiotu wykonującego działalność leczniczą na podstawie umowy z SOLO II poziomu, albo SOLO III poziomu, zlokalizowany na obszarze tego samego województwa – będący jednostką organizacyjną udzielającą świadczeń diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego z obszaru leczenia zabiegowego chirurgicznego, lub chemioterapii i innych metod leczenia systemowego, lub radioterapii onkologicznej.

W strukturze SOLO II poziomu i SOLO III poziomu może funkcjonować **Centrum Kompetencji** wyspecjalizowane w diagnostyce onkologicznej i leczeniu onkologicznym określonego rodzaju nowotworu lub grupy nowotworów, zapewniające kompleksową realizację procesu diagnostyki onkologicznej, leczenia onkologicznego i monitorowania, w ramach którego jest realizowana wielospecjalistyczna

opieka nad świadczeniobiorcą w zakresie, o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 2, 3, 15, 16 i 17a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Podmioty wykonujące działalność leczniczą niewchodzące w skład Krajowej Sieci Onkologicznej nie są uprawnione do realizacji opieki onkologicznej w ramach zawartej z Funduszem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Ośrodek Kooperacyjny – inny niż SOLO podmiot wykonujący działalność leczniczą, realizujący opiekę onkologiczną w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Prezes Funduszu dokonuje kwalifikacji podmiotów wykonujących działalność leczniczą na dany poziom zabezpieczenia opieki onkologicznej Krajowej Sieci Onkologicznej w sposób i na zasadach określonych w ustawie. Ustawa szczegółowo reguluje procedurę związaną z kwalifikowaniem podmiotów do KSO.

W środowisku medycznym słychać głosy zdziwienia czy krytyki. Przywołuje się tutaj np. procedury medyczne wprowadzone 1 stycznia 2015 r., a wynikające z Zielonej Karty

DILO, czyli Szybkiej Ścieżki Onkologicznej. Jej podstawowym celem było, jak się przypomina, przyspieszenie działań związanych z diagnostyką i terapią chorób nowotworowych, gwarancje lepszego dostępu do wyspecjalizowanej i skoordynowanej opieki medycznej. W programie „Jeden na jeden” w TVN24 gościem red. Agaty Adamiak był prof. dr hab. n. med. Cezary

W środowisku medycznym słychać głosy zdziwienia czy krytyki. Przywołuje się tutaj np. procedury medyczne wprowadzone 1 stycznia 2015 r., a wynikające z Zielonej Karty DILO, czyli Szybkiej Ścieżki Onkologicznej. Jej podstawowym celem było, jak się przypomina, przyspieszenie działań związanych z diagnostyką i terapią chorób nowotworowych, gwarancje lepszego dostępu do wyspecjalizowanej i skoordynowanej opieki medycznej.

Szczylik, specjalista onkologii i ordynator oddziału onkologii w Europejskim Centrum Zdrowia Otwock. Profesor w rozmowie pytany był o ocenę projektu Krajowej Sieci Onkologicznej. 30 marca prezydent Andrzej Duda podpisał ustawę w tej sprawie. *Wypada mi się tylko uśmiechnąć. Od dawna krytykowaliśmy ten projekt Krajowej Sieci Onkologicznej, który jest tworem petryfikującym dotychczasowy system – odparł Szczylik. Dotychczasowi beneficjenci, czyli ośrodki od dawna finansowane z budżetu państwa, które rozwijano, których było za mało, które są obrazami scen, które czasem kamery telewizyjne pokazywały: tłum zdenerwowanych ludzi, stojących w gigantycznych kolejkach po to, żeby dostać czas – godzinę, minutę – na wizytę u onkologa – to są codzienne sceny z tego, co się dzieje pod gabinetami onkologicznymi – dodał.*

Szczylik wyjaśnił, że mówi to także z własnego doświadczenia. *Jestem w pracy o siódmej rano i mam długą kolejkę pacjentów do przyjęcia. Czasami jeździłem z wykładami po kraju, to koleżanki mówiły mi, że potrafią przyjmować 50–70 pacjentów dziennie. (...) Z punktu widzenia pacjenta nie jest to reforma, która to rozwiązuje – podsumował. (asp)*

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)

Przybędzie medycznych profesji

Ustawa o niektórych zawodach medycznych unormować ma 17 zawodów, w tym m.in. logopedy, opiekuna medycznego, dietetyka, asystenta stomatologicznego, podiatry czy technika farmaceutycznego. Prace nad nią rozpoczęły się jeszcze w 2019 r. Potrzebę wdrożenia regulacji zgłaszali sami przedstawiciele zawodów medycznych, które do tej pory nie były objęte regulacjami ustawowymi.

11 kwietnia projekt ustawy trafił do zaopiniowania przez Biuro Legislacyjne Kancelarii Sejmu. Zgodnie z założeniami przepisy normują kwestie:

- zadań zawodowych, do wykonywania których są uprawnione osoby wykonujące zawód medyczny;
- wymagań kwalifikacyjnych niezbędnych do wykonywania zawodu medycznego;
- efektów uczenia się właściwych dla danego zawodu medycznego, które muszą być realizowane w ramach kształcenia zawodowego, biorąc pod uwagę konieczność odpowiedniego przygotowania absolwentów do wykonywania zawodu medycznego;
- kodeksu etyki i deontologii medycznej dla osób wykonujących zawód medyczny. (WWW.RYNEKDROWIA.PL)

Z zaszczytną nagrodą

Z początkiem 2006 r. w Brukseli komitet założycielski podpisał oficjalne dokumenty, które pozwoliły utworzyć *European Head and Neck Society* (EHNS), czyli Europejskie Towarzystwo Nowotworów Głowy i Szyi. To popularyzacja wiedzy na temat wszystkich aspektów dotyczących nowotworów głowy i szyi oraz wspieranie najwyższych standardów badań naukowych, edukacji, profilaktyki, leczenia i opieki chorych na nowotwory głowy i szyi. Ta międzynarodowa organizacja skupia lekarzy wielu specjalności, którzy w codziennej praktyce zajmują się leczeniem nowotworów głowy i szyi.

Co dwa lata EHNS organizuje konferencję *European Congress on Head and Neck Oncology* w dużych miastach europejskich. Zarząd zapewnia racjonalną rotację geograficzną miejsca konferencji. EHNS wytycza najwyższe standardy leczenia w tej grupie nowotworów, proponując na łamach wysoko recenzowanych czasopism naukowych rekomendacje dotyczące leczenia nowotworów głowy i szyi.

Profesor Wojciech Golusiński – kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu w Wielkopolskim Centrum Onkologii, prezes Polskiego Towarzystwa Nowotworów Głowy i Szyi, został nominowany i otrzymał najwyższą nagrodę *European Head and Neck Society*. W tym roku, podczas kongresu w Lizbonie, tę zaszczytną nagrodę odebrał z rąk obecnego prezydenta *European Head and Neck Society*. (WWW.UMPEDU.PL)

Zwłaszcza na diagnostykę

Prawie 7 mln zł unijnego dofinansowania trafi do szpitali w Gostyniu i Rawiczu. Za te pieniądze placówki me-

dyczne będą mogły zakupić sprzęt medyczny i aparaturę diagnostyczną. *Zakup nowego sprzętu do diagnostyki to odpowiedź na to, co może nastąpić po covidzie* – podkreśla Marek Woźniak, marszałek województwa wielkopolskiego. Powiat gostyński otrzymał ponad 3,6 mln zł wsparcia, dzięki czemu będzie mógł zmodernizować diagnostykę obrazową w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Gostyniu. Placówka zakupi m.in. nowy tomograf komputerowy, aparaty RTG, mammograf cyfrowy czy zestaw endoskopowy. Szpital powiatowy w Rawiczu otrzyma 3,2 mln zł unijnego wsparcia. Placówka zamierza za te środki zakupić sprzęt medyczny, aparaturę medyczną i diagnostyczną, a także przeprowadzić prace modernizacyjno-adaptacyjne z myślą o utworzeniu centralnej sterylizatorni.

Warto zaznaczyć, że w sumie 34 placówki ochrony zdrowia z całej Wielkopolski otrzymają ponad 111 mln zł na działania naprawcze po COVID-19. (WWW.UMWW.PL)

Pod kątem skuteczności

Pleszewskie Centrum Medyczne planuje uruchomienie Ośrodka Badań Klinicznych. Będzie on samodzielnym bytem w pleszewskim szpitalu. Placówka ma miejsce, ma też odpowiedni personel do tego, by go uruchomić. *To miejsce, w którym pacjenci chorujący na określone choroby będą braли udział w nowych terapiach, które w Polsce są poza ich zasięgiem, najczęściej finansowym. Mam tu na myśli dostęp do leków czy produktów leczniczych stosowanych w medycynie. Na początku grupę docelową będą stanowili pacjenci onkologiczni, hematologiczni, psychiatryczni i kardiologiczni. Dlaczego akurat te grupy? Dlatego, że właśnie w tych obszarach prowadzi się najwięcej badań klinicznych* – wyjaśnia Błażej Górczyński, prezes PCM. Działania Ośrodka Badań Klinicznych w pleszewskim szpitalu będą polegały na tym, że pacjentom będą podawane nowe leki lub terapie wraz z obecnymi na rynku i sprawdzonymi pod kątem ich skuteczności. (WWW.EPOZAN.PL)

Prezent na Wielkanoc...

...tak mogą powiedzieć pacjenci, którzy przeszli operację radykalnej prostatektomii z użyciem najnowszego robota da Vinci w Wielospecjalistycznym Szpitalu Miejskim im. J. Strusia. *Pacjenci podeszli entuzjastycznie do tych zabiegów, ponieważ do tej pory chorzy szukali takich możliwości poza Wielkopolską* – mówił w piątek prof. Andrzej Antczak, kierownik Oddziału Urologii i Onkologii Urologicznej w Wielospecjalistycznym Szpitalu Miejskim. *Stopień zaawansowania choroby nowotworowej u nich jest niewielki, ale są to młodzi ludzie, aktywni zawodowo, więc powinni mieć te zabiegi wykonywane właśnie w ten sposób. Zabieg w asyście robota da Vinci pozwala na najmniejszą liczbą powikłań. Prawdopodobieństwo nietrzymania moczu i zaburzenia erekcji zostają zminimalizowane* – dodał.

(WWW.GLOSOWIELKOPOLSKI.PL)



„Czerwone Nosy” na scenie w Kaliszu

Aktorzy Teatru im. Wojciecha Bogusławskiego w Kaliszu zmierzili się w sobotę 1 kwietnia z prawie trzygodzinnym spektaklem „Czerwone Nosy”, a my – licznie zgromadzona lekarska widownia z okręgu kaliskiej, ostrowsko-krotoszyńskiej, leszczyńskiej i konińskiej delegatury – zmierzaliśmy się z przedstawioną nam wizją świata brytyjskiego dramaturga Petera Barnesa w reżyserii Anny Wieczur.

Realia sztuki osadzone są w XIV-wiecznej Francji, którą dziesiątkuje dżuma, ale tematyka sztuki parabolą celuje prosto w naszą rzeczywistość – w czas pandemii kowidowej. I tu, śledząc aktorskie kreacje, mogliśmy „dotknąć” ludzkich uprzedzeń, nieracjonalnych obaw, rodzących się mistyfikacji, różnych sposobów radzenia sobie ze stresem, a nawet korzystając z ludzkich tragedii – obserwować na scenie, jak ogrywa się innych, słabszych, niedostosowanych – zawsze przez tych, którzy mają albo władzę, albo pieniądze, albo brak skrupułów. Cała sztuka inkrustowana jest odważnie wieloma życiowymi prawdami o relacjach społecznych i grze politycznej toczzonej w czasie zagrożenia życia, jakie niesie niedająca się opanować zaraza, a więc niedająca się zatrzymać śmierć – nie wykluczając przy tym Kościoła. Czy sposobem na to jest błazenada kompanii Czerwonych Nosów? Na to pytanie każdy musi odpowiedzieć sobie sam. Dr Jacek Zabielski podkreślił, że mimo tego, iż akcja sztuki dzieje się w XIV w. i odnosi się do epidemii dżumy, ma przełożenie na to, co działo się w Polsce i na świecie w 2020 r. *To uświadamia nam, jak wiele aspektów życia i zachowań społecznych przekazywanych jest z pokolenia na pokolenie. Dotyczy to np. samej epidemii – już*



Fot. Delegatura WIL w Kaliszu

wtedy izolowano się, noszono maseczki, do dezynfekcji używano octu. Sztuka uświadamia nam też, jak bardzo religia, zdarzenia medyczne i paramedyczne mają wpływ na życie codzienne, a życie ludzkie jest bezcennie i trzeba je chronić – dodał.

Komentarz po spektaklu red. Tomasza Terlikowskiego i dr. Pawła Grzesiowskiego – bezcenny.

Dziękujemy Mariuszowi Plucińskiemu, że zaprosił nas do Kalisza, że mogliśmy uczestniczyć w tym artystycznym wydarzeniu z lekarską widownią teatru – zwłaszcza że to właśnie my – lekarze zostaliśmy postawieni w szpicy „zarazy” kowidowej czy raczej pozostawieni (!) – i musieliśmy jak zawsze zmierzyć się z każdym problemem, dać radę każdej sytuacji – bez uprzedzeń i lęku, pracując często ponad siły w służbie dla zdrowia nas wszystkich. Tym bardziej dramaturgia „Czerwonych Nosów” wciągnęła nas emocjonalnie, dając być może jeszcze jedno doświadczenie z pandemią kowidową w tle.

LEK. LIDIA DYMALSKA-KUBASIK

Konińska grupa strzelectwa sportowego po pierwszym spotkaniu

Zasady i możliwości odbywania szkoleń strzeleckich w regionie, ich wymogi prawne i administracyjne, a także te dotyczące posiadania broni – m.in. takie tematy poruszono podczas pierwszego spotkania grupy strzelectwa sportowego lekarzy i lekarzy dentystów, które odbyło się 13 kwietnia w siedzibie Delegatury WIL w Koninie. Specjalnym gościem był prezes konińskiego Klubu Strzelectwa Sportowego LOK MUSZKIET Lech Książczak.

Podczas spotkania lekarze mogli nie tylko zapoznać się z różnego rodzaju broni szkoleniowej, ale również przećwiczyć bezpieczną ich obsługę – pod kontrolą trenerów strzelectwa sportowego. O potrzebie zorganizowania takiego spotkania świadczy duże zainteresowanie ze strony uczestników.

Delegatura WIL w Koninie zaprasza wszystkich chętnych, nie tylko do odbycia kursu zakończonych możliwością zdobycia uprawnień do posiadania broni sportowej lub kolekcjo-



nerskiej, ale także do rekreacyjnych treningów na strzelnicy. Opiekunem grupy jest lek. dent. Agnieszka Wróblewska, zdobywczyni wielu medali w zawodach strzelectwa sportowego.

Informacje o kursach i możliwości treningu strzeleckiego dostępne są w Delegaturze w Koninie przy ul. Liliowej 9, tel.: 63 245 66 10, 783 993 909, e-mail: konin@wil.org.pl.(ag)



25. Mistrzostwa Polski Lekarzy na 15 km (2.04.2023)

Od ćwierć wieku Bukówiec Górny jest areną zmagani lekarzy o tytuł Mistrza Polski na dystansie 15 km. W tej urokliwej miejscowości od 37 lat odbywa się „Bieg Sokola”, w ramach którego toczy się lekarska rywalizacja.

Niepowtarzalną atmosferę tworzą mieszkańcy i członkowie Towarzystwa Gimnastycznego „Sokół”. Bieg to święto dla biegaczy. Tak było i w tym roku. Dewizą biegu jest hasło, że w Bukówcu jest zawsze pogoda dla biegaczy. W tym roku aura była sprzyjająca temperaturowo, ale uczestnicy musieli zmagać się z porywistym wiatrem, szczególnie na początku dystansu. Na starcie jubileuszowego biegu pojawiło się, nomen omen, 25 przedstawicieli lekarskiego stanu, w tym 7 kobiet. Po tytuł Mistrzyni Polski sięgnęła Ka-



Fot. Andrzej Cieślak



rolina Błachowiak z Leszna, wicemistrzynią została Monika Hauser-Giers z Nowego Lubosza, a trzecie miejsce zajęła Olga Białoskórska z Gostynia. Wśród panów mistrzowski laur zdobył Jakub Błachowiak z Leszna, wicemistrzostwo przypadło Michałowi Dobrzyńskiemu z Tworzanic, a na trzecim stopniu podium stanął Marek Matuszczyk z Rybnika. Zawodnicy otrzymali pamiątkowe medale, a zwycięzcy okolicznościowe puchary i nagrody rzeczowe. Jak zawsze wysoki poziom organizacyjny mistrzostw zapewniły Koleżanki i Koledzy z Delegatury WIL w Lesznie, z Leszkiem Walczakiem na czele. Imprezę finansowo wsparły Naczelna Izba Lekarska i Wielkopolska Izba Lekarska, za co w imieniu organizatorów składam serdeczne podziękowanie. Zapraszamy za rok. Napiszmy wspólnie kolejny piękny rozdział lekarskiego sportu!

WOJCIECH ŁĄCKI

KOMISJA DS. INTEGRACJI, SPORTU I WIZERUNKU WIL

O rowerach i nie tylko

15 kwietnia – mimo niesprzyjającej deszczowej aury – udało się rozpocząć działalność lekarskiej grupy rowerowej w Delegaturze WIL w Koninie. Opiekunka grupy i prowadząca spotkanie lek. Ewelina Miernik omówiła techniczne aspekty jazdy na rowerze, możliwości turystycznego i sportowego wykorzystania różnych typów jednośladów, a także przykłady ciekawych wycieczek rowerowych ilustrowane pięknymi zdjęciami i krótkimi filmami.

Uczestnicy mogli również sprawdzić swoją kondycję fizyczną na specjalnie przygotowanym przenośnym trenerze rowerowym. Ustalono wstępny plan działania grupy dotyczący lokalnego turystycznego rajdu rowerowego, a także lotniczej wycieczki do Hiszpanii z możliwością zabrania swoich rowerów, która planowana jest na późną jesień.

Pani doktor Ewelina Miernik wraz z uczestnikami spotkania symbolicznie otworzyła nowy parking rowerowy przy budynku delegatury. Zachęcamy lekarzy do korzystania z ekologicznego i zdrowego środka transportu, jakim jest rower, nie tylko przy okazji wizyt w delegaturze.



Fot. Delegatura WIL w Koninie

Wszystkich chętnych lekarzy i lekarzy dentystów zapraszamy do przyłączenia się i uczestnictwa w działaniach grupy rowerowej w Delegaturze WIL w Koninie. Wszelkie informacje o kolejnych spotkaniach, wycieczkach i odpowiedzi na pytania związane z kupnem wyposażenia cyklisty można uzyskać w Delegaturze w Koninie przy ul. Liliowej 9, tel.: 63 245 66 10, 783 993 909, e-mail: konin@wil.org.pl. (ag)

Wspomnienie o dr. n. med. Andrzeju Topińko (1935–2023)

Urodził się 10 czerwca 1935 r. w Białymstoku. Ojciec Eugeniusz (syn Emiliana) – pracownik umysłowy Zarządu Miejskiego w Białymstoku, w czasie wojny w niewoli niemieckiej. Matka Jadwiga (córka Zygmunta) z Grygorczuków – gospodyni domowa.

W czasie wojny Andrzej przebywał w okolicy Skierniewic, gdzie uczęszczał na tajne komplety. Po wojnie w 1945 r. rodzina zamieszkała w Bydgoszczy, gdzie Andrzej w 1953 r. ukończył Liceum Ogólnokształcące im. Mikołaja Kopernika i uzyskał świadectwo dojrzałości. W latach 1953–1958 studiował na Wydziale Lekarskim AM w Poznaniu, uzyskując dyplom lekarza 7 czerwca 1960 r.

W 1960 r. ożenił się z Haliną Marią Konarską, technikiem chemikiem, z którą miał dwóch synów: Piotra (ur. 1963 – w młodości pływak wyczynowy, wicemistrz Francji, rekordzista na 50 m stylem grzbietowym, z wykształcenia biolog molekularny, obecnie profesor histologii i embriologii, kierownik laboratorium zajmującym się patogenezą nerwiaków włóknistych w szpitalu Henri-Mondor w Paryżu) i Andrzeja (ur. 1973 – obecnie agent budowlany). Córka Magdalena (ur. 1966) zmarła w 3. roku życia na ostrą białaczkę limfoblastyczną.

Po ukończeniu studiów Andrzej Topińko podjął pracę w Zakładzie Anatomii Patologicznej (ZAP), gdzie zainteresował się nową wówczas dziedziną – mikroskopią elektronową, prowadząc prace badawcze nad rozwojem ośrodkowego układu nerwowego (OUN), a zwłaszcza nad poznaniem bariery krew–mózg na poziomie ultrastrukturalnym. Kierownik zakładu – prof. Janusz Groniowski w 1960 r. zauważył jego „(...) zamięłwienie do pracy w zakresie patomorfologii” i ocenił, że „jest człowiekiem poważnym o zamięłwieniu do pracy naukowej”. W 1962 r. w opinii pisał, że „(...) szkoli się w mikroskopii elektronowej, którą stara się poznać i opanować wyjątkowo dokładnie”. Poza tym „(...) umie i lubi uczyć”. Rok później stwierdzał, że „(...) w pracy jest dokładny i dociekliwy. Wymagający i konsekwentny w postępowaniu [w dydaktyce]. Koleżeńcki, chętnie bierze udział w pracach społecznych”.

W 1963 r. uzyskał specjalizację I stopnia z anatomii patologicznej, w 1968 r. – stopień naukowy doktora nauk medycznych na podstawie pracy pt. „Formowanie i rozwój naczyń krwionośnych mózgu w obrazie mikroskopowo-elektronowym”. W 1975 r. Andrzej Topińko objął kierownictwo Pracowni Mikroskopii Elektronowej ZAP. W pracy cechowała go duża pomysłowość, wprowadzał nowe elementy metodyczne. Dużo pisał i publikował, głównie z zakresu mikroskopii elektronowej. Nie zaniedbując zadań dydaktycznych z zakresu patomorfologii, szkolił lekarzy w dziedzinie mikroskopii elektronowej.

We współpracy z prof. Urszulą Radwańską, kierownikiem I Kliniki Chorób Dzieci (późniejsza Klinika Hematologii i Onkologii Dziecięcej), podjął badania mikroskopowo-elektronowe w ostrych białaczkach u dzieci. Starał się poznać i wnieść element nowości do patomechanizmu procesu rozrostowego. Stał się cenionym i bardzo pozytywnie ocenianym pracownikiem naukowym, kilkakrotnie nagradzonym przez Rektora AM. Był członkiem PAN i Zarządu Sekcji Mikroskopii Elektronowej Polskiego Towarzystwa Anatomicopatologów.



Nawiązał kontakty naukowe z ośrodkami francuskimi. W 1975 r. uzyskał roczne stypendium naukowe w Centrum Mikroskopii Elektronowej w Villejuif na przedmieściach Paryża i wyjechał do Francji. Po powrocie stał się ekspertem w zakresie badań mikroskopowo-elektronowych OUN.

W latach 1980–1982 czynnie zaangażował się w działalność Komitetu Obrony Robotników (KOR) i następnie ruchu „Solidarność”. Ta społeczno-polityczna działalność nie była akceptowana przez władze uczelniane, a zwłaszcza partyjne. Po wprowadzeniu stanu wojennego został zatrzymany i przesłuchiwany. Później został okresowo zawieszony w czynnościach nauczyciela akademickiego i nie miał dostępu do warsztatu pracy. Zmuszony sytuacją, po 20 latach nieprzerwanej pracy w ZAP AM, w 1982 r. zdecydował się na wyjazd do Francji, na co uzyskał zgodę rektora, jednak bez możliwości powrotu.

Początkowo (przez 7 lat) pracował naukowo w Instytucie Gustave Roussy nad nowotworami tarczycy, następnie w Instytucie Pasteura w Paryżu w dziale mikroskopii elektronowej nad różnymi wirusami, m.in. cytomegalowirusem.

Współpracując z Françoise Barré-Sinoussi, w 1989 r. wraz z Ewą Teslar założył Stowarzyszenie Lekarzy Polskiego Pochodzenia we Francji (AMOPF), którego był pierwszym prezydentem. Stowarzyszenie istnieje do dziś, rozwija się kulturowo, szkoli studentów medycyny i lekarzy z krajów Europy Wschodniej.

Od przejścia na emeryturę w 2005 r. Andrzej Topińko korzystał z uroków klimatu Prowansji i przydomowego ogródka. Niestety stan jego zdrowia (trzy nowotwory, niewydolność serca) mimo systematycznej terapii farmakologicznej, zabiegów operacyjnych i bardzo dobrej opieki specjalistycznej oraz domowej opieki przyjaciółki Ilony, z którą przeżył 32 lata, systematycznie pogarszał się. Zmarł w drugim dniu hospitalizacji – 25 lutego 2023 r.

Synowie postanowili przygotować wieczór pożegnalny śp. Ojca w gronie rodziny i najbliższych 29 kwietnia. Zgodnie z jego wolą następnego dnia nastąpi rozsypanie prochów na zachodnim wybrzeżu Francji w pobliżu zamku na Île d'Yeu. Andrzej Topińko zawsze imponował mi silną pozytywną postawą psychiczną i dystansem „naukowym” do swoich problemów zdrowotnych. Do ostatnich dni interesował się społeczno-gospodarczą i polityczną sytuacją Polski, czego wyrazem była m.in. stała prenumerata „Polityki”. Już w czasie studiów dostrzegalne były jego zainteresowania naukowe. Miał dobre przyjacielskie relacje z kolegami, zmysł humoru, cenił dobrą satyrę.

Dla mnie pozostanie najlepszym przyjacielem, z którym prowadziłem stałe telefoniczne dyskusje na aktualne dla nas tematy. Z wielkim smutkiem i bólem przyjąłem wiadomość, że jego heroiczna walka o zdrowie i życie zakończyła się niepowodzeniem. Rodzinie i Najbliższym oraz wieloletniej przyjaciółce Ilonie składam wyrazy serdecznego współczucia.

MARIAN KRAWCZYŃSKI
POZNAŃ, KWIECIEŃ 2023 R.

PS: Bardzo dziękuję za uzupełnienie i uaktualnienie faktów biograficznych synowi Piotrowi oraz przyjaciółce śp. Zmarłego – Pani Ilonie Gwiazdzie.

Z olbrzymim żalem informuję, że dn. 15.03.2023
zmarła w wieku 99 lat

Ś.p.

dr med. IRENA BOWBELSKA

Zmarła była jedną z trojga pierwszych anesteziologów w Poznaniu,
pionierką badań nad hipotermią, długoletnią pracownicą
Instytutu Anestezjologii AM w Poznaniu, Wojewódzkiego Szpitala
Ortopedycznego i Szpitala w Gostyniu.

Wykształciła i wychowała liczne grono anesteziologów.

Uroczystość pogrzebowa odbyła się 22.03.2023
na cmentarzu Junikowskim w Poznaniu

Cześć Jej pamięci.

Przemysław Augustyniak – ostatni z uczniów

Naszej drogiej koleżance
doktor Małgorzacie Dzwonnik
wyrazy współczucia
z powodu śmierci

MATKI

składają koleżanki i koledzy z pracy
Wielkopolskiego Centrum Pulmonologii
i Torakochirurgii

Ze smutkiem i żalem informujemy,
iż w wieku 86 lat zmarła

dr ZOFIA CIEŚLEWSKA-MIKUŁA

specjalistka w zakresie stomatologii ogólnej,
delegatka na Okręgowy Zjazd Lekarzy
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej V kadencji.

Wyrazy współczucia Rodzinie i Bliskim

składają
WICEPREZES

Okręgowy Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
dr n. med. Stanisław Dzieciuchowicz

PREZES

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

Z głębokim smutkiem i żalem zawiadamiamy,
że 27 marca 2023 roku w wieku 92 lat zmarł

dr STEFAN BULSIEWICZ

lekarz chorób wewnętrznych
Nestor Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

Wyrazy współczucia Rodzinie i Bliskim

składają

SEKRETARZ

Komisji ds. Emerytów i Rencistów
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
lek. Stanisław Sobisz

WICEPREZES

Okręgowy Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
dr n. med. Stanisław Dzieciuchowicz

Kwiecień 2023 w delegaturach WIL

Delegatura WIL w Ostrowie Wielkopolskim

12 kwietnia – zgromadzenie Zarządu Delegatów z okręgu Delegatury WIL w Ostrowie Wielkopolskim
23 kwietnia – koncert muzyki fortepianowej w Pałacu Myśliwskim w Antoninie dla lekarzy i lekarzy
dentystów seniorów z Delegatury WIL w Ostrowie Wielkopolskim, Delegatury WIL
w Lesznie oraz z Poznania

Delegatura WIL w Kaliszu

1 kwietnia – spektakl Petera Barnesy „Czerwone Nosi” w Teatrze im. Wojciecha Bogusławskiego
w Kaliszu
12 kwietnia – zebranie Zarządu Delegatury WIL w Kaliszu
15 kwietnia – konferencja naukowo-szkoleniowa dla lekarzy stomatologów w Zawidowicach –
„Stomatologia estetyczna”

Delegatura WIL w Lesznie

1 kwietnia – spotkanie integracyjne lekarzy i lekarzy dentystów w Teatrze im. Wojciecha
Bogusławskiego w Kaliszu na spektaklu Petera Barnesy „Czerwone Nosi”
23 kwietnia – wycieczka objazdowa lekarzy i lekarzy seniorów: „Ziemia ostrowska ma swoje tajemnice
i uroki” oraz koncert muzyki chopinowskiej w Pałacu Myśliwskim Radziwiłłów w Antoninie

Delegatura WIL w Pile

24 kwietnia – posiedzenie Zarządu Delegatury WIL w Pile
27 kwietnia – spotkanie sympatyków nordic walking

Delegatura WIL w Koninie

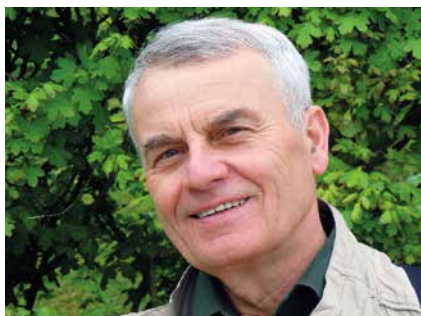
6 kwietnia – spotkanie grupy pilates
13 kwietnia – spotkanie grupy strzeleckiej
15 kwietnia – spotkanie grupy rowerowej
15 kwietnia – otwarcie parkingu rowerowego przy delegaturze konińskiej
17 kwietnia – wieczorny dyżur stacjonarny i online przewodniczącego Delegatury WIL w Koninie
18 kwietnia – zebranie Zarządu Delegatury WIL w Koninie
19 kwietnia – spotkanie grupy pilates
20 kwietnia – spotkanie grupy turystyki górskiej
23 kwietnia – spotkanie grupy strzeleckiej
24 kwietnia – spotkanie grupy malarskiej
24 kwietnia – wieczorny dyżur stacjonarny i online przewodniczącego Delegatury WIL w Koninie
26 kwietnia – spotkanie grupy gier planszowych
26 kwietnia – wykład pt. „Geriatrya w Polsce i w Koninie”
27 kwietnia – spotkanie grupy pilates

Kwiecień 2023 w izbie

- 1 kwietnia współorganizacja spotkania Porozumienia Rezydentów
- 3 kwietnia kurs online dla lekarzy stażystów w zakresie bioetyki – I dzień
- 4 kwietnia kurs online dla lekarzy stażystów w zakresie bioetyki – II dzień
posiedzenie Prezydium Okręgowy Rady Lekarskiej w formie mieszanej, tj. z udziałem
narzędzi zdalnej komunikacji audiowizualnej
- 5 kwietnia kurs online dla lekarzy stażystów w zakresie bioetyki – III dzień
spotkanie okolicznościowe lekarzy seniorów
- 11 kwietnia wynajem sal na spotkanie zewnętrzne
posiedzenie Komisji ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu
- 12 kwietnia posiedzenie Komisji Finansowej w formie mieszanej, tj. z udziałem narzędzi zdalnej
komunikacji audiowizualnej
- 13 kwietnia I Ogólnopolska Konferencja Medycyny Ratunkowej w formie hybrydowej – I dzień
- 14 kwietnia I Ogólnopolska Konferencja Medycyny Ratunkowej w formie hybrydowej – II dzień
spotkanie szkoleniowe Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej
i jego zastępców
- 15 kwietnia posiedzenie Prezydium Komisji Stomatologicznej
- 17 kwietnia kurs online dla lekarzy stażystów w zakresie orzecznictwa – I dzień
- 18 kwietnia kurs online dla lekarzy stażystów w zakresie orzecznictwa – II dzień
posiedzenie Komisji ds. Konkursów
posiedzenie Komisji ds. Młodych Lekarzy i Komisji ds. Integracji i Wizerunku w formie
mieszanej, tj. z udziałem narzędzi zdalnej komunikacji audiowizualnej
- 19 kwietnia webinarium „Odpowiedzialność indywidualna lekarza, placówki, jednostki organizacyjnej
– kto, za co i w jakim zakresie odpowiada?”
posiedzenie Komisji Bioetycznej
- 21 kwietnia posiedzenie Komisji ds. Emerytów i Rencistów
- 22 kwietnia posiedzenie Prezydium Okręgowy Rady Lekarskiej w formie mieszanej, tj. z udziałem
narzędzi zdalnej komunikacji audiowizualnej
posiedzenie Okręgowy Rady Lekarskiej w formie mieszanej, tj. z udziałem narzędzi zdalnej
komunikacji audiowizualnej
- 25 kwietnia posiedzenie Komisji ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu
- 26 kwietnia posiedzenie Komisji Socjalnej w formie mieszanej, tj. z udziałem narzędzi zdalnej
komunikacji audiowizualnej
- 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 dentystów
- środy spotkania Orkiestry Kameralnej WIL

Wiersze

RYSZARD KRAWIEC



Ta Jedyna (na 26 maja)

Kobieta tylko dla ciebie
Ona była i jest
W życiu każdego człowieka
Bez niej nie możesz zaistnieć
Jej się nie wyprzesz
Rodzicielka karmicielka
Matka
Ziemskie uosobienie dobra
Której serce zawsze jest tam
Gdzie są jej dzieci
Bo macierzyńska miłość
W powszechnym deficycie kochania
Staje się dla niej leitmotivem życia
Nie trzeba się o nią starać
Masz ją bez zdobywania i zasług
I obawy starzenia
Matka
Bez niej nie ma bohatera
Geniusza
Ani poety
Rozumie nawet
Mowę głuchoniemego dziecka
Potrafi wymyślić szczęście
Działa wielokierunkowo
Patrząc w przyszłość z rezerwą
Intuicyjnie wybiera
Optimum dla dziecka
Nie szczędzi ofiar
Nie liczy na wzajemność
Zawsze gotowa czekać...
I przebaczyć.

R. Krawiec
7.04.2023



Stanisław Wyspiański LXXX.
Macierzyństwo.
Pastel (r. 1905)

BIULETYN INFORMACYJNY

ISSN 1233-2216 Nakład 3300 egz. Numer zamknięto: (21 kwietnia 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.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Poznaniu poszukuje kandydatów na stanowiska:

Lekarz Orzecznik Zakładu
Lekarz - Członek Komisji Lekarskiej Zakładu

Szukasz stabilnego zatrudnienia, które pozwoli Ci zachować równowagę między pracą a życiem prywatnym? Dołącz do instytucji, która od 1934 r. realizuje działania na rzecz całego społeczeństwa - Zostań Lekarzem Orzecznikiem Zakładu lub Lekarzem - Członkiem Komisji Lekarskiej Zakładu.

Praca w ZUS gwarantuje Ci m.in.:



stabilność zatrudnienia
umowa o pracę



wynagrodzenie
wypłacane na czas



możliwość rozwoju
szkolenia wewnętrzne
i zewnętrzne



ubezpieczenia
zdrowotne i grupowe

13

trzynastki



premie kwartalne

Poszukujemy lekarzy, którzy:

- posiadają tytuł specjalisty
- czynnie wykonują swój zawód od minimum 4 lat

Do składania ofert zachęcamy osoby z niepełnosprawnością. Szczegółowe oferty pracy są zamieszczone na stronie internetowej www.wybadajkarriere.pl

Informacja telefoniczna pod numerem tel. (61) 841-69-16; (61)841-60-06; (61)841-61-42.

PEDIATRA

szuka pracy na terenie Poznania
(Winograd i Piątkowa)

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

Dyrektor Wielkopolskiego Centrum
Neuropsychiatrycznego w Kościanie

zatrudni **LEKARZA**

kierującego całodobowym oddziałem psychiatrycznym

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

DO WYNAJĘCIA

GABINETY LEKARSKIE W PLESZEWIE

Do dyspozycji duża poczekalnia,
toalety i zaplecze socjalne.

Warunki do uzgodnienia. Kontakt: **606-350-984**

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**

Przychodnia Specjalistyczno-Rehabilitacyjna z POZ „USI-MED”
mieszcząca się w centrum Poznania

Zatrudni **LEKARZA SPECJALISTĘ** z medycyny rodzinnej lub internistę (również w trakcie specjalizacji) do pracy w POZ, z możliwością tworzenia listy aktywnej pacjentów. Zapewniamy atrakcyjne warunki finansowe!

Zachęcamy do składania swoich CV za pośrednictwem maila: przychodnia@usi.com.pl.
A wszelkie informacje uzyskacie Państwo pod nr tel. 510-230-400

Przychodnia Lekarska w Poznaniu
zatrudni

LEKARZA PEDIATRĘ

lub w trakcie specjalizacji

tel. 792-330-340, po godz. 19.00 lub sms

Praktyka stomatologiczna z aktywną umową
z Narodowym Funduszem Zdrowia do przejęcia

Gabinet stomatologiczny jest w pełni wyposażony

(Jędrzejowo koło Czarnkowa, woj. wielkopolskie).

Wszelkich dodatkowych informacji udzielię telefonicznie: **515 159 464**

Sprzedam

GABINET STOMATOLOGICZNY

w Pobiedziskach (25 km od Poznania),
nowoczesny, w pełni i doskonale prosperujący od 20 lat
Tel. **533-222-203**

KLINIKA STOMATOLOGICZNA w Poznaniu
poszukuje **LEKARZA DENTYSTY**
do współpracy

Warunki ustalane indywidualnie. Tel. **503-731-518**
email: b.staniak@icloud.com

EMC Instytut Medyczny oferuje pracę na stanowiskach:

PEDIATRY w poradni POZ w Swarzędzu

oraz **LEKARZA RODZINNEGO** w poradni POZ
w Poznaniu, os. Wichrowe Wzgórze

Zainteresowane osoby prosimy o kontakt pod numerem
tel.: **507 003 815**, e-mail: malgorzata.janicka@emc-sa.pl

EDU WIL – marka szkoleniowa Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

konferencje • szkolenia • kursy • warsztaty
hybrydowo, stacjonarnie lub online

Poznaj nasze wydarzenia na eduwil.pl



GINEKOLOGIA I POŁOŻNICTWO NOWE TRENDY 2023

26–27 MAJA 2023 R. / POZNAŃ

ZESKANUJ QR KOD
I ZAREJESTRUJ SIĘ!



WWW.TERMEDIA.PL

KIEROWNICTWO NAUKOWE
prof. dr hab. n. med. Maciej Wilczak

**PARTNERSTWO MERYTORYCZNE
I NADZÓR NAUKOWY**
Katedra i Klinika Zdrowia Matki i Dziecka
Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,

Oddział Wielkopolski Polskiego Towarzystwa
Ginekologów i Położników



TERAPIA PODCIŚNIENIOWA

GDYBY JEJ NIE BYŁO, TRZEBA BY JĄ WYMYŚLIĆ...

POZNAŃ | 26–27 MAJA 2023

KIEROWNICTWO NAUKOWE
prof. dr hab. n. med. Tomasz Banasiewicz

ORGANIZATOR
Wydawnictwo Termedia



ZESKANUJ QR KOD
I ZAREJESTRUJ SIĘ!



11 OGÓLNOPOLSKI KONGRES STARZENIA

**PACJENT 65+ W CODZIENNEJ
PRAKTYCE LEKARSKIEJ**

GDAŃSK / 15–17 CZERWCA 2023

KIEROWNIK NAUKOWY
prof. dr hab. n. med. TOMASZ GRODZICKI

**SZCZEGÓŁY NA
KONGRESSTARZENIA.PL**

ORGANIZATOR
TERMEDIA