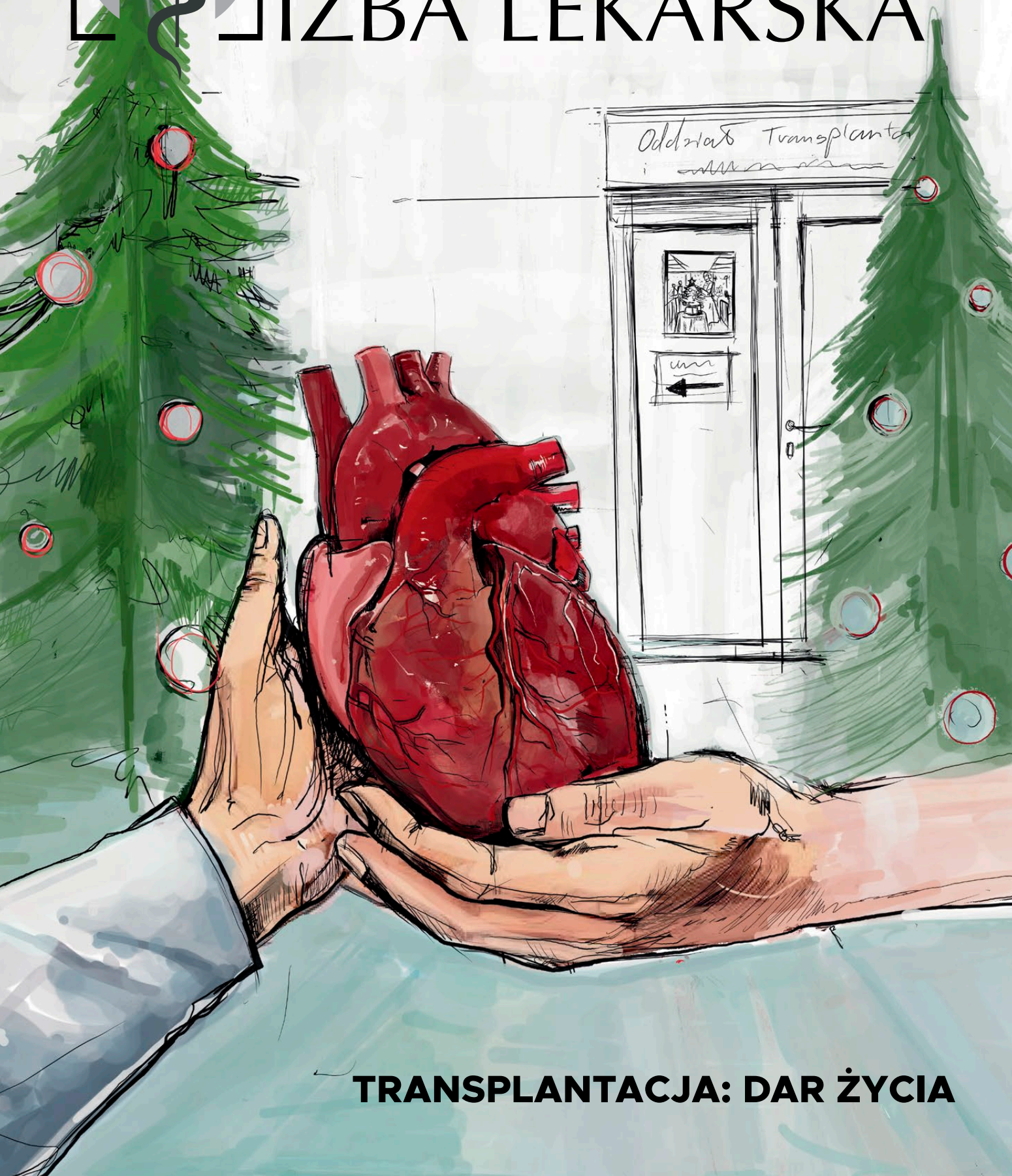




WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA



TRANSPLANTACJA: DAR ŻYCIA

INTER Lekarz

Ubezpieczenie na wypadek niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Oferta Ubezpieczenia została przygotowana przez INTER-ŻYCIE Polska, według pomysłu i na zlecenie Wielkopolskiej Izby Lekarskiej specjalnie dla jej członków (do 75 r.ż.).

ATUTY OFERTY:

- Świadczenie dzienne **250 zł**, niezależnie od wysokości uzyskiwanych przychodów i formy zatrudnienia.
- Koszt ubezpieczenia to tylko **34 zł/miesiąc**, a wypłata w razie niezdolności do pracy to **7500 zł/miesiąc**.

KIEDY ZADZIAŁA UBEZPIECZENIE?

Gdy przydarzy Ci się nieszczęśliwy wypadek (w pracy lub w czasie wolnym), którego skutki nie pozwolą Ci wykonywać pracy zawodowej przez okres minimum 15 dni.

JAK PRZYSTĄPIĆ DO UBEZPIECZENIA?

1



UZUPEŁNIJ
FORMULARZ
ONLINE NA STRONIE
<https://wil.org.pl/ubezpieczenia>

2

OPŁAĆ SKŁADKĘ
ONLINE
(408 ZŁ/ROK)

3

ODBIERZ E-MAIL
Z POLISĄ



SŁOWEM WSTĘPU

lek. Mateusz Szulca
redaktor naczelny
mateusz.szulca@wil.org.pl

Połączenie tematyki Świąt Bożego Narodzenia z transplantologią może się wydawać niekonwencjonalne, ale paradoksalnie mają one wspólne mianowniki. Ofiarowanie części siebie drugiemu człowiekowi, szczególnie obcemu, to wyjątkowy dar. Dla pacjenta, który otrzymuje informację, że znalazł się dawca, oznacza to nadzieję na lepsze jutro, drugą szansę i oczekiwanie na nowy rozdział w życiu. Rodzinne więzy zacieśniają się, jej członkowie odsuwają na bok to, co złe i jednoczą się w okazywaniu sobie wsparcia i dobrej woli. Moim zdaniem – to całkiem sporo podobieństw. Co więcej, pierwsza zakończona sukcesem transplantacja w historii, czyli przeszczepienie nerki między bliźniakami, odbyła się 23 grudnia 1954 roku w Bostonie, a więc w okresie bożonarodzeniowym!

W Polsce pierwszą próbę transplantacji nerki podjęto w 1965 roku we Wrocławiu, jednak okazała się ona niepowodzeniem. Kolejna, tym razem zwieńczona sukcesem, odbyła się dwanaście lat później, 26 stycznia 1966 roku w Warszawie. Dwa zespoły: chirurgiczny, pod kierownictwem profesora Jana Nielubowicza, oraz internistyczno-nefrologiczny, prowadzony przez profesora Tadeusza Orłowskiego, zapisały się w historii polskiej medycyny. Wyczynu tego dokonano pomimo braku jednoznacznego prawa i wątpliwości natury moralno-etycznej. Obawiano się wtedy, że otrzymanie organu od innego człowieka może nawet wpływać na osobowość biorcy. Strach ten był szczególnie silny w kontekście serca, któremu po dziś dzień popularnie przypisuje się emocje takie jak miłość czy współczucie. Nie przeszkodziło to jednak kardiochirurgom w ich pracach, a później sukcesie legendarnego profesora Zbigniewa Religi, który odniósł wraz z zespołem 5 listopada 1985 roku. Od początku starań o kolejne przesuwanie granic w ratowaniu życia, mozolnie konstruowano ramy prawne i uchwały traktujące o transplantacji, czego efektem była decyzja w 1995 roku o powstaniu Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego do spraw Transplantacji „Pol-transplant”, które otworzono rok później, w 1996 roku. Prawo prawem, jednak żeby idea i moralna słuszność ofiarowania narządów mogła się rozprzeźnić i naprawdę działać, potrzeba było czegoś więcej – zmiany myślenia w całym społeczeństwie. Walnie przyczynił się do tego papież Jan Paweł II, którego autorytet w państwie, w którym obywatele widzieli kościół katolicki jako sojusznika w walce z komunistycznym reżimem oraz z których niemal 90% wyznawało katolicyzm, był niepodważalny. W trakcie przemów do uczestników dwóch Kongresów Międzynarodowego Towarzystwa Transplantologicznego, w 1991 i 2000 roku, jednoznacznie opowiedział się po stronie zwolenników tych procedur i określił je jako zbieżne z moralnym nurtem chrześcijaństwa.

Dzięki wspólnym, wieloletnim staraniom w promowaniu szlachetności gestu oddawania narządów, liczna dawców i operacji transplantacyjnych w Polsce stale rośnie. Co roku drugą szansę na życie otrzymuje coraz więcej pacjentów, co napawa dumą i nadzieją. Co więcej, rewolucyjne projekty – takie jak bioniczna trzustka, opracowywana w Lublinie, dają powody do optymizmu co do otworzenia nowego rozdziału w temacie przeszczepiania narządów. Patrząc na historię medycyny przychodzi czasem na myśl pytanie – jak można było kiedyś używać tak „prymitywnych” metod leczenia? Mam nadzieję, że za sto lat tworzenie nowych organów będzie codziennością, a problemy takie jak odrzucenie przeszczepu będą tylko wspomnieniem. Oby tylko nie zapomniano, że medycyna i praktykujący ją lekarze, kierowali się dobrem najwyższym – zdrowiem drugiego człowieka.

Szanowni Czytelnicy, w imieniu całego Kolegium Redakcyjnego, składam Państwu życzenia zdrowych, spokojnych Świąt i wystrzałowego Nowego Roku! Niech ten czas upłynie w rodzinnej atmosferze, radości, odpoczynku i oczekiwaniu na nowe wyzwania! ■

SPIS TREŚCI

Moim zdaniem	4, 5
Obwieszczenia OKW WIL	6
Cyfryzacja: liczymy koszty	7
Nowy Kodeks Etyki Lekarskiej	8

PIGŪLKA PRAWNA

Testament – co warto wiedzieć?	9
--------------------------------------	---

TEMAT NUMERU: TRANSPLANTACJA: DAR ŻYCIA

Transplantologia w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym	10
Promocja transplantacji inwestycją w przyszłość	12

Z WIELKOPOLSKICH SZPITALI

Kliniczne co nieco	14
Dwa tysiące ablacji w szpitalu w Kaliszu	15
W Ostrowie uratowano 700 gr wcześniaka	15
Pionierski zabieg w Koninie	16
XII Warsztaty Chirurgii Gruczołu Piersiowego w WCO	16
Polna: Światowy Dzień Wcześniaka	17
Pierwsze zabiegi implantacji wszczepialnych rejestratorów pętlowych w szpitalu Strusia	17
Światowy Dzień Udaru Mózgu... w Teatrze Nowym	18
Współczesne wyzwania bietyki	19
Konferencja Młodych Lekarzy	20
VIII Spotkanie Ortopedów z Lekarzami Rodzinnymi Południowej Wielkopolski	21
VIII Wielkopolskie Spotkanie Chirurgów Dziecięcych z Pediatrami i Lekarzami POZ	22
Cyberbezpieczeństwo w ochronie zdrowia	23
Przychodzi pacjent do lekarza i	23
Antybiotykooporność w natarciu. Potrzeba pilnych działań	26
Preskrypcja wnet bez ograniczeń	27

RUBRYKA STOMATOLOGICZNA

U Stomatologów	28
American Academy of Periodontology	28
I miejsce dla Poznania w konkursie GC Academic Excellence Contest 2024	29
Klinika Stomatologii Zachowawczej i Endodoncji	30

EKSPERT INTER RADZI

O kilku zasadach odpierania zarzutów w sprawach odpowiedzialności zawodowej	32
Sąd lekarski może zawiesić prawo wykonywania zawodu lekarza nawet przed wyrokiem	33
DAWKA INFORMACJI	34
Prawa wykonywania zawodu wręzione!	35
Nowy program PZU dedykowany lekarzom WIL	36
Wspomnienie profesora Jacka Łuczaka	37

LEKARZE PO GODZINACH

Dentystka na strzelnicy	38
Lekarski Klub Książki	40
Konkurs fotografii wakacyjnej rozstrzygnięty!	40
Zaproszenie na szkolenie dla lekarzy POZ	40
Spotkanie przy planszówkach	41
Obchody Dnia Niepodległości w Lesznie	41
Spotkanie ze Skarbnikiem ORL WIL	42
Zaproszenie na wystawę lekarki - malarki	42
Zaproszenie na spektakle i koncerty do Piły	42

WSPOMNIENIE



dr n. med. Krzysztof Kordel
prezes ORL WIL

MOIM ZDANIEM

Moim zdaniem jedną z procedur medycznych, które można zaliczyć do kategorii rewolucyjnych jest transplantologia. Dzięki postępowi, jakim było poradzenie sobie z odrzucaniem przeszczepu, uratowano życie lub przywrócono do normalnego funkcjonowania wielu ludzi. Osobiście ja i moja żona byliśmy zaangażowani w pierwszy udany przeszczep nerki w naszym regionie. Kiedy rozmawiałem z pacjentem przyznał, że wreszcie może normalnie żyć, wykonywać wszystkie te - dla ludzi zdrowych - prozaiczne czynności, bez całodziennego dializowania.

Z jednej strony postęp medycyny a z drugiej mity, które transplantologii towarzyszą. Jak czegoś do końca nie wiesz czy nie rozumiesz, to się tego boisz.

Przeszczepianie narządów musiało oczywiście znaleźć swoje podstawy prawne, a także etyczne.

W Rezolucji Komitetu Rady Ministrów Wspólnoty Europejskiej z 1979 r znalazł się zapis:

„ Żadnego pobrania nie można dokonać, gdy istnieje oczywisty lub domniemany sprzeciw zmarłego, zwłaszcza mając na względzie jego przekonania religijne lub filozoficzne ”;

„W braku woli zmarłego, przejawianej w sposób wyraźny bądź dorozumiany, pobrania można dokonać. Jednakże Państwo będzie mogło zdecydować, iż pobranie nie powinno mieć miejsca, jeśli po właściwym zbadaniu, mając na względzie okoliczności i określając stanowisko rodziny- sprzeciw się ujawni ”.

Zwrócono tu uwagę na dwa elementy: wola zmarłego oraz stanowisko rodziny. Pojawia się odniesienie do wartości religijnych, co w polskich realiach ma duże znaczenie. Jesteśmy krajem chrześcijańskim, nie można więc pominąć stanowiska kościoła. Kiedy porównywałem stanowiska wobec przeszczepiania narządów wszystkich dużych religii, doszedłem do wniosku, iż najbardziej postępową

postawa jest w kościele katolickim. I to od wielu lat.

Pius XII w Acta Apostolica Selis w 1956 r. napisał:

Pobieranie organów osoby zmarłej dla celów przeszczepu samo w sobie jest uprawnione, ale musi następować z poszanowaniem praw i uczuć tych, którzy opiekują się zmarłym, w pierwszym rzędzie rodziny.

Jednoznaczne poparcie dla idei transplantacji wyraził Jan Paweł II, który jest autorem sentencji, która powinna być eksponowana w szpitalach:

Człowiek wyrażając zgodę na pobranie narządów po swoim zgonie wykazuje świadectwo miłości chrześcijańskiej, która daje życie innym.

Etyczne podstawy znajdują się w również w deklaracjach Światowego Stowarzyszenia Lekarzy, które są swoistymi wytycznymi dla lekarzy oraz prawników.

Deklaracja z Sydney: określenie momentu śmierci pozwoli z punktu widzenia etycznego, zaprzestać wysiłków reanimacyjnych oraz dokonywać pobrania organów, o ile warunki prawne w przedmiocie zgody są spełnione.

Deklaracja Madrycka w sprawie transplantacji organów - praktyki winny być w sposób najszybszy przedyskutowane z dawcą i biorcą lub rodzicami, właściwymi przedstawicielami prawnymi.

Deklaracja Wenecka - lekarz ma działać zgodnie z prawem kraju lub na podstawie wyraźnej bądź dorozumianej zgody udzielonej przez uprawnioną osobę.

Obowiązujący nasz kodeks etyki lekarskiej odnosi się do tych kwestii w sposób następujący:

- Art. 33. Lekarz może pobierać komórki, tkanki i narządy ze zwłok w celu ich przeszczepiania, o ile zmarły nie wyraził za życia sprzeciwu.

- Art. 34. Lekarz po stwierdzeniu śmierci mózgowej winien podtrzymywać funkcjonowanie komórek, tkanek i narządów, jeżeli mają one zostać przeszczepione.

- Art. 35. Lekarz nie może otrzymywać zapłaty za przeszczepiane komórki, tkanki i narządy.

- Art. 36. Pobranie komórek, tkanek i narządów od żyjącego dawcy dla celów transplantacji może być dokonane tylko od dorosłego za jego pisemną zgodą, w warunkach pełnej dobrowolności, po uprzednim poinformowaniu go o wszelkich możliwych następstwach związanych z tym zabiegiem. Pobranie od żyjącego dawcy narządu niezbędnego do życia jest niedopuszczalne.

Moim zdaniem, i nie tylko moim, lecz także Parlamentu Europejskiego polska ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów jest jedną z najlepszych i całościowo reguluje te wszystkie kwestie. Zarówno rozporządzenia wykonawcze dotyczące rozliczeń finansowych, wymagań kompetencyjnych personelu czy tworzenia banków nie stwarzają wątpliwości interpretacyjnych. Bardzo precyzyjnie w prawie określono zasady komisyjnego stwierdzenia śmierci mózgu oraz nieodwracalnego ustania krążenia oraz przypadki wyłączenia pobrania narządów. Opisano także panel badań wymaganych do stwierdzenia tych przypadków. Należy podkreślić, że robi się to wyłączenie komisyjnie, a członkowie tych komisji nie są materialnie związani z procedurą pobierania, jak i przeszczepiania.

Moim zdaniem wątpliwości i negatywna postawa potencjalnych dawców i ich rodzin wynika z niewiedzy. Stąd mój apel, by rozmawiać na ten temat z pacjentami, a także edukować społeczeństwo i rozwiewać mity.

Proście Koleżanki, Proście Koledzy!

Życzę Wam na ten piękny czas Świąt Bożego Narodzenia wyciszenia, wielu wzruszeń i rodzinnego ciepła. Dzielicie się szczęściem i uśmiechem - zarówno przy wigilijnym stole, jak i w czasie świątecznych dyżurów.

Wszelkiej pomyślności w Nowym Roku 2025!

Krzysztof Kordel
Prezes ORL WIL



Marcin Karolewski
wiceprezes ORL WIL

MOIM ZDANIEM

Na samym początku mojej kariery zawodowej, pojechałem na kurs EBM, czyli medycyny opartej na faktach. Nauczyłem się tam, aby zawsze analizować suche fakty, dane zawarte w tabelkach, a unikać czytania wniosków i podsumowań, bo tam czają się przekłamania, fakty oparte na wybranych podgrupach i wyniki najbardziej odpowiadające prowadzącym badania. Tak mi zostało do dziś, nie ufam wyciągniętym danym, pojedynczym przykładom itd. Dlatego dziwi mnie zawsze to, jak łatwo jest manipulować faktami i jak politycy potrafią obrócić kota ogonem. I znowu najpierw podali na tacy projekt reformy systemu szpitalnictwa, która była niezbędna, aby odblokować środki z KPO, ale która tak naprawdę niewiele zmieniała, aby potem odwlekać jej procedowanie. Reforma nie zmieniłaby nic albo prawie nic w systemie. Nie chcę po raz kolejny wracać, do tego, że według polityków leczymy za drogo, w szpitalach zamiast poradniach itp. itd. Ale ostatnio politycy znaleźli kolejną przyczynę braku pieniędzy – pazerny personel, a zwłaszcza lekarze. Pokazali rachunek opiewający na kwotę 300 tys. złotych. Nie powiedzieli za jakie usługi, za jaki okres, tylko kwotę. Tylko kiedy samorząd zapytał, ilu jest takich lekarzy, to się okazało, że rachunki miesięczne ponad 100 tys. zł wystawia niewiele ponad 200 lekarzy, spośród przewie 200000. Tajemnicą poliszynela jest, gdzie ten lekarz pracował. Ale w świat poszło przesłanie, że ile by nie dołożyć do

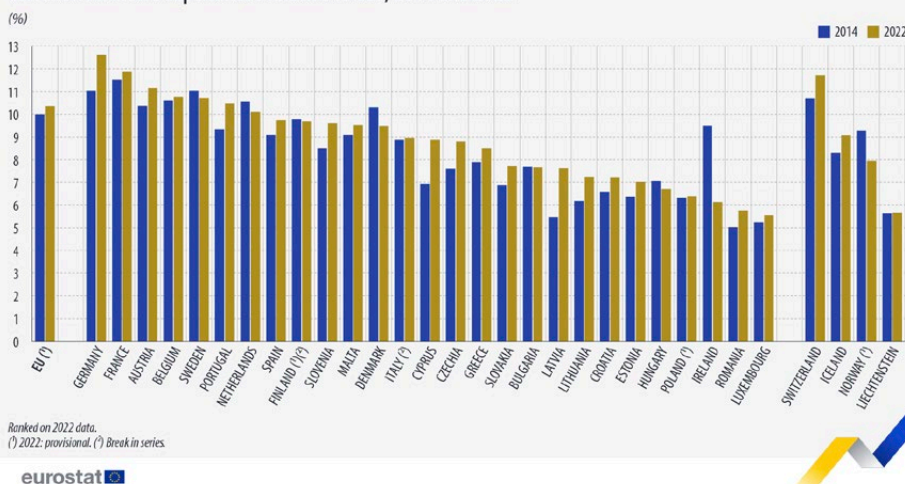
ochrony zdrowia, wszystko przejdą lekarze.

Zostawmy politykowanie politykom. Dziura w budżecie NFZ to problem bardzo realny i nie da się go dalej zamiatać pod dywan. Są liczby, które należy interpretować tak, jak każda medycyna oparta na faktach. Nie będę się pastwił nad finansami NFZ, choć wymowne jest, że Prezes NFZ pozostaje na stanowisku, choć został powołany

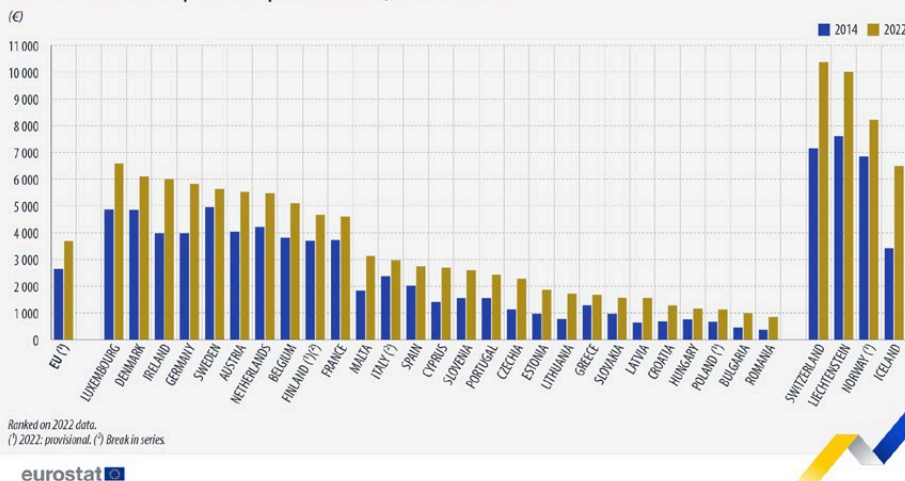
za poprzedniej ekipy. Tak parzący jest to stołek? 15 listopada EUROSTAT podał bardzo ciekawe dane o wydatkach na osobę na ochronę zdrowia w poszczególnych państwach w 2022 r. i porównał je z danymi z roku 2014. Średnia w Unii Europejskiej, to 3685 euro na osobę, najwięcej w Luksemburgu (6590 euro), Danii (6110 euro) i Irlandii (5998 euro). Najniższe wydatki na osobę zanotowano w Rumunii (858 euro),

Bułgarii (990 euro) i **Polsce (1137 euro)**. Kolejne dane to % PKB na ochronę zdrowia. Najwyższy wskaźnik był w Niemczech (12,6% PKB), Francji (11,9% PKB) i Austrii (11,2% PKB). Polska tym razem znalazła się na czwartym miejscu od końca z 6,4 % PKB. Zapraszam do zapoznania się z wynikami raportu na stronie EUROSTAT. Wniośki niech każdy wyciągnie sam. ■

Current healthcare expenditure relative to GDP, 2014 and 2022



Current healthcare expenditure per inhabitant, 2014 and 2022



OBWIESZCZENIE

Okręgowej Komisji Wyborczej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu z dnia 4 listopada 2024 r.

w sprawie zmiany uchwały OKW-1/2022/IX w sprawie wyborów na Przewodniczącego, Wiceprzewodniczącego, Sekretarza i Członka Prezydium Okręgowej Komisji Wyborczej IX Kadencji.

Na podstawie § 5 ust.1 Uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwołania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (t.j. Obwieszczenie nr 2/22NIII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 8 lutego 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu Uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwołania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych), w związku z art. 15 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz.U. z 2021 poz.1342), uchwała się co następuje:

§1

Obwieszcza się wykreślenie:

- 1) z funkcji wiceprzewodniczącego komisji lek. Jakuba Bajera;
- 2) z funkcji sekretarza komisji lek. Pawła Jesse;
- 3) z funkcji członka prezydium komisji lek. Martę Janicką- Dombek;
- 4) z funkcji członka prezydium komisji lek. dent. Marię Wróbel.

§2

Pozostałe postanowienia uchwały pozostają bez zmian.

§3

Obwieszczenie podlega publikacji w Biuletynie Informacji Publicznej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej oraz w Biuletynie Informacyjnym Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

Przewodniczący Okręgowej Komisji Wyborczej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
lek. Stefan Sobczyński

OBWIESZCZENIE

Okręgowej Komisji Wyborczej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu z dnia 4 listopada 2024 r.

w sprawie zmiany uchwały OKW-1/2022/IX w sprawie wyborów na Przewodniczącego, Wiceprzewodniczącego, Sekretarza i Członka Prezydium Okręgowej Komisji Wyborczej IX Kadencji.

Na podstawie § 5 ust.1 Uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwołania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (t.j. Obwieszczenie nr 2/22NIII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 8 lutego 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu Uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwołania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych), w związku z art. 15 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz.U. z 2021 poz.1342), uchwała się co następuje:

§1

Obwieszcza się powołanie:

- 1) na funkcję wiceprzewodniczącego komisji lek. Filipa Zerbsta;
- 2) na funkcję sekretarza komisji lek. Pawła Jesse;
- 3) na funkcję członka prezydium komisji lek. Jakuba Bajera;
- 4) na funkcję członka prezydium komisji lek. dent. Marię Wróbel.

§2

Pozostałe postanowienia uchwały pozostają bez zmian.

§3

Obwieszczenie podlega publikacji w Biuletynie Informacji Publicznej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej oraz w Biuletynie Informacyjnym Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

Przewodniczący Okręgowej Komisji Wyborczej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
lek. Stefan Sobczyński

LEK. DENT.
ANDRZEJ CISŁO

Cyfryzacja: liczymy koszty

Ministerstwo Cyfryzacji przekazało do konsultacji społecznych projekt “Strategii cyfryzacji Polski do 2035 r.”. Jak można się domyślać, jednym z rozdziałów jest projekt strategii cyfryzacji polskiej ochrony zdrowia. Uczestniczyłem w opracowywaniu strategii cyfryzacji opieki zdrowotnej na lata 2020 – 2027, pamiętam tamte boje, stąd z dużym zaciekawieniem w obecnie zaprezentowany projekt zajrzałem. Z projektu bije wizja pt. “Ład, porządek i ogólne szczęście” - pacjent nie będzie musiał nosić ze sobą żadnej dokumentacji – wszystko (a więc zapewne i historia zdrowia i choroby) będzie w zasobach internetowych. Do leczenia i niektórych form jego planowania dziarsko wkroczy AI. Pięknie – nikt nie będzie z tym polemizował, ponieważ cyfryzacja się pacjentom należy. Warto jednak przyjrzeć się jakie też zadania - poza roztoczeniem pięknego mirażu - same władze przewidują dla siebie. Pomimo, że sam dokument wspomina o niezbyt optymistycznych na dzień dzisiejszy wskaźnikach pełnej cyfryzacji szczególnie w sektorze lecznictwa ambulatoryjnego, strategia nie daje odpowiedzi na to jak ten impas przełamać.

Powiedzmy więc sobie, że choć - owszem - lwią część zapisów cyfrowych dokumentacji (przynajmniej ilości gigabajtów) wytwarzają szpitale, to dokumentacja pacjenta musi być kompletna. Równie bowiem zębne jak brak dokumentacji jest fałszywe domniemanie jej kompletności. Jeśli zabraknie w niej wpisów z poradni ambulatoryjnych (z praktykami lekarskimi włącznie), obraz płynący z dokumentacji może być mylący. Cóż mamy w Strategii? Wychodzi na to że jedynie system promocji i zachęt. Jako środki do osiągnięcia strategicznego celu projekt wymienia „zachęty finansowe dla podmiotów, które wdrożyły indeksowanie EDM na platformie P1”. Przestrzegam przed traktowaniem „zachęt” jako realnego wsparcia. Zachęty popłyną zapewne tylko do podmiotów kontraktujących z NFZ, a to niesprawiedliwe (co piszę jako reprezentant branży w większości działającej poza NFZ). Poza tym zachęty będą tylko „na chwilę”, a miejsce wymiany EDM potrzebne jest na stałe.

Czy nie lepiej dostarczyć podmiotom “narzędzia” do wykonania tego celu? W najnowszej wersji KPO zapisana jest inwestycja w Bank Dokumentacji Medycznej jako również miejsca na repozytoria EDM dla wszystkich podmiotów. To ważne, biliśmy się połowę poprzedniej kadencji NRL o zapisanie tego schematu, że organizacja repozytoriów EDM będzie zadaniem albo platform regionalnych, albo jakiejś platformy centralnej. Pisałem o tym dużo, byłem z tym tematem już pewnie nużący nieco, ale to ogromnie ważne. Skoro bowiem do mojego gabinetowego repozytorium EDM może wejść inny, upoważniony przez mego pacjenta lekarz, to może też wejść haker. Mamy liczne przykłady incydentów kradzieży danych medycznych, z próbami wymuszenia okupu włącznie. Proceder ten będzie się raczej nasilał, niż malał. Sensem mojej kampanii było również i jest przekonanie, że skoro mamy prowadzić repozytoria przez dziesiątki lat, to jak mamy skalkulować koszty zabezpieczenia danych, skoro nie znamy skali zagrożenia w perspekty-

wie dziesiątek lat? Zdecydowanie prostsze jest, aby państwo jednym sumptem, przy jednym know-how i scentralizowanej (więc tańszej) obsłudze zapewniło wszystkim ambulatorium miejsce, skąd mogłoby następować udostępnianie dokumentacji pacjentom i innym podmiotom.

Projekt Strategii nie wspomina w ogóle o wspomnianej inwestycji Banku Dokumentacji, choć to wielomiliardowa inwestycja i projektowane “serce systemu”. Za niezbędne uważam wyjaśnienie, czy jest ona w dalszym ciągu planowana i zapisanie w Strategii jasnej linii rozgraniczenia:

My, czyli podmioty wykonujące działalność leczniczą (szerzej: usługodawcy w rozumieniu ustawy o systemie informacji w o.z.) odpowiadamy za wytworzenie dokumentacji, w tym EDM i przesłanie jej do zasobów centralnych;

Państwo odpowiada za magazynowanie, bezpieczeństwo i wymianę EDM.

Inaczej, dokument w części poświęconej zdrowiu będzie na dużym poziomie ogólności i zachodzi ryzyko, że koniec końców za wszystko zapłacimy sami. Nas po prostu na to nie stać. Zważmy, że katalog Elektronicznej Dokumentacji Medycznej będzie rozszerzany. Choćby o historię zdrowia i choroby. Wraz z tym poszerzaniem „puchnąc” będą nasze repozytoria, co w przypadku ich wynajmowania będzie wiązało się z kosztem. A jeśli katalog ten miałby objąć także same badania obrazowe (na razie dokumentem EDM jest ich opis), to już pomału zgroza.

Naczelna Rado, do pióra! Termin składania uwag mija 11 grudnia.

LEK. DENT. ANDRZEJ CISŁO

Autor w latach 2018-2022 był wiceprezesem NRL i przewodniczącym Zespołu Prezydium NRL ds EDM



**L Okręgowy Zjazd Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
odbędzie się 22 marca 2025 r.**

Nowy Kodeks Etyki Lekarskiej

Na wstępie przypomnieć należy, że do zadań samorządu lekarskiego należy ustanawianie i dbanie o przestrzeganie zasad etyki lekarskiej, jak również sprawowanie pieczy nad należytym i sumiennym wykonywaniem zawodu lekarza¹. Uchwałą Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 18 maja 2024 r. wprowadzono nowy Kodeks Etyki Lekarskiej², który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2025 roku. Dotychczasowe zapisy będą obowiązywać do końca 2024 roku. Nowy KEL ma 83 artykuły uporządkowane w część ogólną (art. 1-5) oraz część szczegółową (art. 6-83) złożoną z 8 rozdziałów: rozdział I: Postępowanie lekarza wobec pacjenta (art. 6-12), Poszanowanie praw pacjenta (art. 13-23), Tajemnica lekarska (art. 24-30), Pomoc chorym w stanach terminalnych (art. 31-33), Transplantacja (art. 34-38), Prokreacja (art. 39-40), Dokumentacja medyczna (art. 41-42); rozdział II: Badania naukowe i eksperymenty biomedyczne (art. 43-53); rozdział III: Związki lekarzy z przemysłem (art. 54-60); rozdział IV: Ludzki genom (art. 61); rozdział V: Stosunki wzajemne między lekarzami (art. 62-63); rozdział VI: Zasady postępowania w praktyce lekarskiej (art. 64-75); rozdział VII: Lekarz a społeczeństwo (art. 76-81); rozdział VIII: Zasady końcowe (art. 82-83)³.

Poniżej przytoczono wybrane zmiany KEL⁴.

Art. 7 KEL: W szczególnie uzasadnionych wypadkach lekarz może nie podjąć się lub odstąpić od sprawowania opieki nad pacjentem, z wyjątkiem przypadków, **gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby zagrażać życiu lub spowodować znaczne pogorszenie stanu zdrowia pacjenta w krótkim czasie**. Nie podejmując albo odstępując od sprawowania opieki nad pacjentem **lekarz wskazuje pacjentowi inną możliwość** uzyskania pomocy lekarskiej.

Art. 9 KEL: Lekarz **podejmuje się opieki nad pacjentem po uprzedniej ocenie jego stanu**. Lekarz **wybiera taką formę konsultacji** (w szczególności wizyta stacjonarna, teleporada) **która zapewni pacjentowi dostępną jakość i ciągłość opieki medycznej**.

1 Art. 5 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich.

2 Dalej: KEL.

3 Kodeks Etyki Lekarskiej jest dostępny na stronie internetowej NIL: NIL - Kodeks Etyki Lekarskiej, dostęp: 20.11.2024r.

4 Interpretacje poszczególnych przepisów KEL są publikowane na stronie internetowej NIL.

Art. 12 KEL: **Lekarz może** w postępowaniu diagnostycznym, leczniczym lub zapobiegawczym **korzystać z algorytmów sztucznej inteligencji i przy spełnieniu następujących warunków: 1) poinformowania pacjenta**, że przy stawianiu diagnozy lub w procesie terapeutycznym będzie wykorzystana sztuczna inteligencja, 2) **uzyskania świadomej zgody pacjenta** na zastosowanie sztucznej inteligencji w procesie diagnostycznym lub terapeutycznym, 3) **zastosowania algorytmów sztucznej inteligencji, które są dopuszczone do użytku** medycznego i posiadają odpowiednie certyfikaty, 4) **ostateczną decyzję** diagnostyczną i terapeutyczną **zawsze podejmuje lekarz**.

Art. 19 KEL: Na życzenie pacjenta oraz w razie wątpliwości diagnostycznych lub leczniczych lekarz powinien w miarę możliwości umożliwić pacjentowi konsultację innego lekarza. Opinia konsultanta ma charakter doradczy, gdyż za opiekę nad pacjentem odpowiada lekarz prowadzący leczenie.

Art. 62 KEL: 1. Lekarze powinni okazywać sobie wzajemny szacunek. Szczególny szacunek i **wdzięczność** należą się **lekarzom nauczającym zawodu i seniorom**. 2. Lekarz powinien zachować szczególną ostrożność w formułowaniu opinii o działalności zawodowej innego lekarza. Lekarz nie powinien w jakikolwiek sposób publicznie dyskredytować innego lekarza. **Nie wyklucza to merytorycznej krytyki**. 3. Lekarz wszelkie uwagi o dostrzeżonych błędach w postępowaniu innego lekarza powinien przekazać przede wszystkim temu lekarzowi. Jeżeli interwencja okaże się nieskuteczna albo dostrzeżony błąd lub naruszenie zasad etyki lekarskiej powoduje poważną szkodę, konieczne jest **poinformowanie właściwego organu izby lekarskiej**. 4. Poinformowanie właściwego organu izby lekarskiej o zauważonym naruszeniu zasad etyki lekarskiej lub niekompetencji zawodowej innego lekarza, a **także merytoryczna krytyka** nie stanowią naruszenia zasad etyki. 5. Jeżeli błąd popełniony przez innego lekarza, ma niekorzystny wpływ na stan zdrowia pacjenta należy podjąć działania dla odwrócenia jego skutków.

Art. 69 KEL: **Lekarz zatrudniony w urzędzie państwowym, samorządowym, instytucji publicznej lub prywatnej jest zobowiązany rzetelnie wykonywać obowiązki wynikające z zatrudnienia. Lekarzowi nie wolno wypełniać poleceń**

pracodawcy niezgodnych z zasadami etyki lekarskiej.

Art. 71 KEL: 1. Lekarz tworzy swoją zawodową opinię na podstawie wyników swojej pracy. 2. Lekarz **jest uprawniony do posługiwania się informacją o oferowanych usługach** z zastrzeżeniem, że taka informacja będzie zgodna z zasadami etyki lekarskiej. 3. Informacja o oferowanych usługach oznacza każdą formę przekazu mającą na celu **upowszechnianie wizerunku lekarza lub usług** związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. 4. Lekarz jest **odpowiedzialny za informację** o oferowanych usługach opublikowaną przez osoby trzecie w jego imieniu lub na jego rzecz. 5. **Niedopuszczalne jest wykorzystywanie autorytetu lekarza do promowania usług niezwiązanych z wykonywaniem zawodu lekarza**.

Art. 78 KEL: 1. Lekarz powinien zwracać uwagę społeczeństwa, władz i każdego pacjenta na znaczenie ochrony zdrowia, a także na zagrożenie ekologiczne. 2. Swoim postępowaniem i wypowiedziami publicznymi lekarzowi nie wolno propagować postaw antyzdrowotnych. **Lekarz powinien być przykładem właściwych postaw zdrowotnych i dbać o własne zdrowie i dobrostan**. 3. **Wypowiadając się na forum publicznym przy udziale osób niebędących lekarzami** (także w mediach, internecie i w serwisach społecznościowych) na temat odkryć naukowych, technologii medycznych albo diagnostyki lub terapii **lekarz powinien mieć pewność, że jego wypowiedzi opierają się na aktualnej wiedzy medycznej**. 4. **Działaniami i zachowaniem lekarza na forum publicznym, w szczególności w Internecie i mediach powinny kierować te same zasady etyczne, co przy bezpośrednim kontakcie z pacjentem, personelem medycznym czy z innymi lekarzami**.

MAGDALENA ZAMROČYŃSKA





Aleksandra Mazgajska

PIGUŁKA PRAWNA



Krzysztof Kozik

Testament – co warto wiedzieć?

Tematyka dziedziczenia mimo, iż od pokoleń stanowi istotny aspekt dla każdego człowieka, w dalszym ciągu budzi wśród społeczeństwa swoisty niepokój. Wielu z nas nie zastanawia się nad kwestią sporządzenia testamentu, gdyż kojarzy się to przecież ze śmiercią, o której nie lubimy myśleć. Wielu jednak lekarzy prowadzi prężne biznesy, których dalsze funkcjonowanie i rozwój w przypadku śmierci właściciela może być znacznie utrudnione, jeżeli tematy spadkobrania nie zostaną za życia odpowiednio „uporządkowane”. Warto zatem przemyśleć kwestię sporządzenia testamentu.

Kto i jak może sporządzić testament?

Choć to może wydawać się nieoczywiste, nie każdy może sporządzić ważny – pod kątem prawnym – testament. W świetle obowiązujących przepisów prawa sporządzić i odwołać testament może osoba mająca pełną zdolność do czynności prawnych, a więc osoba pełnoletnia, która nie jest ubezwłasnowolniona częściowo lub całkowicie. Co więcej, testamentu nie można sporządzić wspólnie, np. z małżonkiem. Trzeba pamiętać, że testament może zawierać rozrządzenia na wypadek śmierci jedynie jednego spadkodawcy. Poza tym nie ma również możliwości by testament sporządzić przez przedstawiciela.

Warto mieć na względzie, że jest kilka rodzajów testamentów, w tym m.in. testament własnoręczny (holograficzny) i notarialny, które należą do grupy testamentów zwykłych. Co ciekawe mimo, iż poszczególne rodzaje testamentów różnią się między sobą m.in. wymogami i formą, wszystkie (pod warunkiem spełnienia ustawowych przesłanek), mają taką samą moc prawną. Najprostszy jest testament zwykły, który by być ważny musi zostać napisany w całości pismem ręcznym, podpisany i opatrzony datą.

Zapis windykacyjny – co to jest?

Warto wiedzieć, że w testamencie – ale wyłącznie notarialnym – można postanowić, że określona osoba nabywa z chwilą otwarcia spadku (z chwilą śmierci spadkodawcy) konkretny przedmiot. Takie postanowienie stanowi zapis windykacyjny. Zgodnie z prawem przedmiotem zapisu windykacyjnego może być: rzecz oznaczona co do tożsamości np. konkretny samochód, oznaczona biżuteria; zbywalne prawo majątkowe np. autorskie prawa majątkowe do utworu; przedsiębiorstwo lub gospodarstwo rolne; ustanowienie na rzecz zapisobiercy użytkowania lub służebności; ogół praw i obowiązków współnika spółki osobowej np. jawnej czy komandytowej.

Osoby małoletnie jako spadkobiercy

Warto mieć na względzie, że w przypadku śmierci rodzica małoletnie dziecko – w drodze dziedziczenia ustawowego – będzie jednym ze spadkobierców, co może niejako utrudnić funkcjonowanie biznesu, a dlaczego? Dlatego, iż rodzic pozostający przy życiu nie może bez zezwolenia sądu opiekuńczego albo, w przypadkach wskazanych w art. 6401 KPC, sądu spadku dokonywać czynności przekraczających zakres zwykłego zarządu ani wyrażać zgody na dokonywanie takich czynności przez dziecko. Podjęcie zatem każdej poważniejszej decyzji dotyczącej odziedziczonego przez dziecko majątku będzie wiązało się z koniecznością uzyskiwania zezwolenia sądu.

W sytuacji, gdy dzieci nie są pełnoletnie przedsiębiorcy niejednokrotnie decydują się na sporządzenie tzw. testamentów krzyżowych wraz ze swoim małżonkiem. Polega to na tym, że każde z małżonków

wskazuje w swoim testamencie drugiego małżonka jako jedynego spadkobiercę uprawnionego do całości spadku. Oczywiście tego rodzaju rozwiązanie wiąże się ze sporą dozą zaufania wobec współmałżonka w kontekście dbania o dobro i interes dzieci.

Wydzielenie – czyli pozbawienie zachowku

Mogą zdarzyć się również takie sytuacje, że planujemy, aby pozostały po naszej śmierci majątek odziedziczyli jedynie niektórzy spadkobiercy lub osoba spoza kręgu osób uprawnionych do dziedziczenia np. konkubent, jednocześnie chcąc by pozostali spadkobiercy nie mieli praw do spadku. Powody takich decyzji mogą być różne. Niekiedy najbliżsi członkowie rodziny są z nami poważnie skonfliktowani, nie utrzymują żadnych relacji. Wówczas z pewnością warto sporządzić testament i to odpowiednio sformułowany. Samo bowiem pominięcie najbliższego członka rodziny w testamencie nie wiąże się automatycznie z jego wydzieleniem.

Należy pamiętać, że wydzielenie to innymi słowy pozbawienie zachowku (części udziału spadkowego) najbliższych członków rodziny, tj. zstępnych (dzieci, wnuki, prawnuki itd.), małżonka oraz rodziców. Wydzielenie możliwe jest wyłącznie w testamencie.

Przepisy obowiązującego prawa przewidują ściśle określone przyczyny kiedy można wydzielić uprawnionego do zachowku, tj: kiedy wbrew woli spadkodawcy postępuje uporczywie w sposób sprzeczny z zasadami współżycia społecznego; dopuścił się względem spadkodawcy albo jednej z najbliższych mu osób umyślnego przestępstwa przeciwko życiu, zdrowiu lub wolności albo rażącej obrazy czci; uporczywie nie dopełnia względem spadkodawcy obowiązków rodzinnych.

Co trzeba dodać, przyczyna wydzielenia, jak i sytuacja (zdarzenie) związana z wydzieleniem powinny zostać określone w treści testamentu.

Podsumowując, kwestie związane ze sporządzeniem testamentu z pewnością nie należą do tematów łatwych. Są jednak bardzo istotne w kontekście uregulowania spraw na wypadek śmierci, a zwłaszcza w zakresie zabezpieczenia interesów najbliższych członków rodziny.

Forma prawna powinna odpowiadać rzeczywistym potrzebom

W przypadku zmiany formy gospodarczej, np. z jednoosobowej działalności w spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością, dochodzi do przekształcenia nie tylko w znaczeniu potocznym, ale również prawnym, w rozumieniu przepisów Kodeksu spółek handlowych. Czasem warto połączyć przejście z praktyki lekarskiej na podmiot leczniczy ze zmianą formy prawnej prowadzenia przedsiębiorstwa. Wśród korzyści prawnych z przekształcenia wymienić można zabezpieczenie majątku prywatnego współników, ułatwienia w zakresie sukcesji czy sprzedaży podmiotu.

Każda forma prawna ma swoje wady i zalety. Podobnie jak każdy rodzaj współpracy (umowy) pomiędzy lekarzami. Formy te mogą ulegać zmianie wraz z rozwojem działalności i potrzebą zabezpieczenia istotnych interesów na poszczególnych etapach rozwoju placówki.

KRZYSZTOF KOZIK – RADCA PRAWNY

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

ALEKSANDRA MAZGAJSKA – RADCA PRAWNY

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

Transplantologia w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym

26 stycznia 1966 roku miał miejsce pierwszy w Polsce udany przeszczep nerki - w rocznicę tego wydarzenia od 2005 roku jest obchodzony Ogólnopolski Dzień Transplantacji. W Polsce przeprowadza się około 2000 przeszczepów narządów rocznie, w tym najwięcej nerek, wątroby, serca i płuc, na świecie jest to około 200 000 tego typu zabiegów. Takie operacje z powodzeniem przeprowadzane są także w Wielkopolsce.

Pierwszą dziedziną, w której w 1990 roku odbywały się przeszczepy była hematologia.

Transplantacje hematopoetycznych komórek krwiotwórczych, czyli transplantacje „szpiku” prowadzone są w Klinice Hematologii i Transplantacji Szpiku Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Poznaniu od 1990 roku. Klinika prowadzi wszystkie rodzaje terapii komórkowych obejmujących zarówno transplantacje autologiczne jak i allogeniczne, w tym od dawców rodzinnych (prowadzone od 1991 roku) oraz niespokrewnionych (prowadzone od 1999 roku). Jako źródło komórek wykorzystywana jest najczęściej krew, ale dostępne są także szpik oraz krew pępowinowa. Do marca 2024 roku przeprowadzono w sumie 2593 procedur transplantacyjnych.

W Klinice pobiera się także komórki hematopoetyczne od dawców niespokrewnionych skąd szpik przekazywany jest ośrodkom leczącym na całym świecie. Klinika dysponuje pełnym zapleczem diagnostycznym oraz terapeutycznym wykorzystywanym w leczeniu powikłań około transplantacyjnych jak fotofereza zewnątrzustrojowa, stosowana do leczenia opornej choroby przeszczep przeciw gospodarzowi. Od 2019 roku Klinika jako pierwsza w Polsce wprowadziła terapię zmodyfikowanymi autologicznymi limfocytami (CAR-T) i stosuje je we wszystkich zarejestrowanych wskazaniach.

Kardiochirurgia i pierwszy przeszczep serca

Pierwszy przeszczep serca w Poznaniu przeprowadził Profesor Marek Jemielity 20 marca 2010 roku. W ciągu kolejnych 14 lat poznański Program Transplantacji Serca objął opieką ponad 1000 pacjentów ze skrajną niewydolnością serca. Spośród nich część wymagała kwalifikacji do leczenia operacyjnego – przeszczepu serca lub wszczępienia urządzenia długotrwałego mechanicznego wspomaganie lewej komory (tzw. LVAD). Dołąd 128 pacjentów poddano operacji – u 87 wykonano przeszczep serca, a u 41 implantację pompy LVAD.

Dynamiczny rozwój programu Transplantacji Serca jest wynikiem ścisłej współpracy pomiędzy Kliniką Kardiochirurgii i I Kliniką Kardiologii, oraz sieci konsultacyjnej z ośrodkami ościennymi. Comiesięczne spotkania transplantacyjne zespołów obu Klinik pozwalają na systematyczną ocenę i kwalifi-



ację kolejnych pacjentów ze skrajną niewydolnością serca do optymalnego leczenia z zastosowaniem procedur kardiochirurgicznych.

Transplantacja serca to operacja, która toczy się w dwóch miejscach, często bardzo oddalonych od siebie. Pobranie serca dokonuje się w szpitalu, w którym leczono dawcę, a następnie jest transportowane drogą lądową lub powietrzną. Niejednokrotnie serce transportowane jest samolotem przy wsparciu lotniczych zespołów wojskowych. Presja czasu wynika z konieczności wszczępienia serca w ciągu pięciu godzin od pobrania, na co w dużym stopniu składa się czas transportu pomiędzy szpitalami. W tym czasie drugi zespół dokonuje wycięcia uszkodzonego serca własnego, a następnie wszczępienia narządu dawcy.

Ta najistotniejsza część operacji ma miejsce w Klinice Kardiochirurgii i Transplantologii w Poznaniu. Należy podkreślić, że procedura transplantacji to operacja skoordynowana, w której, dla dobra jednego człowieka, bierze udział zespół kilkudziesięciu osób.

U pacjentów, których stan kliniczny się pogarsza, co uniemożliwia czekanie na transplantację, w trybie pilnym wszczępia się w Klinice Kardiochirurgii i Transplantologii „sztuczne serce” – urządzenie do mechanicznego wspomaganie pracy serca. Wyniki odległe i przeżycie pacjentów poddanych obu typom terapii, przeszczepu serca i wszczępienia urządzenia mechanicznego, w poznańskim ośrodku są porównywalne i nie odbiegają od wyników światowych. ■



W obecnym czasie epidemii niewydolności serca skuteczne leczenie chirurgiczne jest postępowaniem, po które coraz częściej sięgają lekarze dla ratowania życia pacjentów. Niezbędny jest dalszy rozwój oparty na nowych urządzeniach (Impella 5.5) lub technikach transportu serca (live-box). Choć brakuje oddziału dedykowanego ściśle niewydolności serca, limitują aktywność niedobory sprzętowe, to cały zespół ludzki czyni ogromne i skuteczne działania dla zdrowia i życia pacjentów pozostających w opiece.

2012 rok i rozpoczęcie przeszczepów nerek

W styczniu 2012 roku, po przejściu przez Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu 111 Szpitala Wojskowego, powstał Specjalistyczny Szpital Kliniczny UM w Poznaniu, który uzyskał we wrześniu 2012 roku pozwolenie z Ministerstwa Zdrowia na operacje pobierania i przeszczepiania nerek od dawców zmarłych i żywych.

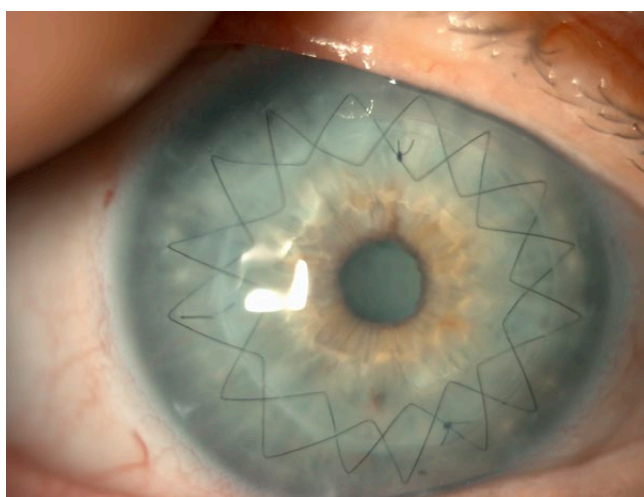
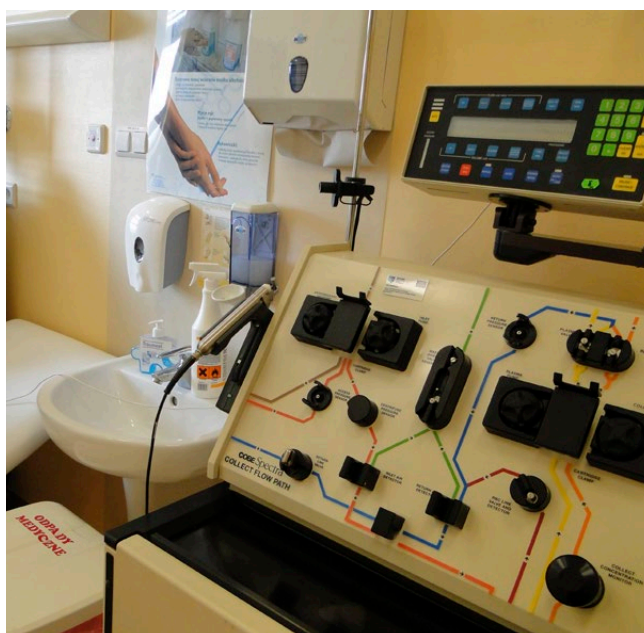
Do chwili obecnej, już w ramach Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Poznaniu, wykonanych zostało ponad 650 operacji przeszczepienia nerek - w tym 10 od dawców żywych. Zabiegi pobrania nerki od dawców żywych wykonywane są przy użyciu techniki laparoskopowej, zapewniając bezpieczeństwo pacjenta, krótką hospitalizację i większy komfort dawców.

W maju 2015 r. w USK, jako pierwszym ośrodku w Polsce, uruchomiono program pobierania nerek od dawców po nieodwracalnym zatrzymaniu krążenia (DCD). Łącznie wykonano 19 przeszczepów tego typu, wykorzystując techniki normotermicznej, regionalnej perfuzji pozaustrojowej nECMO. Oddział Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Poznaniu stał się jedynym ośrodkiem w Polsce realizującym równocześnie trzy programy przeszczepiania nerek: od dawców po nieodwracalnej śmierci mózgu (DBD), po nieodwracalnej śmierci krążeniowej (DCD) oraz od dawców żywych (LRD). W wyniku pandemii COVID-19 Program DCD przestał funkcjonować, ale w najbliższych miesiącach będzie możliwe jego wznowienie.

W działającej Poradni Transplantacyjnej pozostaje pod opieką blisko 300 pacjentów. Dalsze plany związane z rozwojem transplantologii to działania na rzecz zwiększenia liczby przeszczepów rodzinnych, wznowienie programu DCD oraz działania promocyjne dawstwa narządów w związku ze znacznym spadkiem poziomu dawstwa w Województwie Wielkopolskim w ostatnim czasie. Dodatkowo Oddział wystąpił do Ministerstwa Zdrowia o pozwolenie na pobieranie i przeszczepianie nerki i trzustki oraz samej trzustki, a w planach na najbliższy rok jest przygotowanie zespołów i infrastruktury do uzyskania zgody na pobieranie i przeszczepianie wątroby.

Okulistyka – od 2015 roku

Stosunkowo najmłodszą działalnością transplantacyjną Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Poznaniu są realizowane w ramach działalności Oddziału Klinicznego Okulistyki z Pododdziałem Okulistyki Dziecięcej przeszczepy drążące rogówki, wykonywane od 2015 roku. Na przestrzeni lat 2015-2023 wykonano ich 323. Oprócz przeszczepów drążących rogówki przeprowadzane są także przeszczepy tektoniczne, przeszczepy łąty twardówki i przeszczepy błony owodniowej (w literaturze: Amniotic Membrane Transplant). Dalszym kierunkiem rozwoju działalności transplantacyjnej Kliniki jest wykonywanie przeszczepów warstwowych tylnych oraz przednich oraz utworzenie banku tkanek oka. ■



„Promocja transplantacji inwestycja w przyszłość” - Ogólnopolski Dzień Transplantacji oczami pacjenta

Lekarze w kwestiach promocji idei transplantacji łączą siły z organizacjami pacjentskimi, zwracając uwagę i uświadamiając społeczeństwu, że przeszczep narządu lub tkanek to często jedyna metoda ratująca życie i zdrowie pacjentów. W wiele inicjatyw edukacyjnych, protransplantacyjnych i sportowych od lat zaangażowany jest Jan Stępiak z Polskiego Stowarzyszenia Sportu po Transplantacji.

Maria Kaczorowska: Porozmawiamy o transplantacji z perspektywy pacjenta. Od Pana przeszczepu minęło ponad 17 lat, co się zmieniło?

Jan Stępiak: Zmienił się przede wszystkim sposób, w jaki społeczeństwo patrzy na transplantację. Osób po przeszczepie jest w Polsce coraz więcej. 17 lat temu nie myśleliśmy, że chociażby będzie COVID19 i będzie trzeba przeszczepiać płuca pacjentom, którzy zachorowali. Z mojej perspektywy- pacjenta po transplantacji nerki – mogę powiedzieć jedno- żyję normalnie, znacznie lepiej niż pacjent, który jest dializowany 13 godzin na dobę. Korzystam- pracuję, podróżuje, spotykam się z przyjaciółmi i uprawiam sport- w rozsądny sposób oczywiście. To są takie kwestie, na które zdrowa osoba nie zwraca uwagi, nie myśli o tym, że życie może być ograniczone, zabrane. Transplantacja pokazuje, że to życie może powrócić do takiego, jakim żyje normalny człowiek.

Reprezentuje Pan Polskie Stowarzyszenie Sportu po Transplantacji- opowie pan o roli tego stowarzyszenia i sportu w życiu osoby po przeszczepie?

Sport to przełamywanie barier, strachu, motywacja. Pacjenci stają na bieżni, na basenie i dają z siebie wszystko- proszę pamiętać- to ludzie, którzy byli na granicy życia- teraz uczestniczą w Igrzyskach Osób po Transplantacji i zdobywają medale. Takie wydarzenia organizowane są w Polsce, Europie i na całym świecie. To nie medale są najważniejsze. My już zwyciężyliśmy- wygraliśmy życie. Dla mnie to ogromny zastrzyk i motywacja- widzieć, że są takie same osoby w Polsce, w Europie, na świecie, które żyją z przeszczepionymi narządami, biorą te same leki. To nie musi być sport wyczynowy i nie powinien, ale ta regularna aktywność fizyczna, która wstępuje w naszym życiu buduje poczucie własnej wartości osoby, która jest po przeszczepie, że ona nie jest gorsza, bo żyje z przeszczepioną nerką czy sercem.

Tym sportem, jako stowarzyszenie pokazujecie, że „można”, ale też nie kolorujecie tego życia po przeszczepie, głośno mówicie też o tej nieco trudniejszej stronie, lekach, powikłaniach, immunosupresji.

Pacjent też musi wiedzieć, że będzie wymagał prędkiej czy później kolejnego przeszczepienia, że narząd przeszczepiony nigdy nie jest

do końca życia, że istnieją konsekwencje przyjmowania leków immunosupresyjnych. Ja jako pacjent, który motywuje i wspiera innych i żyje szalenie aktywnie - też mam taką świadomość, że kiedyś przyjdzie ten czas... Będę czekał na kolejny narząd, być może będę się dializował między jedną, a drugą nerką. Zawsze są też takie pytania, czy będę się mógł po raz kolejny przeszczepić. Ta świadomość jest ważna, ale też nie pozwalamy jej odbierać radości z życia codziennego, bo to pokazuje, jak transplantacja jest ważna- ratuje życie... Ważne też, by częściej dochodziło do przeszczepów wyprzedzających. To pozwala pacjentom uniknąć używania dializatora. To kolejny aspekt, który pokazuje jak ważne jest promowanie idei transplantacji. W przypadku przeszczepów nerek dawstwo rodzinne to zaledwie 1 na 20.

Statystyki choć nadal niskie względem niektórych krajów- to i tak są coraz lepsze, jest jednak pewna zależność- prawda?

Faktycznie przeszczepiamy coraz więcej, ubiegły rok był pod tym względem rekordowy, ale w drugą stronę jest tak, że coraz więcej osób potrzebuje tych przeszczepień. Choroby cywilizacyjne, choroby typu covid, infekcje mięśnia sercowego, niedoleczone grypy oraz różnego rodzaju zmutowane wirusy- pacjentów przybywa. Dodatkowo, oczywiście to duży plus- przeszczepów dokonuje się u coraz bardziej skomplikowanych pacjentów. W Poznaniu mamy to szczęście, że jest wielu wybitnych specjalistów. Od niedawna są także wykonywane przeszczepy płuc. To bardzo ważne dla pacjentów- że mogą mieć w swoim regionie wykonany zabieg. Wiadomo, że na dzień dzisiejszy jeśli chodzi o transplantację nerki- pacjent jedzie tam, gdzie ona jest. Natomiast osoba oczekująca na przeszczep serca, czy płuc- czeka blisko domu, ze swoją rodziną- to bardzo ważna dla pacjenta świadomość i możliwość.

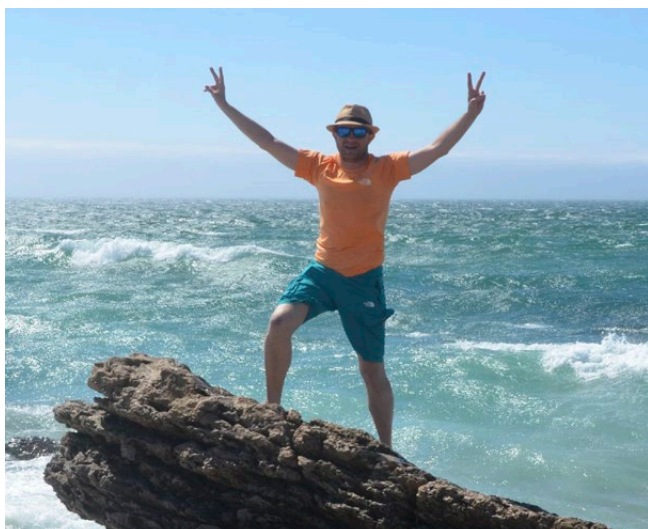
W Polsce od 1995 r. obowiązuje zasada domniemanej zgody na pobranie narządów, mimo to nie zawsze udaje się uszanować decyzje zmarłego.

Najważniejsze i o to nam chodzi, by rodzina знаła i respektowała wolę osoby, która zmarła. Także po to się mówi o transplantacji, żeby każda osoba, która funkcjonuje w społeczeństwie miała swoje zdanie na temat transplantacji i ewentualnego darowania narządów po śmierci, bo później pytamy rodzinę nie o to, jaka jest ich wola, tylko jaka była wola zmarłego. To jest bardzo ważne, żebyśmy mieli tę świadomość, przede wszystkim, żeby rodzina osoby, która odeszła ją miała- liczy się wola tego dawcy, tego zmarłego, a nie decyzja rodziny, bo nagle się okazuje że osoby z rodziny się pojawiają i mówią- my się nie zgadzamy. Wówczas odstepuje się od pobrania, mimo, że ta osoba nie była zgłoszona w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów Poltransplant.

To częste sytuacje. Wielu krewnych nie wyraża zgody. Z czego wynikają obawy rodziny?

Myślę, że to są kwestie zaufania do tego, że lekarze orzekli dobrą śmierć mózgu, niestety co jakiś czas w przestrzeni publicznej pojawiają się nieprawdziwe informacje, że pobrano narządy u osoby która mogła żyć- to są fałszerstwa i kolejny dowód na to, jak niszczycielskie są te grupy osób, które sprzeciwiają się dokonaniom medycyny- działając na niekorzyść całego społeczeństwa, a w szczegól-





ności pacjentów... i to tych u kresu życia! Trzeba to mówić jasno- za każdym razem, kiedy mamy stwierdzoną śmierć mózgu- ta osoba odeszła i każdy musi mieć świadomość, że postępowanie lekarzy było prawidłowe, wykonane dobrze, profesjonalnie i w pełni należy je akceptować. Negujemy też te stwierdzenia, że ciało musi być pochowane w całości- tego już jest mniej, ale cały czas tłumaczymy, że nawet patrząc na to z religijnego punktu widzenia- liczy się dusza, ciało ma rolę służebną i dostajemy je na życie. Po śmierci ono zostaje i jest takie powiedzenie: Nie zabieraj swoich narządów do nieba, one potrzebne są tutaj na Ziemi.

Jak my wypadamy na tle Europy, jeśli chodzi o transplantację ?

Jest bardzo dobrze. Jesteśmy na poziomie europejskim i światowym, natomiast wszystkie kraje zmagają się z tym, że potrzeba więcej dawców- także tych żywych. Ubiegły rok był rekordowy- pierwszy raz przekroczyliśmy 10 procent pobrań od dawców żywych. W Stanach Zjednoczonych, czy krajach skandynawskich to jest 50 procent- więc tu musimy też bardzo mocno budować świadomość i to robimy. Uświadamiamy społeczeństwo, że osoba, która odda nerkę może dalej normalnie żyć. Ponadto żywi dawcy są regularnie badani i niejednokrotnie mówi się, że szansa wykrycia jakiegokolwiek choroby niezależnej od tego, że ktoś oddał nerkę jest dużo większa u dawcy, który jest regularnie badany niż u osoby, która się nie bada, bo uważa, że to niepotrzebne.

O tym mówicie, to uświadamiacie, jako pacjenci, jako członkowie stowarzyszenia. Prowadzicie wiele akcji edukacyjnych - jak one są przyjmowane w społeczeństwie?

Świadomość w społeczeństwie wzrasta, akceptacja promocji transplantacji też. Zawsze wspominam, że każdy z nas może sam potrzebować przeszczepu- z jednej strony możesz być dawca, a z drugiej biorcą. Statystyki mówią, że sześć razy częściej można zostać biorcą niż dawcą. Ktoś dzisiaj powie- jestem zdrowy, młody, mnie to nie dotyczy. Nigdy nie możemy być pewni- u każdego może dojść do zapalenia mięśnia sercowego, ujawnią się powikłania po niedoleczonej grypie i nagle się okazuje, że człowiek jest u kresu życia, a jeśli serce się nie znajdzie – umiera. Są oczywiście możliwości podtrzymania pacjenta czekającego na transplantację serca – to się skutecznie robi w szpitalu przy ulicy Długiej w Poznaniu. Trzeba mieć jednak świadomość, że nawet najlepsi lekarze nie są w stanie w ten sposób leczyć w nieskończoność. Wówczas, jeśli dawca się nie znajdzie to życie zostaje przedwcześnie zabrane- zupełnie niepotrzebnie. Podaliśmy przykład serca, ale ta sama sytuacja jest w przypadku płuc, czy wątroby. Trochę inaczej jest w przypadku nerki- tutaj pacjentów ratują dializy, ale to też jest czasowe rozwiązanie, które jest czasochłonne i kosztowne. Dlatego mówimy o transplantacjach.

Promujemy te idee, żeby coraz więcej osób mogło być ratowane. Promocja transplantacji to jest inwestycja w przyszłość.

To po to są te kampanie, te akcje edukacyjne, by budować tę świadomość w społeczeństwie, nie bać się rozmawiać o śmierci, tak by każdy miał zdanie na temat transplantacji- nawet najmłodszy- to widać kiedy prowadzicie, jako pacjenci zajęcia w szkołach, czy podczas organizowanego od niedawna Forum Młodych, które odbywało się w Gdańsku, potem w Szczecinie- tysiące uczniów spotkało się z zespołami transplantacyjnymi oraz osobami po przeszczepieniu.

Nastolatki to jest ta grupa, na której nam zależy. Ci młodzi ludzie będą kiedyś podejmowali te decyzje i od początku ich dorosłego życia warto budować tę świadomość, bo mamy już przykłady osób, które uczestniczyły w spotkaniach na temat transplantacji i później np. umierały w skutek nieszczęśliwego wypadku. Wówczas były takie sytuacje, że rodzina powiedziała „tak”, bo ta młoda osoba uczestniczyła w spotkaniu w szkole i miała tę wiedzę i taka była jej wola, by te narządy oddać.

Kolejnym ważnym wydarzeniem jest organizowany w Warszawie „Bieg po nowe życie” promujący transplantologię. Od lat jest pan w Komitecie organizacyjnym tego wydarzenia.

To obecnie największy projekt promujący transplantologię w Polsce. Po raz pierwszy odbył się w 2011 roku i teraz jest kontynuowany. Teraz to już całoroczny projekt, który nie ogranicza się tylko do działań w Wiśle czy w Warszawie. Mamy sztafety lekarzy, pacjentów, przedstawicieli mediów, osób publicznych, uczniów szkół. Ponadto od 13 lat organizuje we Wrześni z władzami miasta protransplantacyjny rajd rowerowy dla 6 tysięcy osób.

To jest gazeta, którą czytają przede wszystkim lekarze. Czy jest coś, co chcą państwo jako pacjenci przekazać lekarzom?

Mamy wielką wdzięczność za to, że jest wokół nas mnóstwo fantastycznych ludzi, zaangażowanych pasjonatów medycyny, którzy walczyli i cały czas walczą o nasze życie, żebyśmy mogli się przeszczepić. My jako pacjenci wyrażamy ogromną wdzięczność, że jesteśmy zaopiekowani i pod tą stałą profesjonalną opieką możemy czerpać z życia, być w społeczeństwie. Możemy po prostu żyć. Ogólnopolski Dzień Transplantacji to okazja, by każdy uświadomił sobie, że mamy dar, który możemy ofiarować drugiemu człowiekowi po naszej śmierci i ten dar może uratować życie nawet nie jednego człowieka, a wielu ludzi.

ROZMAWIAŁA MARIA KACZOROWSKA



Z WIELKOPOLSKICH SZPITALI

Kliniczne co nieco

Wraca co kilka miesięcy na tych łamach tematyka szpitali klinicznych, które – choć stanowią około dwadzieścia procent potencjału polskiego szpitalnictwa - na pewno świadczą w znaczącej mierze o bezpieczeństwie zdrowotnym w naszym kraju dzięki wykonywaniu ponad połowy szpitalnych usług medycznych.

Tematyka wraca z różnych racji. Nie tylko z racji odbywających się w tych tygodniach wyborów rektorskich w całym kraju, których rezultaty będą stanowiły o kształcie odpowiedzialności za losy tak istotnych szpitali. Uczelnie medyczne stanowią ich organ założycielski, którego odpowiedzialnością jest optymalne wykorzystanie potencjału powierzonego jako swego rodzaju dobro publiczne. W dniach 14-15 marca notuję te zdania na marginesie odbywającego się w Centralnym Szpitalu Klinicznym w Łodzi spotkania zrzeszonych dyrektorów szpitali klinicznych, którzy podejmują refleksję nad zarządzaniem szpitalami klinicznymi.

Jakie rodzą się w bieżących tygodniach w podejmowanej refleksji tematy? Pierwszym jest reakredytacja do szkoleń specjalizacyjnych, gdyż powstały problemy w tym zakresie. Wszystkie oddziały we wszystkich specjalnościach powinny odnowić w bieżących miesiącach swoje wnioski dotyczące szkolenia specjalizacyjnego. Wygląda jednak na to, że proces przebiega w sposób niełatwy, z problemami. Wnioski są skonstruowane w sposób bardzo skomplikowany, tak, że wracają ponoć w większości do uzupełnienia. Powstaje przy tej okazji wiele pytań o system kształcenia specjalizacyjnego lekarskiego, który powinien być jednak bardzo wnikliwie przejrany – to jest wymóg chwili. Sądzę, że poważne zajęcie się tym będzie wymagało dużo odwagi.

Zwracano też uwagę na niedoskonałości informatyczne niezwykle skomplikowanej starej wersji Systemu Monitorowania Kształcenia, w której wykonywanie jakichkolwiek uaktualnień, korekt czy skreśleń wydaje się być karkołomne. Nie można edytować, korygować zapisów czy ich usuwać. Długo trwają też reakcje na wnioski o korekty i brak możliwości przerwania „starych” specjalizujących się do nowego systemu. Za to nowa wersja jest lepsza, akceptowalna. Pojawia się prośba o kontynuację dokonywania uproszczeń i poprawek, minimalizację danych niezbędnych do wprowadzania. Trudności też stwarza obsługa – choć to domena czysto administracyjna – Systemu Informatycznego Rezydentów.

Osobnym tematem stała się sprawa udzielania uprawnień studentom kierunku lekarskiego. Zastanawiano się nad postulatem, by studenci już młodszych lat uzyskiwali uprawnienia opiekunów medycznych. Rozmawialiśmy o sposobach optymalnego wprowadzania asystentów lekarzy, dla czego brak jest przekonującego sposobu w specyfice szpitali klinicznych, w których pracuje dużo stażystów. Warto się

przyglądać dobrym wzorcom funkcjonowania właśnie asystentów lekarzy.

Podczas spotkania dyrektorów poruszano także sprawy – co mniej dotyczy lekarzy – postępowania sądowych w zakresie nierównego traktowania personelu pielęgniarskiego w związku z przyjętymi siatkami płac. Wspomniano także o problemie „hospitalizacji społecznych”, kierunkach rozwoju systemów zarządzania jakością, a także o wyzwaniach współpracy szpitali klinicznych z uczelnianymi centrami wsparcia badań klinicznych. Tematów gorących jest zawsze sporo.

Refleksja nad zarządzaniem szpitalami klinicznymi ma powrócić w listopadzie do Poznania podczas planowanego XXII zjazdu Polskiej Unii Szpitali Klinicznych i Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali Klinicznych.

Ale jeszcze wcześniej – już za niewiele chwil, gdy obecny numer Biuletynu WIL będzie do Państwa docierał, będziemy świadkami przekroczenia kamienia milowego klinicznego szpitalnictwa w Poznaniu, gdyż na początku kwietnia uruchamiane będą dwa pierwsze budynki nowej części Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego – z docelowym adresem przy ulicy Grunwaldzkiej oraz Marcelińskiej – z drugiej strony. Izba Przyjęć ma działać od 19 kwietnia, a SOR docelowo od 1 czerwca. W tym czasie dokona się przeniesienie oddziałów intensywnej terapii oraz oddziałów chirurgicznych do nowego gmachu, a także przeniesienie działalności internistycznej z budynku starego szpitala wojskowego do opuszczonych po chirurgii części gmachów starszych przy Przybyszewskiego.

Należy życzyć wszystkim nam – medykom i mieszkańcom Wielkopolski, by ten nowy etap – spełniony – po niewyobrażalnie długich oczekiwaniach kilkudziesięciu lat (tak: pierwotna myśl rozbudowy datuje się od lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku), przyniósł optymalną harmonię i służebność nowego – rozbudowującego się szpitala, z najlepszym wypełnieniem celu jego budowy. Dla wielu osiągnięcie tego etapu wiąże się z dużym wysiłkiem i ryzykiem, którego warto się jednakże podejmować nie oczekując wcale wdzięczności czy zrozumienia, lecz spełnienia podstawowej powinności.

SZCZEPAN COFTA



Z WIELKOPOLSKICH SZPITALI

Dwa tysiące ablacji w szpitalu w Kaliszu

2000 zabiegów ablacji mają na swoim koncie specjaliści z Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego im. Ludwika Perzyny w Kaliszu. W ciągu ostatnich 2 lat liczba ablacji wykonywanych w kaliskim szpitalu istotnie wzrosła. Obecnie jest to 30-40 zabiegów miesięcznie, z czego znaczna liczba to skomplikowane ablacje z użyciem systemu CARTO.

- Dziękuję i gratuluję całemu personelowi lekarskiemu, pielęgniarskiemu, technikom i personelowi administracyjnemu Oddziału Kardiologii, Pracowni Elektrofizjologii i Elektroterapii, naszej Poradni Kardiologicznej za wspólnie wykonaną pracę, która pozwoliła nam osiągnąć tak spektakularny sukces – mówił podczas niewielkiej uroczystości zorganizowanej w Pracowni Elektrofizjologii i Elektroterapii dr n. med. Radosław Kołaciński, dyrektor WSZ w Kaliszu.

Przy tej okazji wręczono pamiątkowe medale Przyjaciela Kaliskiej Kardiologii, które otrzymali dr Adrian Gwizdała i mgr Jarosław Bryl.

- Bez Panów wiedzy, zaangażowania, cierpliwości i talentów pedagogicznych nie udało się w tak krótkim czasie doprowadzić do tak szybkiego i znacznego rozwoju pracowni elektrofizjologii naszego szpitala, oraz nie byłibyśmy w stanie wkroczyć w takim tempie w świat zabiegów wykorzystujących zaawansowane systemy elektrofizjologiczne jakim jest posiadany przez nasz szpital System CARTO 3D – podkreślił dyrektor, dziękując również nieobecnym tego dnia współpracownikom: prof. Krzysztofowi Bałaszukowi i dr Michałowi Wasiewskiemu, wspierającym od wielu lat kardiologię w Szpitalu w Kaliszu.

Pracownia elektrofizjologii i elektroterapii serca

- W tym roku, po wielu staraniach udało się nam zrealizować wcześniej wytyczony plan stworzenia samodzielnej pracowni elektrofizjologii i elektroterapii serca. Pierwszej tego typu pracowni w historii całego kaliskiego szpitala. Wyposażonej wzorem pracowni dużych szpitali klinicznych w wysokiej klasy nowoczesny sprzęt dedykowany zaawansowanym zabiegom ablacji zaburzeń rytmu serca jaki i implantacji najbardziej złożonych i zaawansowanych urządzeń wszczepialnych typu kardiowertery,

stymulatory i układy resynchronizujące – podkreśla dr Marek Zieliński, szef Pracowni Elektrofizjologii i Elektroterapii w kaliskim szpitalu.

Jak zaznacza dr Paweł Czaja – kierownik Oddziału Kardiologii w WSZ w Kaliszu, nowa pracownia jest odpowiedzią szpitala na ciągle wzrastające zapotrzebowanie na tego typu zaawansowane procedury u coraz to większej liczby pacjentów. Warto dodać, że jest to jedyna samodzielna i tak doskonale wyposażona pracownia elektrofizjologiczna w rejonie południowo-zachodniej Wielkopolski.

Ablacje metodą PFA na start

- Oczywiście to nie jest nasze ostatnie słowo w tym aspekcie kardiologii. Jeszcze w listopadzie przeprowadzimy pierwsze zabiegi ablacji metodą PFA – dodaje dr Marek Zieliński.

Ablacja PFA – ablacja pulsacyjnym polem elektrycznym (PFA, Pulsed Field Ablation) – jest nowoczesną metodą leczenia arytmii, w tym przede wszystkim migotania przedsionków. Metoda wykorzystuje zjawisko elektroporacji w celu uzyskania trwałego, wybiórczego wyłączenia obszarów mięśnia sercowego odpowiedzialnych za nawroty arytmii. Polega na tworzeniu nanoporów w błonach komórkowych pod wpływem silnego pola elektrycznego (to jest właśnie zjawisko elektroporacji), indukujących przepuszczalność komórkową, co ostatecznie prowadzi do zniszczenia komórek.

- Zaletą stosowania nowatorskiej metody Pulsed Field Ablation jest zmniejszenie ryzyka powikłań w postaci uszkodzenia sąsiadujących naczyń, nerwów i narządów klatki piersiowej. Technologia pozwala również znacznie skrócić czas trwania zabiegu z dwóch godzin do kilkudziesięciu minut – wyjaśnia dr Zieliński.

M. MESZCZYŃSKA

Ostrowski zespół chirurgów uratował życie 700 gramowego wcześniaka

700-gramowy wcześniak przyszedł na świat w 25. tygodniu ciąży. U malca stwierdzono martwicze zapalenie jelit (NEC). To jeden z najtrudniejszych przypadków dla neonatologii, wymagający natychmiastowej interwencji i precyzyjnych działań chirurgicznych.

- Operacja była potrzebna z powodu schorzenia jelita zwanego NEC czyli obumarającego zapalenia jelita charakterystycznego dla przedwcześnie urodzonych dzieci. Szybka pomoc uratowała mu życie, operacja przebiegła pomyślnie, ale za wcześniej mówić o sukcesie, gdyż funkcjonowanie organizmu, różnych innych układów – jeszcze nie jest takie, jakie byśmy sobie życzyli. Tutaj czas jest najważniejszy. Najbliższe tygodnie pokażą nam w jakim kierunku pójdzie ta terapia – powiedział Witold Miaśkiewicz, kier. Oddziału Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej w ostrowskim szpitalu.

Operacje u wcześniaków i noworodków są w Ostrowie Wlkp możliwe, gdyż szpital ma zespół specjalistów - nie tylko chirurgów dziecięcych, ale też anestezjologów i neonatologów. Ostrowska neonatologia ma III, najwyższy stopień referencyjności.

- Udało nam się stworzyć świetny zespół, który jest niezbędny w takich trudnych przypadkach. Mamy takie małe centrum pediatryczne

i jest to bardzo dobre dla tak małych pacjentów. Wszystko dzieje się w obrębie jednego szpitala. Dzięki temu wyniki leczenia są coraz lepsze - dodał.

W szpitalu w Ostrowie Wielkopolskim w ciągu roku przeprowadza się od kilku do nawet kilkunastu operacji u wcześniaków, których waga waha się między 600, a 700 gramów. Najmniejszy pacjent operowany w ostrowskim szpitalu miał 520 gramów. Dziś to już kilkuletnia dziewczynka, która dobrze się rozwija. ■



Z WIELKOPOLSKICH SZPITALI

Pionierski zabieg w Koninie

W konińskim szpitalu przeprowadzono pierwsze w Polsce, a także w tej części Europy zabiegi ablacji migotania przedsionków z wykorzystaniem Varipulse PFA. To jeden z najnowocześniejszych cewników, bardzo precyzyjny i bezpieczny. Jego wykorzystanie zmniejsza narażenie pacjenta i zespołu na promieniowanie RTG oraz rozszerza możliwość leczenia na inne przedsionkowe zaburzenia rytmu serca.

Cewnik zintegrowany jest z trójwymiarowym systemem mapowania narządu, co pozwala na dokładną wizualizację elektrody w sercu pacjenta.

Ablacja metodą elektroporacji polega na zniszczeniu fragmentu tkanki serca, która jest najczęstszym powodem powstawania migotania przedsionków. To najczęstsze zaburzenie rytmu serca – problem może dotyczyć w Polsce nawet miliona osób. Migotanie przedsionków powoduje u chorych omdlenia, zasłabnięcia i ograniczoną wydolność.

To najnowsza technologia ablacji, która wykorzystuje elektroporację (PFA – Pulsed Field Ablation) oraz jednocześnie pozwala na dokładną wizualizację elektrody w sercu pacjenta.

Samą metodą PFA cechuje wysoka skuteczność i bezpieczeństwo. Co ważne, połączenie jej z systemem mapowania 3D znacznie zmniejsza narażenie pacjenta i zespołu na promieniowanie rtg oraz rozszerza możliwość leczenia na inne przedsionkowe zaburzenia rytmu.

Zabiegi przeprowadził dr n. med. Adrian Gwizdała wspólnie z zespołem Pracowni Elektrofizjologii. Swój wkład w sukces miał również Oddział Kardiologii pod kie-

rownictwem doktora Sławomira Kępskiego w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Koninie. ■



XII Warsztaty Chirurgii Gruczołu Piersiowego w WCO

W dniach 15-16 listopada w Wielkopolskim Centrum Onkologii odbyły się XII Warsztaty Chirurgii Gruczołu Piersiowego. To wyjątkowe wydarzenie łączy praktykę z teorią i daje młodym chirurgom, onkologom oraz studentom możliwość zdobycia wiedzy na temat najnowszych technik operacyjnych.

- Warsztaty są spotkaniem merytorycznym, zawierającym element wykładowy, ale też przede wszystkim spotkaniem praktycznym. Mamy grupę chirurgów z całej Polski, którzy są operatorami na bloku operacyjnym, i gości, którzy na sali, dzięki transmisji na żywo, podpatrują, co dzieje się na bloku – podkreśla dr n. med. Piotr Nowaczyk, zastępca ordynatora Oddziału Chirurgii Onkologicznej Chorób Piersi w WCO.

To wydarzenie to nie tylko edukacja, ale także szansa na dzielenie się doświadczeniami i rozwijanie umiejętności, które mogą zmieniać życie pacjentek na lepsze i wspólne tworzenie przyszłości chirurgii nowotworu piersi. ■



Z WIELKOPOLSKICH SZPITALI

Polna: Światowy Dzień Wcześniaka

17 listopada jest celebrowany na całym świecie i wyjątkowo akcentowany w Ginekologiczno-Położniczym Szpitalu Klinicznym UM w Poznaniu. To Światowy Dzień Wcześniaka, szczególne święto dzieci przedwczesnie urodzonych, ich najbliższych i całego personelu oddziałów neonatologicznych w Szpitalu na Polnej.

Oddziały Neonatologiczne Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego w Poznaniu to jedne z najlepszych ośrodków w Polsce, w których ratuje się najmniejsze wcześniaki.

To Oddział Neonatologiczny I kierowany przez Pana Profesora Jana Mazelę oraz Oddział Neonatologiczny II im. WOŚP kierowany przez Pana Profesora Tomasza Szczapę.

Codziennie zespoły neonatologów, położnych, pielęgniarek, ratowników medycznych, rehabilitantów, logopedów walczą o życie tych najmniejszych, to grono wybitnych specjalistów.



17 listopada w Szpitalu na Polnej to dzień pięknych podziękowań ze strony pacjentów i najczęściej ich rodziców. To wspomnienia, często łyż szczęścia, ale też ważne dla innych rodziców, którzy właśnie teraz doświadczają trudnych momentów rodzicielstwa, momenty nadziei. Wsparcie rodziców, którzy sami przeszli drogę walki o życie dziecka na oddziałach neonatologicznych jest bardzo ważne.

W Światowym Dniu Wcześniaka nie mogło zabraknąć fioletowych balonów, ozdób i wstążek. Wieczorem w kolorze wcześniaków – fiolecie- rozbłysło wejście główne do Szpitala, tym samym dając dobrą energię najmniejszych dzieciom. To wieloletnia akcja #FioletowyPoznan w całym Poznaniu, w której wszyscy ci, którzy wiedzą, jak ważne jest wsparcie – dają je szczególnie tym, którzy potrzebują go najbardziej. ■

Pierwsze zabiegi implantacji wszczepialnych rejestratorów pętlowych w szpitalu Strusia

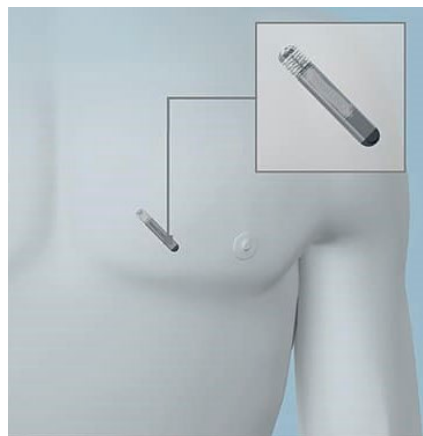
Zespół Oddziału Kardiologicznego z powodzeniem przeprowadził pierwsze zabiegi implantacji wszczepialnych rejestratorów pętlowych, nowoczesnych urządzeń diagnostycznych umieszczanych pod skórą na klatce piersiowej pacjenta. Rejestratory te, służące do monitorowania rytmu serca, analizują pracę serca w sposób ciągły przez kilka lat, zapisując wszelkie zaburzenia rytmu, które mogą być odpowiedzialne za wystąpienie udaru mózgu. Wszystkie zarejestrowane dane są poddawane analizie podczas wizyt kontrolnych w poradni.

Nowa procedura stanowi ogromny postęp w diagnostyce pacjentów, którzy przeszli niedokrwienny udar mózgu, a u około 25% – 30% pacjentów, jego przyczyna pozostaje nieznana mimo rozszerzonej diagnostyki. Bezobjawowe zaburzenia rytmu serca mogą być jednym z istotnych czynników prowadzących do udaru mózgu, dlatego

zastosowanie rejestratorów pętlowych u tej grupy pacjentów pozwala na wykrycie ukrytych problemów z rytmem serca. Wczesna diagnoza umożliwia wdrożenie odpowiedniej terapii, co znacznie redukuje ryzyko wystąpienia kolejnego udaru.



Obecnie nadzór nad danymi z urządzenia odbywa się podczas wizyt ambulatoryjnych, jednak istnieje możliwość wdrożenia stałej kontroli zdalnej – wymaga to jednak czasu i przygotowania odpowiednich systemów. ■



Światowy Dzień Udaru Mózgu... w Teatrze Nowym

Gdyby nie udar, nie powstałaby dla was ta książka - tak Shelagh Brennan w swoim tomiku poezji zatytułowanym „A Stroke of Poetry” i poświęconym jej przeżyciom po udarze mózgu, zwraca się do Czytelników. Żyjemy w przekonaniu o naszym wpływie na życie i realizację własnych planów. Niczym reżyserzy podchodzący z niezachwianą pewnością do kierowania rolami aktorów. Udar mózgu jest jedną z przyczyn zachwiania się takich przekonań. Podczas Światowego Dnia Udaru Mózgu - 29 października 2024 na Dużej Scenie Teatru Nowego w Poznaniu wystawiono przedstawienie zatytułowane „Reżyserzy. Gdyby nie udar ...”.

Dlaczego „Reżyserzy”? Pierwszy z powodów wskazaliśmy powyżej. Żyjemy jako „reżyserzy” naszego życia. Drugi – to losy dwóch wybitnych reżyserów filmowych: Federico Felliniego i Lucchino Viscontiego, którzy doznali udaru mózgu. Fellini zmarł wkrótce po wystąpieniu objawów choroby, a Visconti po udarze mózgu reżyserował jeszcze, m.in. film „L’Innocente” („Niewinne”).

W przedstawieniu wystąpiły osoby, które pokonały tę ciężką chorobę. To niezwykli bohaterowie odkrywający przed widzami swoje emocje i pasje oraz to co udar zmienił w ich życiu. Przedstawienie ukazało również możliwości realizacji założeń neurorehabilitacji, która wdrażana jest niezwłocznie po wystąpieniu objawów udaru mózgu i prowadzona z ogromnym zaangażowaniem zespołu fizjoterapeutów.

Udar mózgu jest trzecią przyczyną zgonów po nowotworach i chorobach serca. Jest najczęstszą przyczyną niesprawności u osób po 50 roku życia. Według danych NFZ w 2022 roku odnotowano w Polsce 73,9 tysięcy przypadków udaru niedokrwiennego mózgu. W 89% przypadków były to udary pierwszorazowe. Obserwuje się w Polsce wzrost odsetka pacjentów leczonych przyczynowo (tromboliza dożylna i/ lub trombektomia mechaniczna). W roku 2017 wynosił on nieco ponad 13 % a w 2022 — 20 %. Jednak wielu chorych wzywa pomoc zbyt późno, aby włączyć leczenie przyczynowe. Wynika to ze złej świadomości dotyczącej istoty choroby i jej objawów. Z tego powodu podejmujemy szereg działań zmierzających do poprawy tej sytuacji. Jednym z nich jest niniejsze przedstawienie.

Przedstawienie „Reżyserzy” zrealizowane zostało przy współpracy Centrum Interwencyjnego Leczenia Udaru Mózgu (CILUM) Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego (USK) w Poznaniu oraz Dyrekcji i Zespołu Teatru Nowego im. Izabeli Cywińskiej w Poznaniu pod dyrekcją Piotra Kruszczyńskiego. Jego realizacja była możliwa dzięki wsparciu finansowemu Spółki WCF Zdrowie Medycyna Edukacja oraz Wielkopolskiej Fundacji Rehabilitacji .

Spektakl reżyserował Janusz Andrzejewski, koncepcję projektu opracował Sławomir Michalak, scenariusz napisali Janusz Andrzejewski i Sławomir Michalak.



Opiekę inspicjenką zapewniła Urszula Kaczmarek, muzykę napisał Przemysław Śledź, choreografię przygotowała Anna Beker, a sekwencje filmowe opracowali Przemysław Kaczmarek, Jerema Kaczmarek i Jakub Rosada.

W przedstawieniu wystąpili pacjenci: Jan Kościński, Edyta Malinowska, Aleksandra Pałka i Piotr Rozynek, aktorzy Teatru Nowego: Olga Lisiecka, Andrzej Niemyt oraz Aldona Cisowska, Karolina Wiktor. Opiekę fizjoterapeutyczną sprawowali Ewa Koziulewska – Zwierswka i Aleksander Krawczyński. A przedstawienie nie mogłoby się odbyć bez udziału Chóru Poznańskiej Szkoły Chóralnej Jerzego Kurczewskiego pod dyrekcją Anny Michalak, Chóru Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu pod dyrekcją Aleksandry Pałki, Jazz Dance Studio – Anna Beker oraz FLEXI&FUSION DANCE GROUP - Magdalena Matusiak-Mendel, Magdalena Kluch, Małgorzata Jósiak.

PROF. DR HAB. N. MED. SŁAWOMIR MICHALAK,
KIEROWNIK KATEDRY I KLINIKI NEUROCHIRURGII
I NEUROTRAUMATOLOGII ORAZ ZAKŁADU NEUROCHEMII
I NEUROPATOLOGII,
UNIWERSYTET MEDYCZNY
IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU



Współczesne wyzwania bioetyki

Lekarze, prawnicy i naukowcy z całego kraju, a przede wszystkim przewodniczący i członkowie Komisji Bioetycznych Okręgowych Izb Lekarskich spotkali się w Centrum Konferencyjnym EDU WIL, by wziąć udział w II Ogólnopolskiej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Współczesne Wyzwania Bioetyki”. Wydarzenie zorganizowane przez EDU WIL oraz Ośrodek Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej odbyło się 10 listopada.

Konferencję poprzedziły zaplanowane dzień wcześniej warsztaty dla przewodniczących Komisji Bioetycznych działających przy Okręgowych Izbach Lekarskich. Konferencja miała charakter hybrydowy – części uczestników, w tym prof. Paweł Łuków, przewodniczący Naczelnej Komisji Bioetycznej, uczestniczyła w wydarzeniu on-line.

W imieniu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej zebranych przywitali: prezes ORL WIL, przewodniczący Komisji Bioetycznej WIL dr n. med. Krzysztof Kordel oraz wiceprezes ORL WIL, lek. Marcin Karolewski, a w imieniu Ośrodka Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej słowo wstępu wygłosił dr hab. n. med. Mariusz Goniewicz, przewodniczący Ośrodka Bioetyki NRL.

Konferencja została podzielona na trzy sesje. Pierwsze dwie pod hasłem „Bioetyka i Prawo” rozpoczął wykład inauguracyjny prof. dr hab. Tomasza Pietrzykowskiego z Uniwersytetu Śląskiego pt.: „Badanie ludzkiego materiału biologicznego jako eksperyment medyczny: wątpliwości praktyczne”. – Członkowie komisji bioetycznych, uczestniczący w warsztatach pierwszego dnia konferencji, ustalili konieczność podjęcia kroków w kierunku pilnej nowelizacji niektórych zapisów ustawy o badaniach klinicznych – podkreślił. – *Jeżeli nasze konferencje, poza wartością intelektualną, poznawczą czy naukową przyniosą również tego rodzaju praktyczny efekt, to będzie to niezaprzeczalna wartość, którą to spotkanie, drugie już, ma szansę wprowadzić do systemu badań biomedycznych w Polsce. A sprawa jest pilna, bo niektórych przepisów z ustawy o badaniach klinicznych nie da się czytać inaczej niż z oburzeniem, więc im szybciej to się stanie, tym lepiej* – mówił prof. Pietrzykowski.

Kolejne prelekcje w sesjach dotyczących aspektów prawnych wygłosili:

- dr Wojciech Rożdżeński, członek zespołu problemowego ds. prawa medycznego przy Komisji Kodyfikacyjnej Prawa Cywilnego – *Koniec ubezwłasnowolnienia oraz pełnomocnictwo medyczne – zmiany projektowane przez Komisję Kodyfikacyjną Prawa Cywilnego;*
- dr hab. n. med. Szczepan Cofta, UMP – *Badania kliniczne z perspektywy praktyki medycznej;*
- dr hab. Agata Wnukiewicz-Kozłowska, UW – *Świadoma zgoda na udział w badaniu klinicznym (osoba pełnoletnia i małoletnia);*
- dr hab. Tomasz Sroka, UJ – *Badanie kliniczne w sytuacjach wyjątkowych (brak zgody, ubezwłasnowolniony, brak świadomości);*
- dr Urszula Drozdowska, UB – *Obowiązki lekarzy w badaniach klinicznych i eksperymentach medycznych. Przygotowanie dokumentacji, wymogi formalne;*
- prof. dr hab. Joanna Haberko – *Zgoda na przetwarzanie danych osobowych uczestnika badania klinicznego.*

W trakcie sesji III „Problemy etyczne związane ze śmiercią i umieraniem” głos zabrali:

- dr n. med. Bartosz Burchardt – *Aktualne przepisy dotyczące stwierdzania zgonów z punktu widzenia lekarza;*
- prof. dr hab. n. med. Jakub Pawlikowski, UML – *Wytuczne Towarzystwa Internistów Polskich dotyczące terapii daremnej chorych hospitalizowanych;*



- dr n. med. Artur de Rosier, przewodniczący Komisji Etyki NRL – *Terapia daremna w świetle nowych przepisów KEL;*
- dr hab. n. med. Mariusz Goniewicz prof. UM – *Deklaracja DNR w praktyce medycznej;*
- dr hab. n. med. Jarosław Sak, prof. UM – *Zdrowie i choroba w perspektywie zamierania ludzkiej egzystencji.*

Każda sesja została zakończona żywą dyskusją nad poruszonymi zagadnieniami, związanymi z dylematami moralnymi, a serię kolejnych pytań i przemyśleń ograniczały jedynie względy czasowe. – *To naprawdę wyjątkowa konferencja: od głosu prawników, przez lekarzy, osoby duchowne i etyków – dawno nie było tak szerokiego gremium ekspertów* – przyznał współorganizator wydarzenia, wiceprezes ORL WIL lek. Marcin Karolewski.

Szczególnie gorąca dyskusja wywiązała się po ostatniej sesji, gdzie wyjątkowo wyraziście wyklarowały się trzy odmienne spojrzenia: lekarza, prawnika i etyka. Po serii niezwykle trafnych uwag prof. Joanny Haberko do prelekcji z ostatniej sesji, skupiających się na problemach etycznych ostatnich chwil życia pacjenta, zebrani słusznie zauważyli, ile zależy od punktu, w którym ocenia się daną sytuację. – *Mam wrażenie, że poruszamy się w innych sferach* – podsumował prowadzący sesję lek. Marcin Karolewski. – *Pani profesor mówi o sytuacjach, gdzie ktoś odchodzi i jest świadomy, ma chęć życia. Jestem lekarzem od ponad 20 lat, i to internistą w powiecie. Osoby, o których tu mówimy, i o których ja myślę w kontekście stanów terminalnych, to często osoby leżące, cierpiące, starsze, w odleżynach, tu nie możemy mówić o jakiegokolwiek woli życia.*

– *Konkurują między sobą dwie koncepcje: zderzenia autonomii i paternalizmu, dwóch różnych światów między lekarzem a pacjentem* – podsumował prof. Jakub Pawlikowski. – *Pierwszy to model teoretyczny, stworzony przez nie-lekarzy, żaden z nich nie stał nad pacjentem. W praktyce medycznej jest jednak najczęściej drugi model, nazywany zwykle przymierzem lub sojuszem – dwie osoby, pacjent i lekarz spotykają się ze sobą po to, żeby zatroszczyć się o dobro tego chorego. Zakładamy współpracę. Podobne zderzenie mamy tutaj: zderza się świat etyczny i prawniczy, a świat lekarski* – mówił prof. Pawlikowski.

Podczas zamknięcia konferencji współorganizator wydarzenia dr hab. n. med. Mariusz Goniewicz z Ośrodka Bioetyki NRL przyznał, że pomimo wielu godzin dyskusji wiele tematów nie zostało wyczerpanych. Trzeba dyskutować – tym samym kolejna, trzecia edycja konferencji o wyzwaniach bioetyki za rok. ■

Konferencja Młodych Lekarzy

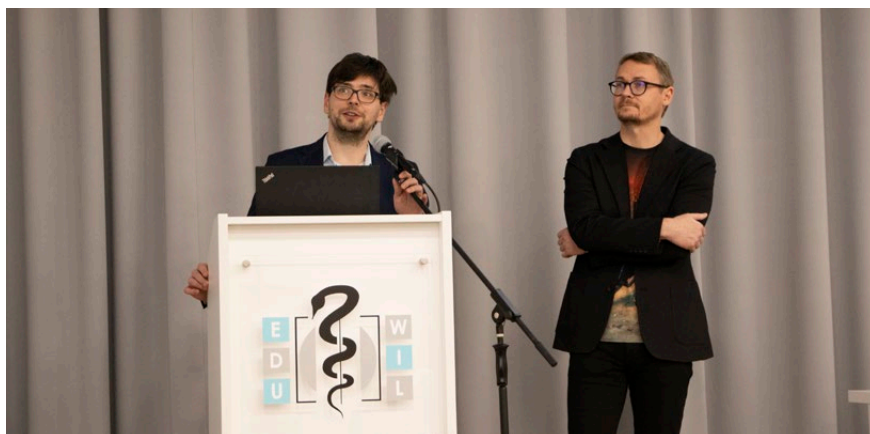
Komisja ds. Młodych Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej zorganizowała dwudniową konferencję, podczas której prelegenci odpowiadali na wszystkie pytania, jakie zadają Młodzi Lekarze na początku swojej zawodowej kariery.

Pierwszy dzień stanowił serię wykładów, natomiast drugiego dnia członkowie Wielkopolskiej Izby Lekarskiej wzięli udział w warsztatach.

Część wykładową rozpoczęła prelekcja „Mobbing, molestowanie – czym się różni, co możemy zrobić?”, którą wygłosiła lek. Julia Pankiewicz – rezydentka psychiatrii, koordynatorka ds. Praw Kobiet i Walki z Dyskryminacją, członkini Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy. - *Mober stosuje takie techniki, bo były one stosowane także wobec niego, dlatego uważa je za słuszne i działające. Może też być tak, że kadry jest mało i trzeba przepierać lekarza do ściany, zmusić go, by wziął dyżur by była obstawa i tego przypierającego do ściany lekarza- ktoś także, kto jest nad nim przypiera do ściany. To nie jest usprawiedliwienie, ale może być jakimś sposobem wytłumaczenia takiego zachowania-* podkreślała podczas wstąpienia lek. Julia Pankiewicz, dodając także, że najważniejsze jest to, by nie bać się reagować i wiedzieć, że takie zachowania choć można próbować sobie wytłumaczyć, to nie są akceptowalne.

Kolejną częścią konferencji były prezentacje multimedialne DOs & DON'Ts – o zasadach dobrych prezentacji- rad udzieliła młodemu lekarzom lek. Ida Małysz – rezydentka patomorfologii, asystentka w Klinice Gastroenterologii Dziecięcej i Chorób Metabolicznych. Następnie dr n. med. i n. o zdr. Piotr Przymuszała – asystent w Katedrze Edukacji Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu opowiedział lekarzom: jak się uczyć i jak uczyć innych?

Następną część konferencji stanowił blok wykładowy przygotowany przez specjalistów Towarzystwa Ubezpieczeń Inter Pol-



ska. Prowadzący: mgr Paweł Grochowski, dyrektor Biura Obsługi Spraw Sądowych Towarzystwa Ubezpieczeń Inter Polska oraz mgr Michał Rogoziński, doradca podatkowy opowiedzieli o finansach - formie prowadzenia działalności gospodarczej i wyborze zasad opodatkowania oraz odpowiedzialności w kontekście spraw sądowych lekarzy, wyroków i okoliczności procesowych.

Ostatni blok wykładów rozpoczęła prelekcja: “Młody lekarz menadżer – organizacja oddziału w XXI wieku, zarządzanie zespołem lekarzy, jak urządzić swoją praktykę, przejście od młodego lekarza do młodego lekarza-specjalisty” wygłoszona przez lek. Marcina Karolewskiego – wiceprezesa ORL WIL, prezesa Polskiego Towarzystwa Lekarzy Menedżerów, specjalisty chorób wewnętrznych, hipertensjologii i geriatрії. - *Nie da się przenieść zasad menadżerskich jeden do jednego do ochrony zdrowia- a to dlatego, że w naszym zawodzie występuje jeden, bardzo ważny i wyróżniający tę dziedzinę element- zdrowie i życie pacjentów. To jest najważniejsze, żeby zdać sobie sprawę*

z tego, że w pewnym momencie na oddziale jesteś szefem nie tylko danej grupy lekarzy, z którymi spędzasz najwięcej czasu w dyżurce, ale także dla pielęgniarek, które są znieważane przez pacjentów i bardzo często źle traktowane i tutaj trzeba powiedzieć sobie jasno- jestem szefem oddziału, który muszą wspierać, integrować ludzi, nie faworyzować i rozumieć ich. Każdy problem to szansa na pójście w inną stronę, możliwość rozwoju - tak to trzeba rozumieć- podkreślał podczas wykładu lek. Marcin Karolewski.

Pierwszy dzień konferencji zakończył wykład „Okręgowe Izby Lekarskie – akcja, o działalności izbowej, motywacji działaczy i niepowodzeniach projektów KML” Moderatorem tej prelekcji był dr n. med. i n. o zdr. Karol Lubarski – przewodniczący Komisji ds. Młodych Lekarzy, zastępca Sekretarza ORL WIL, specjalista pediatrii, w trakcie specjalizacji z neurologii dziecięcej.

Drugi dzień konferencji stanowiła część warsztatowa dotycząca kwestii menadżerskich i zarządzania grupą. ■



VIII Spotkanie Ortopedów z Lekarzami Rodzinnymi Południowej Wielkopolski

26 października w pałacu Lipskich w Lewkowie odbyło się Spotkanie Ortopedów z Lekarzami Rodzinnymi Południowej Wielkopolski. Konferencję zorganizowała Delegatura Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Ostrowie Wielkopolskim, Oddział Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu ostrowskiego szpitala oraz starostwo powiatu ostrowskiego. Wśród prelegentów byli: dr n. med. Marek Widenka, kier. Oddziału Geriatrycznego i Medycyny Paliatywnej, dr n. med. Mirosław Falis, kier. Oddziału Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu oraz dr n. med. Marcin Bęcki, specjalista ortopeda i dr n. med. Krystian Pyszel, specjalista ortopeda. Tematem przewodnim była choroba zwyrodnieniowa stawów i złamania u osób starszych. Konferencja miała bardzo praktyczny charakter i w założeniach ukierunkowana była na wzajemną wymianę doświadczeń w tym zakresie. Punkt widzenia geriatry, przedstawił dr n. med. Marek Widenka.

- Bardzo się cieszę, że inicjatywa organizacji tej konferencji i podjęcia takich tematów wyszła od lekarzy ortopedów, że lekarze ortopedzi widzą potrzebę uzupełnienia swojej specjalistycznej wiedzy o dodatkową wiedzę dotyczącą problemów wynikających z podeszłego wieku, który dominuje u ich pacjentów. Lekarze ortopedzi, w przypadku takich pacjentów, wykonują tę najważniejszą część - powiedzmy mechaniczną, związaną z zaawansowaną chorobą zwyrodnieniową stawów. Ten pacjent wraca później do swojego środowiska lub czasami na inne oddziały szpitalne. Tak naprawdę dalsze losy tego pacjenta zależą od lekarzy innych specjalności. Stąd ich obecność na sali, było wiele pytań, była wspólna dyskusja, bo to jest nasza codzienność – podkreślił dr. M. Widenka, który pełni też funkcję wojewódzkiego konsultanta w dziedzinie medycyny paliatywnej w Poznaniu.

Drugi wykład poświęcono planowanej i nieplanowanej endoprotezie stawu biodrowego na podstawie analizy przypadków. Temat ten przybliżył zebrany dr n. med. Mirosław Falis. Z kolei dr n. med. Marcin Bęcki przedstawił temat endoprotezy stawu kolanowego, a dr n. med. Krystian Pyszel endoprotezo-plastykę stawu barkowego.

- Konferencja pokazała nam, że wybraliśmy właściwe tematy dostosowane do czasu i skali trudności, z jakimi spotykamy się w naszej codziennej pracy. Ucieszyła mnie wysoka frekwencja i ożywiona dyskusja po każdej prezentacji. Z naszej konferencji wynika jedno, że dla dobra naszych pacjentów, tych najbardziej obciążonych, starszych z wieloma chorobami wspólne działanie lekarzy różnych specjalności, w naszym przypadku ortopedów, geriatrów i lekarzy rodzinnych, jest jedynym rozwiązaniem, które poprawi ich sytuację. Mamy świadomość tego, że musimy wzajemnie się rozumieć, zrozumieć nasze problemy, problemy naszych pacjentów i wspólnie je rozwiązywać – powiedział dr n. med. Mirosław Falis.

Spotkanie Ortopedów z Lekarzami Rodzinnymi Południowej Wielkopolski odbyło się już po raz ósmy. Do zabytkowego pałacu Lipskich zjechało się blisko 70 lekarzy POZ z Południowej Wielkopolski.

- Tematy trafione. W naszych gabinetach bardzo często spotykamy się z pacjentami wymagającymi endoprotezy stawu biodrowego czy kolanowego, konferencje dają nam możliwość poznania najnowszych wytycznych jak z takimi pacjentami postępować- powiedziała Maria Bobak, lekarz POZ z Krotoszyna. - Wiedza bardzo potrzebna nam lekarzom pierwszego kontaktu. Jak i kiedy zakwalifikować pacjenta na zabieg, jak ma on się przygotować i jak będzie wyglądała przede wszystkim jego rehabilitacja po wyjściu ze szpitala. Te i wiele innych informacji poznaliśmy podczas konferencji- dodała Elżbieta Mikołajczyk-Spychaj, lekarz POZ z Krotoszyna. - Na sali obecni byli nie tylko ortopedzi czy lekarze rodzinni, ale także interniści, specjaliści



od rehabilitacji dzięki temu mogliśmy multidyscyplinarnie spojrzeć na pacjenta. To jest to na czym nam zależy, na holistycznym podejściu do pacjenta, nie można leczyć kogoś tylko ortopedycznie, a potem niech martwi się ktoś inny, najlepiej wspólnie zastanowić się nad problemami i podjąć decyzję jak tego pacjenta dalej poprowadzić – powiedział M. Szulca, Wiceprezes ORL WIL. – Podczas konferencji bardzo dobrze został ujęty problem, który mamy wszyscy niezależnie od specjalności, z pacjentem wymagającym endoprotezo-plastyki, ponieważ pomaga nam to ujednoczyć przekaz, koledzy mogli zrozumieć na czym polega ten zabieg, co jest do niego potrzebne i z jakim ryzykiem się on wiąże. Dzięki temu są w stanie lepiej wytłumaczyć i przygotować swoich pacjentów do tego zabiegu -dodał Filip Zerbst, członek ORL WIL, lekarz ortopeda w trakcie specjalizacji.

- Odbiór konferencji wśród lekarzy, wśród jej uczestników był niezwykle pozytywny. Wszyscy zgodnie stwierdzili, że takie szkolenia powinny odbywać się znacznie częściej, ponieważ dają one lekarzom możliwość poznania najnowszych wytycznych z danej dziedziny. Wiąże się to z dynamiką rozwoju medycyny i farmakologii. Połączenie szkolenia dodatkowo z wydarzeniem kulturalnym, jakim były wystawy, sprawia, że konferencja ta miała unikalny charakter i sprzyjała wymianie doświadczeń także w tej mniej formalnej dziedzinie jaką jest sztuka – podsumował konferencję W. Wawrzyniak, Wiceprezes ORL WIL.

Po części szkoleniowej uczestnicy konferencji mieli okazję obejrzeć dwie wyjątkowe wystawy grafikę, litografię i kolorotypy Pablo Picasso- cykl „Wojna i pokój” z Barcelony oraz ekspozycję dzieł mistrzów malarstwa polskiego z przełomu XIX i XX wieku ze zbioru muzeum KUL.

VIII Wielkopolskie Spotkanie Chirurgów Dziecięcych z Pediatrami i Lekarzami Rodzinnymi w Ostrowie Wielkopolskim

Szkolenie odbyło się 8 i 9 listopada w Forum Synagoga i Młodzieżowym Domu Kultury. Konferencję otworzył i serdecznie powitał jej uczestników, w imieniu Okręgowej Rady Lekarskiej WIL, Wiceprezes ORL WIL, przewodniczący ostrowskiej Delegatury lek. dent. Wiesław Wawrzyniak.

Wiceprezes życzył udanej i owocnej konferencji oraz konstruktywnych dyskusji kulaarowych, które oprócz wiedzy medycznej integrują środowisko lekarskie. Podczas przemówienia podkreślił, że w zawodach medycznych jednostka nie leczy indywidualnie zawsze procedura leczenia prowadzona jest przez zespół, który składa się z lekarzy, pielęgniarek, położnych oraz pozostałego personelu medycznego – „medical team”. Duże znaczenie ma lider, który tworzy ten zespół i powinien posiadać nie tylko dużą wiedzę merytoryczną danej specjalności, ale także umiejętności organizacyjne w postaci komunikacji interpersonalnej. Stworzenie takiego zespołu, który darzy się wzajemnym szacunkiem i zaufaniem daje gwarancje powodzenia w wykonywaniu różnych procedur medycznych.

Dwudniowa konferencja zgromadziła ekspertów z dziedziny chirurgii dziecięcej, którzy podzielili się wiedzą na temat tak ważnych zagadnień, jak wpływ znieczulenia na mózg dziecka, żywienie dojelitowe w warunkach domowych, dysplazja stawu rzepkowo-udowego u młodzieży czy kompleksowa fizjoterapia w zwłknięciu rzepki. Organizatorem konferencji była Delegatura Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Ostrowie Wielkopolskim, Oddział Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej ostrowskiego szpitala oraz Klinika Chirurgii, Traumatologii i Urologii Dziecięcej w Poznaniu. Pomyśłodawcą konferencji jest dr n. med. Witold Miaśkiewicz, kier. ostrowskiej oddziału Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej.

- Leczenie chorego dziecka, które trafia do szpitala, jest bardzo skomplikowanym, wielopłaszczyznowym procesem. Nie wystarczy jeden specjalista. Chirurg przeprowadza operację, ale ta operacja nie byłaby możliwa gdyby nie diagnostyka radiologiczna i praca anestesjologa, a także odpowiednie przeprowadzenie go przez cały okres pooperacyjny, jedno z drugim się ściśle wiąże. Ideą naszej konferencji jest pokazanie, że wymiana doświadczeń i wzajemna współpraca specjalistów z różnych dziedzin to podstawa skutecznego leczenia pacjenta - powiedział W. Miaśkiewicz.

Do Ostrowa zjechało się kilkudziesięciu lekarzy, a także pielęgniarki i rehabilitanci z oddziałów dziecięcych i przychodni z regionu. Była to okazja do zdobycia najnowszej wiedzy, wymiany doświadczeń i spotkania autorytetów z dziedziny chirurgii dziecięcej.

- Każda taka konferencja uzupełnia naszą wiedzę, tematy bardzo specjalistyczne, ciekawe, praktyczne, bardzo ważne jest też to, że z takich szkoleń możemy korzystać tutaj na miejscu w Ostrowie, nie trzeba wyjeżdżać do dużych ośrodków – powiedział Tomasz Ziąbka, lekarz rodzinny.

Wśród wykładowców byli: m.in. prof. dr hab. Przemysław Mańkowski, wojewódzki konsultant ds. chirurgii dziecięcej, prof. Alicja Bartkowska – Śniatkowska - kier. Kliniki Pediatrii UM w Poznaniu, prof. Katarzyna Jończyk – Potoczna - kier. Katedry Radiologii Zabiegowej i Radiologii Pediatrii UM w Poznaniu. Jak co roku swoją obecnością konferencję zaszczylił prof. Janusz Bohosiewicz-krajowy konsultant ds. chirurgii dziecięcej.

- Spotkanie się w szerszym gronie daje olbrzymie możliwości wzajemnej komunikacji, możliwości poznawania podejścia do leczenia małego pacjenta lekarzy różnych specjalności. Pierwszym miejscem do którego trafiają rodzice zaniepokojeni chorobą swojego dziecka są pediatrzy lub lekarze rodzinni i to od ich czujności,



w wielu przypadkach, zależy życie tych dzieci. Muszę przyznać, co nas bardzo cieszy, zaobserwowaliśmy pozytywną zmianę. Kiedyś do naszego szpitala klinicznego im. K. Jonschera w Poznaniu trafiały dzieci z guzami w najwyższym stopniu zaawansowania, obecnie takich przypadków jest znacznie mniej. Uważam, że taka konferencja, a co za tym idzie wymiana doświadczeń, żywa dyskusja sprzyja wzajemnej współpracy. Jest to wyjątkowo cenne spotkanie. Takich konferencji wciąż w Polsce brakuje, a Ostrow jest pod tym względem wyjątkowy - podkreślił prof. P. Mańkowski.

- Każde tego typu szkolenia są niezwykle potrzebne, ponieważ część takiej wysokospecjalistycznej opieki, leczenia jest realizowana w ośrodkach akademickich, ale ona obejmuje całe Województwo i ta współpraca, przekazywanie pacjentów do dalszej opieki, ma istotne znaczenie. To pozwala również na rozwój lokalnych ośrodków, które są bardzo dobrze wyposażone. Niekoniecznie duża odległość od szpitala domu rodzinnego powinna wynosić 150 km. czy 200 km kiedy z powodzeniem można to specjalistyczne leczenie realizować także w mniejszych ośrodkach, powiatowych szpitalach z korzyścią dla pacjenta- podkreśliła prof. Alicja Bartkowska – Śniatkowska.

Czynny udział w konferencji wzięli także studenci medycyny i młodzi lekarze, którzy przygotowali swoje wykłady w sesji Case Report prezentując ciekawe przypadki kliniczne.

- Jest to dla nas znakomita okazja do wysłuchania ciekawych wykładów znakomitych ekspertów z dziedziny chirurgii dziecięcej. Z drugiej strony sami mieliśmy możliwość przygotować swoje prezentacje i spróbować swoich sił w roli wykładowcy przed szerszą publicznością – powiedziała Iwona Anderka, Koło Chirurgii Dziecięcej UM w Poznaniu. *- Konferencja niezwykle wartościowa, ciekawe wykłady, możliwość wymiany doświadczeń i okazja do rozmów z naszymi mentorami. Bardzo dużo nauczyliśmy się też przy tworzeniu swoich prezentacji, które przygotowaliśmy pod okiem naszych profesorów –* dodał Jan Ślęzak, Koło Chirurgii Dziecięcej UM w Poznaniu.

Patronat honorowy sprawowali: rektor Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, starosta powiatu ostrowskiego, Prezes Pol. Tow. Chirurgów Dziecięcych, Konsultant Krajowy ds. Chirurgii dziecięcej i dyrektor szpitala w Ostrowie Wlkp. ■

Cyberbezpieczeństwo w ochronie zdrowia

W Centrum Konferencyjnym EDU WIL odbyło się pierwsze szkolenie organizowane w ramach koalicji na rzecz cyberbezpieczeństwa w ochronie zdrowia #CyberC4H, do której Wielkopolska Izba Lekarska przystąpiła w sierpniu bieżącego roku.

20 listopada, podczas konferencji, nie zabrakło informacji na temat nowych rodzajów zagrożeń, aktualnych wyzwań, skutecznych strategii oraz sposobów finansowania cyberbezpieczeństwa w ochronie zdrowia.

Szkolenie było podzielone na dwa bloki: teoretyczno-prawny, który przedstawiał regulacje, standardy i finansowanie cyberbezpieczeństwa oraz blok praktyczny, podczas którego prelegenci opowiadali o wdrożeniach i aplikacjach w cyberbezpieczeństwie.

Pierwszą prelekcję: *Dyrektywa NIS2 i Krajowego Systemy Cyberbezpieczeństwa w kontekście nowych obowiązków dla podmiotów leczniczych* wygłosił Piotr Rybicki z Centrum E- Zdrowie. Doktor Paweł Kaźmierczyk wygłosił prezentację specjalną: *Finansowanie działań w zakresie cyberbezpieczeństwa ze środków Krajowego Planu Odbudowy (KPO) – Możliwości dla sektora zdrowia*. Następnie odbyły się prelekcje dotyczące najnowszych przepisów i standardów w ochronie danych pacjentów w cyfrowym środo-

wisku oraz roli koalicji cyberbezpieczeństwa w sektorze zdrowia. Zakończeniem pierwszego bloku tematycznego była dyskusja otwarta o możliwościach i wyzwaniach związanych z wdrażaniem standardów bezpieczeństwa w placówkach medycznych.

Blok drugi rozpoczęła prelekcja: *Zabezpieczanie infrastruktury IT w placówkach medycznych – Studium przypadku*, wygłoszona przez Krzysztofa Kaczorowskiego. Następnie odbyły się prezentacje partnerów koalicji na rzecz cyberbezpieczeństwa w ochronie zdrowia, przedstawiono także rozwiązania technologiczne dedykowane sektorowi zdrowia i przykłady ich wykorzystania. Ostatnią prelekcją dotyczyła ochrony danych i zarządzania ryzykiem w szpitalach.

Szkolenie z cyberbezpieczeństwa w ochronie zdrowia zakończyła sesja pytań do ekspertów. Współorganizatorem konferencji było Polskie Towarzystwo Lekarzy Menedżerów i Healthcare Poland. ■

Przychodzi pacjent do lekarza i...

Jak prawnie umocowane są prawa pacjenta? W Konstytucji RP oraz w Ustawie z 6 listopada 2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. A jak są one przestrzegane? Temu przyjrzeni się inspektorzy Najwyższej Izby Kontroli.

Ustawa określa m. in. prawa do: świadczeń zdrowotnych, informacji, tajemnicy informacji na temat pacjenta, wyrażania zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych, poszanowania intymności i godności pacjenta, dokumentacji medycznej, zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza, poszanowania życia prywatnego i rodzinnego czy opieki duszpasterskiej.

Skala nieprawidłowości była zróżnicowana: od drobnych uchybień formalnych, które nie miały istotnego znaczenia dla pacjentów, po istotne naruszenia ich praw. Najczęściej naruszonym prawem pacjenta było prawo do informacji. Pacjenci aż 65% kontrolowanych szpitali nie mieli pełnego dostępu do wszystkich, wymaganych prawem informacji, które dotyczyły m. in. możliwości zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, zasad zapisów na porady i wizyty, zasad potwierdzania prawa do świadczeń czy udogodnień dla osób z niepełnosprawnościami.

Kontrola, czytamy dalej w raporcie NIK, ujawniła, że pięć z 18 podmiotów leczniczych objętych kontrolą NIK nie zapewniło pacjentom odpowiednich warunków pobytu w szpitalu. Taka sytuacja nie sprzyjała realizacji prawa pacjenta do intymności i godności. Zdarzało się, że sprzęty były zdewastowane, łazienki nieprzystosowane dla osób z niepełnosprawnościami, ogólnodostępne sanita-

riaty nie dawały się zamknąć, a w salach wieloosobowych brakowało parawanów pozwalających na zbadanie pacjenta z poszanowaniem jego prawa do godności i intymności.

W 35% szpitali pacjenci nie uzyskali pełnej informacji o zabiegach podwyższonego ryzyka, którym mieli zostać poddani. Wypełniane przez pacjentów formularze zawierające informacje i zgodę na zabieg nie były dostosowane do danego zabiegu. W części z nich brakowało informacji o spodziewanych korzyściach i najczęstszych ryzykach związanych z zabiegiem. W ocenie NIK podstawą świadomego wyrażenia zgody przez pacjenta na proponowane leczenie jest podana w przystępnej formie informacja dotycząca danego sposobu leczenia, oczekiwanych korzyści, ryzyka i skutków odległych.

W ponad 1/3 szpitali monitoring oceny i skuteczności leczenia bólu nie był prowadzony lub dokumentowany w pełni rzetelnie. Takie postępowanie było niezgodne z wewnętrznymi procedurami i ustawą o prawach pacjenta. W ocenie NIK, wskazuje ono na brak odpowiedniego nadzoru po stronie kierownictwa w tym obszarze.

Luki w monitoringu dotyczyły też stanu odleżyn i procesu ich leczenia. Taka sytuacja miała miejsce w niemal połowie szpitali (42%). Zdarzało się, że ocena ryzyka wystąpienia odleżyn nie była dokumentowana. W niektórych przypadkach

stosowano inną skalę oceny tego ryzyka niż obowiązująca w danym podmiocie leczniczym albo brakowało wpisów dotyczących podejmowanych działań terapeutycznych.

W niemal połowie szpitali objętych kontrolą NIK zarządzanie dokumentacją medyczną pacjentów pozostawiało wiele do życzenia. Nieprawidłowości dotyczyły m.in. prowadzenia, zabezpieczania dokumentacji medycznej oraz jej udostępniania.

Prawo do świadczeń zdrowotnych jest podstawowym prawem pacjenta. Kontrolowane podmioty na bieżąco weryfikowały listy oczekujących na udzielenie świadczenia. Jak wykazała kontrola NIK, ograniczona dostępność świadczeń, a co za tym idzie długi czas oczekiwania na świadczenia, nie zawsze wynikały z wadliwego systemu opieki zdrowotnej. Często przyczyną był wysoki odsetek pacjentów, którzy nie zgłaszali się na wizyty w wyznaczonym terminie. W skrajnych przypadkach w poradniach przyszpitalnych liczba osób niezgłaszających się stanowiła nawet połowę wszystkich zarejestrowanych pacjentów.

Jeden z wniosków pokontrolnych zaleca Ministrowi Zdrowia stworzenie, we współpracy z Rzecznikiem Praw Pacjenta, internetowej platformy edukacyjno-informacyjnej dla pacjentów. (o-ap)



KONFERENCJA „SZCZEPIENIE OTULA” SZCZEPIENIA OCHRONNE 2024/2025



Zapraszamy na konferencję podsumowującą kampanię prozdrowotną "Rok 2024 - Rokiem Szczepień Ochronnych" pod hasłem "Szczepienie Otula".

**12 grudnia 2024, hybrydowo,
wydarzenie bezpłatne**

12:00 – 12:10 Otwarcie konferencji

12:10 – 12:30 Wykład inauguracyjny: Realizacja obowiązkowych szczepień w Wielkopolsce i powiecie poznańskim

12:30 – 13:30 Debata: Co zrobić, żeby ludzie się szczepili?

13:30 – 14:00 przerwa

14:00 – 14:30 Czy szczepionki są toksyczne?

14:30 – 15:00 Szczepienia seniorów, aktualne zalecenia na rok 2025

15:00 – 15:30 Prawne aspekty szczepień ochronnych

15:30 – 15:45 Przerwa

15:45 – 16:15 Nowe zagrożenia epidemiologiczne i możliwości szczepień

16:15 – 16:45 COVID-19 – epidemiologia, szczepienia

16:45 – 17:15 Program szczepień ochronnych 2025

17:15 – 17:45 zakończenie konferencji



WSPÓŁCZESNE MIĘDZYDISCYPLINARNE WYZWANIA W STOMATOLOGII

7 grudnia 2024

Szkolenie w formie stacjonarnej; EDU WIL, ul. Szyperska 14 w Poznaniu



LICÓWKI BEZPOŚREDNIE – IDEALNY KOMPOZYT W EPOCE „BONDINGU”

25 stycznia 2025

Szkolenie w formie stacjonarnej; Poznań



WEBINAR: LECZENIE RAN

styczeń 2025

Wydarzenie online



SZKOLENIE Z KOMUNIKACJI DLA OSÓB ZARZĄDZAJĄCYCH W OCHRONIE ZDROWIA

styczeń 2025

Szkolenie w formie stacjonarnej; EDU WIL, ul. Szyperska 14 w Poznaniu



EPALS – ZAAWANSOWANE ZABIEGI RESUSCYTACYJNE U PACJENTÓW PEDIATRYCZNYCH

1-2 lutego 2025

Szkolenie w formie stacjonarnej; EDU WIL, ul. Szyperska 14 w Poznaniu



PSYCHIATRIA SĄDOWA I ORZECZNICTWO SĄDOWO-PSYCHIATRYCZNE

luty 2025

Szkolenie w formie stacjonarnej; EDU WIL, ul. Szyperska 14 w Poznaniu



ALS – ZAAWANSOWANE ZABIEGI RESUSCYTACYJNE U OSÓB DOROSŁYCH

15-16 marca 2025

Szkolenie w formie stacjonarnej; EDU WIL, ul. Szyperska 14 w Poznaniu

Szczegóły i zapisy na [eduwil.pl](https://www.eduwil.pl)



Antybiotykooporność w natarciu. Potrzeba pilnych działań



PIOTR RZYMSKI

Według nowego raportu opublikowanego na łamach The Lancet corocznie umiera ok. 5 mln zakażonych bakteriami opornymi na antybiotyki. Do 2050 r. liczba tak może wzrosnąć do ponad 8 mln.

W ciągu nieco ponad 100 lat od wprowadzenia antybiotyków do lecznictwa zdołały one zrewolucjonizować walkę z chorobami zakaźnymi, wydłużyły średnią długość życia ludzi na świecie o 23 lata i umożliwiły przeprowadzanie wielu nowoczesnych procedur, jak np. operacja na otwartym sercu. Nie ulega wątpliwości, że antybiotyki to jedno z największych osiągnięć medycyny XX w. Jednak masowe stosowanie tych leków u ludzi i zwierząt przyczyniło się do jednego z największych wyzwań dla zdrowia publicznego w XXI w. – antybiotykooporności. Co gorsza, wszystko wskazuje na to, iż szerzeniu się jej sprzyja dodatkowo ocieplający się klimat.

Na czym polega antybiotykooporność? Jest to stopniowy spadek wrażliwości bakterii na leki, które wcześniej efektywnie hamowały ich wzrost lub je zabijały. W warunkach częstego działania stresora, jakim dla bakterii są antybiotyki, pojawianie się genów oporności podlega silnej, pozytywnej selekcji, gdyż jest wysoce przystosowawcze – pozwala mikroorganizmom przetrwać. Nie jest to zjawisko zaskakujące. W 1945 r. w swojej mowie noblowskiej przestrzegał przed tym Aleksander Fleming, odkrywca penicyliny, bo już trzy lata wcześniej opisano cztery szczepy gronkowca złocistego odporne na ten antybiotyk. Fleming nie wiedział jednak, że jeżeli geny warunkujące mniejszą wrażliwość na daną substancję znajdują się na plazmidowym DNA to mogą być przekazane innym bakteriom na drodze horyzontalnego transferu w procesie zwanym koniugacją. Dzięki temu zjawisku oporność może migrować pomiędzy wybranymi bakteriami, niekoniecznie tego samego gatunku.

Według oficjalnych danych w latach 2016–2020 w Unii Europejskiej infekcje lekoopornymi szczepami bakterii przyczyniały się do 31–39 tys. zgonów rocznie. Zdecydowana większość z nich, ponad 80 proc., była związana z zakażeniami pałeczka okrężnicy oporną na cefalosporyny trzeciej generacji, opornym na metycylinę gronkowcem złocistym, Acinetobacter opornym na karbapenemy oraz Klebsiella pneumo-

niae oporną na niemal wszystkie dostępne antybiotyki.

Globalne żniwo antybiotykooporności oceniło badanie, którego wyniki opublikowano niedawno na łamach The Lancet. Przeanalizowano w nim dane dotyczące śmiertelności w okresie 1990–2021 z 204 krajów, koncentrując się na 22 patogenach, 84 kombinacjach leków stosowanych w leczeniu zakażeń bakteryjnych oraz 11 chorobach, w tym infekcjach krwi i zapaleniu opon mózgowych. To największa ocena obciążenia wywieranego przez lekooporność jaką dotychczas przeprowadzono.

Jej wyniki wskazują, że na przestrzeni ostatnich 3 dekad corocznie umierało ok. 4,5 mln osób zakażonych opornymi szczepami bakterii. Ponad milion zgonów rocznie było bezpośrednim efektem tych infekcji. W analizowanym okresie największy wzrost zgonów związanych i wywołanych przez infekcję dotyczył gronkowca złocistego opornego na metycylinę oraz oporne na karbapenemy gram-ujemne bakterie. Wykazano narastającą śmiertelność związaną z opornością na antybiotyki u dorosłych powyżej 25 lat, ale jej największy, bo aż 80% wzrost nastąpił wśród osób w wieku 70+. Wiązać to można z wysoką częstością chorób przewlekłych w tej grupie, która może mieć wpływ na sprawność układu odporności, gorszą tolerancją leków drugiego i trzeciego rzutu, których wymagają infekcje lekoopornymi szczepami bakterii oraz niedostatecznym stopniem zaszczepienia w tej grupie.

Z kolei wśród dzieci do lat 5 zanotowano 50% spadek śmiertelności z powodu antybiotykooporności. Był to w największym stopniu efekt zmniejsze-

nia się w tej grupie częstości zakażeń pneumokokami oraz bakteriami rozprzestrzeniającymi drogą fekalno-oralną. To zasługa działań zwiększających poziom higieny i dostępu do usług sanitarno-kanalizacyjnych w wielu miejscach świata oraz rozszerzenia programów szczepień, m.in. o szczepienia przeciw pneumokokom, wśród których coraz częściej (także w Polsce) występują odporne serotypy.

Chociaż na przestrzeni trzech ostatnich dekad ogólna śmiertelność dzieci z powodu oporności zmniejszyła się, to z kolei lekooporność zaczęła odgrywać coraz większą rolę w zgonach z powodu sepsy. W 2021 r. infekcje antybiotykoopornymi bakteriami odpowiadały już za ponad 30% zgonów z powodu posocznicy wśród dzieci w wieku poniżej 5 lat. Sugeruje to niestety, że z biegiem czasu niebezpieczne infekcje u dzieci stają się coraz trudniejsze w leczeniu.

Według przeprowadzonej analizy prognostycznej w latach 2025–2050 umrze na świecie 169 mln ludzi zainfekowanych bakteriami lekoopornymi, a 39 mln zgonów będzie bezpośrednio związana z tymi infekcjami. Zdecydowana większość z nich dotyczyć będzie osób w wieku 70+. Liczba ofiar antybiotykooporności zwiększy się w każdym regionie świata, bez względu na stopień rozwoju gospodarczego. Największy wzrost śmiertelności przewiduje się jednak w Azji Południowej, Ameryce Łacińskiej i na Karaibach.

Wszystkie powyższe informacje są wysoce alarmujące. Autorzy wskazują jednak, że podejmując określone działania, zwłaszcza w zakresie usprawnienia opieki medycznej nad ciężko zakażonymi i lepszego doboru antybiotyku w le-

Jakie działania przeciwdziałające antybiotykooporności są pilnie potrzebne?
Szczepienie dzieci i dorosłych przeciw chorobom bakteryjnym
Promocja regularnej higieny rąk
Akcje edukacyjne skierowane do społeczeństwa i profesjonalistów
Ograniczenie stosowania antybiotyków do sytuacji klinicznie uzasadnionych
Unikanie nadużywania antybiotyków w łagodnych infekcjach i infekcjach wirusowych
Usprawnienie opieki medycznej nad ciężko zakażonymi chorymi
Rozwój nowych leków przeciwbakteryjnych lub alternatywnych terapii zakażeń
Rozwój nowych szczepionek przeciw bakteriom, pośród których narasta lekooporność

czeniu infekcji, można by uratować od śmierci związaną z lekoopornością aż 92 mln ludzi na przestrzeni kolejnych 25 lat.

W związku z tym dane dotyczące oporności na antybiotyki nie mogą nas paraliżować ze strachu. Powinny nas motywować do działania, gdyż problem oporności nie rozwiąże się sam. Oczywiście, działania te muszą obejmować także ograniczanie wykorzystania antybiotyków u zwierząt, gdyż to one konsumują obecnie 70% tych leków na świecie. Nie zmienia to faktu, że i w zakresie medycyny człowieka jest bardzo wiele do zrobienia.

Przepisywanie antybiotyków musi zostać ograniczone tylko i wyłącznie do sytuacji klinicznie uzasadnionych. Nie można stosować tych leków w leczeniu infekcji wirusowych, na które przecież nie działają. Błaha zakażenia bakteryjne

też na ogół nie wymagają rutynowej antybiotykoterapii, wszak ludzki organizm posiada układ odporności wyspecjalizowany w zwalczaniu patogenów, który u wielu osób działa bez zarzutu. Potrzebna jest również społeczna edukacja, by zmniejszyć presję, jaką często na lekarzu wywierają pacjenci, traktujący antybiotyki jako antidotum na wszelkie infekcje. Należy także zadbać o to, aby leki przeciwbakteryjne były przyjmowane zgodnie z rekomendacjami. Według badania zleconego przez Komisję Europejską tylko 30 proc. mieszkańców Europy zdaje sobie sprawę, iż nieodpowiedzialne stosowanie antybiotyków przyczynia się do zjawiska oporności. Niezwykle ważne jest promowanie częstej higieny rąk, która musi stać się nawykowa. Szacuje się, że nawet 60% zakażeń związanych z sektorem ochro-

ny zdrowia wynika z zaniedbań w tym zakresie.

Antybiotyki nie powinny być również sprzedawane bez recepty, co wciąż ma miejsce w niektórych krajach, np. w Indiach. Poza poszukiwaniem nowych leków przeciwbakteryjnych, co niestety staje się coraz trudniejsze, potrzebne jest pilnie rozszerzenie portfolio szczepień przeciw bakteriom w największym stopniu odpowiedzialnym za śmiertelność związaną z lekoopornością. Według zeszłorocznej analizy wprowadzenie szczepionek przeciw siedmiu najważniejszym opornym bakteriom mogłoby ocalić od śmierci ok. 1,2 mln ludzi każdego roku. Innymi słowy, szerzenie się oporności spowalniać można lepszym wykorzystaniem dostępnych już szczepionek przeciwbakteryjnych dla dzieci i dorosłych. ■

Preskrypcja wnet bez ograniczeń

Aktualny stan prawny nie wszystkim lekarzom umożliwi wystawianie recept na niektóre refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyroby medyczne przysługujące bezpłatnie osobom do ukończenia 18. roku życia albo po ukończeniu 65. roku życia. I to się zmieni, o czym właśnie poinformowało Ministerstwo Zdrowia.

Dotychczasowe uprawnienia przynależą tylko tym lekarzom, którzy zawarli z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w jednym z trzech zakresów: podstawowej opiece zdrowotnej, ambulatoryjnej opiece specjalistycznej lub leczeniu szpitalnym. Uprawniony jest również lekarz emeryt w ograniczonym zakresie (dla siebie lub swoich najbliższych) oraz określone pielęgniarki.

To nie pozostawia żadnych wątpliwości, że „nie mają takiego prawa lekarze udzielający świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie jakichkolwiek innych umów niż dotyczących ww. zakresów świadczeń (w tym np. z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, leczenia stomatologicznego, opieki paliatywnej i hospicyjnej itd.), jak również lekarze, którzy nie zawarli żadnych umów z NFZ, czyli lekarze działający jako podmioty wykonujące działalność leczniczą w postaci prywatnych praktyk.”

To nie jest nowy problem, był zgłaszany Ministerstwu Zdrowia od czasu nowelizacji przepisów na mocy ustawy z 17 sierpnia 2023 o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego

oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw. Krytycy wskazywali przede wszystkim na okoliczności ograniczające dostęp do darmowej farmakoterapii oraz różnicujące sytuację prawną lekarzy.

Ta sytuacja ma się niebawem zmienić. Otóż do Sejmu właśnie skierowany został rządowy projekt „Ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.” Rozszerza on uprawnienia na „osoby posiadające uprawnienie do preskrypcji wynikającej wprost z wykonywania przez nią zawodu medycznego, jeżeli prawo to zapisano w przepisach regulujących zasady wykonywania tego zawodu, tj. na lekarzy i pielęgniarki niezależnie od faktu posiadania albo nieposiadania przez nich umowy z NFZ.” Tym samym pacjenci w prywatnej praktyce, klinice czy szpitalu będą mogli otrzymać recepty na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyroby medyczne, które przysługują bezpłatnie osobom do 18. albo po 65. roku życia.

To nie wszystko. Projekt ustawy, informuje resort zdrowia, „zakłada poszerzenie uprawnień farmaceutów do

wystawiania recept na szczepionki. Do tej pory mogli oni wystawiać recepty farmaceutyczne tylko na szczepionki przeciw grypie. Teraz będą mogli to robić także w przypadku wszystkich szczepionek stosowanych do szczepień zalecanych dostępnych w aptece - będzie to tzw. recepta refundowana. Dzięki tej zmianie pacjenci podczas jednej wizyty w aptece będą mogli otrzymać receptę, wykupić szczepionkę oraz poddać się szczepieniu oraz skorzystać z refundacji, jeżeli dany preparat jest refundowany. Dla seniorów oznacza to, że będą mogli zaszczepić się w aptece przeciwko grypie bezpłatnie.”

W czym resort zdrowia upatruje się korzyści? W tym, że system ochrony zdrowia będzie bardziej elastyczny. Pacjenci – zwłaszcza dzieci i osoby starsze – otrzymają recepty na bezpłatne leki szybciej i łatwiej. Również potencjał farmaceutów zostanie bardziej wykorzystany. Odciążą lekarzy, a zarazem będą mieli lepszy dostęp do potrzebnych szczepień. (ap)



ANNA KURHAŃSKA-
FLISYKOWSKA

RUBRYKA STOMATOLOGICZNA



U Stomatologów

„W 1940 roku wśród niedobitków Wojska Polskiego, którzy przedostali się do Anglii, a potem do Edynburgu w Szkocji, gdzie wyznaczono im stałe miejsce pobytu, byli liczni lekarze i studenci medycyny, także z Poznania, dla których zorganizowano kursy medyczne w języku polskim. Decyzją Senatu Uniwersytetu w Edynburgu w tym samym roku kursy te przekształcono w Polski Wydział Lekarski, który mimo, że afiliowany przy szkockim uniwersytecie, miał polskich profesorów, polskich studentów i polski język wykładowy, a ponadto funkcjonował w oparciu o polskie prawo i przywileje uniwersytetów polskich. Nauczano od października 1940 roku. 24 lutego 1941 roku w Londynie dopełniono formalności, a w marcu ukonstytuowała się pierwsza Rada Wydziału. Wśród 37 profesorów, docentów i wykładowców ośmiu było związanych z Poznaniem, m.in Antoni Jurasz (pierwszy dziekan), Leon Lakner, Adam Straszyński, Wiktor Tomaszewski i Lech Działoszyński. Wydział zamknięto 31 marca 1949 roku.”

Tomaszewski W. *“In the dark days of 1940...”*

Cytuję za „90 lat studiów lekarskich w Poznaniu - Ludzie-czas-miejsca” pod red. prof. Anity Magowskiej (Anita Magowska, Elżbieta Marciniak, Ryszard Marciniak, Bogdan Poniedziałek, Andrzej Tykarski, Jacek Wysocki. Poznań 2009)

Opowieść gorąco polecam członkom Naczelnej Rady Lekarskiej, którzy wyłącznie w swoim imieniu skierowali do Ministerstwa Zdrowia protest przeciwko zdalnemu nauczaniu medycyny w Kijowskim Uniwersytecie Medycznym, któremu na czas wojny gościny udzielono w Bytomiu. To prywatna instytucja ukraiń-

ska, która pozwala na kontynuację studiów medycznych swoim studentom z konieczności - online. Na potrzeby medycyny ukraińskiej i po ukraińsku, podczas wojny. Koledzy z NRL żądają zakazu, choć mogliby pamiętać, że w sytuacji tych młodych ludzi to atrapa normalnego życia, pozwalająca skupić się na czymś istotnym i nie oszaleć. Oczywiście studiuja tam i polscy młodzi ludzie, bo dlaczego nie. Jednak nie należy oczekiwać, że ktokolwiek poda im rękę, aby mogli studia dokończyć efektywnie. Polecam pamiętniki lekarzy z lat wojennych i powojennych – uczyli się, gdy tylko mogli, kończyli po przerwach, i dziesięć lat po wojnie, ale osiągnęli cel. Czasem już dawno mówiono do nich doktorze w szpitalu, podczas gdy brakowało do tytułu dwóch egzaminów. Ten brak wyobraźni naszych wybrańców przeraża.

Spotkanie Zespołu ds. rozwoju stomatologii przy Ministrze Zdrowia przyniosło kolejny apel o pilną korektę decyzji dotyczących uregulowania wypłat za trzeci kwartał 2024, a także apel o zapewnienie finansów dla praktycznego nauczania stomatologii klinicznej w kształceniu studentów oraz stażystów i rezydentów, którzy przeważnie realizują programy kształcenia w murach uniwersytetów medycznych. To przede wszystkim ich efektywna praca miała służyć pomocą lekarzom dentystom jeszcze realizującym umowy z NFZ. Pacjenci wiedzą, jakie przysługują im prawa, bo „całe życie płacą składkę”, a rozmowę z nimi prowadzi zupełnie niewinny asystent, albo lekarz opiekujący się pro bono stażystą i rezydentem, który na dodatek, z dobroci serca opłaca „swojemu podopiecznemu” wynagrodzenie i ZUS dopóki wojewoda nie znajdzie pieniędzy. Wszyscy mieliśmy nadzieję, że te kłopoty tak szybko nie wrócą. ■

American Academy of Periodontology

W dniach 31 października do 3 listopada odbyło się coroczne spotkanie Amerykańskiej Akademii Periodontologii (American Academy of Periodontology) w San Diego Kalifornia. Było to 110 spotkanie, które uświetnili wykładowcy z całego świata. W konferencji uczestniczyło ponad 2000 dentystów i higienistek z całego świata. Polskę reprezentował lek. dent. Przemysław Stankowski z Poznania. Spotkanie odbyło się we współpracy z Japanese Society of Periodontology and Japanese Academy of Clinical Periodontology.

Wykładowcy z całego świata skupili się na całym spektrum tematów: od zarządzania ochroną zdrowia, sposobem prowadzenia badań naukowych, rozwoju kariery specjalizantów i młodych specjalistów, leczeniem chirurgicznego i niechirurgicznego zapalenia przyzębia. Poruszony był temat perimplantitis, gdzie omówiono jak nie doprowadzić do zapalenia wokół implantów i jak ewentualny stan zapalny leczyć.

Obiekt centrum konferencyjnego był tak duży, że jednocześnie było prowadzone 5-6 wykładów na różnych salach. Każdy więc mógł wybrać interesujący go temat.

Była również część poświęcona połączeniu zapalenia przyzębia ze zdrowiem ogólnym organizmu.

Ważna część dotyczyła powikłań przy zabiegach z zatoką szczękową, tak często wykonywanym zabiegu w polskich gabinetach przy wszczepianiu implantów.

Próbowano odpowiedzieć na pytanie, co jest standardem w odbudowie kości. W Europie jako złoty standard tego za-

biegu uznaje się kość autogenną pochodzenia wewnątrzustnego. Za oceanem natomiast standardem jest kość autogenna pochodzenia zewnątrzustnego, czyli np. z talerza kości biodrowej. Udowodnili, że ta kość dobrze resorbuje się w chasę i świetnie nada się do odbudowy kości poza obrysem obecnej kości (na wysokość i na szerokość). Jeden z prelegentów podsumował swoje doświadczenia z mrożoną żywą kością, której używał zamiast kości pobranej od pacjentów, inny natomiast opisywał zastosowanie czynnika FGF-2 (czynnik wzrostu fibrocytów) w odbudowie kości. Prelegenci z Japonii, Tajwanu czy Stanów Zjednoczonych pokazywali badania, w których zostały zastosowane techniki niedostępne w Europie w chirurgicznym leczeniu chorób przyzębia FGF-2, BMP, drukowane przeszczepy z białek połączonych z komórkami macierzystymi, komórki macierzyste z tłuszczu. Wyniki tych badań są niesamowicie obiecujące, jednak europejskie ustawodawstwo prawdopodobnie spowolni wejście tych sposobów leczenia w Europie. ▶

RUBRYKA STOMATOLOGICZNA



Jeden z cykli wykładów był określony jako Perio-Systemic Symposium, gdzie w bardzo szczegółowy sposób badali zapalenie przyzębia z reumatoidalnym zapaleniem stawów. Nadrzędną wiadomością było to, że leczenie zapalenia przyzębia i dbanie o optymalną higienę jamy ustnej u pacjenta obniża ilość przeciwciał we krwi, związaną z chorobami systemowymi, co może spowolnić przebieg choroby ogólnej. Dlatego warto uczyć pacjentów myć i nitkować zęby oraz regularnie wykonywać im zabiegi z niechirurgicznego leczenia przyzębia.

Bardzo ciekawym wykładem był prowadzony przez endodontę Kumar Subramanian i periodontologa Bobby Butler na temat resorpcji zewnętrznych i wewnętrznych. Omówili szczegółowo rodzaje resorpcji, etiologię ich powstawania i leczenie. Zwrócili uwagę na to, że stres związany z ogólnoswiatowym covid'em jednoznacznie zwiększył ilość resorpcji u ich pacjentów. Zwrócili uwagę, że płukanie w czasie leczenia resorpcji wewnętrznej jest kluczowe i stosowali z powodzeniem uszczelniające bioceramiczne.

W czasie sympozjum prelegenci zwracali uwagę na to, że choroba przyzębia powinna być leczona kompleksowo. Na przebieg choroby przyzębia mają nie tylko wpływ bakterie, ale także uraz okluzyjny. Najciekawszym wykładowca z zakresu periodontologii był Gulio Rasperini, który pokazał przypadki leczenia pacjentów periodontologicznych, gdzie zęby przez większość dentystów zakwalifikowane były jako nierokujące, a on pokazał te same zęby po 30 latach leczenia w jego praktyce.

Ważnym tematem było przeświadczenie wielu wykładowców, że zbyt dużo zębów jest usuwanych na rzecz łatwiejszego leczenia implantologicznego. Podkreślali, że wielu lekarzy i pacjentów wierzy, że implanty są trwalsze niż zęby. Implanty są bardziej wrażliwe na infekcje niż własne zęby - należy więc zachowywać naturalne zęby pacjenta w miarę możliwości ich odbudowy protetycznej.

Wykładowcy podali różne czynniki, które predysponują pacjentów do powstania periimplantitis i peri mucositis. Wysokie ryzyko to osoby palące (do 10 lat wstecz), z historią paradontozy lub obecną paradontozą i złą higieną, złą pozycją implantu, zbyt małą odległość pomiędzy implantami lub implantem i zębem, lub implant wszczepiony powyżej 6 mm od CEJ, cukrzyca, zły kształt profilu wylaniania, brak dziąsła rogowaciejącego. Średnie ryzyko to fenotyp, alkohol, depresja, otyłość oraz zespoły metaboliczne. Ważnym elementem leczenia implanto-protetycznego jest wykonanie odpowiedniej pracy protetycznej, aby część przedziąsłowa była wykonana z materiałów biokompatybilnych na wysokości co najmniej 2 mm i aby profil wylaniania nie był mniejszy niż 45 stopni. Konieczne jest też odpowiednie czyszczenie części protetycznych najpierw szczoteczką z mydłem tak, by usunąć wszelkie zabrudzenia na łączniku w procesie wykonania pracy, a potem moczenie w chlorheksydyinie.

Wykładowcy zwracali uwagę, że jedną z kluczowych rzeczy do przetrwania pracy na implantach jest właściwa współpraca pacjenta, który dokładnie będzie czyścił pracę, którą otrzyma. Zalecali wymianę pracę stałą na pracę ruchomą, jeśli pacjent nie daje sobie rady z czyszczeniem.

Prawdziwe zderzenia gigantów odbyło się na sesji o leczeniu recesji, gdzie na scenie pojawił się Edward P. Allen, Giovanni Zucchelli, Otto Zuhr oraz Michael K. McGuire. Każdy z nich reprezentował zupełnie inne podejście do tematu i każdy zaprezentował świetne wyniki swoich zabiegów. Zabrakło jedynie dyskusji pomiędzy tymi wykładowcami.

Trudno jest opisać w artykule 4 dni intensywnych wykładów i wybrać to, co było najwartościowsze. Świetne wykłady, dobra organizacja, znakomicie przygotowana strefa wystawieniowa w pięknym słonecznym San Diego jest zaproszeniem do następnej konferencji, która odbędzie się w 2025 roku w Toronto w Kanadzie.

PRZEMYSŁAW STANKOWSKI

I miejsce dla Poznania w konkursie GC Academic Excellence Contest 2024

Z satysfakcją informujemy, że w roku 2024 I miejsce w ogólnopolskim konkursie GC Academic Excellence Contest 2024 i nagrodę główną otrzymała Gabriela Kapelińska, a drugą finalistką została Karolina Koral - absolwentki kierunku lekarsko-dentystycznego w roku akademickim 2023/2024.

Przygotowania do etapów konkursowych toczyły się już od stycznia 2024 r. w Klinice Stomatologii Zintegrowanej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, pod opieką prof. dr hab. Elżbiety Paszyńskiej i lek. dent. Aleksandry Szymczak. Do konkursu zgłosiło się 272 uczestników z ponad 70 uniwersytetów medycznych w 20 krajach, prezentując 260 przypadków klinicznych leczenia stomatologicznego z zastosowaniem estetycznych materiałów kompozytowych. W finałnym etapie 20 zwycięzców z poszczególnych krajów uzyskali możliwość zaprezentowania swojej pracy na forum międzynarodowym w Leuven (Belgia). W kategoriach Undergraduate oraz Postgraduate zwyciężyły Pani Cristina Neghina z Rumunii oraz Pani Maria Fostiropolou z Grecji. Ponadto wszyscy finaliści mieli możliwość udziału w całonocnym kursie „Composite Layering”, prowadzonym przez uznanego specjalistę w dziedzinie estetyki kompozytowej, Dr. Javiera Tapia Guadix.

Uczestnicy oraz nauczyciele akademicy mieli szansę wymiany cennych doświadczeń i inspiracji. Była to doskonała okazja do nawiązywania nowych kontaktów, dzielenia się pomysłami oraz dyskusowania o wyzwaniach i osiągnięciach w dziedzinie stomatologii.

Coroczny konkurs GC Academic Excellence Contest to wyjątkowa sposobność dla wszystkich studentów stomatologii, aby zaprezentować swoje talenty, rozwijać swoje umiejętności, nawiązać wartościowe kontakty i stać się częścią międzynarodowej społeczności stomatologicznej. Niech to będzie zachęta dla kolejnych studentów kierunku lekarsko-dentystycznego do podjęcia rękawicy współzawodnictwa w przyszłych edycjach.

PROF. DR HAB. ELŻBIETA PASZYŃSKA
LEK. DENT ALEKSANDRA SZYMCZAK
KLINIKA STOMATOLOGII ZINTEGROWANEJ UMP



Klinika Stomatologii Zachowawczej i Endodoncji

Po zmianach administracyjnych Klinika, jak i Zakład Biomateriałów i Stomatologii Doświadczalnej są jednostkami należącymi do Katedry Stomatologii Zachowawczej, Endodoncji i Biomateriałów. W artykule pozwolę sobie przybliżyć Państwu jednostkę, w której pracuję od 46 lat, a z którą związane było całe moje profesjonalne życie, a jej nazwa podlegała licznym modyfikacjom, jednakże w nazwie zawsze niezmiennie były dwa słowa: stomatologia zachowawcza.

W ramach Kliniki oraz Poradni Stomatologii Zachowawczej i Periodontologii prowadzone jest kształcenie przeddyplomowe (dla studentów polskich jak i kształconych w języku angielskim) i podyplomowe (kształcenie specjalizacyjne lekarzy w dziedzinie stomatologii zachowawczej z endodoncją i w dziedzinie periodontologii). Wdrożone zostały działania mające na celu dopasowanie kształcenia w zakresie stomatologii zachowawczej i endodoncji do standardów współczesnej stomatologii zgodnych z wytycznymi międzynarodowych towarzystw naukowych. Już w roku 2017/18 rozpoczęto proces standaryzacji procedur zachowawczych - wykonywania wypełnień oraz prowadzenia leczenia endodontycznego. Przeprowadziliśmy kalibrację asystentów zgodnie z ustalonymi standardami według wskazówek i zaleceń przedstawionych przez naszych gości prof. Paula Wesselinka i prof. Marjoke Vervoorn (ACTA, Amsterdam) w trakcie ich wizyty w Klinice, której celem było szkolenie kadry dydaktycznej w zakresie standaryzacji procesu nauczania.

W celu poprawy standardów i jakości leczenia endodontycznego w ramach kształcenia studentów na 4. i 5. roku kierunku lekarsko-dentystycznego, dzięki współpracy z firmami zajmującymi się dystrybucją nowoczesnego sprzętu stomatologicznego (np. KaVo, Dentsply Sirona) zostały zakupione najnowsze urządzenia do diagnostyki próchnicy zębów, do diagnostyki przepływu naczyniowego w miazdze zęba i tkance dziąsła. Również dzięki przygotowanemu przez nas grantowi Firma Dentsply Sirona – jeden z największych producentów sprzętu stomatologicznego w świecie rozpatrzył wniosek o przyznanie Klinice nowoczesnego sprzętu endodontycznego: 20 mikrosilników endodontycznych xSmart Plus oraz możliwość zakupu instrumentarium endodontycznego po preferencyjnych cenach, stanowiących ułamek cen rynkowych. System od 2017 roku był stopniowo wdrażany do dydaktyki klinicznej i przedklinicznej, a od 2019 stał się normą. Dzięki temu możliwym jest przygotowanie studentów w podstawowym zakresie do opracowania kanałów korzeniowych w trakcie leczenia endodontycznego za pomocą narzędzi maszynowych, co znacznie usprawnia proces terapii, jak i przygotowuje kształconych do pracy we współczesnym gabinecie stomatologicznym. Metody maszynowe są nieodzownym uzupełnieniem konwencjonalnych metod endodontycznych i są obecnie standardowym elementem wyposażenia właściwie przygotowanej poradni stomatologicznej funkcjonującej zgodnie z zasadami Evidence Based Dentistry.

Wieloletnia współpraca z firmami zajmującymi się dystrybucją materiałów stosowanych w profilaktyce stomatologicznej (Colgate-Palmolive, Oral B, Pierre-Fabre) pozwala na aktywne uczestnictwo studentów 3. roku w profilaktyce próchnicy zębów i chorób przyzębia, poprzez wykorzystanie przekazanych przez Firmy produktów dla dydaktyki klinicznej. Właśnie na 3. roku studiów, kiedy studenci po raz pierwszy rozpoczynają pracę kliniczną z pacjentami, największy nacisk



staramy się kłaść na uświadomienie studentów, że profilaktyka jest podstawą stomatologii.

Bardzo polepszyła się jakość nauczania przedmiotów przedklinicznych; przedklinicznej stomatologii zachowawczej i przedklinicznej endodoncji, co przyczyniło się do lepszego przygotowania studentów do spotkania z pierwszym pacjentem na roku III. Stało się to możliwe dzięki otwartemu w grudniu 2015 roku jednego z najnowocześniejszych w Polsce Centrum Symulacji Stomatologicznej. Jako ówczesny prodziekan ds. stomatologii, przy bardzo dużym wsparciu Władz Uczelni, zajęłam się sprawami organizacyjnymi związanymi z powstaniem tego Centrum: prowadziłam rozmowy z firmami, które zadeklarowały się wyposażyć Centrum, uczestniczyłam we wszystkich etapach od powstania projektu, poprzez wszystkie prace przygotowawcze i wdrożeniowe, aż do otwarcia Centrum. Nigdy nie zapomnę wspólnego z prof. Beatą Czarnecką i dr Szymonem Rzątowskim wyjazdu do siedziby Firmy Frasco w Tettnang w Niemczech, gdzie spędziliśmy kilka dni, pracując po kilkanaście godzin dziennie, wybierając wymagane produkty (modele symulacyjne, zęby), konieczne do przygotowania oferty zakupu.

Klinika jako jedna z pierwszych na Uczelni (jeszcze przed pandemią Covid-19) wykorzystywała platformę e-learningową do prowadzenia dydaktyki.

Bardzo dobra współpraca Kliniki z Dyrekcją Uniwersyteckiego Centrum Stomatologii i Medycyny Specjalistycznej w zakresie organizacji staży podyplomowych i specjalizacyjnych pozwala na szkolenie w Poradni Stomatologii Zachowawczej i Periodontologii wielu lekarzy, również absolwentów DDS.

Klinika jest wiodącym w Wielkopolsce ośrodkiem diagnostyki i leczenia próchnicy zębów. Współpracując z wieloma jednostkami macierzystej UMP, innymi uczelniami w Polsce i poza jej granicami prowadzi szeroko zakrojone badania oceniające związek chorób ogólnoustrojowych ze zmianami w środowisku jamy ustnej.

RUBRYKA STOMATOLOGICZNA



W utrzymaniu zdrowia jamy ustnej szczególną rolę odgrywa ślina, dlatego w większości projektów badawczych była materiałem poddawanym badaniom biochemicznym. Celem badań było określenie specyficznych właściwości fizycznych, biochemicznych i mikrobiologicznych śliny, które mogłyby być charakterystycznymi biomarkerami zmian towarzyszących przewlekłym chorobom ogólnoustrojowym takim jak: cukrzyca, mukopolisacharydoza, choroba Alzheimera, Parkinsona, otyłość, którą w piśmiennictwie określa się pandemią XXI wieku, zapalnymi chorobami jelit, chorobami tarczycy, hematologicznymi, dermatologicznymi, onkologicznymi, neurologicznymi. Wyniki tych badań stanowią znaczący wkład poznawczy w zakresie diagnostyki śliny pacjentów ze schorzeniami ogólnoustrojowymi: m.in. mieloperoksydaza (MPO) prezentowała potencjalną zdolność do różnicowania pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego oraz chorobą Leśniowskiego-Crohna, co mogłoby ułatwić postawienie w sposób nieinwazyjny właściwej diagnozy u pacjentów z niejednoznacznym obrazem endoskopowym.

Równocześnie w jednostce w ostatnich 5 latach realizowano inne tematy badawcze jak: zastosowanie izotermalnej amplifikacji kwasów nukleinowych do identyfikacji bakterii w agresywnym i przewlekłym zapaleniu przyzębia, badania nad potencjalnym związkiem wzrostu częstości występowania zapalenia przyzębia w populacji chorych na łuszczycę i łuszczycowe zapalenie stawów, ocena czynników ryzyka utraty twardych tkanek zębów niepróchnicowego pochodzenia u młodzieży uprawiającej sport, czynniki determinujące satysfakcję pacjenta z udzielanych w Wielkopolsce świadczeń stomatologicznych czy wykrywanie roztoczy pasożytniczych twarzy (diagnostyka Demodex) za pomocą metody molekularnej.

Na szczególną uwagę zasługują badania związane z oceną stanu zdrowia jamy ustnej, potrzeb leczniczych i stomatologicznych nawyków prozdrowotnych pacjentów z hemofilią wrodzoną typu A i B jak również z analizą wskaźników radiomorfotycznych uzyskanych na podstawie zdjęcia ortopantomograficznego oraz stężeń wybranych biomarkerów obrotu kostnego, zewnątrzkomórkowej pułapki neutrofilowej i stanu zapalnego w osoczu chorych na hemofilię A/B. Wykazano, iż hemofilia ma wpływ na stan zdrowia jamy ustnej, wskazano biomarkery mogące mieć wpływ na przebieg hemofilii oraz możliwość ich zestawienia z wartością wskaźnika radiomorfotycznego – PMI.

Kolejny temat badawczy - wpływ wybranych czynników homeostazy jamy ustnej na ryzyko udarów mózgu, realizowa-



Na zdjęciu od lewej: lek. dent. Martyna Ortzarzewska, dr hab. Kacper Nijakowski, prof. Anna Surdacka, dr n. med. Anna Lehmann, mgr inż. Marlena Okupnik (Firma Colgate-Palmolive)

ny we współpracy z kilkoma jednostkami UMP oraz Zakładem Funkcji Kwasów Nukleinowych Instytutu Genetyki Człowieka Polskiej Akademii Nauk w Poznaniu potwierdził wpływ zapalenia przyzębia oraz statusu zębowego na ryzyko wystąpienia udaru mózgu a przeciwdziałanie periodontitis oraz leczenie choroby poprzez regularne profesjonalne zabiegi higienizacyjne, ewentualnie w połączeniu z terapią przeciwdrobnoustrojową, powinny zmniejszać ryzyko wystąpienia udaru mózgu.

Badania oceniające związek między indywidualnym chrotypem i stylem życia, a ekspresją genów zegarowych u pacjentów z rakiem pęcherza moczowego prowadzone są we współpracy m.in. z jednostkami UMP, Szpitala MSW i z Japonii. Stwierdzenie takich zależności pozwoli w przyszłości na skuteczniejszą prewencję lub opóźnienie wystąpienia tego nowotworu, a także na podjęcie próby spersonalizowania leczenia na drodze ingerencji w indywidualny zegar biologiczny jednostki, np. poprzez regulację natężenia światła, czasu przyjmowania posiłków czy czasu snu.

Kolejne tematy badawcze realizowane ostatnio w Klinice to badania materiałów stomatologicznych prowadzone w warunkach in vitro, ich potencjalny wpływ na pH środowiska jamy ustnej, związek zmian pH środowiska wokół wypełnień kompozytowych z uwalnianiem się monomerów BisGMA, TEGDMA oraz produktów degradacji hydrolytycznej czy ocena skuteczności wybranych systemów do ostatecznego polepowania wypełnień kompozytowych jak również wykorzystanie narzędzi endodontycznych o różnej kinematyce ruchu do biomechanicznego opracowania kanałów korzeniowych.

Nawiązaliśmy naukową współpracę z kilkunastoma uniwersytetami na Świecie, a wyniki wielośrodkowych badań przyczyniły się do powstania bardzo ciekawych i wysoko punktowanych publikacji.

Działalność naukowa Kliniki w ostatnich 5 latach (2020-2024) zaowocowała 204 pełnotekstowymi publikacjami (w tym 70 prac z IF oraz 134 z punktacją MNiSW) o sumarycznym IF = 260,444 oraz punktami MNiSW = 9565

Przy Klinice działa Studenckie Koło Naukowe pod opieką dr hab. n. med. Kacpra Nijakowskiego oraz dr n. med. Anny Lehmann. Od roku akademickiego 2022/23 SKN wygrywa i zajmuje pierwsze miejsce w corocznym rankingu Studenckiego Towarzystwa Naukowego na UMP. Wyniki prowadzonych badań z udziałem studentów zostały opublikowane w recenzowanych naukowych czasopismach z IF jak również prezentowane na ogólnopolskich i międzynarodowych konferencjach naukowych. Ponadto, nieprzerwanie od 2016 r. co roku, SKN wraz z Opiekunami organizuje Światowe Dni Zdrowia Jamy Ustnej dla młodzieży licealnej pod Patronatem Honorowym JM Rektora, adresowane do uczniów z klas biologiczno-chemicznych zaprzyjaźnionych szkół patronackich UM w Poznaniu. Ta akcja profilaktyczno-edukacyjna cieszy się bardzo dużym zainteresowaniem ze strony uczestników. Akcje wspiera Firma Colgate-Palmolive, z którą Klinika współpracuje od wielu lat. Również Firma przekazywała materiały i preparaty profilaktyczne – edukacyjne dla studentów grupy stomatologicznej zakwalifikowanych na Studencki Obóz Naukowy w Kołobrzegu, gdzie kilkakrotnie miałam wielką przyjemność być opiekunem tej grupy.



mec. Paweł Strzelec

EKSPERT INTER RADZI



O kilku zasadach odpierania zarzutów w sprawach odpowiedzialności zawodowej

Coraz większa grupa pacjentów występuje wobec lekarzy ze skargami do izb lekarskich domagając się ukarania medyka w ramach postępowania w sprawie odpowiedzialności zawodowej. Należy pamiętać, że każdy medyk na podstawie przepisów ustawy o izbach lekarskich, podlega odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu. Warto, w ramach tego krótkiego opracowania, przybliżyć kilka podstawowych reguł ułatwiających odpieranie wysuwanych zarzutów.

1. Odpowiedź na wezwanie okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej do złożenia wyjaśnień.

O prowadzonym przez okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej postępowaniu lekarz z reguły dowiadyuje się w momencie otrzymania pisma wzywającego go do zajęcia w określonym terminie (z reguły 14 dni) stanowiska w sprawie. Jest to pierwszy kluczowy moment w którym medyk może i powinien przedstawić argumentację służącą odparciu zarzutów wysuwanych przez osobę wnoszącą skargę. Odpowiedź, której medyk udziela powinna zawierać szerokie spektrum twierdzeń natury medycznej i prawnej. Warto, aby już na tym etapie postępowania, odpowiedź na pismo rzecznika przygotować przy pomocy prawnika, najlepiej takiego, który na co dzień zajmuje się prawem medycznym. Argumentację stricte medyczną dobrze jest skonsultować z innym lekarzem pomocnym przy doborze twierdzeń uzasadniających prawidłowość działań podjętych w postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym. W wielu przypadkach przesłana do rzecznika odpowiedź będzie wystarczająca do podjęcia korzystnej dla lekarza decyzji o odmowie wszczęcia lub umorzeniu postępowania w sprawie odpowiedzialności zawodowej.

2. Pomoc obrońcy.

U części lekarzy, rodzi się pokusa samodzielnego reprezentowania się w takiej sprawie. Choć każdy medyk ma takie prawo, to praktyka ta jest w wielu przypadkach zawodna. Z pomocy zawodowego pełnomocnika (adwokata lub radcy prawnego) warto skorzystać już na etapie postępowania wyjaśniającego prowadzonego przez Rzecznika. Po pierwsze znaczny odsetek pacjentów inicjujących takie procesy korzysta z pomocy zawodowych pełnomocników. Warto aby lekarz którego zarzuty dotyczą potrafił swe racje przedstawić za pośrednictwem prawnika podejmującego „zawodowy pojedynek” ze swoim kolegą (koleżanką) po fachu. Po drugie, choć podnoszone przez pacjenta zarzuty z reguły dotyczą materii stricte medycznej, to już ich rozpoznanie następuje w oparciu o skomplikowane procedury prawne. Z doświadczenia wiem, że znaczny odsetek obron w tzw. sprawach medycznych zbudowany jest na wytykaniu, stronie przeciwnej oraz organom prowadzącym te postępowania, określonych błędów proceduralnych. Z zasady błędy takie jest w stanie dostrzec (a następnie opisać w pismach procesowych) doświadczony prawnik. Dodać należy,

że obrońcą w tej kategorii spraw może być również lekarz. Warto rozważyć czy obrońcą, szczególnie w trudnych medycznie sprawach, nie ustanowić również, obok prawnika, doświadczonego kolegi lekarza.

3. Koszty pomocy prawnej.

Warto w tym miejscu nadmienić, że pomoc prawnika broniącego lekarza może nie obciążać finansowo medyka. Koszty pomocy prawnej mogą zostać pokryte z ubezpieczenia ochrony prawnej. Cena takiej polisy, zapewniającej pokrycie kosztów konsultacji prawnych oraz reprezentacji procesowej przez cały okres trwania ubezpieczenia (z reguły jeden rok), jest niewielkim ułamkiem tego medyk co musiałby zapłacić gdyby indywidualnie opłacał pomoc prawną.

4. Inicjatywa dowodowa.

Obwiniony lekarz mierzący się z zarzutami w prowadzonym wobec niego postępowaniu może (i najczęściej powinien) składać do rzecznika oraz sądu lekarskiego wnioski dowodowe. Przepisy prawa dopuszczają szeroki wachlarz dowodów w oparciu o które można odpierać stawiane zarzuty. Najczęściej są to wnioski dotyczące przesłuchania określonych osób (np. innych medyków leczących pacjenta), włączenia do materiału dowodowego opracowań naukowych z różnych dziedzin medycyny czy w końcu pisma procesowe zawierające zarzuty wobec niekorzystnych dla medyka opinii biegłych.

5. Zaznajomienie z materiałem dowodowym.

Przepisy prawa zapewniają obwinionemu lekarzowi dostęp do akt sprawy na etapie zamykania postępowania wyjaśniającego. Z prawa tego należy bezwzględnie skorzystać utrwalając zgromadzony w sprawie materiał dowodowy w formie fotokopii. Spokojna analiza tych materiałów znacząco ułatwia odpieranie zarzutów na etapie postępowania przed sądem lekarskim.

6. Walka do końca.

Oczywistym jest, że prowadzone przed okręgowym sądem lekarskim postępowania może zakończyć się uznaniem winy medyka oraz wymierzeniem kary. Takie niekorzystne dla lekarza orzeczenie należy bezwzględnie zaskarżyć podnosząc w odwołaniu argumenty dotyczące błędów w postępowaniu pierwszoinstancyjnym. Nawet niekorzystne rozstrzygnięcie sądu odwoławczego nie powinno sprawy zakończyć. Przepisy prawa dają skazanemu prawnomocnie lekarzowi możliwość złożenia kasacji do Sądu Najwyższego a nawet wniosku o wznowienia zakońzonego postępowania.

mec. Paweł Strzelec - radca prawny, specjalizuje się w obszarze prawa medycznego, szczególnie w problematyce ochrony prawnej podmiotów leczniczych oraz osób wykonujących zawody medyczne. Stale współpracuje z samorządami zawodowymi środowisk medycznych. Ekspert prawa ubezpieczeń sektora medycznego. Autor kilkudziesięciu publikacji z zakresu prawa medycznego, prawa ubezpieczeń, postępowania karnego. ■

Sąd lekarski może zawiesić prawo wykonywania zawodu lekarza nawet przed wyrokiem

W przepisach przewidziano możliwość wydania przez Sąd Lekarski postanowienia o tymczasowym zawieszeniu prawa wykonywania zawodu (PWZ) lekarza – jeszcze zanim zapadnie wyrok skazujący. Tak stanowi art. 77 ustawy z dn. 02.12.2009r. o izbach lekarskich.

Kiedy lekarzowi grozi zawieszenie PWZ

Tymczasowe zawieszenie PWZ lekarza jest możliwe, gdy zebrane dowody wskazują z dużym prawdopodobieństwem że lekarz, którego dotyczy postępowanie lub obwiniony (lekarz, któremu rzecznik odpowiedzialności zawodowej przedstawił zarzuty) popełnił ciężkie przewinienie zawodowe.

Nadto rodzaj ww. ciężkiego przewinienia musi wskazywać, że dalsze wykonywanie przez takiego lekarza czynności zawodowych będzie zagrażać bezpieczeństwu pacjentów lub grozić będzie popełnieniem kolejnego przewinienia zawodowego.

„Ciężkie przewinienie zawodowe”

Powyższe określenie „ciężkie przewinienie zawodowe” brzmi bardzo ogólnie, z pewnością chodzi jednak o naruszenie zasad etyki lekarskiej lub przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza, bo tylko wtedy można w ogóle mówić o przewinieniu zawodowym. Wykluczyć trzeba także błahе przewinienia, które nie zagrażają bezpieczeństwu pacjentów.

Można przyjąć, że taka sytuacja będzie zachodzić, gdy w toku prowadzenia sprawy przez rzecznika odpowiedzialności okaże się np.:

- lekarz swoim postępowaniem narusza najbardziej fundamentalne zasady udzielania świadczeń zdrowotnych z punktu widzenia medycyny, np. stosuje u danego pacjenta leki zupełnie nieadekwatne do schorzenia; stosuje leki w przesadnych dawkach; ignoruje lub oczywiście źle odczytuje wyniki badań, które jednoznacznie nakazują podjęcie natychmiastowej reakcji np. przeprowadzenie zabiegu operacyjnego;
- że lekarz „metodycznie” i w rażący sposób narusza podstawowe zasady wykonywania zawodu z punktu widzenia przepisów prawa, np. w ogóle i z założenia nie prowadzi indywidualnej dokumentacji medycznej, przekazuje pacjentom zupełnie nieprawdziwe informacje przede wyrażeniem przez nich zgody na interwencję medyczną, czy prowadzi leczenie bez zgody albo pomimo wyraźnego sprzeciwu pacjenta (oczywiście gdy nie zachodzi jeden z wyjątków przewidzianych w przepisach);
- że doszło do popełnienia przez lekarza poważnej pomyłki / poważnego błędu w zakresie podejmowanych przez lekarza czynności lub nieuzasadnionego zaniechania koniecznych czynności, a z materiału wynika, że jest to efekt braku aktualnej wiedzy medycznej, stosowania metod przestarzałych i już dawno wycofanych, czy też brak niezbędnych do danej czynności umiejętności manualnych;
- kiedy lekarz posługuje się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowymi lub takimi, które nie zostały zweryfikowane naukowo, np. zalecając picie ziół zamiast leczenia onkologicznego;
- gdy okaże się, że lekarz publicznie (np. w portalach społecznościowych, w telewizji, czy w radiu) zaprzecza podstawowym zasadom sztuki medycznej wpływającym na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów czy całego społeczeństwa, np. gdy wielokrotnie neguje zasadność stosowania antybiotykoterapii lub innych leków (gdy są one konieczne w danym stanie chorobowym), czy odradza szczepienia obowiązkowe.

Jak wygląda procedura

Sąd lekarski wydaje postanowienie na wniosek rzecznika odpowiedzialności zawodowej po przeprowadzeniu posiedzenia, Obwiniony lekarz i jego obrońca (jeżeli tak została w sprawie ustanowiona) mają prawo uczestniczyć w takim posiedzeniu Sądu Lekarskiego i przedstawić swoje stanowisko.

Postanowienie o zawieszeniu PWZ jest natychmiast wykonalne – doręcza się jej Prezesowi danej izby lekarskiej, który podejmuje stosowne czynności, w tym zamieszcza taką informację z rejestru lekarzy. Taka informacja o zawieszeniu PWZ trafia zatem m.in. do ZUS (w kontekście czasowej utraty uprawnień do wystawiania zwolnień lekarskich) i NFZ (w kontekście czasowej utraty uprawnień do wystawiania recept).

Na takie postanowienie lekarzowi przysługuje zażalenie do Naczelnego Sądu Lekarskiego (NSL). NSL może takie postanowienie o zawieszeniu PWZ utrzymać w mocy lub uchylić.

Lekarz ma 14 dni na złożenie zażalenia – termin liczy się od dnia doręczenia mu takiego postanowienia z uzasadnieniem.

Zażalenie nie wstrzymuje natychmiastowej wykonalności postanowienia, co oznacza, że do czasu rozpatrzenia zażalenia przez NSL, lekarz ma zawieszony PWZ.

Zawieszenie PWZ na okres do 1. roku

Przepis stanowi, że Sąd lekarski może zawiesić PWZ lekarza na okres do roku, może to być zatem np. 3, 6 lub 10 miesięcy – nie więcej jednak niż 12 miesięcy.

Sąd lekarski z urzędu bada zasadność dalszego tymczasowego zawieszenia PWZ. Jeżeli do upływu okresu zawieszenia PWZ ustalonego wcześniej przez sąd lekarski nie zapadnie prawomocne orzeczenie sądu lekarskiego w sprawie zawieszono lekarza to sąd musi podać decyzję, czy przedłużyć zawieszenie PWZ na dalszy okres, czy też nie.

Poważne skutki zawieszenia

Przypomnieć trzeba, że lekarz, który ma zawieszony PWZ nie może wykonywać zawodu w żadnej formie (art. 108 ust. 1 ww. ustawy o izbach lekarskich), nie może zatem pracować nawet jako wolontariusz, praktykant, czy konsultant.

Nadto w przypadku wyrządzenia szkody pacjentowi przez lekarza, który miał zawieszony PWZ, jest wielce prawdopodobne, że zakład ubezpieczeń odmówi wypłaty odszkodowania czy zadośćuczynienia (§ 2 ust. 2 pkt. 1 rozporządzenia Min. Finansów z dn. 29.04.2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą). W takiej sytuacji odszkodowanie / zadośćuczynienie pieniężne będzie musiała wypłacić z własnych środków dana przychodnia, czy szpital.

KAROL KOLANKIEWICZ

Karol Kolankiewicz, adwokat; specjalizuje się w sprawach związanych z prawem medycznym, prawem karnym i ochroną danych osobowych; Ekspert Receptanaprawo.pl i ISPOZ.pl; Nieprzerwanie do 2009r. prowadzi szkolenia z zakresu prawa medycznego m. in. dla Ośrodka Kształcenia NIL; Współautor publikacji książkowych, m.in. „Prawo medyczne dla lekarzy. Wybrane zagadnienia” (2021), „Zgoda na leczenie i inne oświadczenia pacjenta. Wzory pism z omówieniem” (2023)

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)

Nowe skrzydło

Wspólnie z wiceprzewodniczącą Parlamentu Europejskiego Ewą Kopacz, ministrami zdrowia Izabelą Leszczyną oraz wiceministrami zdrowia Katarzyną Kacperczyk, wojewoda wielkopolska Agata Sobczyk podpisała akt erekcyjny oraz wmurowała kamień węgielny pod rozbudowę szpitala na poznańskiej Wildzie.

Inwestycja pn. „Rozbudowa i dostosowanie budynków Ortopedyczno-Rehabilitacyjnego Szpitala Klinicznego im. Wiktora Degi w Poznaniu” zakłada budowę dodatkowego skrzydła (5 kondygnacji), która zapewni pracownikom szpitala możliwość leczenia pacjentów na najwyższym poziomie, spełniając przy tym wszelkie wymogi i normy jakości. W nowej części znajdować się będzie kompleks wszystkich poradni specjalistycznych, co poprawi dostęp pacjentów do świadczeń medycznych. Powstanie m.in. blok operacyjny z siedmioma salami operacyjnymi, a także dwa oddziały ortopedii dziecięcej spełniające najwyższe standardy. (<https://www.poznan.uw.gov.pl>)

Współdział SI

Miło nam poinformować, że w konkursie międzynarodowym EU Joint Programme - Neurodegenerative Disease Research (JPND) Call 2024 „Mechanisms and measurement of disease progression in the early phase of neurodegenerative diseases” akceptację finansowania uzyskał projekt pt. „Zastosowanie obrazowania wielowymiarowego i sztucznej inteligencji do wczesnego wykrywania amyloidu w jego naturalnym środowisku”, w którym konsorcjantem z Polski jest prof. dr hab. Aleksandra Szczepankiewicz. W skład zespołu badawczego, poza naszym ośrodkiem, wchodzi naukowcy ze Szwecji (lider projektu), Niemiec oraz Kanady.

Celem projektu jest opracowanie nowych metod wczesnego wykrywania białek amyloidu i choroby Alzheimera, jeszcze przed wystąpieniem pierwszych objawów, co może pomóc w zapobieganiu i leczeniu tej choroby. W projekcie planowane jest zbadanie struktury amyloidów w ich naturalnym środowisku (tj. w mózgu) z zastosowaniem zaawansowanych technik bioobrazowania i spektroskopii w podczerwieni, które w połączeniu z metodami multiomicznymi pozwolą na identyfikację różnych typów amyloidów, co poszerzy wiedzę o ich strukturze. Kompleksowe

dane będą analizowane z zastosowaniem sztucznej inteligencji (AI), która ma wspomóc wczesne wykrycie amyloidów oraz subtelne zmiany w ich strukturze.

(www.ump.edu.pl)

Dane budzą radość

Ponad 120 tys. Wielkopolanek skorzystało od początku roku z bezpłatnej mammografii. Co drugą wykonały kobiety, które jeszcze rok temu nie były objęte programem. Pod względem zainteresowania badaniami, Wielkopolska znajduje się na trzecim miejscu w Polsce.

– Szczególnie istotna jest licząca 25 tysięcy kobiet grupa w wieku 45-50 lat, które wykonały mammografię po raz pierwszy – wskazuje Sebastian Krystek z Zespołu Komunikacji Społecznej i Promocji wielkopolskiego NFZ. Dariusz Godlewski, prezes Ośrodka Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów w Poznaniu przyznaje, że są to dane budzące radość. Tym bardziej że obecnie obserwujemy wzrost zachorowalności na raka piersi u kobiet poniżej 50. roku życia.

(*Mikołaj Woźniak, www.gloswielkopolski*)

Powinna być odwrócona

Piramida świadczeń „jest zmurszała, chybocze coraz bardziej”. Jak ją odwrócić, żeby nie runął cały system ochrony zdrowia? Zastanawiali się nad tym uczestnicy panelu zatytułowanego „Odwrócona piramida świadczeń. Jak zbudować system ochrony zdrowia na nowo?”, zorganizowanego w ramach XX Forum Rynku Zdrowia.

Według definicji MZ odwrócenie piramidy świadczeń oznacza „przeniesienia ciężaru realizacji świadczeń z lecznictwa szpitalnego do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz podstawowej opieki zdrowotnej”. W zgodnej opinii uczestników panelu, nie ma wątpliwości, że piramida świadczeń powinna być odwrócona. Różnice zdań dotyczyły konkretnych kwestii, m.in. czasu realizacji i skutków tego zadania dla szpitali, AOS, POZ oraz dla pacjentów.

(*Ryszard Rotaub, www.rynekzdrowia.pl*)

Już obowiązuje

Minister Zdrowia Izabela Leszczyna podpisała 29 października rozporządzenie zmieniające rozporządzenie w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii I i preparatów zawierających te środki lub substancje. Wprowadza ono wzmocniony nadzór nad preskryp-

cją substancji kontrolowanych, tj.: fentanylu, morfina, oksykodon oraz ziele konopi innych niż włókniste oraz wyciągi, nalewki farmaceutyczne, a także wszystkie inne wyciągi z konopi innych niż włókniste oraz żywice konopi, co ma zapobiec nadużyciom w zakresie przepisywania opioidów.

Wystawienie recepty na te substancje będzie musiało zostać poprzedzone osobistym zbadaniem pacjenta przez osobę wystawiającą receptę, z wyjątkiem przypadków, gdy dotyczy to kontynuacji leczenia, a osobą wystawiającą receptę jest lekarz udzielający świadczeń opieki zdrowotnej, w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Rozporządzenie wchodzi w życie 7.11.24. (www.mz.gov.pl)

Brakuje specjalistów

Sytuacja w polskiej radioterapii pod względem liczby ośrodków i wyposażenia aparaturowego jest zadowalająca. Niepokojąca jest natomiast sytuacja kadrowa - już teraz brakuje specjalistów, a absolwenci niechętnie wybierają specjalizacje, które pozwalają na pracę w tej dziedzinie - mówi prof. Krzysztof Składowski, konsultant krajowy w dziedzinie radioterapii onkologicznej.

- Szczególnie niepokoją braki specjalistów z radioterapii onkologicznej, fizyków medycznych i elektroradiologów. Niepokoi także przyszłość, ponieważ absolwenci zarówno uniwersytetów medycznych, jak wydziałów fizyki medycznej niechętnie podejmują się specjalizacji, która pozwala na pracę w dziedzinie radioterapii - powiedział on w komentarzu dla „Pulsu Medycyny” podczas VI Kongresu Onkologii Polskiej. W ocenie eksperta wyzwaniem w radioterapii onkologicznej jest sztuczna inteligencja, która jest wykorzystywana coraz szerzej zarówno w proces planowania, jak i realizacji radioterapii, a konkretnie radioterapii adaptacyjnej.

(<https://pulsmedycyny.pl>)

Minister zapowiada analizę dostępności

Psychika dzieci i młodzieży w Polsce jest w coraz gorszym stanie. Na dodatek nakłada się na to dramatyczny stan psychiatrii dziecięcej w naszym kraju. „Gdyby było tak dobrze, jak podaje NFZ, to by się nie czekało na wizytę u psychiatry dziecięcego na przykład 18 miesięcy, a w prywatnych praktykach nawet ok. pół roku” — mówi ▶

Alicja Bezmienow, współtwórczyni pierwszych środowiskowych centrów zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży (ŚCZP) w Wielkopolsce. „Państwo nie może sobie pozwolić na ich likwidację, musi zapewnić nieletnim pacjentom kontynuację leczenia” — apeluje ekspertka. Alarm podnosi też Robert Nowacki, rodzic dziecka korzystającego z usług ŚCZP.

Oferujące kompleksową pomoc środowiskowe centra zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży z problemami psychicznymi zaczęły powstawać w Polsce w 2018 r., dzięki wsparciu funduszy europejskich. Pierwsze placówki otwarto w Krakowie, Warszawie i Wielkopolsce. W 2023 r. w Wielkopolsce doszło do przeszło 120 prób samobójczych wśród dzieci i młodzieży oraz blisko 20 samobójczych śmierci. Alicja Bezmienow, współtwórczyni pierw-

szych takich placówek, podkreśla, że likwidacja centrów oznaczałaby brak dostępu do specjalistycznego leczenia dla tysięcy młodych pacjentów.

Minister zdrowia Izabela Leszczyna zapowiedziała analizę dostępności do psychologa, psychoterapeuty lub psychiatry dla dzieci i młodzieży w Wielkopolsce.

(PAP, www.medonet.pl)

To dobre rozwiązanie

– Dzięki temu, że teraz w POZ jest możliwość wykonania chociażby wielu badań wstępnych, można oszacować stan zdrowia pacjenta i określić, czy koniecznie wymaga on opieki specjalistycznej lub szerszego diagnozowania, czy może być z powodzeniem prowadzony przez swojego lekarza pierwszego kontaktu – powiedziała w rozmowie z Medexpresssem Agnieszka Woł-

czenko ze Stowarzyszenia Pacjentów ze Schorzeniami Serca i Naczyń ”EcoSerce”.

– Opieka koordynowana na poziomie POZ-u obejmuje opiekę kardiologiczną, diabetologiczną, nefrologiczną, jest też pulmonologiczną i endokrynologiczną. Moim zdaniem, idziemy w dobrym kierunku. W tym modelu opieki mamy diagnozowanie, leczenie i konsultacje, ale również i edukację pacjentów już na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Ma to na celu poprawę dostępności do niezbędnych, pierwszych badań, które powinny być, moim zdaniem, zlecane właśnie na poziomie POZ-u, żeby niepotrzebnie nie przekierowywać do AOS pacjentów, którzy nie wymagają konsultacji czy leczenia w specjalistycznych poradniach, tylko z powodzeniem leczyć ich POZ.

(Piotr Wójcik, www.medexpress.pl)

Prawa wykonywania zawodu wręczone!

Wielkopolska Izba Lekarska w tym roku wydała ponad 350 dokumentów prawa wykonywania zawodu lekarzy i lekarzy dentystów. Niemal sto osób zdecydowało, że ten najważniejszy na drodze zawodowej dokument odbierze podczas uroczystego wręczenia.

- Patrę na to miejsce, na tę uroczystą oprawę. To prawo wykonywania zawodu to ukoronowanie Państwa starań, przepustka do tego, do czego dążyli Państwo przez wszystkie lata studiów, droga do marzeń, po części już spełnionych - podkreślała sekretarz Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, lek. Elżbieta Marcinkowska.

Uroczystość wręczenia prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty odbyła się w Centrum Konferencyjnym EDU WIL przy ulicy Szyperskiej.

- Drogie koleżanki i koledzy: tak będziemy się teraz do siebie zwracać już zawsze. Chciałbym, żebyście z dzisiejszej uroczystości zapamiętali jedno: medycyna uczy pokory i pamiętajcie do końca swojej kariery - będziecie się rozwijać, robić doktoraty, może profesurę, różne specjalizacje, ale jeśli przestaniecie być pokorni, będziecie popełniać błędy. Pamiętajcie, żeby wykonywać ten zawód tak, by w pacjencie zawsze widzieć człowieka i nie przestawać być człowiekiem – to przyniesie Wam szacunek i życzą, byście codzienną pracą na ten szacunek zasługiwali - mówił lek. Marcin Karolewski, wiceprezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.



Uroczyste wręczenie prawa wykonywania zawodu WIL organizuje od 2015 roku. Okazało się to trafioną i potrzebną inicjatywą, na stałe wpisując się do kalendarza Izby.

- Ta uroczystość pokazuje to, że jesteśmy razem, że wchodzicie do tego zawodu, a my jako Wielkopolska Izba Lekarska na Was czekamy i zawsze będziemy gotowi do tego, żeby Wam pomóc. To nie jest tylko jedna okazja, kiedy się spotykamy, ale dalej będziemy współpracowali, tworzyli pewne relacje i choć ta ścieżka lekarska jest drogą trudną pamiętajcie, że najważniejszy jest cel, który jest przed Wami. Chciałbym podkreślić, że jesteśmy z Wami i jesteśmy z Was dumni - podkreślał lek. Mateusz Szulca, wiceprezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

W trakcie uroczystości przewodniczący Komisji ds. Młodych Lekarzy dr. Karol Lubarski opowiedział zebrany o roli i zadaniach Izby Lekarskiej - zachęcając do aktywnego angażowania się w działalność na rzecz samorządu lekarskiego i podkreślając, że aktywną działalność można zacząć w każdym momencie, także na początku kariery zawodowej.

W dobry i podniosły nastrój wprowadziła zebranych Orkiestra Kameralna Wielkopolskiej Izby Lekarskiej „Operacja Muzyka”. ■

Nowy program PZU dedykowany lekarzom WIL

Specjalna oferta ubezpieczeń PZU dedykowana lekarzom zrzeszonym w Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej jest już dostępna. Z dniem 01.12.2024 r. weszła w życie umowa, która udostępnia nowe rozwiązania ubezpieczeniowe, zwiększające poziom ochrony zawodowej lekarzy. O szczegółach rozmawiamy z Jerzym Wiczorkiem - kierownikiem Biura Produktów Detalicznych i MSP w PZU.

Panie dyrektorze, co było impulsem do powstania programu ubezpieczeń dla lekarzy WIL?

PZU jest największym polskim ubezpieczycielem obecnym w większości izb lekarskich. W naszym programie jest szereg rozwiązań niedostępnych na rynku poza naszą ofertą. Uznaliśmy, że najwyższy czas, by mogli z nich skorzystać także członkowie WIL i przygotowaliśmy dedykowany program ochrony zawodowej. Dotychczas lekarze z Wielkopolski mogli rzecz jasna ubezpieczyć się w PZU, jednak w ramach standardowej oferty. Teraz warunki są zdecydowanie korzystniejsze.

Zacznijmy zatem od podstaw, jaką ochronę otrzymają lekarze w ramach obowiązkowego ubezpieczenia OC?

Przygotowaliśmy do wyboru dwa warianty sum gwarancyjnych: 75.000 euro dla jednego zdarzenia oraz 350.000 euro dla wszystkich zdarzeń w okresie ubezpieczenia bądź w drugiej opcji odpowiednio 100.000 euro dla jednego i 400.000 euro dla wszystkich zdarzeń.

Jeśli chodzi o składki, to zależą one od specjalizacji lekarskiej. Rozpoczynają się już od 75 zł za rok ochrony dla lekarzy z I grupy ryzyka, 180 zł dla lekarzy z II grupy ryzyka i 380 zł dla lekarzy z III grupy ryzyka.

W ramach składki za OC obowiązkowe każdy lekarz może liczyć na szerszą ochronę niż ta wymagana przepisami prawa.

Dla przykładu na: zniesienie prawa do regresu, zwrot kosztów obrony w postępowaniu karnym i zastępstwa prawnego w postępowaniu cywilnym, zwrot wydatków poniesionych w celu zapobieżenia zwiększenia szkody i wreszcie pokrycie kosztów wykonania postanowienia sądu o udzieleniu zabezpieczenia do wysokości 150 tys. zł.

Czyli w sytuacji, gdy dochodzi do roszczenia wobec lekarza może on liczyć na wsparcie finansowe ze strony ubezpieczyciela?

Tak, na tym jednak nie koniec, istotnym bezpłatnym dodatkiem jest klauzula nieprawidłowej refundacji zawarta w obowiązkowym OC. W sytuacji, gdy NFZ stwierdzi błąd lekarza i zażąda zwrotu refundacji, lekarz może liczyć, że PZU pokryje jej koszt do sumy 5 tys. zł. Można tę sumę zwiększyć nawet do 100 tys. zł, ale to już w ramach dobrowolnego ubezpieczenia OC i za dodatkową składką.

Skoro wspominał Pan o ubezpieczeniu OC dobrowolnym, na jakie sumy mogą liczyć lekarze? Pytam, bo problem rosnących kwot odszkodowań ciąży wielu specjalistom.

Tak, od wielu lat obserwujemy trend wzrostowy związany z liczbą postępowań dotyczących błędów medycznych. Dotyczy to także wysokości odszkodowań dlatego w ramach dobrowolnego ubezpieczenia OC lekarze z WIL mogą się ubezpieczyć ponad ubezpieczenie OC obowiązkowe nawet do 6 mln zł sumy gwarancyjnej.

Tu chciałbym też podkreślić elastyczność i prostotę naszej oferty.



Co to oznacza w praktyce?

Znaczy to tyle, że nie pakietujemy naszych ubezpieczeń. Czyli lekarz może wybrać tylko jeden z elementów ochrony lub kilka z nich. Za każdym razem dobierając tylko te obszary ryzyka, które są mu faktycznie potrzebne z uwagi na wykonywany zakres obowiązków. Nie ma znaczenia również miejsce wykonywania pracy oraz rodzaj zabiegów.

To wszystko brzmi całkiem prosto, ale bywa, że lekarz potrzebuje porady co do zakresu ochrony. Gdzie powinien się skierować?

Obsługę umowy między PZU a WIL, powierzyliśmy doświadczonemu i sprawdzonemu pośrednikowi. Jest to firma INS Services, która aktualnie współpracuje z jedenastoma okręgowymi izbami lekarskimi. Doradcy INS są stale dostępni pod dedykowanym dla WIL numerem telefonu 61 62 81 777. Firma dostarcza też nowoczesny system obsługi polisowej. Wszystkie ubezpieczenia można kupić szybko i wygodnie online. Każdy lekarz może mieć także własne konto w systemie umożliwiające szybki dostęp do wszystkich polis i danych.

Ostatnio sporo szumu jest wokół ubezpieczeń chroniących przed utraconym dochodem. Czy taki produkt jest również przewidziany w umowie?

Tak, mogę śmiało stwierdzić, że rozwiązania PZU w tym zakresie są bezkonkurencyjne. To co nas wyróżnia, to przede wszystkim fakt, że zapewniamy ochronę nie tylko wypadkową ale także w razie zachorowania. Nasze ubezpieczenie odznacza się również wysoką dostępnością. Nie wymagamy badań lekarskich i nie stosujemy okresów karencji (poza chorobami zdiagnozowanymi 6 miesięcy przed wykupieniem ubezpieczenia), co sprawia, że ochrona jest aktywna już na dzień po złożeniu wniosku. Podkreślić też należy sposób wypłaty odszkodowania, którego podstawą jest wystawione zwolnienie L4.

Na początku wspominał Pan o ochronie w życiu prywatnym. Można więcej szczegółów?

Każdy lekarz, który wykupi ubezpieczenie w ramach przedmiotowej oferty otrzyma 20% zniżki na ubezpieczenia prywatne, w tym pojazdów, nieruchomości i na wyjazdy turystyczne. Może też liczyć na dodatkowe, bardzo atrakcyjne oferty, jak ubezpieczenie szkolne czy programy na życie. Cały program jest dostępny na stronie: www.ins-med.pl ■

Wspomnienie profesora Jacka Łuczaka

W piątą rocznicę śmierci profesora Jacka Łuczaka, twórcy Hospicjum Palium, współzałożyciela Polskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej w Auli Nova w Poznaniu odbył się wieczór wspomnień w dniu 22 października.

Wystąpili artyści zaprzyjaźnieni z Hospicjum Palium i panem profesorem – między innymi Orkiestra Kameralna WIL Operacja Muzyka pod dyrekcją Dobrochny Martenki. Orkiestra lekarzy i studentów medycyny zagrała słynną suitę Edwarda Griega suita nr 1 „Peer Gynt” OP 46.

Podczas wydarzenia wolontariusze i personel medyczny związany z Hospicjum Palium czytali fragmenty książki Pana Profesora Łuczaka „Moje palium”, a zaproszeni goście w przemówieniach wspominali jego dokonania.

– Jak miał problem to dzwonił do Izby, a jak ja miałem problem, to dzwoniłem do niego i nigdy nie spotkałem się z odmową. Do głowy by mi nie przyszło, że go zastąpię, bo tak się złożyło, że od kilku lat, kiedy już Jacek przestał wykładać, ja wykładam etykę i deontologię lekarską. Nie wyobrażałem sobie, że dzisiaj mógłby mnie tu nie być. Staram się kontynuować jego dzieło w nauczaniu studentów i chciałbym dzisiaj i na co dzień oddawać hołd jego świetnej dydaktyce. Mam nadzieję, że tak jak on docieram do umysłów. Zostawmy Jacka zawsze w naszej wiecznej pamięci – mówił podczas wieczoru wspomnień prezes WIL Krzysztof Kordel.

Profesor Jacek Łuczak był współorganizatorem i ordynatorem pierwszego w Wielkopolsce i trzeciego w kraju Oddziału Reanimacji Kardiologicznej w I Klinice Chorób Wewnętrznych (1967–1970). W latach 1978–1984 kierował zespołem anestezjologów współpracujących z Kliniką Chirurgii Gastroenterologicznej Szpitala im. Heliodora Święcickiego w Poznaniu. W 1981 r. w wolnych wyborach okresu Solidarno-



ści został wybrany Dziekanem Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Poznaniu. Odwołany z przyczyn politycznych, na polecenie Ministra Zdrowia w 1982 r. Był organizatorem i Kierownikiem Zakładu Pomocy Doraźnej oraz pomysłodawcą i Współautorem programu nauczania tego przedmiotu. W latach 1985–1990 był kierownikiem Zespołu Anestezjologicznego przy Klinice Onkologii.

Profesor założył pierwszą w publicznym systemie opieki zdrowotnej jednostkę opieki paliatywnej – początkowo Poradnię Walki z Bólem z Zespołem Wyjazdowym (1987), następnie pierwszy w Polsce i w Europie Środkowo–Wschodniej Oddział Opieki Paliatywnej (1990) i akademicką jednostkę opieki paliatywnej: Klinikę Opieki Paliatywnej, Anestezjologii i Intensywnej Terapii Onkologicznej przy Katedrze Onkologii Akademii Medycznej w Poznaniu (1991), następnie przekształconą w Katedrę i Klinikę Medycyny Paliatywnej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (2002). Kierował nimi nieprzerwanie do przejścia na emeryturę w 2005 r. Następnie do końca życia pełnił obowiązki Lekarza Kierującego Oddziałem Medycyny Paliatywnej Hospicjum Palium.

Był niestrudzonym propagatorem opieki hospicyjnej i paliatywnej, prowadząc wraz z zespołem, szeroką działalność edukacyjną w całej Polsce, co doprowadziło do utworzenia w latach 90–tych

kilkudziesięciu jednostek opieki paliatywnej w niemal całym kraju, a następnie w Europie Środkowo–Wschodniej i w Azji.

Był Autorem pierwszego w Polsce i jednego z pierwszych w Europie programu nauczania opieki paliatywnej na Wydziale Lekarskim i Pielęgniarstwa Akademii Medycznej w Poznaniu. Dzięki Jego staraniom w Polsce, jako w drugim kraju w Europie po Wielkiej Brytanii, utworzono specjalizację lekarską w dziedzinie medycyny paliatywnej i pielęgniarstwa w dziedzinie opieki paliatywnej. W 1999 r. opracował pierwszy program rozwoju i standardy opieki paliatywnej w Polsce, ponadto dzięki Jego staraniom świadczenia w zakresie opieki paliatywnej były kontraktowane początkowo przez Kasy Chorych, następnie do chwili obecnej są kontraktowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Był założycielem jednej z pierwszych w Polsce organizacji pozarządowej, mającej na celu rozwijanie opieki paliatywnej. Było to powstałe w 1989 r. Polskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej im. Aleksandra Lewińskiego i Antoniny Mazur. Był wieloletnim Prezesem Zarządu Głównego i do końca życia Prezesem Oddziału Poznańskiego Polskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej.

14 września 2019 r. podczas Konferencji 30 – lecia Polskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej w Poznaniu został odznaczony Krzyżem Komandorskim Orderu Odrodzenia Polski. ■

LEKARZE PO GODZINACH

Dentystka na strzelnicy

Rozmowa miała dotyczyć strzelectwa sportowego, ale uciekła na tory szeroko rozumianej pasji, podejścia do rozwoju i sportu oraz... relacji z dzikim zwierzęciem.

Lek. dent. Agnieszka Wróblewska jest opiekunem delegaturowej grupy strzeleckiej w Koninie, sędzią klasy III (z rosnącym apetytem na więcej), a przede wszystkim pasjonatką strzelectwa sportowego, osiągającą sukcesy podczas zawodów.

Jest Pani lekarzem dentystą, praktykującym w Koninie.

Lek. dent. Agnieszka Wróblewska: Tak, zawodowo jestem od niemalże 20 lat stomatologiem. Dodatkowo związałam się z Katedrą Dermatologii w Poznaniu – zajęłam się pisaniem doktoratu. Poznałam w Poznaniu podczas studiów podyplomowych wspaniałych ludzi, którzy bazując na moich potrzebach doktoranckich otworzyli drogę dla realizacji moich potrzeb naukowych. Pomimo, że jestem stomatologiem - praktykiem, mój doktorat nie jest bezpośrednio związany ze stomatologią, a z głową, twarzą, budową anatomiczną. Piszę pracę, jesteśmy już na etapie części praktycznej, związanej z przeprowadzaniem badań. Całe życie chciałam być połączona z uczelnią.

Skąd w tej przestrzeni pojawiło się miejsce na strzelectwo?

Strzelectwo sportowe w moim życiu nie pojawiło się przypadkowo. Łączy się ze strzelectwem ogólnie rozumianym – uczymy się bezpiecznego posługiwania bronią. Od dziecka jestem sportowcem. Skończyłam szkołę sportową w Krakowie o profilu piłki ręcznej. Tam doznałam wielu urazów związanych ze specyfiką tego sportu, co wyzwoliło kaskadę kolejnych wydarzeń, które ostatecznie doprowadziły mnie w miejsca, o których nawet bym nie pomyślała: zostałam stomatologiem, choć w mojej rodzinie nie było tradycji lekarskich. Sport wypracował we mnie dużą determinację.

Zarówno sport fizyczny, jak i bardziej precyzyjny, może być sposobem na odreagowanie. Można też mieć wiele pasji: to, że się uprawia zawód, nie świadczy że nie można robić nic poza tym. Wszystko w zależności od potrzeb.

Piłka ręczna doprowadziła Panią na medycynę?

Twierdzę, że tak, i każdemu powtarzam, jak ogromny wpływ na życie dziecka ma szkoła, środowisko w jakim wyrasta i idee, jakie są mu wszczepiane. Szkoła sportowa, w tamtych czasach, prowadzona była w duchu prawdziwego patriotyzmu i dumy narodowej. Hart ducha, jaki wypracowaliśmy na boisku, ciężkie dla ciała siemienne treningi, często z niewłaściwie dobranym obuwiem... Wierzę, że to właśnie te treningi wpłynęły na moją przyszłość: każde kolejne wyzwanie - egzaminy wstępne na medycynę, dalsza samodzielna nauka - to wszystko dzięki determinacji, którą dostałam w czasach dziecięcych i nastoletnich. Szkoła sportowa to także sporo nauki: powtarzano nam, że sport jest urazowy, więc należy być też wykształconym – bez odpowiednich wyników w nauce nie można było trenować.

Doznałam bardzo poważnego urazu w obrębie szczęk, skutkującego uszkodzeniami także zębów. Podczas leczenia skutków tego urazu trafiłam do kliniki stomatologii. Leczenie trwało bardzo długo, a że zawsze interesowałam się biologią i chemią, to każda wizyta w klinice po tym wypadku rozbudzała we mnie coraz większe zaciekawienie. Moje otoczenie też startu mi nie ułatwiało: brak rodzinnych tradycji lekarskich budziło powątpiewanie w moje możliwości. Przesiedziałam setki godzin w czytelnich, w stosach książek, z pełną determinacją zawałczyłam o mój zawodowy kierunek. Z Krakowa wyjechałam w 2007 roku, zakładając rodzinę tu, w Koninie, gdzie mieszkam i pracuję.



Strzelectwo stało się alternatywą dla sportu zespołowego?

Strzelanie jest wynikiem mojej chęci do nauki. Zawsze lubiłam się uczyć, całe życie miałam potrzebę zdobywania wiedzy. Najpierw byłam piłkarką ręczną. O tym, jak wyglądała nauka najlepiej niech świadczy fakt, że po 25 latach, gdy przez ten czas nie miałam piłki w ręce, nie dość, że nadal wiem co z tą piłką robić, to wręcz to widać, że umiem się nią posługiwać. Działania były skuteczne, skoro zbudowały taką pamięć mięśniową. Te lata spowodowały, że nie potrafię żyć bez sportu.

Strzelanie jako umiejętność zawsze mnie pociągała. Niedawno się dowiedziałam, że mój dziadek był wyśmienitym strzelcem. Zawsze wszystko dobrze widział - był bardzo spostrzegawczy, jako dobry obserwator zawsze głęboko patrzył w oczy. Może to jest w genach?

Po zakończeniu gry w piłkę ręczną zaczęłam biegać. Nigdy nie przestałam trenować ciała, które domagało się ruchu po tak intensywnym szkoleniu w nastoletnim wieku: żeby trzymać stawy w ryzach, muszę wzmacniać mięśnie. Po bieganiu zaczęłam trenować tenis ziemny, uczestniczyłam w turniejach, i do tej pory jak mogę gram w sezonie letnim na korcie. Strzelectwo pojawiło się po tenisie, chodziło mi po głowie od lat, ale nigdy nie było odpowiedniej pory. Jak rozpoczął się konflikt na Ukrainie, uznałam że obywatelską, słuszną postawą będzie wiedzieć jak się tym wszystkim posługiwać. Strzelam więc od dwóch i pół roku. Strzelectwo jest dziedziną naukową - można jej nauczyć się od strony teorii, przeczytałam mnóstwo książek o strzelectwie, później ucząc się dopiero praktyki. Takie mam już podejście, wcześniej z tenisem było identycznie, musiałam najpierw wiele przeczytać.

Uprawia Pani strzelectwo sportowe i jest sędzią. Czy ma się swoją „ulubioną” broń, czy nie ma to znaczenia?

Zdecydowanie bliższe dla mnie strzelanie z karabinu, nie pistoletu. Muszę mieć czas, jestem metodyczna. Śmieję się, że cierpliwości nie mam za grosz, ale pojawia się ona tylko w dwóch

sytuacjach: podczas leczenia kanałowego i właśnie podczas przymierzania się do strzału. Mogę celować nawet pół godziny, byle tylko ręce wytrzymały. Jestem zawodnikiem jednego strzału, nie lubię marnować naboju.

Strzelectwo jest też możliwością realizacji swojej sportowej pasji, uwzględniając swoje ograniczenia zdrowotne, z jakimi się mierzę. Jest uścieniem braku, jaki odczuwam w wyniku niedyspozycji do sportu bardziej obciążającego stawy.

Wkroczyła Pani w bardzo „męską” dyscyplinę.

Pamiętam jedne z pierwszych zawodów, na które przyjechałam. Idę z metryczką gotową do oddania, a prowadzący zawody pyta: „a pani tu strzela?”. To było pierwsze i ostatnie pytanie, jakie zadał. To prawda, to bardzo męski sport, i niejednokrotnie spotykam się z podejściem, że nowopoznane osoby na strzelnicy nie spodziewają się po mnie zbyt wiele. Na tamte zawody przysłałam w płaszczyku, tu torebeczka, a wokół wszyscy w ubraniach moro, profesjonalni, poważni. Ułożyłam sobie płaszczyk, przerzuciłam wiązanie w tył, torebeczkę poprawiłam i strzeliłam. Bardzo dobrze strzeliłam.

Nie bójmy się robić tego, na co mamy ochotę, nie patrząc na wszystkie „ale”, jakie słyszymy wokół. Na strzelnicy nie rywalizuję z nikim, jedynie sama ze sobą. Są dni, kiedy myśli gdzieś uciekną i coś nie idzie. Staję za każdym razem przed tarczą i nie myślę, które miejsce dziś zajmę, tylko jak mi pójdzie, jak oddam swój strzał, czy będę z niego zadowolona.

Czy to sport dla każdego?

Myślę że warto, by każdy komu to chodzi po głowie spróbował, ale niekoniecznie musi się w tym sporcie rozkochać. Naprawdę nie ma się czego bać. Zdarza się, że pojawiają się drobnutkie kobiety, które przychodzą, po raz pierwszy chwytają broń do ręki i doskonale strzelają, nie mając wcześniej żadnego doświadczenia. Trzeba spróbować. Przyszłemu strzelcowi należy także uświadomić, że fakt, że nie trafia, nie jest najważniejszy.

Rozmawiamy tuż przed turniejem strzeleckim w Koninie. Skąd pomysł na organizację koła strzeleckiego przy delegaturze?

Idea narodziła się podczas... turnieju tenisowego. Pojechałam na piknik, towarzysko, bo nie mogłam z powodów zdrowotnych grać. Wtedy dowiedziałam się, że formułują się różne grupy dla lekarzy i lekarzy dentyków przy delegaturze, a ja nieopatrnie przyznałam, że jadę z kortu prosto na strzelnicę. Tak narodziła się grupa strzelecka, całkiem liczna, a kilku lekarzy naprawdę z ogromną determinacją nie odpuszcza żadnego spotkania.



Każdy wyjazd na strzelnicę mnie cieszy. Do tego od jakiegoś czasu zajmuję się także ptakiem, który tam „pracuje” – to dodatkowa motywacja.

Ptaka?

Tak, jastrzęb Harrisa. Należy do osoby zajmującej się strzelnicą, nie jest mój, ale jestem jednym z jego opiekunów. Dlaczego? Nawet trudno mi to wyjaśnić. Zostałam zaangażowana w opiekę, ptaka trzeba było wychować do życia na strzelnicy. Przeszłam parogodzinne przeszkolenie, do tego nie byłabym sobą, gdybym nie zaczęła doksztalcać się w tej dziedzinie. Czemu akurat ja? To jakaś energia, duch, nie wiem jak to nazwać. Ten ptak czuł, że się go nie boję. To jak z wychowywaniem dzieci - jeśli dorosły ma ukształtowaną swoją postawę, jako człowieka i rodzica, wie co jest dla dziecka najlepsze, tak samo dziecko wie gdzie są granice. Jest stabilny i można na niego liczyć. Z tym ptakiem chyba było podobnie. To dzięki zwierzę i to, że on współpracuje z człowiekiem, bazuje na podawaniu mu jedzenia. To nieco niestety brutalne, ale jedyny sposób. One wyczuwają konsekwencję i pewność. Mogę wchodzić do jego woliery, wyciągnąć rękawicę, a on już na niej siada. Spodziewa się pewnych zachowań i szanuje tą stabilność.

Relacja z tym zwierzęciem jest niesamowita. Ten ptak... Z nami rozmawia. Zaczęliśmy go kształtować, żeby został dziki, ale jednocześnie przywiązał się do nas. Raz nam uciekł, bo był przekarmiony, i z niewiadomej przyczyny wrócił po trzech dniach. Dał mi się złapać. I od tego momentu zaczęliśmy go kształtować „pod siebie”, a on zaczął inaczej nas traktować. Zaczął mruzczyć. Ten dźwięk, który on wydaje siedząc na ręce swoich opiekunów... Nigdy wcześniej go nie było, nie wydaje go przy nikim innym jak przy nas. Ja do niego mówię, on słucha.

Relacja z tym ptakiem przykład dla mnie, że podchodzenie do życia z zaciekawieniem i otwartością na nowe to najlepszy sposób. Z bronią i strzelnicą jest tak samo: cały czas warto poszukiwać dla siebie rozwiązań. A nieraz po prostu lepszego dnia.

ROZMAWIĄŁA: MAGDALENA ZGRZEBA



Lekarski Klub Książki

7 listopada odbyło się kolejne spotkanie Lekarskiego Klubu Książki. Gościem specjalnym był doktor inż. arch. Michał Wenderski z Zakładu Studiów Niderlandzkich i Południowoafrykańskich UAM w Poznaniu.

Gość poprowadził spotkanie oraz dyskusję wokół książki Jana Wolkersa „Rachatlukum”. Spotkanie otworzył przeczytaniem fragmentu książki w oryginale, przy jednoczesnym odtworzeniu początkowego fragmentu adaptacji filmowej z 1973 pt. Turks Fruit w reżyserii Paula Verhoevena.

Bardzo ciekawa dyskusja dotyczyła współczesnej kultury holenderskiej, rewolucji kulturowej która się dokonała w latach 60-tych XX w. w Holandii oraz roli Wolkersa i jego książki w tym procesie. Omówiliśmy także szczególnie język i sztuka samego tekstu tej krótkiej książki, oraz symbolikę poszczególnych elementów (przedmiotów, zwierząt i osób), pojawiających się w książce. Nasz gość przedstawił również proces swojego przygotowania do naszego spotkania: pierwszy raz czytał to dzieło po polsku (przedtem kilka razy czytał w oryginale) i był zachwycony polskim tłumaczeniem, podkreślając jego rolę w prawidłowym odbiorze tekstu.

Spotkanie było także okazją do rozmowy o różnym podejściu do czytania, by czytać dla swojej przyjemności. Nie bać się



odłożyć książki na dłużej albo całkowicie, jeżeli nie jest tym, czego potrzebujemy.

Zapraszamy wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów na kolejne spotkanie klubu, które zaplanowaliśmy na 9 stycznia 2025 w biurze WIL w Poznaniu, ul. Nowowiejskiego 51. Porozmawiamy o „Książce o przyjaźni” Macieja Marcisza. Pytania można kierować do opiekuna Komisji ds. Integracji, Sportu i Wizerunku: patrycja.wroblewska@wil.org.pl.

DR N. MED. MICHAŁ DOPIERAŁA

Konkurs fotografii wakacyjnej rozstrzygnięty!

23 października odbył się finał trzeciej już edycji konkursu nadesłanych przez lekarzy i lekarzy dentystów zdjęć, wykonanych przez nich w czasie tegorocznych wakacji letnich. Uroczystość przyznania dyplomów zwycięzcom odbyła się w siedzibie Delegatury WIL w Koninie i połączona była z prezentacją wszystkich zgłoszonych do konkursu prac, a także z ich merytoryczną oceną.

Decyzją Jury pierwsze miejsce zajęła fotografia pt.: „Catwalk” wykonana przez lek. Tomasza Kozłowskiego, drugie miejsce fotografia autorstwa lek. Zuzanny Niwińskiej pt.: „Nie trać głowy na wakacjach”, a lek. Siergij Duriagin uplasował się na trzeciej pozycji z fotografią o tytule: „Samotny wędrowiec”.

Dodatkowo Jury przyznała trzy wyróżnienia za pracę: „Saran-de” autorstwa lek. Adama Kwaśnickiego, „Mazurskie imprese” lek. dent. Anny Dzieciatkowskiej i „Okno na morze” lek. Barbary Panfil. Dyplomy obecnym laureatom wręczył przewodniczący delegatury.



Zwycięzcom gratulujemy, a wszystkim uczestnikom konkursu dziękujemy za nadesłanie swoich prac. Kolejna edycja konkursu już za rok. ■

Zaproszenie na szkolenie dla lekarzy POZ

Zapraszamy lekarzy pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej na kolejne szkolenie w ramach zainaugurowanego w ubiegłym roku projektu praktycznych i interaktywnych spotkań z lekarzami rozpoczynającymi swoją samodzielną pracę.

Prowadzącymi szkolenia i warsztaty są młodzi lekarze z doświadczeniem kilkuletniej pracy w danej specjalności medycznej, którzy posiadają najbardziej aktualną wiedzę dotyczącą procesu nauki i metodologii odbywania specjalizacji w danej dziedzinie medycyny.

19 grudnia od godz. 19.00 szkolenie w siedzibie konińskiej delegatury WIL poprowadzi lek. Mateusz Kozub. W trakcie spotkania dowiemy się o najważniejszych podręcznikach

i książkach w pracy lekarza rodzinnego - gdzie szukać wytycznych oraz rekomendacji i na co zwrócić najbardziej uwagę, a także o aktach prawnych jakie trzeba znać w pracy w POZ i ich nowelizacjach, o czasopismach przydatnych w pracy. Poznamy strony internetowe i aplikacje przydatne w pracy lekarza rodzinnego. Zapraszamy na spotkanie również lekarzy innych specjalności, dla których poznanie praktycznych zasad szybkiego i skutecznego zdobywania aktualnej wiedzy oraz wykorzystanie w tym celu nowoczesnych technik cyfrowych może okazać się bardzo przydatne.

W przypadku dodatkowych pytań prosimy o kontakt z Delegaturą w Koninie przy ul. Liliowej 9, tel: 63 245 66 10, 783 993 909, email: konin@wil.org.pl. ■

Spotkanie przy planszówkach

W październiku odbyło się kolejne spotkanie grupy miłośników gier planszowych działającej przy delegaturze Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Koninie.

Lekarze i lekarze dentyści, często wraz z rodzinami, poznają nowe gry planszowe, uczestniczą w rozgrywkach, a także szkolą się przed startami w turniejach. Tym razem grano w „Na skrzydłach smoków” – spadkobiercę świetnej i wymagającej gry „euro” – „Na skrzydłach” oraz w „Szarlatanów z Pasikurowic” z naszego konińskiego wydawnictwa G3 i w polski „Labyrinth – Ścieżka przeznaczenia”. Działalność grupy gier planszowych cieszy się dużym zainteresowaniem zarówno młodych lekarzy, jak i tych z większym doświadczeniem.

Spotkania są doskonałym dowodem na integrację środowiska lekarskiego niezależnie od wieku i specjalizacji medycznej. Gry planszowe nie tylko potrafią zapewnić pasjonującą wspólną rozrywkę, ale świetnie nadają się do odpoczynku od codziennych medycznych obciążeń zawodowych lekarzy.

Opiekunem grupy jest specjalista chirurgii ogólnej lek. Maciej Forysiak. Spotkania odbywają się w świetlicy konińskiego szpitala przy ul. Szpitalnej. Dodatkowe informacje można uzyskać w Delegaturze w Koninie przy ul. Liliowej 9 – tel: 63 245 66 10, 783 993 909, email: konin@wil.org.pl. ■



Obchody Dnia Niepodległości w Lesznie

11 listopada lekarze z delegatury Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Lesznie złożyli białe-czerwone kwiaty na grobie zasłużonego lekarza dr Jana Metziga, którego uchwałą Rady Miasta Leszna wyróżniono w 2024 roku jako patrona społeczności medyków. Celem nadania tego tytułu jest przypomnienie jego zasług nie tylko jako zaangażowanego lekarza służącego wiedzą i umiejętnościami mieszkańcom miasta bez względu na wyznanie i przynależność narodową, ale niezwykle aktywnego orędownika polskości na ziemiach Wielkiego Księstwa Poznańskiego.

Tym gestem lekarze z Leszna chcieli w Dzień Niepodległości podkreślić, że nadal nie zapominają o jego zasługach nie tylko dla miasta, ale dla sprawy polskiej w Prusach, jego zaangażowania w odzyskaniu suwerenności Polaków, mimo iż jako niemiecki lekarz batalionowy rozumiał dobrze złożoność i trudność takiej politycznej postawy w XIX wieku. Jego nieustępliwość w tej sprawie, którą propagował w swoich licznych wystąpieniach i publikacjach do końca swojego życia została doceniona przez Polaków, którzy w epitafium na jego grobie umieścili napis: „Lekarz -filantrop Dr Jan Metzigi- wielki przyjaciel Polaków”.

Na zaproszenie Prezydenta miasta Leszna członkowie zarządu Delegatury WIL w Lesznie wzięli udział w uroczystej gali z okazji Narodowego Święta Niepodległości zorganizowanego w Teatrze Miejskim w Lesznie z udziałem Rady Miasta Leszna i zaproszonych gości. Uchwałą Rady Miasta Leszna z tej okazji wręczono dziewięć wyróżnień dla zasłużonych obywateli miasta w dziedzinie kultury, sportu i działalności społecznej. Jednym z laureatów tej nagrody był – dr Bolesław Szudejko, emerytowany lekarz ortopeda, były ordynator, założyciel Leszczyńskiego Klubu Myśli Obywatelskiej, inicjator budowy w Lesznie pomnika Odzyskania Niepodległości i pomnika Konstytucji 3 Maja oraz senator RP II kadencji. ■



Spotkanie ze Skarbnikiem ORL WIL

14 listopada, w siedzibie Delegatury WIL w Koninie, lekarze i lekarze dentyści uczestniczyli w 6. już szkoleniu z cyklu „Spotkanie z Ekspertem”. Tym razem naszym gościem był Skarbnik ORL WIL dr n. med. Michał Dopierała.

Trwający od prawie 3 lat projekt „Spotkanie z Ekspertem” ma na celu przybliżenie osób z centrali WIL w Poznaniu, kluczowych dla funkcjonowania i rozwoju naszej Izby. Podstawowym kryterium zapraszania gości jest ich zaangażowanie, profesjonalizm, inwencja i pomysłowość w pracy na rzecz naszego samorządu. Spotkania mają również na celu osobiste poznanie pracowników WIL, których często znamy tylko z przekazów medialnych.

Doktor Dopierała przedstawił m.in. zasady planowania i kontroli finansów WIL, organizację Działu Finansowego, algorytmy pozyskiwania i rozliczania środków finansowych na projekty WIL oraz losy składki lekarskiej. Spotkanie miało interaktywny charakter z dyskusją dotyczącą celowości, praktycznych korzyści i kontroli wydawania pieniędzy pochodzących z składki lekarskiej na różne wydarzenia realizowane w samorządzie lekarskim. ■



Zaproszenie na wystawę lekarki - malarki

Obrazy Mirosławy Olszewskiej można ponownie oglądać w siedzibie Delegatury WIL w Pile. Na ekspozycji zaprezentowano kilkadziesiąt prac lekarki - artystki o różnorodnej tematyce.

Wśród obrazów znaleźć można martwą naturę i krajobrazy, dominują jednak portrety kobiet i kwiaty, doszukać się można także elementu orientu. To wszystko nadaje wystawie lekki, kobiecy charakter. Uroczyste otwarcie wystawy odbyło się podczas październikowej „Herbatki z Seniosem”.

Mirosława Olszewska zajęciami plastycznymi interesowała się już od najmłodszych lat. Pasję do malarstwa zaszczerpiła w niej pani od rysunków w szkole podstawowej. Miała zdawać do liceum plastycznego, jednak choroba i pobyt w szpitalu pokrzyżowały artystyczne plany na przyszłość. Została lekarzem dentyście. W wolnej chwili oddaje się jednak swojej pasji i maluje. Efekty jej pracy będzie można podziwiać w Delegaturze WIL w Pile do końca roku.

Kolejna „Herbatka z Seniosem”, którą zaplanowano na 29 listopada poświęcona została szczepieniom. Z pilskimi seniorami spotkał się wiceprezes ORL WIL lek. Marcin Karolewski w ramach inicjatywy „Szczepienie Otula”.

ANNA GRZESIAK



Zaproszenie na spektakle i koncerty do Piły

Delegatura WIL w Pile zaprasza lekarzy i lekarzy dentyków na spektakle i koncerty do Regionalnego Centrum Kultury – Fabryki Emocji w Pile przy ul. Staszica 1. Wszystko to w ramach projektu „Kulturalna Piła”. Do rozdysponowania jest kolejna pula biletów (wejściówki są przeznaczone dla lekarzy i lekarzy dentyków z terenu pilskiej delegatury).

W repertuarze: **13.12.2024:** koncert „Orkiestry Kameralnej Polskiego Radia Amadeus” / **15.12.2024:** koncert „Przebo-

je Mistrzów” / **5.01.2025:** koncert „Noworoczny Wieczór ze Straussem” / **18.01.2025:** spektakl „Nerwica natręctw” / **29.01.2025:** koncert „ABBA i inni symfonicznie” / **2.02.2025:** spektakl „W Starym Kinie? Czyli zwierzenia dublera” / **21.03.2025:** koncert „Czerwone gitary”.

Bilety z odpłatnością 50% można zarezerwować w delegaturze pilskiej osobiście lub telefonicznie: 783-993-910, 67 212-04-87 oraz mailowo: pila@wil.org.pl. ■



WIELKOPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

DELEGATURA WIL
W LESZNIE

5 stycznia 2025 roku
godz. 12:00

Zamek Królewski w
Rydzynie

Koszt: 70 zł

Zapisy do 6 grudnia:
Delegatura WIL w Lesznie,
tel. 783 993 911

Wpłaty na konto WIL:
45 1020 4027 0000 1102 0404 3501



Koncert Noworoczny

W WYKONANIU CAPELLI ZAMKU
RYDZYŃSKIEGO



WIELKOPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Kaliski Bal Lekarza

STYCZEŃ **11** 20:00
2025

RESTAURACJA KTW W PARKU
PRZY KALISKIM TEATRZE

650 ZŁ PARA

REZERWACJA:

DR ARTUR TARASIEWICZ

DELEGATURA WIL W KALISZU,
TEL. 783 993 908

WSPOMNIENIE



Odszedł dr Leonard Maciejewski (1934-2024), lekarz anestezjolog, wielki przyjaciel chorych

Całe nasze miasto, gnieźnieńskie środowisko lekarskie obiegrała 31 sierpnia 2024 r. ta smutna, przygnębiająca wiadomość. Kiedy umiera bliski naszemu sercu i myślom człowiek: ciepły, życzliwy, a przede wszystkim dobry, ogarnia nas wielki ból, smutek i żal.

W czwartkowe południe, 5 września 2024 roku na cmentarzu św. Krzyża w Gnieźnie zgromadziliśmy się licznie, by raz jeszcze być przy Tobie Lolku (jak Cię wszyscy nazywaliśmy), żeby towarzyszyć Tobie w tej tak trudnej dla nas ostatniej drodze.

Śp. Leonard Maciejewski urodził się 19 września 1934 roku w Kleczewie (woj. wielkopolskie). Lata okupacji Lolek, jako mały chłopiec przeżył wraz z rodzicami i bratem Wojciechem w rodzinnej miejscowości. Tutaj ukończył w 1949 roku Szkołę Powszechną, obejmującą siedmioletnią Szkołę Podstawową oraz czteroletnią szkołę średnią, zakończoną maturą w 1953 roku. W latach szkolnych marzył o zostaniu piłkarzem. Trenował, rozgrywał mecze w klubie „Sokół” Kleczew. Bardzo skomplikowana kontuzja nogi podczas jednego z meczów spowodowała, iż poważnie zaczął zastanawiać się nad wyborem dalszej drogi życiowej.

Dziecięce lata i młodość Lolka przepadła na niezwykle trudne czasy. Traumatyczne przeżycia okresu wojennego, ogrom bólu, ludzkiego cierpienia, którego doświadczył jako młody chłopiec, spowodowały, iż wielkim pragnieniem Jego serca stała się chęć niesienia pomocy innym, ponad wszystko. Śp. Lolek w 1953 roku po pomyślnie zdanym egzaminie maturalnym w Liceum Ogólnokształcącym w Kleczewie, rozpoczął w 1953 roku studia na Wydziale Lekarskim Poznańskiej Akademii Medycznej.

Śp. Lolek, pomimo trudności systemu, z wielką pracowitością przetrwał niedogodności, nabierając pewności, iż jego specjalizacją stanie się chirurgia, bezpośrednia pomoc osobom wymagającym szybkiej interwencji. Tak było do 4. roku studiów, kiedy to zafascynowała go praca nad problemem znieczulania pacjentów – wówczas lekarza, Witolda Jurczyka (Kierownika Zespołu Anestezjologicznego Kliniki w Poznaniu) mimo, że w tamtych latach, anestezjologia nie była jeszcze w Polsce uznawana za specjalność medyczną. Doktor, a później profesor Witold Jurczyk, wybitny polski chirurg, anestezjolog, twórca polskiej Anestezjologii i Intensywnej Terapii, organizator pierwszego w regionie wielkopolskim Oddziału Intensywnej Terapii (drugiego w Polsce, po wrocławskim), zainspirował śp. Lolka do zgłębienia nad tą specjalizacją.

Po ukończeniu studiów w 1958 roku, zakończonych uzyskaniem Dyplomu Lekarza Medycyny, śp. Lolek odbył roczny staż podyplomowy. Ten czas utwierdził go w wyborze drogi życiowej – stała się nią niepodzielnie anestezjologia. Już wiedział, że jest sensem i celem jego życia. Z początkiem lat 70-tych zdobył tytuł Lekarza Specjalisty

Anestezjologa - pierwszy stopień specjalizacji uzyskał w Poznaniu, drugi w Warszawie.

Podczas studiów poznał również swoją wielką miłość. Żoną została koleżanka ze studiów z tego samego rocznika – Teresa Kozłowska, później Maciejewska (lekarz specjalista chorób wewnętrznych), z którą dzielił swe marzenia, pasje, ale również trudy i rozterki życia. Śp. Lolek potrafił wspaniale łączyć wymagającą pracę zawodową z życiem rodzinnym. Doczekali się trojga dzieci: Macieja, nauczyciela (mgr geografii społeczno-ekonomicznej), córki Hani (nauczycielki, bibliotekarki szkolnej) oraz Zbyszka, który poszedł „w ślady” Ojca i został lekarzem, specjalistą medycyny rodzinnej.

Po uzyskaniu specjalizacji z zakresu anestezjologii medycznej w latach 70-tych, śp. Lolek podjął pracę w gnieźnieńskim szpitalu, który wraz z początkiem lat 60-tych przeszedł pierwszą po wojnie modernizację. W dobudowanym budynku przy ul. 3 Maja 37 otwarto Izbę Przyjęć, Blok Operacyjny, Oddział Urazowo-Ortopedyczny. Nasz ukochany kolega i przyjaciel, początkowo służył pomocą na oddziale chirurgicznym. Widząc cierpienie i potrzebę jeszcze głębszej pomocy swym podopiecznym oraz mając szeroką wiedzę uzyskaną od prof. Witolda Jurczyka, stał się inicjatorem utworzenia w latach 70-tych Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej Szpitala przy ul. 3 Maja w Gnieźnie, którego był wieloletnim ordynatorem.

Niejednokrotnie nie mając dyżuru przyjeżdżał w wolnym czasie na oddział, by sprawdzić, jak czują się Jego podopieczni, by być przy swoich chorych pacjentach.

Dr Leonard przepracował na Oddziale Intensywnej Terapii i Anestezjologii Szpitala w Gnieźnie niemal 40 lat. Wykształcił wspaniałą kadrę swoich współpracowników, lekarzy specjalistów, którzy przejęli po Nim Oddział. Przekazał im swą cenną wiedzę i doświadczenie. W 2004 roku osiągnął zasłużony wiek emerytalny, ale nadal kierował Oddziałem Intensywnej Terapii i dbał o niego do czasu wyłonienia następcy. W 2007 roku funkcję Ordynatora Oddziału przejął wychowanek dr Leonarda, wyłoniony na drodze konkursu dr Jaromir Dziel, kierujący przez kolejne lata oddziałem.

Nasz ukochany Lolek, przyjaciel, kolega pracował również przez długi czas w Pogotowiu Ratunkowym ZOZ Gniezno, Pogotowiu Kolejowym, Zakładach Przemysłu Mięsnego i prowadził Poradnię Bólu. Stał się inicjatorem powstania i wieloletnim Kierownikiem Punktu Krwiodawstwa w Gnieźnie.

Widząc potrzebę pochylecia się nad losem osób terminalnie chorych, by ulżyć bliskim oraz wspomóc opiekę nad „odchodzącymi” najbliższymi, stał się prekursorem i inicjatorem utworzenia w Gnieźnie pod koniec lat 90-tych Oddziału Paliatywnego oraz Opiekuńczo-Leczniczego. Tam nieuleczalnie chorzy zostali otoczeni profesjonalną opieką, wsparciem i empatią personelu, który pomagał przetrwać chorym oraz ich bliskim te najtrudniejsze chwile odejścia z tego świata.

Drogi Lolku! Jak trudno Cię pożegnać i za wszystko podziękować, nie sposób!

W to upalne południe pożegnaliśmy Cię tak licznie, aby raz jeszcze dać wyraz naszej wdzięczności, miłości, przyjaźni, głębokiego szacunku i wielkiej tęsknoty, że tutaj, w tym ziemskim życiu, już więcej nie spotkamy się...

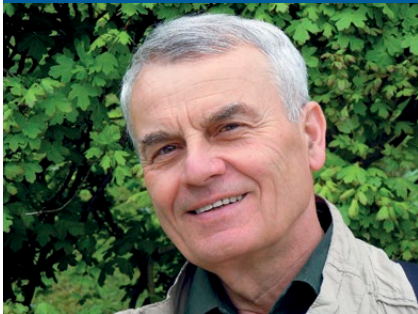
Czuliśmy się jednością z Twoją Żoną Renią, Córką Hanią, Synami, Bliskimi i całą Rodziną, wszystkimi zgromadzonymi na Twoim pożegnaniu.

„Ludzie, których kochamy, pozostają na zawsze, bo zostawili ślad w naszych sercach...”

BYLI WSPÓLPRACOWNICY ODDZIAŁU INTENSYWNEJ TERAPII I ANESTEZJOLOGII ORAZ PRZYJACIELE ZE SZPITALA W GNIEŹNIE

Wiersze

RYSZARD KRAWIEC



GALILEJCZYK

*Chociaż w świecie ciągłych zmian żyjemy
I do tego religia niechętnie jest widziana,
Święta Bożego Narodzenia nadal chcemy
Czczyć. Nawet data nie jest przesuwana.*

*Nie podważa się dziś Narodzin Chrystusa
Bo ten fakt jest w historii świata zapisany.
Sekret kim On był do rozważań zmusza
A niektórym zależy, by został zapomniany.*

*Idea tych Święt, miłość, jest uniwersalna,
Daje poczucie wspólnoty ogólnościowej.
Symbolika bywa często prosta i banalna,
Ale istota daleka jest od tradycji ludowej.*

*W której to dominują bombki, choinki,
Modlitewno-kolędowa radość, świecidelka,
Lampki i nie tylko dla dzieci, upominki.
Do tego różne szopki, kolędnicy i jasełka.*

*Dla chrześcijan to Święta Cudu Wcielenia
Jezusa, zaś Jego nauki to sedno i ośnova
Religii miłości, nadziei i win wybaczenia.
Tak dla świata rozpoczęła się era nowa.*

*W dziejach ludzkości datowanie
przed i po Chrystusie jeszcze nie zanika
dlatego nie tylko chrześcijanie
będą długo pamiętać tego Galilejczyka.*

Ryszard Krawiec
Boże Narodzenie 2024

listopad 2024 w delegaturach WIL

Delegatura WIL w Ostrowie Wielkopolskim

8-9 listopada – VIII Wielkopolskie Spotkanie Chirurgów Rodzinnych z Pediatrami i Lekarzami Rodzinnymi - Forum Młodych Lekarzy, Forum Synagoga w Ostrowie Wlkp., Młodzieżowy Dom Kultury w Ostrowie Wlkp.

20 listopada - zebranie zarządu Delegatury WIL w Ostrowie Wlkp.

Delegatura WIL w Kaliszu

7 listopada - koncert symfoniczny w Filharmonii Kaliskiej „WIECZÓR MUZYKI WŁOSKIEJ”

20 listopada - zebranie zarządu Delegatury w Kaliszu WIL

27 listopada - Konferencja – Debata „Rola nauczycieli, specjalistów przedszkolnych oraz lekarzy we wczesnym wspomaganiu rozwoju dziecka”

29 listopada - koncert symfoniczny w Filharmonii Kaliskiej „CZAR HISZPAŃSKIEJ MUZYKI”

Delegatura WIL w Lesznie

9 listopada – kurs fotograficzny dla lekarzy i lekarzy dentyistów

15 listopada – zebranie Zarządu Delegatury WIL w Lesznie

30 listopada – Bal Andrzejkowy

wtorki – spotkania grupy tanecznej dla członków WIL

Delegatura WIL w Koninie

1 listopada – „Akcja znic dla Lekarza” - osobisty udział lekarzy i lekarzy dentyistów delegatury w upamiętnieniu w Dniu Wszystkich Świętych zmarłych lekarzy

14 listopada - Spotkanie z dr. n. med. Michałem Dopierałą - Skarbnikiem WIL w ramach projektu „Spotkanie z Ekspertem”

19 listopada - Wykład dr hab. n. med. Doroty Mańkowskiej - Wierzbickiej „Syndrom szpitalny - dlaczego powrót do zdrowia jest tak trudny?”

20 listopada - spotkanie grupy gier planszowych

20 listopada - spektakl teatralny „W maju się nie umiera”

23 listopada - kurs i konkurs strzelectwa sportowego

24 listopada - spotkanie grupy turystyki górskiej na ścianie wspinaczkowej „Rodzina się Wspina”

25 listopada - wystawa prac Pabla Picassa

26 listopada - wykład prof. dr hab. n. med. Sławomira Michalaka „Terapia ratunkowa w zagrażającym życiu krwawieniu śródmożgowym i decyzje dotyczące przywrócenia leczenia przeciwkrzepliowego w tej grupie chorych”.

26 listopada - Wykład dr. n. med. Malwiny Grobelnej „Wsparcie farmakologiczne w leczeniu patologii żylnych”

28 listopada - zebranie zarządu Delegatury

Delegatura WIL w Pile

1 listopada – „Akcja Znic”

11 listopada – spektakl w RCK-FE „Łóżko pełne cudzoziemców”

12 listopada – spektakl w RCK-FE „Tajemnica 16 piętra”

13 listopada – spektakl w RCK-FE „Komedia odlotowa, czyli lumbago”

17 listopada – spektakl w RCK-FE „Optymiści, czyli nasi w Egipcie”

22 listopada – spektakle w RCK-FE „Rodzinne piekielko”

25 listopada - zebranie zarządu Delegatury WIL w Pile

28 listopada – spektakl w RCK-FE „Matka”

29 listopada – „Herbatka z Seniorom”, wykład dr n. med. Marcina Karolewskiego

listopad 2024 w Izbie

4 – 5 listopada – składanie dokumentów po stażu

4 listopada – posiedzenie Okręgowej Komisji Wyborczej

5 listopada – posiedzenie Komisji PWZ

– posiedzenie Komisji ds. Młodych Lekarzy

6 listopada – spotkanie Komisji Emerytów i Rencistów

– próba Orkiestry WIL

– posiedzenie Komisji ds. Integracji, Sportu i Wizerunku

7 listopada – posiedzenie Prezydium ORL WIL

– Lekarski Klub Książki

9-10 listopada – II Ogólnopolska Konferencja naukowo-szkoleniowa „Współczesne wyzwania bioetyki”

12 listopada – próba Chóru WIL

13 listopada – próba Orkiestry WIL

15 listopada – próba Chóru WIL

16-17 listopada – Konferencja Komisji Młodych Lekarzy

18 listopada – Spotkanie Porozumienia Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego

19 listopada – posiedzenie Komisji ds. Konkursów

20 listopada – Szkolenie z cyberbezpieczeństwa w ochronie zdrowia

22 listopada – próba Chóru WIL

23 listopada – posiedzenie Prezydium ORL WIL

– posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej WIL

24 listopada – Joga dla lekarek i lekarzy – Komisja ds. Integracji, Sportu i Wizerunku

25 listopada – Szkolenie z „Prawa medycznego i PWZ”

27 listopada – próba Orkiestry WIL

– webinar: Nowelizacja Kodeksu Etyki Lekarskiej

29 listopada – próba Chóru WIL

30 listopada – I Spotkanie Traumatologiczne WIL

MartMedica w Międzychodzie (64-400)

poszukuje:

LEKARZA OKULISTĘ ORAZ DENTYSTĘ

Kontakt Tel. 509 920 651

SZUKAM PRACY – PEDIATRA

na terenie Winograd i Piątkowa

Tel. 603-503-585 (kontakt po godz. 19:00)

SPRZEDAM zakład rehabilitacji stacjonarnej ogólnoustrojowej w woj. dolnośląskim.

Miejscowość uzdrowskowa.
Kontrakt z NFZ. Obiekt na ok 50 miejsc.

Kontakt: Ewa tel. 668 156 054.

Gabinet zatrudni lekarza:

- specjalizacja **medycyna pracy**,
- uprawnienia do badań lekarskich kandydatów do kierowania pojazdami i kierowców.

Miejsce pracy: Złotów, północna Wielkopolska

Forma zatrudnienia do uzgodnienia.

Kontakt: 67 263 23 53, e-mail: andan.gabinet@wp.pl



Wojewódzki Szpital Wielospecjalistyczny im. dr Jana Jonstona w Lesznie pilnie poszukuje do pracy w Oddziale Neurologicznym:

- lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii
- lekarza w trakcie specjalizacji z neurologii
- lekarza chcącego rozpocząć specjalizację w dziedzinie neurologii

Zainteresowanie osoby prosimy o przesłanie podań i CV na adres wsw@wsw.leszno.pl

Szczegółowe informacje pod nr tel. 65 52 53 131, 65 52 53 113

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

Lekarz Orzecznik 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.

Praca w ZUS gwarantuje m.in.:

- stabilne zatrudnienie w oparciu o umowę o pracę,
- terminowo wypłacane wynagrodzenie,
- możliwość rozwoju,
- ubezpieczenia zdrowotne i grupowe,
- 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.

MEDICALASER.PL
Wielkopolskie Centrum Medyczne
eskulap-premium.pl

Zespół prywatnych specjalistycznych gabinetów lekarskich i stomatologicznych (13 gabinetów z salami zabiegowymi) bezpłatnie wynajmie pomieszczenia dla lekarzy specjalistów z okolic Mosiny

Szczegóły pod nr telefonu 602662992

Wirtualny spacer:
tinyurl.com/spacerpogabinetach



**ETHICA
Clinic**

Nowoczesna wielospecjalistyczna placówka medyczna w Poznaniu poszukuje do współpracy:

- ENDOKRYNOLOGA
- RADIOLOGA
- NEUROLOGA DZIECIĘCEGO
- ONKOLOGA

Klinika wyposażona w aparaturę do diagnostyki obrazowej. Możliwość wykonywania badań laboratoryjnych. Atrakcyjne warunki współpracy. Duży potencjał pacjentów

Zapraszamy do kontaktu:

e-mail: ethica@ethica.pl tel. 509 068 002

PODZIĘKOWANIE

Jesteśmy razem już 25 lat! Bardzo gorąco dziękujemy Wszystkim, którzy pomogli stworzyć naszą małą osiedlową przychodnię lekarza rodzinnego. Zaufało nam już kilka pokoleń wdzięcznych mieszkańców. Dzięki Waszemu zaangażowaniu istniejemy i przetrwaliśmy nie tylko pandemię. Naszym pacjentom oraz byłym i obecnym Pracownikom życzymy wesołych i pogodnych Świąt oraz szczęścia, zdrowia i dalszej bardzo owocnej współpracy w nadchodzącym Roku 2025!

Dyrekcja Przychodni Specjalistycznej Hipokrates
ul. Literacka 47a, Poznań



Ostatnie Pożegnanie



Ze szczerym żalem i smutkiem przekazujemy wiadomość, że 5 listopada 2024 r. po długiej i ciężkiej chorobie zmarła

LEK. GRAŻYNA JAWORSKA - KORZENIOWSKA

neurolog dziecięcy

Rodzinie i Bliskim składamy wyrazy współczucia

Koleżanki i Koledzy z lat studiów 1961-1967

Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Poznaniu

Z głębokim żalem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

DR URSZULI KĘPY-ZAWACKIEJ

specjalistki neurologii.

Zmarła była twórczynią i długoletnią ordynator
Oddziału Neurologicznego Szpitala Wojewódzkiego w Pile.

Odnaczona Złotym Eskulapem po 50 latach pracy w zawodzie.

Rodzinie i Bliskim wyrazy szczerego współczucia
składa

lek. Joanna Harbuzińska-Turek

Wiceprezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

Przewodnicząca Delegatury WIL w Pile

BIULETYN INFORMACYJNY

ISSN 1233-2216 Nakład 4000 egz.

Numer zamknięto: (20.11.2024)



Wydawca:

Wielkopolska Izba Lekarska

Redaktor naczelny:

lek. Mateusz Szulca, mateusz.szulca@wil.org.pl

Kolegium redakcyjne:

Szczepan Cofta, Anna Grzesiak, Maria Kaczorowska, Anna Kurhańska-Flisykowska, Andrzej Piechocki, Daria Springer, Filip Zerbst, Magdalena Zgrzeba

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:

DRUKARNIA I STUDIO GRAFICZNE PROFES
ul. Grunwaldzka 314.60-166 Poznań,
tel./fax +48 61 622 78 03, www.profesjonalnydruk.pl

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

znajdź nas






Ochrona zawodowa


Nowy program ochrony zawodowej dla członków Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu

Wielkopolska Izba Lekarska zapewnia lekarzom możliwość zawarcia umów ubezpieczenia w ramach Programu opracowanego wspólnie z PZU SA.


 **NOWOŚĆ**
Zakres ubezpieczenia OC **został dodatkowo rozszerzony o zwrot kosztów nieprawidłowej refundacji.**


Poznaj nasz nowy pakiet ubezpieczeń przeznaczony specjalnie dla lekarzy


Gwarantujemy Ci ochronę nie tylko podczas wykonywania zawodu, gdy może dojść do szkody w wyniku udzielania świadczeń zdrowotnych lub ich zaniechania niezgodnego z prawem, ale także w życiu prywatnym.

 **Ubezpieczenie OC obowiązkowe** z sumą ubezpieczenia 100 000 euro na jedno zdarzenie i 400 000 euro na wszystkie zdarzenia

 **Ubezpieczenie utraty dochodu** – odszkodowanie nawet do 180 tys. zł

 **Ubezpieczenie ochrony prawnej** nawet do 500 tys. zł

 **Ubezpieczenie OC nadwyżkowe** – zakres ubezpieczenia możesz rozszerzyć o medycynę estetyczną lub chirurgię plastyczną do wysokości aż 6 mln zł

 **Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW)** związane z ekspozycją na HIV/WZW

 **Ubezpieczenie PZU Wojażer** dla lekarzy na cały rok



Każdy ubezpieczony lekarz otrzyma **do 20% zniżki na wybrane ubezpieczenia** (m.in. komunikacyjne, mieszkaniowe i turystyczne).

Korzyści z ubezpieczenia

- ✓ Szeroki zakres ubezpieczenia
- ✓ Wysokie sumy gwarancyjne – aż do 6 mln zł
- ✓ Preferencyjne składki ustalone dla lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu
- ✓ Przeznaczona specjalnie dla lekarzy ścieżka obsługi szkód
- ✓ Dostęp do polisy w dowolnym momencie i z dowolnego miejsca
- ✓ Uprozczone formalności i oszczędność czasu
- ✓ Aplikacja online do zawierania ubezpieczeń
- ✓ Dedykowana infolinia/czat
- ✓ Możliwość opłacania składki online

ins INS Services

PZU SA jest reprezentowany przez agenta ubezpieczeniowego INS Services. Aby zawrzeć umowę ubezpieczenia, skontaktuj się z biurem INS Services w wybrany sposób:

- ✓ dzwoniąc pod numer: 61 62 81 777 (opłata zgodna z taryfą operatora),
- ✓ pisząc na adres: biuro@ins-med.pl,
- ✓ za pośrednictwem strony: ins-med.pl.

Zakładem ubezpieczeń jest PZU SA. Szczegółowe informacje o zakresie ubezpieczenia, w tym o wyłączeniach i ograniczeniach odpowiedzialności, znajdziesz w poszczególnych aktualnych ogólnych warunkach ubezpieczeń (OWU) wraz z postanowieniami dodatkowymi i odmiennymi od OWU, dostępnych na stronie ins-med.pl w zakładce „Ubezpieczenia dla lekarzy”. Zasady udzielania zniżki są dostępne w siedzibie Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu. Zniżka jest udzielana do 31.12.2026 r.

MATERIAŁ
MARKETINGOWY