

BIULETYN INFORMACYJNY nr 7–8 (282/283) • POZNAŃ, LIPIEC–SIERPIEŃ 2018



WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA





III KONFERENCJA RAK PIERSI ONKOLOGIA I PLASTYKA

POZNAŃ, 21–22 września 2018 r.

MIEJSCE:

IBB Andersa, pl. Andersa 3, Poznań

PRZEWODNICZĄCY KOMITETU NAUKOWEGO:

dr hab. Dawid Murawa, prof. WSZUIE
prof. dr hab. Zbigniew Nowecki
prof. Zoltan Matrai
dr hab. Agnieszka Kołacińska, prof. UMŁ

ORGANIZATOR LOGISTYCZNY I MERYTORYCZNY:

Wydawnictwo Termedia



IX KONGRES TOP NEPHROLOGICAL TRENDS 2018

POZNAŃ, 12–13 października 2018 r.

MIEJSCE:

IBB Andersa, pl. Andersa 3, Poznań

PRZEWODNICZĄCY KOMITETU NAUKOWEGO:

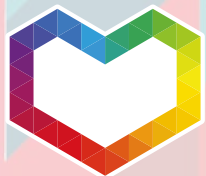
prof. dr hab. Andrzej Oko

PARTNERSTWO MERYTORYCZNE I NADZÓR NAUKOWY:

Katedra i Klinika Nefrologii, Transplantologii
i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu
Oddział Poznański Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego

ORGANIZATOR:

Wydawnictwo Termedia



II OGÓLNOPOLSKI KONGRES KARDIOLOGII W PRAKTYCE LEKARZA POZ

WARSZAWA, 30 listopada – 1 grudnia 2018 r.

MIEJSCE:

Warszawa

KIEROWNIK NAUKOWY:

prof. dr hab. Piotr Hoffman

PATRONAT:

Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej
Instytut Kardiologii

WIĘCEJ INFORMACJI NA WWW.TERMEDIA.PL

Diagnoza wstępna

Spis treści



Okrutne cyfry

Cyfry bywają okrutne. Zwłaszcza te, które ilustrują niekorzystne zjawiska, o których radzi byśmy zapomnieć. Takie jak nadużywanie alkoholu. Szacuje się, że ponad 2 mld ludzi na świecie korzysta z alkoholu w sposób patologiczny, czyli upija się. Około 200 rodzajów chorób i urazów wiąże się z jego spożywaniem. Są to wypadki i utonięcia, zaburzenia psychiczne, depresje, próby samobójcze, nadciśnienia tętnicze, udary mózgu i inne.

Polska należy do krajów, w których spożycie alkoholu jest wysokie. W 2014 r. kupiliśmy 9,4 l 100-procentowego alkoholu na osobę...

Problemy wynikające z nadużywania alkoholu, leków i przyjmowania narkotyków dotyczą wszystkich grup zawodowych, także lekarzy. W Polsce nie publikowano badań na temat uzależnienia wśród lekarzy. Szacuje się, że może to być około 10 proc. polskich doktorów. W USA badania wykazały, że nawet 15 proc. lekarzy ma problemy z piciem alkoholu. U kobiet wskaźnik ten jest o połowę niższy.

Należy pamiętać, że lekarz też może być chory, a ponieważ uzależnienia nazywane są chorobami zaprzeczeń, nic dziwnego, że lekarz przez długi czas może nie zauważać swojej choroby lub nie chceć jej widzieć.

Poza tym często koledzy ukrywają alkoholizm lekarza, a zdarza się, że tłumaczą go faktem, że jest świetnym fachowcem, a wypicie porcji wódki pomaga mu w pracy... Poglądy takie głoszą doświadczeni lekarze, od lat przyjmujący chorych. Twierdzą oni, że alkoholikiem stajesz się dopiero wówczas, kiedy zdecydujesz się na podjęcie leczenia, zaczniesz uczęszczać do AA, a że ktoś sobie lubi wypić, to właściwie komu to przeszkadza...

Okrutne cyfry...

Andrzej Baszkowski

Na podstawie opracowania dr. n. med. Bohdana T. Woronowicza

Okiem prezesa	4
Ta idea łączy cztery kraje	5
Upał, czyli kilka subiektywnych uwag o XIV KZL	6
Dawka informacji	8
Absolwenci Akademii Medycznej w Poznaniu (1965–1970 stomatologia; 1965–1971 lekarski) – rocznik niezwykle i nie do pobicia z uwagi na coroczne spotkania i wycieczki!	10
Po mleko do... banku na Polnej	11
Leszczyńscy lekarze w podróży sentymentalnej na Litwę	12
Omówienie posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej	14
Imagine...	15
SHORT CUTS	16
I Ogólnopolska Konferencja „Problemy alergologiczne w chorobach skóry”	18
Z medycznej wokandy	20
Nasze „serce” wymaga kuracji	22
NIK wskazuje nieprawidłowości	23
Lekarze – patroni ulic w Wielkopolsce	23
Optymalna lokalizacja na Morasku	24
Powściągliwa elegancja architektury	25
Wspomnienie o Antonim Łączkowskim	26
Wiersze	30

Okiem prezesa...



Artur de Rosier
prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

Za nami XIV Krajowy Zjazd Lekarzy. Obrady pierwszego dnia zakończyły się o czwartej nad ranem wyborem prezesa NRL, którym został prof. Andrzej Matyja, i naczelnego rzecznika odpowiedzialności zawodowej – delegaci na drugą kadencję wybrali dr. Grzegorza Wronę, Wielkopolanina – ogromnie się cieszę i gratuluję. W kolejnym dniu obrad do struktur NIL z Wielkopolski weszli: dr n. med. Krzysztof Kordel, dr n. med. Bartosz Urbański, lek. Mikołaj Sinica i lek. dent. Andrzej Cisło – do NRL, w składzie Naczelnej Komisji Rewizyjnej znaleźli się lek. Grzegorz Antkowski oraz lek. Jarosław Król, zastępcami NROZ zostali dr hab. n. med. Maciej Cymerys, prof. Anna Mathews-Brzozowska, dr n. med. Anna Serafinowska-Kiełczewska, członkiem NSL został dr Wojciech Łącki, a w Krajowej Komisji Wyborczej znaleźli się lek. Karina Buxakowska, lek. Stefan Sobczyński oraz dr n. med. Krzysztof Tuszyński. Wszystkim wybranym gratuluję. Gdy piszę ten tekst, jesteśmy jeszcze przed obradami NRL w nowym składzie.

Nastał 25 maja 2018 r. – termin dostosowania się do przepisów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych. Mam nadzieję, że skorzystali Państwo z organizowanych przez WIL szkoleń, konsultacji i materiałów zamieszczonych na naszej witrynie. Docierają do izby pierwsze informacje o praktycznych, czasem absurdalnych, rozstrzygnięciach w sprawie RODO. Proszę, by je zgłaszać, byśmy mogli zareagować, wyjaśnić, zebrać i podzielić się z wszystkimi, angażując w to naszych specjalistów.

Spoglądając na to, jak ewoluje współczesna medycyna, a zwłaszcza sterujące nią uwarunkowania prawne, staramy się poszukiwać w nich drobinek logiki. Od czasu, kiedy nastąpił rozwój w naukach medycznych zmuszający nas do stawiania pytań bioetycznych, medycyna i filozofia znów zaczęły wędrować wspólną drogą. Filozofom nie udało się jednak zdjąć z ramion lekarzy brzemienia poważnych decyzji etycznych i nierzadko zostajemy z nimi sami. Podobnie rozliczne nowelizacje przepisów i uregulowań prawnych. Jak znaleźć się w gąszczu zagadnień? Jak rozstrzygać problemy w sytuacjach, kiedy stoimy przy pacjencie i tylko na nas spoczywa decyzja, co począć i jak, a nie ma przepisów wykonawczych? Tak często brakuje odpowiedzi. Chyba skrajnym przykładem jest dostęp osób bliskich do informacji o pacjencie po jego śmierci, kiedy odmowa ujawnienia tajemnicy w przypadku, gdy z żądaniem jej ujawnienia zgłosi się osoba bliska, a inna osoba bliska nie zgłosi wobec tego sprzeciwu, będzie stanowiła naruszenie prawa, a równocześnie ujawnienie informacji objętych tajemnicą może stanowić naruszenie Kodeksu etyki lekarskiej oraz przyrzeczenia lekarskiego. I nikt nie wskazał, kto ma ustalać krąg uprawnionych do dostępu do informacji i złożenia sprzeciwu. A decyzja spada na nas. Nie ma ani uniwersalnej etyki medycznej, pozwalającej na znalezienie rozwiązania akceptowanego przez wszystkie strony uczestniczące w danym problemie moralnym, ani też jednolitego, wolnego od różniących się opinii systemu prawa. We współczesnym pluralistycznym społeczeństwie istnieje zbyt wiele systemów wartości, zbyt wiele uwarunkowań i interesów, by stało się to możliwe. My jednak, na naszym wielkopolskim medycznym polu, wspomagamy się w wymianie informacji i doświadczeń, bo nierzadko jest tak, że to praktyczne wskazówki determinują nasze codzienne działania. A my je potem dla Państwa opiszemy.

Ta idea łączy cztery kraje

Fot. Andrzeja Pięchocki Archiwum 3x



To już dziewiąta edycja konferencji Ginekologia i Położnictwo Nowe Trendy. Z kilku powodów była ona znaczącym wydarzeniem o krajowym i międzynarodowym oddźwięku.

Jest to jedno z ważniejszych spotkań w terminarzach lekarzy ginekologów. A to za sprawą interdyscyplinarnego programu i grona starannie dobranych wykładowców, obdarzonych darem dydaktycznym. O program z powodzeniem dba kierownik naukowy i inicjator tego wydarzenia – prof. dr hab. Maciej Wilczak, kierownik Katedry i Kliniki Zdrowia Matki i Dziecka Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Do Poznania, na konferencję organizowaną przez Wydawnictwo Termedia, przyjechali najwybitniejsi europejscy operatorzy w zakresie minimalnie inwazyjnej chirurgii miednicy mniejszej (*minimally invasive pelvic surgery*) – prof. Jean Bernard Dubuisson ze Szwajcarii, dr Henri Clave z Francji oraz dr Friedrich Pauli z Niemiec. W sesji inauguracyjnej spotkanie podzielili się oni wynikami swoich badań i doświadczeniami w zakresie szczegółów dotyczących technik operacyjnych, które stosują i dzięki którym znani są nie tylko w Europie, ale i na świecie. Tematy ich wystąpień były następujące: „Stanowisko krytyczne w związku ze stosowaniem materiałów syntetycznych w leczeniu operacyjnym zaburzeń statyki dna miednicy (POP)”, „Minimalnie inwazyjna histerektomia przezpochwo- wa (MIVH) – droga kosmetyczna” oraz „Status technik laparoskopowych w leczeniu zaburzeń statyki dna miednicy”.

W programie konferencji ujętych zostało pięć sesji tematycznych:

- Terapia zaburzeń statyki narządów płciowych – praktyczne aspekty stosowania siatek zgodnie z zasadami EBM,
- Algorytm postępowania z mięśniakami macicy leczonymi technikami małoinwazyjnej chirurgii endoskopowej,
- Antykoncepcja hormonalna i HTM w okresie okołomenopauzalnym – dobrodziejstwo czy zagrożenie dla zdrowia współczesnych kobiet,
- Zasady żywienia kobiet ciężarnych według EBM,
- Jak diagnozować i skutecznie leczyć endometriozę?

Uzupełnieniem tych sesji były wykłady i prezentacje w ramach grantów naukowych firm: TZMO SA, SANOFI, SYMPHAR, MERCK. W przeddzień konferencji w poznańskim Ginekologiczno-Położniczym Szpitalu Klinicznym Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego przepro-

wadzone zostały warsztaty minimalnie inwazyjnej chirurgii miednicy mniejszej. W dwóch salach operacyjnych goście z Francji, Niemiec i Szwajcarii, wespół z polskimi lekarzami, wykonali zabiegi z wykorzystaniem tytanizowanych siatek polipropylenowych w leczeniu obniżenia narządów płciowych u kobiet. Zabiegi te są stosowane w kompleksowej terapii zaburzeń statyki dna miednicy mniejszej, do których należą m.in. obniżenie przedniej i tylnej ściany pochwy, wypadanie narządów płciowych oraz nietrzymanie moczu. Obserwacja tych zabiegów była możliwa dzięki transmisji multimedialnej (prezentacja 3D).

– *Schorzenia dotyczące zaburzeń statyki dna miednicy mniejszej to bardzo wstydlivy problem dla wielu kobiet, łączący się nie tylko z dolegliwościami bólowymi, ale także*



z kłopotliwymi dolegliwościami związanymi z nietrzymaniem moczu. Obecne warsztaty, po zorganizowanych w marcu tego roku, inaugurują cykl działań edukacyjnych i leczniczych, które pozwolą pacjentkom naszego szpitala skorzystać z najnowszych osiągnięć minimalnie inwazyjnej chirurgii miednicy mniejszej. Takich samych, jak w innych krajach Unii Europejskiej – mówi prof. Maciej Wilczak.

Profesor jest inicjatorem, wspólnie z dyrekcją poznańskiego szpitala klinicznego przy ul. Polnej, we współpracy z ekspertami z Francji, Niemiec i Szwajcarii, powołania Centrum Minimalnie Inwazyjnej Chirurgii Miednicy Mniejszej. Uroczystość podpisania dokumentu założycielskiego odbyła się pierwszego dnia konferencji. Podpisy złożyli: dr Maciej Sobkowski, dyrektor Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, prof. Jean Bernard Dubuisson, dr Henri Clave, dr Friedrich Pauli i prof. Maciej Wilczak (na zdjęciu na górze: sygnatariusze z podpisanym przed chwilą dokumentem). Idea centrum połączyła lekarzy z czterech krajów. (ap)

Upał, czyli kilka subiektywnych uwag o XIV KZL



Fot. Selfie

KRZYSZTOF
OZEGOWSKI

Nie będzie to klasyczna relacja ze zjazdu. Tę znajdą Państwo na łamach „Gazety Lekarskiej”.

Można powiedzieć, że tradycyjnie kolejny zjazd lekarzy odbywał się 25 i 26 maja w warszawskim hotelu „Novotel Airport”. Był to już XIV Krajowy Zjazd Lekarzy, tym razem z przydomkiem „sprawozdawczo-wyborczy”. Mimo że miał być kolejnym, można powiedzieć – rutynowym zjazdem, tym razem obradom towarzyszyło pewne napięcie związane z wydarzeniami, które miały miejsce na poprzedzających go zjazdach okręgowych, i pytaniem, jak ich rezultaty przełożą się na przebieg oraz wyniki zjazdu na poziomie krajowym. I można powiedzieć, że nie zawiódł oczekiwań, gdyż nastąpiło znaczące odmłodzenie składu Naczelnej Rady Lekarskiej, a wielu jej dotychczasowych „etatowych” członków nie zyskało uznania w oczach wyborców i znalazło się poza jej składem. Dla niektórych z nich zapewne było to duże zaskoczenie i rozczarowanie. Niestety, można powiedzieć, że dla reprezentacji Wielkopolskiej Izby Lekarskiej także. Co prawda, patrząc na wyniki wyborów (które zamieściła „Gazeta

Lekarska” w czerwcowym numerze, więc nie będę ich powtarzał), pozornie nie jest tak źle, gdyż w 75-osobowym składzie NRL mamy pięciu członków (trzech lekarzy – w tym dwóch „młodych”: dentystę i prezesa ORL), a w pozostałych gremiach także sporą reprezentację, z naczelnym rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej na czele, ale apetyt naszej reprezentacji przed KZL był zdecydowanie większy. Oczekiwania



te nie były bezpodstawne, gdyż – co jest tajemnicą poliszynela – oparliśmy je na przedzjazdowych szacunkach, porozumieniach i koalicjach. Niestety życie (czyli uczestnicy zjazdu) brutalnie je zweryfikowało. Po raz kolejny w ostatnich latach okazało się, że inne izby mają sprawniejszą dyplomację i większą siłę przekonywania. O sile tych porozumień dobitnie świadczą wyniki wyborów, choć można zauważyć, że nie obyło się bez pewnych niespodzianek i „nielojalności”, gdyż liczba głosów oddanych na niektórych nijak się miała do krążących wśród delegatów wytycznych, na które osoby „należy” głosować, a które trzeba „wyciąć”. List było kilka, pewne nazwiska się powtarzały na wielu, inne były tylko na jednej. Nawet bardzo kolektywnie głosująca reprezentacja Porozumienia Rezydentów OZZL (co widać na jednym ze zdjęć zamieszczonych w „Gazecie Lekarskiej”)



uzyskała wyniki nieco odbiegające od planów, które mieli zamieszczone w swoich „komórkach”, w odróżnieniu od starszych delegatów, posługujących się tradycyjnymi papierowymi wytycznymi. Papierowymi nie tylko dlatego, że były na tym nośniku, ale także, że były równie trwałe jak papier. O ile wyniki głosowania na prezesa nie były dużym zaskoczeniem, o tyle liczba uzyskanych głosów przez poszczególnych kandydatów – tak. Jeszcze większą niespodzianką był efekt punktowy wyborów na naczelnego rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Co prawda wygrał „nasz” kandydat, czyli dr Grzegorz Wrona (gratulacje), lecz skala jego zwycięstwa nad bezbarwnym przeciwnikiem świadczy o tym, że opozycja wobec Poznania jest bardzo silna, co zresztą znalazło następnie odzwierciedlenie w wynikach wyborów do Naczelnej Rady Lekarskiej.

Chociaż skład NRL zmienił się i odmłodził, niestety zjazd funkcjonował według skostniałego schematu, który dojrzał już najwyraźniej do zmiany, gdyż efekty „pozawyborcze” XIV KZL są bardziej niż mierne. Niewątpliwie duży wpływ ma na to część oficjalno-celebracyjna. Wiem, taka jest tradycja, tak „wypada”, ale... czy ta część musi zabierać tyle czasu? Czy te mowy-trawy przedstawicieli władz, często wcześniej mieszających z błotem lekarzy, muszą być wygłaszane na zjeździe tylko dlatego, że tak wypada? Tu mały przytyk do delegatów. Wiem, że gości należy przywitać, ale czy kogoś, kto sprzeniewierzył się środowisku, z którego się wywodzi, nadal trzeba witać rześzystymi oklaskami? Czy nie lepsze byłoby „pogardliwe” milczenie sali? Kolejną sprawą, którą należałoby zmienić, jest umiejscowienie wyborów w programie zjazdu. Niestety, wielu delegatów interesują tylko one i po ich zakończeniu opuszczają obrady. To zaś sprawia, że dyskusja nad problemami nurtującymi środowisko lekarskie jest mizerna, a co gorsze – duża część uchwał, apeli i stanowisk zjazdu nie ma szansy, by ujrzeć światło dzienne, gdyż w pewnym momencie brakuje kworum. Podobnie stało się tym razem. Po ogłoszeniu wyników do organów izby lekarskiej zainteresowanie obradami gwałtownie spadło i w pewnym momencie okazało się, że nie ma wymaganego kworum, by zjazd mógł przyjmować kolejne uchwały. Nie wiadomo, czy wniosek o przeliczenie liczby uczestników był efektem lekkomyślności zgłaszającego, czy też celowym storpedowaniem obrad, ale w efekcie wielu kolegów, którzy zadali sobie trud przygotowania uchwał, nie doczekało się nie tylko ich uchwalenia, ale chociażby dyskusji nad nimi. W tym miejscu sensowny wydaje się pomysł wyartykułowany przez Darka Tuleję, by kolejne zjazdy organizować poza Polską, np. na którejś z wysp na Morzu Śródziemnym. Oczywiście poza sezonem turystycznym. Jednym z efektów takiego rozwiązania byłaby gwarancja utrzymania kworum do końca obrad, a kolejnym – że taki zjazd, przy wykorzystaniu lotów tanimi liniami lotniczymi, byłby zdecydowanie tańszy niż organizowany w Warszawie. Takie rozwiązania są już stosowane podczas konferencji naukowych, dzięki czemu są one tańsze. Prawdopodobnym oburzeniem tzw. opinii publicznej nie ma co się przejmować, gdyż naszemu wizerunkowi już niewiele może zaszkodzić, a argument, że robimy tak z oszczędności, może tylko pomóc.

I na koniec wyjaśnienie tytułu relacji. Spotkanie w warszawskim „Novotelu Airport” charakteryzowała nie tylko



gorąca atmosfera obrad, ale fakt, że na sali i w kulkarach było po prostu gorąco. Nie tylko dlatego, że klimatyzacja była niewydolna bądź po prostu nastawiona zbyt oszczędnie. Brakowało również napojów, co potęgowało uczucie nadmiernej temperatury. Szczególnie dało się to odczuć pierwszego dnia obrad, zakończonych po godzinie 3.00 w nocy. Niestety wieczorem nie było nic do picia, szczególnie po godzinie 23.00, gdy zamknięto bar hotelowy – jedyne miejsce, w którym można było kupić coś do picia, w tym wodę gazowaną, której próżno by szukać wśród napojów zapewnianych przez organizatorów zjazdu. Na zjeździe bowiem, podobnie jak na wielu konferencjach, zapanowała ostatnio niezrozumiała moda na podawanie tylko napojów bez gazu, obok kawy i herbaty. Ale jak wcześniej napisałem, tym razem organizatorom najwyraźniej zabrakło wyobraźni i przez wiele godzin, pomimo panującego upału, nie można było żadnym napojem – ani gazowanym, ani niegazowanym ugasić pragnienia. Dlatego także z tego powodu potrzebne są zmiany w organizacji zjazdu. Mam nadzieję, że odmłodzony skład Naczelnej Rady Lekarskiej, organizując kolejny, weźmie te kilka uwag pod rozwagę. ■

Fot. Dariusz Tuleja

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.

Kilka argumentów

Andrzej Matyja, nowy prezes NRL, w rozmowie z „Menedżerem Zdrowia” sprawę stawia ostrzej niż rezydenci. Potrzebne jest nie 6%, ale 6,8% PKB na zdrowie. I to szybko. Prezes apeluje też do kolegów profesorów:

– *Naszą misją jest także pozostawienie pokolenia wychowanków i ułatwienie im – a nie utrudnianie – karier. O zbyt niskich nakładach na ochronę zdrowia wszyscy mówimy od bardzo wielu lat. Oczekujemy, że rządząca ekipa polityczna zwiększy finansowanie nie tylko do zapowiadanych 6% PKB, ale do 6,8% jako oczekiwanego poziomu publicznych wydatków na ochronę zdrowia. Przemawia za tym kilka argumentów. Po pierwsze – konieczne jest zmniejszenie dystansu, jaki dzieli Polskę od zdecydowanej większości krajów europejskich. Po drugie – koszty bezosobowe w medycynie, m.in. ceny wielu nowoczesnych technologii i leków, są w Polsce podobne jak w wysoko rozwiniętych krajach albo nawet wyższe. Nie powinniśmy mówić o koszcie leczenia w odizolowaniu od całkowitych kosztów będących konsekwencją zachorowania. Te dodatkowe koszty to absencja pracownika w pracy, zabezpieczenie socjalne, a w przypadku opóźnionego leczenia – koszty leczenia powikłań. Po trzecie – dochodzenie do 6% PKB szybciej niż jest to zaplanowane po prostu się opłaca. Jestem przekonany, że jeśli wykonano by rzetelną analizę skutków dla budżetu inwestycji w zdrowie (korygując in minus koszty ZUS, a in plus tempo wzrostu gospodarczego), nikt myślący racjonalnie nie miałby wątpliwości, że szybsze dojście do poziomu wydatków 6% PKB to mądra decyzja ekonomiczna.*

BARTŁOMIEJ LEŚNIEWSKI, WWW.TERMEDIA.PL

Podsekretarz stanu

Lukasz Szumowski powołał Sławomira Gadomskiego na stanowisko podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia. Gadomski ma wykształcenie wyższe z zakresu finansów i bankowości oraz matematyki finansowej. Jest też na końcowym etapie zdobywania uprawnień biegłego rewidenta. Ma 10-letnie doświadczenie w audycie wewnętrznym w sektorze finansowym, głównie w zakładach ubezpieczeń (w Grupie PZU). Przez ostatnie dwa lata pracował jako zastępca dyrektora w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, gdzie kierował pionem zarządzania i finansów. Specjalizuje się w obszarach zarządzania strategicznego i korporacyjnego, zarządzania finansami i controlingiem finansowym, zarządzania ryzykiem, zarządzania inwestycjami, sprawozdawczości i rachunkowości finansowej oraz audytu wewnętrznego i rewizji finansowej.

WWW.MZ.GOV.PL

Nieadekwatne do stanu zdrowia

W większości kontrolowanych szpitali, jak stwierdzili inspektorzy NIK, pacjenci otrzymywali posiłki nieadekwatne

do stanu zdrowia. Były one przygotowywane z surowców niskiej jakości, o niewłaściwych wartościach odżywczych. Bywało, że jadłospisy diety podstawowej nie pokrywały się z danymi deklarowanymi przez producentów na etykietach produktów. Badania próbek posiłków szpitalnych przeprowadzone na zlecenie NIK przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej i Inspekcji Handlowej wykazały niedobory składników odżywczych, co mogło powodować uszczerbek na zdrowiu pacjentów, jak np. odwapnienie, zmięczenie i zniekształcenie kośćca, niedokrwistość, niedotlenienie tkanek, nadmierną pobudliwość mięśniową, drżenie i bolesne skurcze mięśni, stany lękowe, bezsenność, nadciśnienie czy zaburzenia w funkcjonowaniu nerek.

Niedoborom tym towarzyszyła zwiększona podaż np. witaminy A, która w nadmiarze może być toksyczna. W większości szpitali stwierdzono ponadto zbyt duży udział soli w posiłkach (od 142% do 374% normy), a także zaniżaną (od 3% do 28%), bądź zawyżaną (od 13% do 50%) wartość kaloryczną posiłków.

Pacjentom serwowano zbyt mało warzyw i owoców, za dużo mięsa czerwonego, tłustych przetworów mięsnych, tłustych wędlin, w tym gorszej jakości. Podawano potrawy ciężkostrawne i bogate w nasycone kwasy tłuszczowe, ryby konserwowe lub hodowane w rejonach zanieczyszczonych, a także substytuty deklarowanych w jadłospisie produktów: zamiast masła – tłuszcz mleczny do smarowania, zamiast sera – suszony hydrolizat białkowy o smaku i aromacie sera. Nie dostawali jogurtu lub mleka acidofilnego, a ryb morskich stanowczo za mało.

WWW.NIK.GOV.PL

Druga przyczyna zgonów

W 2015 r. rozpoznano w Polsce ponad 163 tys. nowych zachorowań na nowotwory złośliwe oraz ponad 100 tys. zgonów nimi spowodowanych. Tym samym nowotwory stanowią drugą (po chorobach układu krążenia) przyczynę zgonów w Polsce, a do 2035 r. liczba nowych zachorowań może przekroczyć 200 tys., zaś zgonów 133 tys. Czy można zmienić ten niekorzystny trend?

Istnieją niezbita dowody na to, że nowotworom złośliwym można zapobiegać (80–90% zachorowań na nowotwory złośliwe w populacjach zachodnich można przypisać czynnikiem środowiskowym, rozumianym w szerokim sensie jako nawyki żywieniowe i zachowania społeczno-kulturowe). Dlatego w 1997 r. Komisja Ekspertów UE stworzyła Europejski Kodeks Walki z Rakiem (zbiór prostych zaleceń, których przestrzeganie doprowadzić ma do obniżenia zachorowalności i umieralności na nowotwory).

Najbardziej oczywistym sposobem zapobiegania zgonom z powodu nowotworów jest opracowanie metod zapobiegania wystąpieniu choroby, wczesnego wykrycia oraz skutecznego leczenia. Zmiana stylu życia społeczeństwa na zdrowy w ciągu najbliższych 10, 20 lat powinna skutkować istotnym obniżeniem zachorowalności na nowotwory, a masowa zgłaszalność na badania przesiewowe zwiększy efektywność leczenia i poprawi wskaźniki pięcioletnich przeżyć.

WWW.WCO.PL

Zastrzyk wzmacniający

Wielkopolski NFZ przekazał placówkom dodatkowo ponad 11 mln zł. Ponad 4 mln zł z tej kwoty szpitale wydadzą

Andrzej Piechocki

na zabiegi wszczęcia endoprotez stawów biodrowego i kolanowego zarówno u dorosłych, jak i u dzieci. Ponad milion złotych pójdzie na dodatkowe operacje usunięcia zaćmy. Z kolei 3,5 mln zł dostały placówki, które ambulatoryjnie wykonują gastroskopię, kolonoskopię, rezonans magnetyczny i tomografię komputerową.

Fundusz zwiększył także dostępność do rehabilitacji po chorobach neurologicznych i leczeniu operacyjnym. Na ten cel placówkom przekazano prawie 1,3 mln zł. Ponad pół miliona złotych trafiło do hospicjów. Pieniądze otrzymały placówki wykonujące najwięcej świadczeń.

MAGDALENA KONIECZNA, WWW.RADIOPOZNAN.FM

SOR z tomografem

Mieszkańcy Kalisza i okolicznych powiatów mają do dyspozycji nowy Szpitalny Oddział Ratunkowy. We wtorek 29 maja 2018 r. w imieniu Samorządu Województwa Wielkopolskiego Krzysztof Grabowski – wicemarszałek województwa wielkopolskiego – dokonał oficjalnego otwarcia tej długo wyczekiwanej inwestycji wartej niemal 11 mln zł. Tego dnia w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Ludwika Perzyny w Kaliszu otwarty został także zmodernizowany Oddział Chorób Wewnętrznych.

Celem projektu była poprawa funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego poprzez modernizację i doposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Dzięki inwestycji stworzone zostały optymalne warunki do ratowania życia w stacjach zagrożenia życia i zdrowia. Dodatkowym elementem projektu jest wydzielenie w ramach Szpitalnego Oddziału Ratunkowego obszaru diagnostycznego. Kaliski SOR jako jeden z niewielu tego typu oddziałów w kraju posiada tomograf komputerowy.

Modernizacja SOR w Kaliszu kosztowała nieco ponad 10,7 mln zł, z czego ponad 4,3 mln zł pochodziło z budżetu województwa, prawie 6 mln zł z Unii Europejskiej. Wyremontowano też Oddział Chorób Wewnętrznych. Inwestycja kosztowała ponad 2,3 mln zł, z czego ponad 2,1 mln zł to środki z budżetu województwa wielkopolskiego.

WWW.UMWWW.PL

Za profesjonalizm, troskę i empatię



Fot. www.wprost.pl

Nagrodę specjalną Orła „Wprost” dla osobowości regionu otrzymał prof. dr hab. n. med. Rodryg Ramlau, kierownik Katedry i Kliniki Onkologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

– *Za profesjonalizm, konsekwentne dążenie do wprowadzenia w Polsce kompleksowej opieki*

nad chorymi na nowotwory płuca, nowoczesnych metod leczenia raka, za troskę i empatię okazywaną pacjentom – tak nagrodę uzasadniał redaktor naczelny tygodnika „Wprost” Jacek Pochłopięń. Symbolem wyróżnienia jest godło państwa polskiego – wizerunek Orła Białego z londyńskiej siedziby emigracyjnego rządu polskiego.

WWW.WPROST.PL

Dwa punkty widzenia

W teorii jest tak, jak powinno być. NFZ refunduje zabieg założenia spirali antykoncepcyjnej, lekarze twierdzą, że takie zabiegi wykonują. Tylko pacjentki sprawę widzą inaczej. *Lekarze ginekolodzy mający umowy z NFZ odmawiają pacjentkom założenia spirali antykoncepcyjnej, mimo że nie mają do tego prawa* – napisała do nas czytelniczka, która prosiła o ten zabieg swoją lekarzkę. Ta miała jej odpowiedzieć, że w Poznaniu nikt tego nie robi na NFZ i... zaprosiła ją do prywatnego gabinetu. Tymczasem NFZ zapewnia, że refunduje zabiegi zakładania wkładek wewnątrzmacicznych.

– *Wewnątrzmaciczna wkładka antykoncepcyjna może być założona podczas wizyty w gabinecie ginekologicznym, który działa na podstawie umowy z NFZ* – wyjaśnia Magdalena Rozumek, rzecznik Wielkopolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia. Lekarze ginekolodzy, którzy przyjmują ubezpieczone pacjentki, również zapewniają, że takie zabiegi wykonują.

MARTA ŻBIKOWSKA, WWW.GLOSWIELKOPOLSKI.PL

Coraz więcej pacjentów z zaburzeniami odżywiania

Anoreksja, bulimia czy ortoreksja to najczęstsze przyczyny hospitalizacji w jarocińskim szpitalu pacjentów z zaburzeniami odżywiania. W ostatnich sześciu miesiącach do placówki trafiło 18 takich osób. Najczęściej są to ludzie młodzi, których wycieńczyły restrykcyjne diety i obsesja na punkcie idealnego wyglądu.

– *Pacjenci z zaburzeniem odżywiania, którzy trafili do naszego szpitala, byli w nienajlepszym stanie. Długotrwałe ograniczanie wartościowego pożywienia doprowadziło ich do omdleń i poważnego osłabienia organizmu. W niektórych przypadkach pojawiły się inne choroby wynikające właśnie z niedożywienia i to one doprowadziły pacjenta do szpitalnego łóżka* – tłumaczy prof. Jacek Piątek, kierownik Oddziału Chorób Wewnętrznych z Łóżkami Kardiologicznymi w jarocińskim szpitalu. Lekarze lecząc chorych na anoreksję czy bulimię, aplikują im środki farmakologiczne wzmacniające organizm, jednak sugerują, aby chorobę leczyć również psychoterapią.

– *Osiemnaście osób z zaburzeniami odżywiania, jeśli popatrzy się na nasze statystyki, w których rocznie uwzględniamy kilka tysięcy hospitalizowanych w jarocińskim szpitalu – to niby nie jest dużo. Jednak w latach 2016/2017 takich pacjentów było ponad 80 i widzimy, że tendencja jest wzrostowa. I to jest bardzo niepokojące* – uważa Leszek Mazurek, prezes szpitala.

WWW.SZPITALJAROCIN.PL

Dla 53 szpitali

18 maja br. została podpisana umowa o wartości prawie 10 mln zł na zakup sprzętu i oprogramowania dla 53 szpitali w województwie wielkopolskim w ramach projektu Wielkopolskie e-Zdrowie, czyli „Wyposażenie środowisk informatycznych wojewódzkich, powiatowych i miejskich podmiotów leczniczych w narzędzia informatyczne umożliwiające wdrożenie EDM oraz stworzenie sieci wymiany danych między podmiotami leczniczymi samorządu województwa”. Umowę na podstawie pełnomocnictwa Zarządu Województwa Wielkopolskiego podpisał wiceprezes spółki Szpitale Wielkopolski Sp. z o.o. Wojciech Ołdyński. Wykonawcą tej części projektu, po wygranej procedurze przetargowej, jest PRZP Systemy Informatyczne Sp. z o.o.

WWW.SZPITALEWIELKOPOLSKI.PL

Absolwenci Akademii Medycznej w Poznaniu (1965–1970 stomatologia; 1965–1971 lekarski) – rocznik niezwykle i nie do pobicia z uwagi na coroczne spotkania i wycieczki!

Tym razem temat nabrzmiewał od maja 2017 r., bo jednak przybywa nam lat i wątpliwości – co będzie za rok... Jednak pojechaliśmy! Jak co roku od kilkudziesięciu lat! Wycieczka naszego roku odbywała się od 23 do 27 maja 2018 r. Miastem docelowym był Olsztyn i stamtąd wyruszyliśmy na planowane wypady, by bliżej poznać Warmię i Mazury.



Niedługo miną 53 lata od pierwszego naszego spotkania na dziedzińcu dostojnego gmachu *Collegium Anatomicum* w Poznaniu, gdy staliśmy w tłumie nieznanym lub z nielicznymi znajomymi z liceum, czuliśmy się wybrani, bo zdaliśmy trudne egzaminy wstępne z pozytywnym efektem – zostaliśmy studentami ówczesnej Akademii Medycznej! I czekała nas długa droga, której nikt jeszcze nie znał, lecz przeczuwał lub słyszał o niej od starszych kolegów. W tym pamiętnym dniu, na tym dziedzińcu, już nawiązały się pierwsze sympatie, padły pierwsze słowa do nieznanego, odkrycia podobnego błysku w oku kolegi czy koleżanki – i tak tworzyła się nasza wspólnota. Pozostaliśmy jej wierni przez sześć lat studiów i – jak się okazało – przez kolejne dziesięciolecia. Po 20 latach od ukończenia studiów niezapomniany śp. Marek Tuszewski (profesor chirurgii) zaproponował spotkanie całego roku. Jego osoba jednoczyła wszystkich, jasna czupryna i przenikliwy wzrok scalał najbardziej nieufnych i opornych. Od tego czasu systematycznie – co roku – odbywaliśmy wspólne wycieczki po Polsce, a i za granicę – zwykle pięciodniowe, organizowane przez profesjonalne biuro turystyczne. Było ich już kilkadziesiąt – to wydaje się nieprawdopodobne, ale jest prawdą! Dzięki nim nasza wspólnota żyła, żyła swoim tętnem, biciem naszych serc, wzlotami umysłów i młodzieńczymi pomysłami. Tak jest do tej pory.

Gdy Alicja Kaczmarek-Michalewicz przejęła pałeczkę organizatora po przedczesnym, niespodziewanym odejściu do ponoć lepszego świata naszego Marka Tuszewskiego, nic się pozornie nie zmieniło. Została „szeryfem” ze swoimi pomysłami i inicjatywą, niespożytą energią i dzielnie sobie poradziła z legendą Marka. Choć jesteśmy pewni, że i on nam stale towarzyszy, spoglądając ze swojej dali, uśmiecha się do nas i wspiera tych, którzy wątpią w celowość takich spotkań. Bo nie da się ukryć, że po ostatniej, ubiegłorocznej

białowiejskiej eskapadzie niektórzy postanawiali już nie kontynuować tradycji, bo nogi, bo coś tam z sercem, bo wreszcie wnuczki i wnuki zajmują każdą wolną chwilę. Jednak wbrew obawom, że grupa nie będzie już tak liczna, dopisało wielu – zapełniliśmy cały autobus.

Przybyłem na miejsce zbiórki wcześniej, więc obserwowałem z daleka, jak zbliżali się do autobusu. Wyłaniali się ze swojej dość mrocznej, jeśli zajrzeć w kalendarz, siedemdziesiątki i więcej, ale w miarę zbliżania się przyspieszali, niektórzy panowie, zda się, wciągali brzuchy, a panie chyba dyskretnie poprawiały odzież wyszczuplającą, by uwidocznic piękną talię osy i zgrabną pupę. Oczywiście tym razem żartuję, ale faktycznie tak było – krok sprężysty i młodość, młodość, młodość. „To idzie młodość” – chciałem zaśpiewać za Markiem Nowakowskim, jak w świetnym spektaklu teatralnym sprzed lat. Przywitania kordialne, przytulenia, obejmowania, zapachy perfum męskich i damskich zmieszane, włosy rozwiane przez wiatr, lśniąca w upalnym majowym słońcu...

Walizki powędrowały do schowka, koledzy zręcznie pokonywali stopnie wiodące do autobusu, w tym oczywiście ja, a przedtem naturalnie pierwsze wskakiwały panie. Calutki autobus, pełen uśmiechów, radości gadania już rozpoczętego, szczebiotu i huraganowych wybuchów śmiechu.

Widziałem, jak zdejmują maski poważnych doktorów, ojców, dziadków, statecznych mężów. Poszedłem w ich ślady. Twarze gładkie, ani jednej na nich zmarszczki – metamorfoza totalna. W tyle autobusu już grupka chłopaków z wodą ognistą, nie żeby się „sponiewierać”, lecz by zaszumiało w głowie i ciele młodością – tylko trochę szumiało, jak kiedyś...

Krajobraz za oknem przemykał szybko, piękna trasa przez Gniezno, Inowrocław... Po drodze obiad w restauracji „Cykada” koło Brodnicy. Och, cóż za nazwa, śpiewała nam Kora „Cykady na Cykladach”, a my z nią i nasze serca śpiewały też naszą pieśń młodości... I dalej do hotelu „Omega” w Olszty-

nie. A potem mnóstwo atrakcji: Lidzbark Warmiński – zamek, Stoczek – klasztor, Reszel – zamek, Św. Lipka – sanktuarium Matki Bożej, Mikołajki – rejs statkiem po jeziorze Śniardwy, Gietrzwałd – sanktuarium maryjne. A w Olsztynie Stare Miasto, Wysoka Brama, zamek, katedra. Fachowo opracował tę naszą wycieczkę Roman Nowicki (BOOS). Wieczorami jednoczyły nas jeszcze bardziej wspólne biesiady z DJ (disc jockeyem), kolacje, grille, czekanie, aż zasną wyjątkowo upalne w tym roku majowe dni, wpatrywanie się w słońce zachodzące nad nieomal przyhotelowym jeziorem Ukiel i obserwowanie (jest tam w pobliżu piękny, rozległy ośrodek sportu i rekreacji) młodych sportowców, którzy z uporem pokonywali etapy odbywającego się właśnie triathlonu...

Potem powrót z wielkim ładunkiem energii, radością, że zdaliśmy test naszych sił – daliśmy radę odbyć tę jednak dość

intensywną wycieczkę, z nadzieją, że kolejne nasze wyjazdy czekają, i ufnością, że świat przed nami stoi otworem – tylko chcieć!

Podsumowując – byliśmy i jesteśmy młodzi dzięki takim spotkaniom, wspólnemu przeżywaniu, łapaniu pięknych chwil, jakich dzięki takim wyjazdom jest niemało w naszym życiu...

Tak, Drogie Koleżanki i Drodzy Koledzy z innych roczników – szczególnie młodszych – doprawdy warto się spotykać, by ocalać zdrowie i młodzieńczy uśmiech! Bo dobre, wyborowe towarzystwo, wesoły śmiech i nasycające oczu pięknym pejzażem – to jest w życiu bardzo, bardzo ważne! Uwierźcie nam, starszym i doświadczonym.

JERZY T. MARCINKOWSKI

Po mleko do... banku na Polnej

W tym banku, usytuowanym na czwartym piętrze, nie ma sejfów, nie ma gotówki. Jest nowoczesnie wyposażone laboratorium, a w nim mleko kobiece, które jest bezcenne. Zwłaszcza dla noworodków przedwcześnie urodzonych, ciężko chorych, a także ich matek mających problem z laktacją.

W 2006 r. powstał ruch społeczny skupiony na idei banku mleka kobiecego. Wtedy nie było jednak warunków koniecznych do bezpiecznego dzielenia się pokarmem. Gdy one z czasem powstawały, zaczęto otwierać tego typu placówki. Dziesiąta właśnie rozpoczyna działalność przy Ginekologiczno-Położniczym Szpitalu Klinicznym Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. – *To ważny moment* – mówił jego dyrektor, dr Maciej Sobkowski podczas uroczystego otwarcia ośrodka. – *Poznański Regionalny Bank Mleka Kobiecego powstał z myślą o pacjentkach i ich dzieciach z województw wielkopolskiego oraz lubuskiego. W tej części Polski jest on pierwszy. W jego organizacji wspierała nas Fundacja Bank Mleka Kobiecego, kierowana przez dr Aleksandrę Wesołowską, którą dzisiaj gościmy. Z Ministerstwa Zdrowia otrzymaliśmy na ten cel pół miliona złotych. Ta nowoczesnie wyposażona placówka w precyzyjnie określonych okolicznościach da dzieciom wymagającym szczególnej terapii to, co najlepsze, a zarazem w pełni bezpieczne. Na Polnej rocznie jest ich około 500 na ponad 7000 porodów.*

– *Trzy największe polskie banki* – poinformowała dr Wesołowska – *wydały w ubiegłym roku 1380 l mleka kobiecego. Procedura jego pozyskania jest żmudna i kosztowna. Musi być równocześnie wyjątkowo dokładna. Potrzebna jest aktualizacja uregulowań prawnych. Nie ma bowiem tego, co najistotniejsze, czyli definicji mleka kobiecego. Jest ono żywnością, czy lekiem? A to przecież ma także znaczenie w systemie rozliczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia.*



Fot. Andrzej Piechocki

Średnio żywienie mlekiem z banku trwa cztery dni. Jaka jest kolejność beneficjentów? Pierwszeństwo mają noworodki urodzone przedwcześnie, pozostające w stanie ciężkim (minimalne żywienie troficzne), następnie chore noworodki urodzone przedwcześnie, chore donoszone noworodki przed operacją i po operacji, noworodki pozostające pod opieką hospicjum, a także zdrowe noworodki. Profesor UM dr hab. Jan Mazela, kierownik Kliniki Zakażeń Noworodka, koordynator ds. banku, zarazem propagator karmienia naturalnego, nie ma wątpliwości, że mleko matki jest zdecydowanie lepsze od jakiegokolwiek środka mlekozastępczego. Przede wszystkim dlatego, że jest bardzo bogate w oligosacharydy, którym przypada ważna rola w pierwszych dniach laktacji. Są im przypisane istotne mechanizmy działania antybakteryjnego i immunomodulującego. Uzyskane mleko poddawane jest w laboratorium także pasteryzacji. Mimo to nadal pozostaje lepszym pokarmem dla dziecka niż mleko syntetyczne.

– *Pilnujmy świeżego pokarmu mam* – apelował prof. dr hab. Janusz Gadzinowski, kierownik Kliniki Neonatologii. – *Dla noworodka jest on zdecydowanie najlepszy.* Wyraził przy tym nadzieję, że bank nie zaburzy idei karmienia naturalnego, której jest gorącym rzecznikiem. Za wcześniej, aby mówić, ile litrów mleka kobiecego pozyskiwać będzie poznański bank. Znaczny wpływ na to będzie miała liczba porodów na Polnej, która rocznie przekracza 7000.

ANDRZEJ PIECHOCKI

Śladami wybitnych Polaków i znanych postaci historycznych

Leszczyńscy lekarze w podróży sentymentalnej na Litwę

Skosztowali przysmaków litewskiej kuchni, poznali namiastkę tamtejszej kultury, odwiedzili najbardziej urokliwe zakątki Litwy, ale przede wszystkim zintegrowali się i spędzili czas w miłym towarzystwie. Ponaddwudziestoosobowa grupa lekarzy z okręgu leszczyńskiego spędziła kilka dni na Litwie. Wycieczkę zorganizowała Delegatura WIL w Lesznie. Dla jednej z uczestniczek, lek. Marii Zielnicy, wyprawa była powrotem w rodzinne strony.

Wwycieczce biorą udział 23 osoby. Tylko pięcioro z nas było już na Litwie, a jedna z lekarek tam się urodziła, dorastała i chodziła do szkoły. W okresie międzywojennym Druskienniki były bowiem w granicach II RP. Historia jednak tak zawirowała, że doktor znalazła się po drugiej wojnie światowej w Wielkopolsce i większość swojego zawodowego życia spędziła w Lesznie. Jest to dla niej podróż niezwykle sentymentalna, a nas bardzo cieszy, że będziemy mogli w powrocie „do tych pól malowanych” jej towarzyszyć – mówiła przed wyjazdem lek. Lidia Dymalska-Kubasik, przewodnicząca Delegatury WIL w Lesznie.

Grupa dotarła do Druskiennik, największego uzdrowiska w krajach bałtyckich, wieczorem w środę 23 maja. Podróż skończyła się wspólną kolacją w hotelu w centrum miasta. Czwartek poświęcono na zwiedzanie Druskiennik. Uczestnicy odwiedzili pobliski cmentarz, prawosławną cerkiew, spacerowali brzegami Niemna śladami Józefa Piłsudskiego, podziwiając piękne drewniane XIX-wieczne wille. W programie znalazły się także aleja Wileńska, przejazd kolejką linową oraz park rzeźb Czesnulisa (snycerka litewska – piękne rzeźby nawiązujące do różnej tematyki).

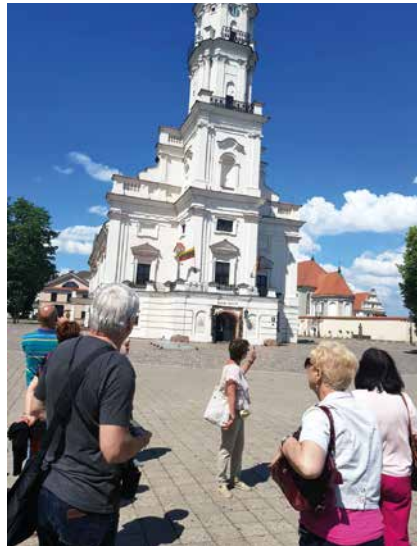
Piątek z kolei poświęcony został na zwiedzanie Kowna, a później miejscowości Troki. Po drodze lekarze obowiązkowo odwiedzili Ponary pod Wilnem – miejsce kaźni Polaków, Żydów i Rosjan, i wieczorem zameldowali się w Wilnie. Na kolację grupa wybrała się do cudownej i klimatycznej wi-



leńskiej „Republiki Zarzecze”, wspomianej przez Gałczyńskiego. Z kolei całą sobotę spędziła na zwiedzaniu Wilna. Zabytkowe uliczki, kamienice, obowiązkowo Ostra Brama, kościół św. Anny oraz dom Juliusza Słowackiego. Podczas podróży uczestnicy mieli także okazję spróbować przysmaków litewskiej kuchni – sękaczy czy pierogów karaimskich z rosółem.

– Była to dla mnie podróż sentymentalna, powrót do lat dzieciństwa i młodości, które wspominam bardzo miło. Jestem dumna, że mogłam tam zabrać moje koleżanki i kolegów z leszczyńskiej delegatury i pokazać im moje ukochane





strony, do których mimo upływu lat wciąż tęsknię – mówiła lek. Maria Zielnica.

– Wróciliśmy wieczorem 27 maja, jesteśmy bardzo zadowoleni, wyjazd się udał, pogoda dopisała, zwiedziliśmy wszystkie zaplanowane miejsca – Druskienniki, Troki, Kowno i Wilno. To była pierwsza tak długa i tak daleka integracyjna wycieczka z naszej leszczyńskiej delegatury, ale mam nadzieję, że nie ostatnia – powiedziała po powrocie do kraju

przewodnicząca Delegatury WIL w Lesznie – lek. Lidia Dymalska-Kubasik.

Na zdjęciach widać m.in. Druskienniki, bulwary nad Niemnem, cmentarz na Rossie i grób matki J. Piłsudskiego, Ponary pod Wilnem, dom Juliusza Słowackiego, kościół św. Anny, Ostrą Bramę w Wilnie oraz Muzeum Stumbrasa w Kownie.

ANNA GRZESIAK

PERYSKOP onet.pl

Janusz Skowronek

(doniesienia opracowane na podstawie serwisów internetowych: www.rp.pl, www.gazeta.pl i www.pap.pl)

Leczenie stwardnienia rozsianego w Polsce

W związku ze Światowym Dniem Stwardnienia Rozsianego, obchodzonym w tym roku 30 maja, Fundacja Watch Health Care oraz Warsaw Enterprise Institute przygotowały raport pod tytułem „Stwardnienie rozsiane w Polsce z perspektywy interesariuszy systemowych”. Wynika z niego, że pomimo wielu sukcesów system opieki nad pacjentem ze stwardnieniem rozsianym nadal wymaga usprawnień.

– *W terapii chorych na stwardnienie rozsiane powinno się dążyć do optymalizacji opieki, która musi nadążać za postępem wiedzy, poszerzającymi się możliwościami diagnostycznymi i terapeutycznymi oraz rosnącą świadomością dotyczącą interdyscyplinarnego podejścia do chorego* – podkreśla prof. Danuta Ryglewicz, krajowy konsultant w dziedzinie neurologii.

Zdaniem ekspertów medycznych głównym problemem w terapii SM w Polsce jest niewystarczający dostęp do leczenia modyfikującego przebieg choroby. W naszym kraju leczonych jest bowiem zaledwie około 26 proc. zdiagnozowanych chorych, czyli około 12 tys. pacjentów, podczas gdy w Unii Europejskiej wskaźnik ten jest prawie dwukrotnie wyższy i wynosi około 50 proc. Najpilniejszym wyzwaniem jest wprowadzenie zmian w leczeniu II linii. Dokonano już pierwszej znaczącej zmiany – przedłużono pięcioletni okres terapii II linii dla leku fingolimod, a lada dzień podobna decyzja powinna zapaść również w przypadku drugiego z leków – natalizumabu. Oczekuje się także dopuszczenia do terapii natalizumabem pacjentów ze stwierdzoną obecnością przeciwciał anty-JCV.

Dr n. med. Jakub Gierczyński, ekspert systemu ochrony zdrowia, podaje w raporcie, że *tylko 9 proc. chorych na SM w Polsce (co 11. chory) jest leczonych terapią modyfikującą przebieg choroby w ramach II linii. Średnia europejska to ok. 25 proc., czyli co czwarty chory jest leczony drugą linią. W niektórych krajach już ponad połowa pacjentów leczona jest nowymi terapiami.*

Komputer diagnozuje lepiej niż człowiek. Może zastąpić lekarza?

Komputery używane do rozpoznawania zmian chorobowych w dia-

Omówienie posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

ELŻBIETA
MARCINKOWSKA
SEKRETARZ
ORL WIL

19 maja w siedzibie Wielkopolskiej Izby Lekarskiej przy al. Niepodległości 37 odbyło się kolejne posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej WIL.

Obradom przewodniczył prezes WIL – dr Artur de Rosier, który poinformował zebranych o przebiegu posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej oraz o przygotowaniach do XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy.

Ponieważ rezygnację z funkcji wiceprezesa WIL złożyła dr Renata Jarczyńska-Kaczmarek, przeprowadzono wybory na to stanowisko. Po komunikacie Komisji Mandatowej powołano Komisję Skrutacyjną i przeprowadzono wybory w trybie tajnym. Wiceprezesem WIL została dr Lidia Dymalska-Kubasik. Prezes WIL serdecznie jej pogratulował wyboru i podziękował dotychczasowej wiceprezes.

Wybrano przewodniczącego i przedstawicieli WIL do komisji konkursowej na stanowiska ordynatora w szpitalach w Koninie i Kościanie, a także przedstawicieli WIL do komisji na konkursy pielęgniarskie w szpitalach w Szamotułach, Gostyniu i Kole.

Przyznano prawo wykonywania zawodu trzem lekarzom cudzoziemcom po formalnym sprawdzeniu wniosków i rekomendacji Komisji ds. Rejestru.

Pod obrady ORL wpłynęły kolejne kandydatury uzupełniające skład komisji problemowych Okręgowej Rady Lekarskiej. Przyjęto je, choć nie brakło wątpliwości, czy komisje nadmiernie rozbudowane pod względem liczebności będą w stanie pracować sprawnie.

Następnie mgr Marek Saj, dyrektor Biura WIL, przedstawił postępowanie prac związanych z inwestycją w Poznaniu – rozbudową konferencyjno-biurowego budynku C. Obszerne materiały dotyczące rozbudowy członkowie rady otrzymali wcześniej. W związku z realizacją apelu Okręgowego Zjazdu Lekarzy w sprawie utworzenia listy dyskusyjnej przedstawiono i omówiono projekt regulaminu takich list. W trakcie dyskusji, jaka się wywiązała, padło sporo uwag. Projekt jest nadal w fazie opracowywania.

25 maja zaczęło obowiązywać rozporządzenie o ochronie danych osobowych (RODO). Dyrektor Biura WIL w trakcie szkolenia dla członków Okręgowej Rady Lekarskiej WIL podsumował działania naszej izby w sprawie RODO, przedstawił zmiany w tym zakresie w działalności WIL i komisji problemowych oraz dostosowanie niezbędnych procedur.

ORL na mocy uchwały upoważniła prezesa ORL WIL do zatwierdzenia regulaminu ochrony danych osobowych WIL oraz zasad postępowania z systemami informatycznymi wykorzystywanymi do przetwarzania danych w WIL.

Na wniosek Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowa Rada Lekarska uchwaliła wysokość diety dla zastępcy Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej za pracę i inne czynności związane z pełnieniem obowiązków społecznych na rzecz Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

W związku z wpływieniem do ORL apelu nr 1/2018 Komisji Stomatologicznej i po przedstawieniu go członkom rady postanowiono, że w na posiedzeniu ORL w czerwcu w punkcie dotyczącym stomatologii będą uczestniczyć członkowie Komisji Stomatologicznej.

Obrady ORL 23 czerwca ze względu na zwiększoną liczbę uczestników odbędą się w większej, wynajętej w tym celu sali.

Ostatnim punktem obrad była dyskusja nad przyjęciem uchwały w sprawie zasad przyznawania pomocy materialnej z funduszu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. Projekt przedstawiła przewodnicząca Komisji Socjalnej, a ORL uchwałę przyjęła. ■

Imagine...

Wyobraź sobie kraj, w którym są zdarzenia niepożądane.

Wyobraź sobie kraj, w którym są one zgłaszane, bo lekarz ma czas je zgłosić i nie boi się konsekwencji takiego postępowania.

Wyobraź sobie kraj, w którym ludzie uczą się na błędach zaraz po tym, jak je popełnią, a nie są karani pięć lat po ich popełnieniu.

Tak jest w Szwecji. Może też być w Polsce.



System *no-fault* w dużym skrócie można scharakteryzować jako taki, w którym za błędy medyczne się nie karze. Z błędów wyciąga się wnioski, by ich nie popełnić ponownie. Nie oznacza to braku odszkodowania czy zadośćuczynienia dla poszkodowanego pacjenta. We wspomnianej Szwecji system działa dwutorowo – w trakcie naprawiania błędu poszukuje się sposobów na uniknięcie go w przyszłości oraz na optymalne zadośćuczynienie dla pacjenta. Polski system ochrony zdrowia jest represyjny wobec jego pracowników. W roku 2017 prowadzonych było 5678 postępowań w sprawie błędów medycznych, przy czym „Rynek Zdrowia”, który publikował te dane (<http://www.rynekzdrowia.pl/Prawo/PK-5678-postepowan-ws-bledow-medycznych-w-2017-r-wzrost-o-15-proc,182862,2.html>), podaje, że liczba ta jest wyższa o 15 proc. w porównaniu z rokiem poprzedzającym. Należy zadać istotne pytanie – czy poza ukaraniem lekarza podczas samego postępowania (bo każdy dzień, każda godzina przewlekającego się postępowania już jest karą) zrobiono cokolwiek w celu poprawy systemu? W mojej opinii – niewiele.

Podczas niedawnego Krajowego Zjazdu Lekarzy został powołany zespół pod kierownictwem Piotra Pawliszczyka. Ma on za zadanie implementację podobnego systemu w Polsce, kraju bez zdarzeń niepożądanych...

Porozumienie wynegocjowane przez zespół składający się z przedstawicieli Porozumienia Rezydentów, Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy oraz Naczelnej Izby Lekarskiej nie było dobre. Było optymalne w sytuacji, w jakiej przyszło negocjować. Masowe wypowiedzanie klauzuli

opt-out, z jednej strony, mogło poważnie zachwiać płynnością udzielania świadczeń. Z drugiej jednak strony, lekarze, którzy ją wypowiedzieli, liczyli na wymierne efekty swojej decyzji. Presja czasu wywierana na obie strony tych trudnych rozmów zaowocowała trudnym porozumieniem. Data 8 lutego 2018 r. wyryje się na pewno w historii polskiej ochrony zdrowia, tak samo jak uprzednio protest głodowy i masowa próba przejścia do normalności przez wypowiadanie klauzul *opt-out*. Obecnie w konsultacjach społecznych jest nowa ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry. Powstał już projekt rozporządzenia o wynagrodzeniach rezydentkich. We wszystkich pracach legislacyjnych młodzi lekarze trzymają rękę na pulsie, by nie dopuścić do jakichkolwiek „błędów proceduralnych”.

Pojawia się wiele głosów krytyki – „z tymi kartami dałoby się ugrać więcej”, „porozumienie to porażka”. Jestem lekarzem z Wrocławia. Koordynowałem akcję „Niech poleje się krew!”. Przeprowadziłem protest głodowy w uniwersyteckim szpitalu klinicznym do szczęśliwego zakończenia. Uważam mój wkład w to porozumienie za niemały. Konstruktywną krytykę przyjmuję zawsze. Czekam na wszystkich chętnych do pracy przy poprawie polskiego systemu ochrony zdrowia. Okazja nadarza się sama – w 2020 r. odbędą się renegecje obecnego porozumienia, musimy się do nich dobrze przygotować.

Do zobaczenia przy stole!

LEK. MARCIN LEWICKI
REZIDENT FARMAKOLOGII KLINICZNEJ
KATEDRA I ZAKŁAD FARMAKOLOGII KLINICZNEJ
UNIWERSYTET MEDYCZNY
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCŁAWIU
POROZUMIENIE REZIDENTÓW OZZL

PERYSKOP

onet.pl

gnostyce obrazowej przewyższają ludzi. Rozpoznają więcej zmian i na wcześniejszym etapie choroby.

Patolodzy i radiolodzy mogą poczuć się zagrożeni perspektywą utraty pracy. Komputery, wyposażone w algorytmy głębokiego uczenia się, pokonują ludzi w diagnozowaniu chorób układu krążenia, a także nowotworów mózgu, płuc, piersi, gruczołu krokowego oraz głowy i szyi. Specjaliści z laboratorium prof. Ananta Madabhushiego z Case Western Reserve University zaprezentowali właśnie nieocenione narzędzie diagnostyczne, które nie dość, że precyzyjnie rozpoznaje chorobę, to potrafi ocenić, jak agresywny będzie jej przebieg, co pozwoli na dostosowanie terapii do stanu zdrowia pacjenta.

Narzędzie to zapewnia wyjątkowo dokładne wyniki. Podczas testów poprawnie rozpoznało niewydolność serca u 97 proc. pacjentów, podczas gdy dwóch patologów osiągnęło wynik 74 proc. i 73 proc. Analogiczna sytuacja zachodzi w przypadku rozpoznawania nowotworów na skanach tomografii komputerowej, a szczególnie w odróżnianiu łagodnych od złośliwych guzów płuc. Tu technika cyfrowa okazała się lepsza o 5–8 proc. od dwóch ekspertów – ludzi, analizujących te same obrazy.

Drastyczna różnica zachodzi w przypadku rozpoznawania raka prostaty. Międzynarodowe badania, opisanie w „Journal of Magnetic Resonance Imaging”, potwierdziły, że człowiek przeoczył aż 70 proc. klinicznie istotnych przypadków w badaniu metodą rezonansu magnetycznego. W 50 proc. przypadków, w których radiolodzy stwierdzili obecność komórek nowotworowych, maszyna potrafiła wskazać błąd ludzkiego operatora.

Przyczyn sukcesu superkomputerów jest kilka. Maszyny pracują o wiele szybciej niż ludzie. Potrafią odczytywać, rejestrować, kontrastować, zestawiać i porównywać setki skanów próbek tkanek w tym samym czasie, w jakim radiolog ogląda jeden skan. Z tych danych algorytm samoczujący tworzy bazę pozwalającą na szersze spojrzenie na obraz powstały w badaniu niż ludzkie oko. W sobie tylko znany sposób komputer kataloguje właściwości, kształty, struktury, aby szybko określić agresywność i ryzyko określonej choroby. Potrafi przewidzieć nawet to, czy zeskanowany guzek może zmienić się w nowotwór. Wszystko po to, aby pomóc lekarzom w podjęciu optymalnej decyzji o przebiegu leczenia.

Abym uspokoił radiologów i patologów, system nie został stworzony, aby zastąpić człowieka, lecz po to, aby

PERYSKOP

onet.pl

ułatwić mu pracę. Istnieje potrzeba opracowania lepszych narzędzi wspomagających w podejmowaniu decyzji, które mogą pomóc pacjentom, zwłaszcza w miejscach, gdzie dostęp do radiologa jest utrudniony.

Odkrycie polskich naukowców pomoże leczyć nowotwory i choroby genetyczne

Nowe modyfikacje mRNA opracowali naukowcy z Uniwersytetu Warszawskiego. Odkrycie może ułatwić tworzenie innowacyjnych terapii przeciw nowotworom, a także leków na rdzeniowy zanik mięśni (SMA) i inne schorzenia o podłożu genetycznym.

Nowe modyfikacje mRNA opracował zespół pod kierunkiem prof. Jacka Jemielitego z Centrum Nowych Technologii Uniwersytetu Warszawskiego (CeNT) i dr Joanny Kowalskiej z Wydziału Fizyki Uniwersytetu Warszawskiego.

– To praca naukowa, w której mają udział wyłącznie Polacy. Nieczęsto zdarza się, aby badania bez udziału zagranicznych ośrodków naukowych osiągnęły uznanie recenzentów na tak wysokim poziomie – powiedział prof. Jemielity.

DNA zawiera tysiące genów dostarczających instrukcje do wytwarzania wielu białek, enzymów i innych cząsteczek, które składają się na ludzkie ciało. Instrukcje te przekazywane są do fabryk białek komórek, rybosomów, za pomocą krótko żyjącego kodu instruktażowego, mRNA. Jeśli DNA zostanie zmienione przez mutacje dziedziczne lub zewnętrzne, może wysłać błędne instrukcje. W przypadku raka prowadzi to do nieprawidłowego wzrostu komórek. W przypadku innych chorób genetycznych może to prowadzić do nadmiernego lub niedostatecznego wytwarzania określonych białek.

Zespołowi prof. Jemielitego udało się tak zmodyfikować cząsteczkę mRNA, aby mogła dostarczyć odpowiednio skorygowane, prawidłowe instrukcje genetyczne.

Odkrycie obejmuje dwie modyfikacje: pierwsza z nich to modyfikacja w strukturach kończących każdą cząsteczkę mRNA, zwanych kapem 5'. Pozwala ona znacznie taniej i szybciej syntetyzować dowolne mRNA niezbędne do projektowania innowacyjnych terapii oraz do zapewnienia testów klinicznych w odpowiedniej skali.

Druga modyfikacja pozwala uzyskać cząsteczkę, która ma silne właściwości hamujące enzym degradujący kap, występujący naturalnie w komórkach. Według naukowców to odkrycie może znaleźć zastosowanie w opraco-

SHORT CUTS

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



Rozrzutność, głupota, a może jednak drugie dno

Na początku czerwca w mediach pojawiły się dwie informacje związane z tzw. e-zdrowiem. Tym razem nie były to kolejne peany o wyższości e-zwolnienia i e-recepty nad tradycyjnymi dokumentami bez przedrostka „e”, tylko najpierw informacja, że od I kwartału 2019 r. elektroniczny dowód osobisty ma zastąpić dotychczasowy. Ponadto e-dowód osobisty ma także pełnić funkcję karty ubezpieczenia zdrowotnego. Niestety, jak wynika z tego komunikatu, nie stanie się to od razu, tylko stopniowo aż do 2029 r., ponieważ – jak twierdzi resort cyfryzacji – to operacja duża i kosztowna. By ją przeprowadzić w miarę bezboleśnie, nowe dowody będą wydawane w momencie utraty ważności starego dowodu. Po jej zakończeniu e-dowód ma odgrywać także rolę karty ubezpieczenia. Większość z nas z pewnością po usłyszeniu tej wiadomości pomyślała sobie: „Nareszcie!”

Dlatego konsternację wywołało praktycznie równoczesne opublikowanie przez Ministerstwo Zdrowia komunikatu na stronach RCL (Rządowe Centrum Legislacyjne), że zamierza wprowadzić elektroniczną Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego (e-KUZ), która ma funkcjonować tylko do momentu wyposażenia wszystkich obywateli Polski w e-dowody. Żeby było ciekawiej, poinformowano, iż karta ta będzie służyła li tylko do potwierdzania, że pacjent w danym momencie był u lekarza i nie będzie miała żadnej innej funkcjonalności. To, że e-KUZ będzie funkcjonowała jedynie do 2029 r., można by jeszcze zaakceptować, gdyby karta ta miała więcej funkcjonalności, a nie tylko potwierdzenie wizyty, i gdyby była wydawana już w tym roku. Niestety, w komunikacie czytamy, że do lipca 2020 r. ma być dopiero wyłoniony wykonawca, który będzie miał z kolei 24 miesiące na wyposażenie w e-karty wszystkich pełnoletnich obywateli. I na koniec najciekawsza rzecz: ministerstwo przewiduje, że wyprodukowanie elektronicznych kart ubezpieczenia zdrowotnego będzie kosztowało aż 586 mln zł! Nawet zakładając, że te szacunki są prawdziwe, w co wątpię, będzie to kolosalne marnotrawstwo. Dlatego pojawia się pytanie: czy ten kosztowny projekt to wyraz przerośniętych ambicji urzędników Ministerstwa Zdrowia, czy też zwykłej głupoty, a może jest drugie dno, ponieważ ponad pół miliarda złotych to nawet dla firm informatycznych bardzo łakomy kęs. Oczywiście innym wyjaśnieniem może być to, że e-dowód ma być finansowany z budżetu państwa, a e-KUZ z pieniędzy NFZ, czyli przynajmniej formalnie nie obciąża budżetu państwa. Jednakże jest jeszcze jedna wątpliwość. Otóż w e-KUZ wszyscy pełnoletni Polacy mają być wyposażeni w dwa lata, ale dopiero od końca 2020 r. Tymczasem nowe dowody obywatele mają otrzymywać od I kwartału 2019 r. Stąd pytanie, dlaczego nie można przyspieszyć wydawania dowodów, by nie trwało to 10 lat, tylko dwa, trzy lata? Na pewno z punktu widzenia logistycznego jest to możliwe. Ponadto jest jeszcze jeden argument – dowód osobisty trzeba posiadać obowiązkowo,

tymczasem karty ubezpieczenia zdrowotnego ten przymus nie dotyczy. No i na koniec argument najważniejszy: Te bez sensu wydane co najmniej 586 mln zł można by przeznaczyć na inne cele w ochronie zdrowia. Dlatego mam nadzieję, że ministerstwo, po chwili „pomrocności jasnej”, jednak wróci do rzeczywistości i zrezygnuje z tego poronionego i kosztownego projektu – chyba że jednak kryje się za tym drugie dno.

Receptowy knot

Bałagan z wystawianiem recept tak naprawdę rozpoczął się prawie trzy lata temu, gdy uchwalono w październiku 2015 r. ustawę o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw. I właśnie wśród tych „innych ustaw” zmieniono delegacją ustawową do wydania rozporządzenia w sprawie recept lekarskich, przenosząc ją z ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty do ustawy prawo farmaceutyczne. Przy okazji z tytułu nowego rozporządzenia zniknęło słowo „lekarskich” jako dookreślenia recept i pozostały same recepty. Wiąże się to z faktem uzyskania przez pielęgniarki uprawnień do wystawiania recept. Efektem jest jedna delegacja ustawowa i jedno rozporządzenie zarówno dla lekarzy, jak i pielęgniarek, i oczywiście nielicznej, ale wciąż jeszcze praktykującej grupy felczerów, choć ci ostatni już dawno powinni przejść na zasłużoną emeryturę. Przez ponad dwa lata nic się nie działo. Minister Radziwiłł, najwyraźniej zajęty misją dziejową, zapomniał o tak przyziemnej sprawie jak wydanie nowego rozporządzenia w sprawie recept, do czego był zobligowany do końca 2016 r. Jediną zmianą było uchwalenie przez sejm przedłużenia terminu stosowania starego rozporządzenia do „czasu wydania nowego”, czyli mogło się okazać, że na święty nigdy. Przez kolejny rok nic się nie działo i nagle na początku tego roku ministerstwo dostało biegunki, przygotowując projekt rozporządzenia, praktycznie z nikim go nie konsultując, bowiem trudno uznać za rzetelne konsultacje danie np. NRL tylko cztery dni na opinię. W efekcie tego przyspieszenia w kwietniu ukazał się potworek, czyli nowe rozporządzenie w sprawie recept. Niestety ten, kto je przeczytał, nadal nie będzie wiedział, kto może recepty wystawić, w jaki sposób to zrobić, by była ona refundowana, a jakie musi zawierać elementy w sytuacji, gdy nie jest refundowana. Dlaczego tak jest? Z prostej przyczyny. Zamiast być, jak dotychczas, instrukcją krok po kroku, jak wystawiać receptę, jak ma ona wyglądać i co ma zrobić aptekarz, gdy coś w niej jest nieprawidłowego, w nowym rozporządzeniu niczego takiego nie ma. Większość zapisów odsyła do tekstu ustawy Prawo farmaceutyczne. Niestety, ten kto myślałby, że mając tę ustawę pod ręką, już potrafiłby prawidłowo wystawić receptę, nadal nie wiedziałby wszystkiego, ponieważ ta ustawa w pewnych przywołanych punktach odsyła do innych aktów prawnych, np. ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. W efekcie ci, którzy są świadomi problemu, nie wiedzą, czy wystawiając receptę, robią to prawidłowo. Niestety większość naszych kolegów jest w ogóle nieświadoma, że takie rozporządzenie powstało i jakie niesie zagrożenia. Najczęściej dowiadują się o tym od pacjentów, którym odmówiono realizacji recepty w aptece, ponieważ farmaceuci wobec wątpliwości wolą nie zrealizować recepty i odesłać pacjenta do lekarza. Te – delikatnie mówiąc – niedoskonałości zauważyło także Ministerstwo Zdrowia i teraz w trybie pilnym nowelizuje to rozporządzenie. Niestety nowelizacja jest z tych, które tak naprawdę niczego nie wyjaśniają i niczego nie rozwiązują. Tym razem ministerstwo dało aż 11 dni na opiniowanie – to, że po drodze był tzw. długi weekend, to pikuś, bowiem znając ministerialne zwyczaje, konsultacje sobie, a ministerstwo i tak wie lepiej. Tak naprawdę jedynym istotnym nowym rozwiązaniem jest przedłużenie do końca 2018 r. obowiązywania dotychczasowych zasad wystawiania recept, co może sugerować, że jednak resort zdrowia planuje wydać całkowicie nowe rozporządzenie. I oby to było rozporządzenie w starym stylu, czyli instrukcja obsługi recepty, a nie „nowoprawniczomodnie” tylko spisem odesłań do odpowiednich ustaw.

*KRZYSZTOF OŻEGOWSKI

PERYSKOP

onet.pl

waniu leku na rdzeniowy zanik mięśni (SMA) lub inne schorzenia o podłożu genetycznym.

Opracowany przez zespół prof. Jemielitego sposób na trwałe i produktywnie mRNA znajduje zastosowanie w medycynie. Dzięki niemu naukowcy mogą wpływać na komórki organizmu tak, by produkowały większe ilości określonego typu białek. Poprzez mRNA można też stymulować układ odpornościowy, by samodzielnie zwalczał komórki rakowe. Dlatego m.in. utrwalone mRNA jest wykorzystywane w projektowaniu innowacyjnych szczepionek przeciwnowotworowych. Niektóre z nich są już w fazie testów klinicznych. – *Jedną z opracowanych przez nas modyfikacji kapu może w przyszłości zostać wykorzystana jako lek. Odkryliśmy bowiem modyfikowaną cząsteczkę, silnie hamującą enzym degradujący kap obecny w żywych komórkach. Ta nowa cząsteczką jest ponadstokrotnie aktywniejsza w porównaniu z naszymi dotychczasowymi wynalazkami. Taki efekt jest pożądanym w walce z poważnym schorzeniem, jakim jest rdzeniowy zanik mięśni* – wyjaśnia dr Joanna Kowalska.

Dodała, że jedna z globalnych firm farmaceutycznych pod tym właśnie kątem testowała klinicznie związek o zupełnie innej strukturze. Wykazywał on jednak gorsze właściwości niż cząsteczką opracowaną na UW. Aby odkrycie stało się lekiem, potrzebne są jednak dalsze badania nad przygotowaniem wydajnej strategii dostarczania leku do komórek oraz inwestor, który zgodzi się zaryzykować i w odpowiedniej skali wykonać testy przedkliniczne, a później kliniczne nowego leku. – *Prowadzimy zaawansowane rozmowy z przedstawicielami firm farmaceutycznych zainteresowanych uzyskiwaniem trwałego mRNA wykorzystywanego w innowacyjnych lekach. Szczególnie interesująco wygląda możliwość zastosowania naszego wynalazku na zupełnie innych polach terapeutycznych niż te, na których wykorzystywano nasze dotychczasowe odkrycia – czyli nie tylko do projektowania szczepionek przeciwnowotworowych – zaznaczył badacz.*

Oba wynalazki zostały objęte ochroną patentową, a wyniki prac opublikowano w czasopiśmie naukowym „Journal of the American Chemical Society” (JACS).

Zespół prof. Jemielitego od kilkunastu lat pracuje nad tworzeniem analogicznych końców cząsteczek mRNA. Za swoje osiągnięcia warszawscy naukowcy zostali nominowani do finału Nagrody Europejskiego Wynalazcy 2018 w kategorii Badania.

PERYSKOP **onet.pl**

Gorące ciała lepiej zwalczają infekcje i nowotwory

Podwyższona temperatura aktywuje siły obronne organizmu do walki z chorobą. Choć zjawisko to znają nawet nasze babcie, to teraz naukowcy odkryli, jakie biologiczne mechanizmy sprawiają, że infekcję najlepiej „wygrzać”.

Nawet niewielki wzrost temperatury ciała powyżej 37 st. C sprawia, że organizm szybciej przystępuje do walki z wszelkimi stanami zapalnymi, które go toczą: infekcjami, ranami, a nawet guzami nowotworowymi – wykazali naukowcy z Uniwersytetów w Warwick i Manchesterze.

Okazało się, że podwyższona temperatura aktywuje w komórkach specjalne białka NF-κB (*nuclear factor kappa B*), które odgrywają kluczową rolę w regulacji odpowiedzi immunologicznej organizmu na infekcję. Ciepło sprawia, że NF-κB zaczynają poruszać się niczym wahadło zegara: opuszczają jądro komórkowe i ponownie doń wnikają, co powoduje włączanie się i wyłączanie odpowiednich genów. To zaś pozwala komórce reagować na pojawienie się infekcji, rany czy guza. Już wcześniej odkryto, że istnieje związek między zaburzeniami w działaniu NF-κB a rozwojem chorób nowotworowych, zapaleniem oraz chorób autoimmunologicznych, takich jak choroba Leśniowskiego-Crohna, łuszczyca czy reumatoidalne zapalenie stawów.

Teraz interdyscyplinarny zespół biologów i matematyków, za pomocą testów laboratoryjnych oraz metody modelowania, wykazał, że temperatura odgrywa w tym procesie znaczącą rolę. Wyniki swoich badań opublikowali w czasopiśmie „Proceedings of the National Academy of Sciences”.

Badacze dowiedli, że przy temperaturze ciała 34 st. C ruch NF-κB zwalnia. Przy wyższych temperaturach niż 37 st. C (np. w czasie wysokiej gorączki) wahadło NF-κB przyspiesza.

– *Niższa temperatura ciała podczas snu może być odpowiedzią na pytanie, dlaczego praca zmianowa, jet lag lub zaburzenia snu powodują u nas zwiększoną podatność na infekcje* – skomentował wyniki badań prof. David Rand z Instytutu Biologii Systemów i Epidemiologii Chorób Zakaźnych Uniwersytetu Waszyngtońskiego (SBIDER).

Wysoki cholesterol? Jak go obniżyć, gdy dieta nie pomaga

W Polsce ponad 60 proc. osób ma podwyższony poziom cholesterolu. Wśród nich jest grupa pacjentów cierpiących na hipercholesterolemię



I Ogólnopolska Konferencja „Problemy alergologiczne w chorobach skóry”

Zorganizowana i przeprowadzona przez prof. Magdalenę Czarnecką-Operacz z Katedry i Kliniki Dermatologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu konferencja odbywała się 13 i 14 kwietnia 2018 r. pod patronatem Polskiego Towarzystwa Alergologicznego, Sekcji Alergologicznej Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego oraz Sekcji Dermatologicznej Polskiego Towarzystwa Alergologicznego. Miejscem obrad oraz warsztatów była sala konferencyjna hotelu „Mercure” w Poznaniu. Udział w spotkaniu wzięło około 100 lekarzy, głównie alergologów, którym zaoferowano poszerzenie wiedzy teoretycznej o alergicznych chorobach skóry oraz praktyczne warsztaty poświęcone skórnej diagnostyce chorób alergicznych i leczeniu chorych na atopowe zapalenie skóry z zastosowaniem mokrych opatrunków.



Autorka prac prof. Magdalena Czarnecka-Operacz 4x

Mentalna pomoc to podstawa sukcesu w medycynie

Rozmowa z prof. Magdaleną Czarnecką-Operacz

Czy ma Pani zamiar stworzenia z tej konferencji wydarzenia cyklicznego oraz z czego zrodził się pomysł na event o tej właśnie tematyce?

Alergologia jest przykładem dziedziny nauk medycznych o niezwykle interdyscyplinarnym charakterze. Wynika to z faktu, iż reakcja alergiczna (a są przynajmniej cztery z kilkoma odmianami reakcji typu czwartego) dotyczyć może wielu narządów i układów. Natomiast ogromną większość chorób alergicznych obserwujemy wśród pacjentów dermatologicznych. Są to m.in. atopowe zapalenie skóry, alergiczny wyprysk kontaktowy, pokrzywka i obrzęk naczynioruchowy oraz wiele reakcji i osutek polekowych. Dla specjalisty alergologa, którego dyscypliną podstawową nie jest dermatologia, lecz np. pediatria, laryngologia czy pulmonologia, zmiany skórne rozwijające się na podłożu reakcji alergicznej mogą stanowić bardzo trudny problem zarówno diagnostyczny, jak i terapeutyczny. Dlatego właśnie zrodził się pomysł, aby uzupełnić wiedzę teoretyczną i praktyczną w tych działach alergologii, które obejmują problemy dermatologiczne. Należy podkreślić, że są to zazwyczaj sytuacje klinicznie trudne, mogące sprawiać wiele trudności lekarzom klinicytom, i jest ich bardzo wiele. Dlatego planujemy organizować corocznie takie wydarzenia naukowo-edukacyjne, skierowane do różnych grup lekarzy specjalistów (pediatrów, laryngologów, okulistów, lekarzy rodzinnych itd.). A zatem mamy w planie cykliczny charakter konferencji, co wynika z niezaprzeczalnej konieczności uzupełniania wiedzy w zakresie alergicznych chorób skóry, z którymi spotykają się klinicyści reprezentujący rozmaite dziedziny nauk medycznych.

Przy okazji konferencji mieliśmy możliwość podziwiać wystawę Pani dzieł malarskich. Oryginalne, o dużej ekspresji i silnym kontraście barw obrazy sztalugowe, działające na uczucia i wyobraźnię widza, dające oczom radość, będące zaprzeczeniem uroczystej nudy. Znakomicie rozumieniem nieodpartą potrzebę wyrażania artystycznej strony natury człowieka i potrzebę oderwania się od codzienności poprzez twórczość malarską. W jaki sposób udaje się Pani łączyć napięty grafik zawodowy z twórczością artystyczną, która wymaga przecież czasu i natchnienia?

Oczywiście nie jest to łatwe. Ale tak naprawdę medycyna, a w tym dermatologia, to sztuka. Sztuką jest przecież prawidłowa komunikacja z pacjentem, umiejętność oceny stanu klinicznego, co w przypadku dermatologii w dużym stopniu uzależnione jest od wizualnej charakterystyki problemu klinicznego, i właściwa jego interpretacja.

Natomiast oczywiście malarstwo to moja pasja. Coś, co pozwala na swobodne, niezależne widzenia świata i przelanie takiego właśnie obrazu na płótno. Wymaga wiele czasu, odpowiedniej aury, natchnienia, psychicznego nastawienia i wielu, wielu innych bardzo wysublimowanych elementów. Malować można tylko wtedy, gdy są ku temu szeroko pojęte warunki emocjonalne, a nie dzieje się tak przecież

każdego dnia. I jest to kolejny trudny element, który należy wkomponować w bardzo wymagającą pracę zawodową, na którą zdecydowaliśmy się jako lekarze. Ale dla chcącego nic trudnego – jak mówi jakże stare i mądre przysłowie.

Sukces zależy od właściwego planowania czasu i ustalenia priorytetów. Życie nie składa się wyłącznie z pracy. Musi być w nim coś jeszcze, co sprawi, że zyskuje ono barwy, radość i daje poczucie samozadowolenia poza medycyną. Dla niektórych to wspinaczka wysokogórska (którą zresztą uprawiałam w czasach licealnych), a dla mnie jest to malarstwo. Tworzenie kompozycji dających „oddech” duszy i sprawiających, że czujemy się lepiej w tym zabieganym i nie zawsze sympatycznym świecie...

Po zakończonej konferencji odbyła się aukcja obrazów Pani autorstwa na cel charytatywny. Skąd zainteresowanie działalnością charytatywną?

Niewątpliwie przyczyniło się do tego dorastanie w rodzinie, która uczy dziecko dostrzegać problemy i potrzeby innych. To rodzice uczą nas, aby egoizm, egocentryzm, zakłamanie i postępowanie niegodne nie zrujnowały naszego ego. Poza tym, ponieważ już długo jestem lekarzem i spotykam się z ludzkim nieszczęściem praktycznie na co dzień, jest dla mnie oczywiste, że pomoc, jaką możemy zaoferować innym, to nie tylko pomoc *stricte* medyczna. Szczególne miejsce w moim sercu zajmują dzieci, które nie miały szczęścia spędzić szczęśliwego dzieciństwa w „zdrowych”, „niepatologicznych” rodzinach. Większość moich pacjentów to ciężko chore dzieci wymagające pieczołowitej opieki nie tylko w aspekcie medycznym, ale zwłaszcza psychologicznym. Dlatego od kiedy pamiętam, starałam się pomagać dzieciom mieszkającym w domach dziecka, którym brakuje tego, co dla nas jest tak oczywiste: rodzinnej miłości. Zatem uznałam, że to, co mogę im zaoferować choćby w formie drobnego wsparcia, to pomoc w zakresie zdrowej pielęgnacji skóry. Pieniądze uzyskane z aukcji przeznaczaliśmy więc na zakup jednych z najlepszych preparatów pielęgnacyjnych (Avène).

Moim zdaniem, mentalna pomoc to podstawa sukcesu w medycynie. Dzieci mieszkające we wspólnym zresztą obiekcie w Szamotułach, w ośrodku prowadzonym przez siostry zakonne, z pewnością nie miałyby możliwości poprawy kondycji skóry dzięki zastosowaniu tego typu preparatów. A przecież skóra jest zwierciadłem duszy, zatem dbajmy o nią i pomóżmy innym o nią zadbać. Radość z niesienia pomocy innym to uczucie niezapomniane i nigdy nie zastąpi go pogoń za pieniędzmi czy karierą. Jak widać, wszystko można idealnie skomponować i zależy to tylko od dobrych chęci oraz zainteresowania osobami potrzebującymi wsparcia. Być może sami znajdziemy się kiedyś w takiej sytuacji...

Rozmawiała dr Danuta Korytowska-Mikusińska



PERYSKOP

onet.pl

rodzinną o podłożu genetycznym, która wymaga szczególnych metod leczenia. Czy chorzy mogą liczyć na skuteczną terapię?

Hipercholesterolemia rodzinna to schorzenie uwarunkowane genetycznie, które dziedziczymy po swoich rodzicach. Przypadek ta sprawia, że nawet młodzi ludzie, szczupli i prowadzący zdrowy tryb życia, są narażeni na zawał serca czy udar mózgu. – *O hipercholesterolemii mówimy wtedy, gdy mamy podwyższony poziom cholesterolu we krwi. W Polsce, przy przyjęciu za normę poziomu 190 mg/dl, występuje ona u 60 proc. populacji, czyli u około 18 mln ludzi. Zwykle przyczyną jest niezdrowa dieta i brak ruchu. Hipercholesterolemia rodzinna natomiast dotyczy węższej grupy osób – takich, u których całkowity poziom cholesterolu przekracza 310 mg/dl, a tzw. złego cholesterolu, czyli LDL – 190 mg/dl. I nie daje się tych wartości obniżyć, zmieniając styl życia, w tym dietę na zdrowszą. Osoby te mają wadę genetyczną, która sprawia, że metabolizm cholesterolu jest zaburzony, a to przejawia się znaczącym i trwałym podwyższeniem jego stężenia – tłumaczy dr Krzysztof Chlebus z I Katedry i Kliniki Kardiologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.*

Specjaliści zakładają, że na hipercholesterolemię rodzinną choruje w Polsce około 200 tys. osób. Przeważająca większość z nich nie zdaje sobie z tego sprawy – zdiagnozowanych jest zaledwie 3 tys. pacjentów. Podwyższony poziom cholesterolu nie boli, dlatego też chorzy mogą długo funkcjonować w poczuciu, że są w pełni zdrowi. Problem dotyczy często ludzi młodych, u których według statystyk drastycznie rośnie ryzyko problemów z układem krążenia. Przed 50. rokiem życia co druga z nich ma już przebyte incydenty kardiologiczne m.in. w postaci zawału serca czy – rzadziej – udaru mózgu.

W przypadku rodzinnej hipercholesterolemii nie można wyleczyć przyczyny zwiększonego poziomu cholesterolu. Celem terapii jest zatem zmniejszenie stężenia LDL we krwi, dzięki czemu można uniknąć powikłań, czyli miażdżycy naczyń. Kardiolodzy uważają, że u pacjentów z chorobą wieńcową poziom cholesterolu LDL powinno się obniżyć do 70 mg/dl.

Najczęściej stosowanymi w tym celu lekami są statyny, żywice jonowymiennne i ezetymib. Terapię zaczyna się z reguły od jednego leku, a w razie braku pożądaných efektów terapeutycznych można zastosować terapię skojarzoną kilkoma lekami.

U osób z grupy wysokiego ryzyka z bardzo wysokim poziomem cholesterolu, u których nie można osiągnąć obniżenia poziomu cholesterolu do

PERYSKOP

onet.pl

wartości docelowych za pomocą żadnych innych metod leczenia, stosuje się zabieg LDL aferezy. To procedura podobna do dializy nerkowej, podczas której mechanicznie usuwa się z krwi tzw. zły cholesterol (LDL). Na rynku są też dostępne drogie leki w postaci jednorazowych zastrzyków, oparte na tzw. inhibitorach PCSK9, obniżających stężenie cholesterolu LDL nawet do 60 proc. silniej niż statyny. Niestety w Polsce ta terapia nie jest jeszcze refundowana.

Polska będzie najbardziej zagrożona cukrzycą na świecie?

Polska jest na czwartym miejscu na świecie pod względem częstości występowania stanu przedcukrzycowego. Jeśli nie zaczniemy temu przeciwdziałać, za kilka lat znajdziemy się na miejscu pierwszym – szacuje Światowa Federacja Diabetologiczna.

Cukrzyca typu 2 należy do chorób metabolicznych, charakteryzujących się hiperglikemią, czyli zwiększonym stężeniem glukozy we krwi. Jest zaliczana do schorzeń cywilizacyjnych i występuje tak często, że mówi się wręcz o ukrytej pandemii. W Stanach Zjednoczonych co 30 sekund stawiana jest nowa diagnoza cukrzycy, co oznacza, że co roku przybywa 1,9 mln nowych pacjentów leczonych systemowo i najczęściej walczących z powikłaniami towarzyszącymi cukrzycy. Według danych Centers for Disease Control and Prevention, niemal 30 mln osób w USA choruje na cukrzycę, natomiast kolejnych 79 mln ma stan przedcukrzycowy.

Niestety Polska, jeśli chodzi o częstotliwość występowania stanu przedcukrzycowego, przegoniła już Stany Zjednoczone – jesteśmy na czwartym miejscu na świecie, a w 2035 r., według Światowej Federacji Diabetologicznej, będziemy na niechlubnym miejscu pierwszym! Szacuje się, że stan przedcukrzycowy ma już 5 mln Polaków. Dokładną liczbę trudno oszacować, ponieważ nie wywołuje on żadnych dolegliwości. Wiele osób nie wykonuje więc badań w kierunku cukrzycy i nie wie, że może być nią zagrożonych.

O stanie przedcukrzycowym mówimy wtedy, gdy stężenie glukozy we krwi na czczo wynosi 100–125 mg/dl. Jest to niebezpieczne, ponieważ w krótkim czasie, nawet w ciągu kilku miesięcy, może doprowadzić do rozwoju cukrzycy. Tymczasem nieleczona lub nieskutecznie leczona cukrzyca wyniszcza organizm, powodując uszkodzenia i niewydolność wielu narządów, m.in. naczyń krwionośnych, serca, nerek, oczu i nerwów. ■

Z medycznej wokandy

Obrońca z urzędu



Jerzy Sowiński



Jędrzej Skrzypczak

Tym razem chcielibyśmy przybliżyć prawa obwinionego do obrony przed sądem lekarskim, w szczególności w zakresie ustanowienia obrońcy z urzędu.

Pojawia się bowiem wiele nieporozumień, wątpliwości czy wręcz zastrzeżeń. Otóż zgodnie z art. 58 ust. 2 ustawy o izbach lekarskich obwiniony może ustanowić nie więcej niż dwóch obrońców spośród lekarzy, adwokatów lub radców prawnych. Oznacza to, że obwiniony lekarz może łącznie ustanowić nie więcej niż dwóch lekarzy, adwokatów lub radców prawnych. Wybór należy do zainteresowanego. O ile w ogóle obwinieni korzystają z instytucji obrońcy (nie ma co do zasady takiego obowiązku), o tyle zwykle decydują się na jednego pełnomocnika.

Opcja dwóch obrońców jest rzadka i najczęściej polega na skorzystaniu z pomocy prawnika oraz lekarza. Ale powtórzmy raz jeszcze, że wszystkie opcje są możliwe (np. dwóch adwokatów, radców prawnych lub lekarzy). Podkreślmy jednak wyraźnie, że w takich sytuacjach zainteresowany poszukuje i opłaca obrońców na własny rachunek. I nawet w przy-

padku niewinnienia koszty zastępstwa procesowego nie są zwracane. Gdy zaś chodzi o instytucję obrońcy z urzędu, to zgodnie z ust. 3 tego przepisu, na uzasadniony wniosek obwinionego, właściwy sąd lekarski może (a więc nie musi) ustanowić mu obrońcę z urzędu spośród lekarzy, adwokatów lub radców prawnych. Wniosek powinien być jednak należycie uzasadniony, a więc niezbędne jest wykazanie, że udział obrońcy jest konieczny (np. z powodu wysokiego stopnia skomplikowania sprawy itp.), a obwiniony nie jest w stanie pokryć kosztów obrony (trzeba wykazać i udowodnić np. formularzami PIT całkowity brak możliwości opłacenia obrony z własnej kieszeni). Druga sytuacja uprawniająca do wyznaczenia takiego obrońcy to przypadek, gdy organ prowadzący postępowanie uzna za niezbędne ustanowienie obrońcy ze względu na okoliczności utrudniające obronę. Z kolei gdy za-

Obrońcę z urzędu wyznacza sąd lekarski.

Nie ma więc możliwości pokrycia kosztów obrony sprawowanej przez obrońcę, którego wskazał obwiniony lekarz.

chodzi uzasadniona wątpliwość co do poczytalności obwinionego (takie sytuacje są niezwykle rzadkie, bo przecież chodzi o obwinionego lekarza, który ma prawo wykonywania zawodu) i nie ma on obrońcy z wyboru, właściwy sąd ustanawia mu obrońcę z urzędu. Zatem taka decyzja, w tym ostatnim przypadku, jest obligatoryjna. Ustanowienie obrońcy z urzędu oznacza, że koszty obrony poniesie samorząd lekarski, jeśli takie się pojawią, bo część obrońców (o ile nas pamięć nie myli, w dotychczasowej praktyce takie przypadki odnosiły się tylko do lekarzy) czyniła to *pro publico bono*. Obrońcę z urzędu wyznacza sąd lekarski. Nie ma więc możliwości pokrycia kosztów obrony sprawowanej przez



Z medycznej wokandy

obrońcę, którego wskazał obwiniony lekarz. W dotychczasowej praktyce OSŁ WIL, w przypadku spełnienia wyżej opisanych przesłanek ustawowych, powoływano na to stanowisko lekarza, a nie prawnika. W poprzedniej i obecnej kadencji funkcję tę z mandatu Okręgowej Rady Lekarskiej pełnił z powodzeniem (podkreślmy, iż całkowicie społecznie) dr n. med. Krzysztof Kordel.

W celu zilustrowania problemu posłużmy się jednym z ostatnich kazusów. Otóż w jednej ze spraw OSŁ rozpoznał sprawę obwinionej lek. dent. RDW, uznając ją winną popełnienia czynu polegającego na tym, iż od 17 maja 2012 r. do 26 maja 2012 r. w gabinecie stomatologicznym w X nieprawidłowo przeprowadziła leczenie stomatologiczne pacjentki SO, polegające na leczeniu endodontycznym zęba 11 oraz wykonaniu stałych uzupełnień protekcyjnych w postaci koron ceramicznych zespolonych na zębach 14, 13, 11 i 21, 23, 24, co skutkowało powstaniem przewlekłego stanu zapalnego dziąseł, długotrwałymi dolegliwościami bólowymi, uniemożliwiającymi prawidłowe funkcjonowanie układu stomatognatycznego; tj. przewinienia zawodowego, stanowiącego naruszenie art. 8 Kodeksu etyki lekarskiej w zbiegu z art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, i za to wymierzył obwinionej karę nagany. Co istotne w tej sprawie, rozpatrując odwołanie ukaranej lekarz, sąd odwoławczy nie znalazł powodów do podzielenia podniesionego w odwołaniu obwinionej zarzutu naruszenia prawa do obrony. W szczególności – zdaniem NSL – nie był zasadny zarzut skarżącej, wskazujący na rzekome uniemożliwienie jej skorzystania z pomocy obrońcy z urzędu. W uzasadnieniu wskazano, że w świetle obowiązującej regulacji przyznanie przez sąd lekarski obrońcy z urzędu uzależnione jest od zaistnienia ustawowo opisanych przesłanek. Oznacza to konieczność dokonania przez sąd lekarski oceny całokształtu okoliczności danej sprawy, a nie tylko sytuacji majątkowej i rodzinnej ubiegającego się o przyznanie pomocy poprzez ustanowienie obrońcy z urzędu. Niewątpliwie więc sama konieczność ustanowienia

obrońcy z urzędu w postępowaniu przed sądem lekarskim jest uzależniona od oceny wszystkich okoliczności konkretnej sprawy, przy czym dla uznania, iż wniosek obwinionego pozostaje uzasadniony, w kontekście wyrażonej dyspozycji art. 58 ust. 3 ustawy o izbach lekarskich, istotne znaczenia ma samo zachowanie obwinionego w toku sprawy. Co ważne, podkreślono w uzasadnieniu NSL, iż nie ma procesowego obowiązku przyznania obwinionemu obrońcy z urzędu w sytuacji, gdy bez wyraźnego powodu (jak było w tej sprawie) rezygnuje on z pomocy obrońcy dotychczas reprezentującego go w sprawie, przy

Sąd lekarski jest powołany do oceny postępowania lekarza – członka danej izby lekarskiej, a nie do obrony lekarza, który ma przecież prawo do ustanowienia obrońcy.

czym robi to po zakończeniu czynności dowodowych przed sądem I instancji (tuż przed zamknięciem rozprawy), co w realiach danej sprawy jednoznacznie wskazuje na dążenie strony do wydłużenia biegu postępowania. Mając na uwadze tak określone podstawy prawne do ustanowienia obrońcy z urzędu w tym postępowaniu, zdaniem sądu odwoławczego należało uznać, że OSŁ prawidłowo odmówił przydzielenia obwinionej obrońcy z urzędu po jej rezygnacji z pomocy obrońcy z wyboru. Analiza akt sprawy jednoznacznie wskazywała, że wniosek obwinionej został złożony w końcowej fazie postępowania przed OSŁ, po przeprowadzeniu kilku rozpraw, po przesłuchaniu świadków oraz po ujawnieniu części dowodów zgromadzonych w postępowaniu. Warto mieć na uwadze, iż obwiniona prawidłowo powiadomiona o terminie nie stawiła się na rozprawę przed sądem I instancji bezpośrednio poprzedzającą ogłoszenie w sprawie orzeczenia. Słusznie zatem sąd I instancji uznał, biorąc pod uwagę całokształt okoliczności sprawy (m.in. etap postępowania w chwili rezygnacji przez obwinioną z obrońcy z wyboru), że sam wniosek o ustanowienie



Fot. © iStockphoto.com

obrońcy z urzędu nie został należycie uzasadniony i jako taki zmierzał jedynie do przedłużenia biegu postępowania przed OSŁ. W realiach tej sprawy należało mieć na uwadze, że obwiniona w trakcie postępowania sądowego przed OSŁ była reprezentowana przez

obrońcę (radcę prawnego), który aktywnie działał w jej imieniu, składając wnioski dowodowe i uczestnicząc w czynnościach procesowych. Obwiniona w toku sprawy skorzystała z prawa do składania wyjaśnień przed OSŁ.

Dodatkowo na rozprawie odwoławczej pełnomocnik pokrzywdzonej podniósł, że obwiniona w toczącym się postępowaniu cywilnym nie zrezygnowała z usług tego samego radcy prawnego, który reprezentował ją w postępowaniu przed OSŁ.

Podsumowując, sąd lekarski w opisywanych sytuacjach nie jest zobligowany do spełniania wszystkich życzeń członka samorządu lekarskiego. Musi za to kierować się wyłącznie przesłankami ustawowymi. Trzeba też pamiętać, że sąd lekarski jest powołany do oceny postępowania lekarza – członka danej izby lekarskiej, a nie do obrony lekarza, który ma przecież prawo do ustanowienia obrońcy. Pamiętajmy, że obwiniony lekarz to osoba, której okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej (także przecież lekarz) zarzucił popełnienie przewinienia zawodowego. I choć w pewnej liczbie spraw sądy uniewinniają potem lekarzy, to jednak byłoby chyba niewłaściwie, aby koszty obrony ponosiła izba lekarska, a więc wszyscy jej członkowie. Dlatego też z instytucji obrońcy z urzędu korzysta się wyjątkowo i tylko wtedy, gdy spełnione są restrykcyjnie opisane wyżej warunki ustawowe. ■

Nasze „serce” wymaga kuracji



W maju wmurowany został akt erekcyjny. Na tę chwilę pracownicy i pacjenci Szpitala im. prof. Stefana Tytusa Dąbrowskiego SA w Puszczykowie czekali lata. Budowa nowoczesnego bloku operacyjnego o powierzchni 2 tys. m², z pięcioma salami i centralną sterylizatornią, potrwa ponad rok. Jej koszt, wraz z wyposażeniem, przekroczy 21 mln zł.

To zakończenie długiego etapu w życiu szpitala, który zaczął się w lutym 2004 r. od ratowania budżetu, spłacania długów, potem inwestowania oraz modernizacji infrastruktury i sprzętu – mówił Jan Grabkowski, starosta powiatu poznańskiego. – Dopiero potem rozpoczęły się duże inwestycje, w tym m.in. w termomodernizacja. Nowy blok operacyjny postawi nas na rynku usług medycznych w zupełnie innym miejscu. Otworzy nowe możliwości funkcjonowania. Będzie to jedna z najnowocześniejszych placówek w Polsce. A przypomnę, że przed nami kolejne przedsięwzięcia i rozwój, także kadry. Mamy w powiecie plany inwestycji medycznych na wiele lat i na wiele milionów złotych.

– Niemal połowa z 15 naszych oddziałów ma charakter zabiegowy – mówiła Ewa Wieja, prezes zarządu szpitala – czyli połowa z 20 tys. pacjentów leczonych rocznie w Puszczykowie skorzysta z nowego bloku. Z dumą obserwuję postępy prac budowlanych, bo wiem, jak bardzo ta inwestycja jest nam potrzebna. Blok operacyjny jest sercem każdego szpitala. A nasze ponad 40-letnie serce wymaga już kuracji. Nowe sale operacyjne z pewnością ułatwią przeprowadzanie unikatowych zabiegów, są również gwarancją bezpieczeństwa epidemiologicznego. (Obie wypowiedzi za www.naszglospoznanski.pl).

Inwestycja finansowana jest z pieniędzy szpitala i budżetu powiatu poznańskiego. Zapewni ona najwyższy standard

opieki medycznej, komfort pracy lekarzom i pielęgniarkom, skróci – co równie ważne – drogę pomiędzy centralną sterylizatornią a blokiem operacyjnym. Przewiduje się, że pierwsi pacjenci będą tutaj pod koniec przyszłego roku. Generalnym wykonawcą inwestycji jest firma budowlana Skanska z Warszawy.

Specjalną tubę, w której oprócz aktu erekcyjnego znalazła się elektroniczna kapsuła czasu, czyli pendrive z infor-



Prezes Ewa Wieja wmurowuje akt erekcyjny.

macjami na temat szpitala i budowy bloku operacyjnego poświęcił biskup senior Archidiecezji Poznańskiej Zdzisław Fortuniak – czytamy na stronie www.szpitalpuszczykowo.pl. – W swojej homilii wspominał Dom Ulgi w Cierpieniu z włoskiego Rotondo, który jest niezwykle kompleksem szpitalnym stworzonym przez ojca Pio. Ksiądz biskup życzył szpitalowi, aby stał się takim właśnie prawdziwym domem dla pacjentów, miejscem, w którym odzyskuje się zdrowie dzięki najnowocześniejszym zdobyczom medycyny połączonej z duchowym wsparciem.

Szpital w Puszczykowie działa jako spółka akcyjna, która w całości jest własnością powiatu poznańskiego – czytamy na stronie www.poznan.powiat.pl. – Od 2004 r., po oddłużeniu placówki, powiat zainwestował w nią około 100 mln zł. Można właściwie powiedzieć, że ze starego szpitala zostały tylko mury, reszta jest nowa lub zmodernizowana. Wszystko po to, by chorzy mogli się leczyć w jak najlepszych warunkach. Placówka dysponuje 15 oddziałami, wyróżnia się sprzętem i specjalistyczną kadrą medyczną. W tym roku zapoczątkowane zostanie też wdrażanie projektu elektronicznego obiegu dokumentacji pacjentów. (ap)

INFORMACJA O PRACY BIUR WIELKOPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ W OKRESIE WAKACYJNYM

Informujemy, że od 2 lipca do 31 sierpnia 2018 r. biuro Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu będzie czynne w godzinach 8.00–16.00. Szczegółowe informacje o pracy delegatur dostępne będą na stronie internetowej www.wil.org.pl.

NIK wskazuje nieprawidłowości

Czy szpitale zapewniają chorym prawo do intymności i godności w sposób gwarantowany w konstytucji i w ustawie o prawach pacjenta?

We wprowadzeniu do informacji o wynikach kontroli przeprowadzonej przez Najwyższą Izbę Kontroli czytamy, że *prawo to jest w praktyce jednym z trudniejszych do przestrzegania. Związane jest to m.in. z nieostrością pojęć „intymność” i „godność”. Przyjmuje się, że intymność należy odnieść do wszelkich uczuć i działań związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej. Składa się na nią dbanie o dobro pacjenta, szacunek dla niego, zrozumienie jego sytuacji. Z prawa do godności wynika obowiązek podmiotowego traktowania pacjenta, zapewniającego mu poczucie wartości i szacunku.* Kontrolę przeprowadzono w 12 placówkach (w tej grupie nie było wielkopolskich szpitali). Wśród przyczyn ujawnionych nieprawidłowości NIK wskazuje przede wszystkim na przestarzałą infrastrukturę placówek medycznych, niewłaściwe zachowanie personelu oraz niewłaściwą organizację systemu monitoringu wizyjnego.

W większości (10 z 12) skontrolowanych szpitali warunki hospitalizacji utrudniały lub wręcz uniemożliwiały zapewnienie pacjentom prawa do intymności i godności – czytamy w informacji NIK o kontroli. – Powodem były ograniczenia wynikające z przestarzałej infrastruktury oraz konieczność zapewnienia opieki większej liczbie pacjentów, niż pozwalała na to liczba miejsc. Dlatego byli oni umieszczani w wieloosobowych salach chorych, w których w obecności innych osób prowadzone były wywiady lekarskie. W takich warunkach dokonywano obchodów, informowano hospitalizowanych o stanie zdrowia oraz wykonywano ingerujące w ich intymność

badania i zabiegi. Często czynności te przeprowadzano bez użycia parawanów, np. w dwóch szpitalach liczba przenośnych parawanów była niewystarczająca w stosunku do liczby pacjentów. W czterech placówkach z powodu braku miejsc w salach umieszczano pacjentów na korytarzach. Nawet w takich przypadkach nie zapewniając im parawanów chroniących przed obserwacją osób trzecich. Poszanowanie prawa pacjenta do intymności wiąże się również z zapewnieniem mu odpowiednich warunków sanitarno-higienicznych. W większości szpitali węzły sanitarno-higieniczne znajdowały się na korytarzach, przy czym liczba toalet i pryszniców zwykle była za mała w stosunku do liczby korzystających z nich pacjentów. W czterech placówkach łazienki i toalety nie miały zamków umożliwiających ich zamykanie od wewnątrz, co narażało pacjentów na wtargnięcie osób trzecich. W niektórych nie zasłonięto okien. W dwóch szpitalach łazienki były niedostosowane do korzystania przez niepełnosprawnych. Pacjenci 10 szpitali złożyli w dyrekcjach placówek 59 skarg dotyczących naruszenia ich godności i intymności, z czego 80% uznano za zasadne. Krytyce poddano zwłaszcza problem nietaktownego, lekceważącego bądź aroganckiego zachowania się lekarzy wobec pacjentów.

W ocenie NIK, bez radykalnej poprawy infrastruktury szpitali i uwrażliwienia personelu medycznego na potrzeby i uczucia hospitalizowanych osób prawo pacjenta do intymności i godności pozostanie tylko formalną deklaracją. (ap)



Fot. Andrzeja Piechocki

Lekarze – patroni ulic w Wielkopolsce

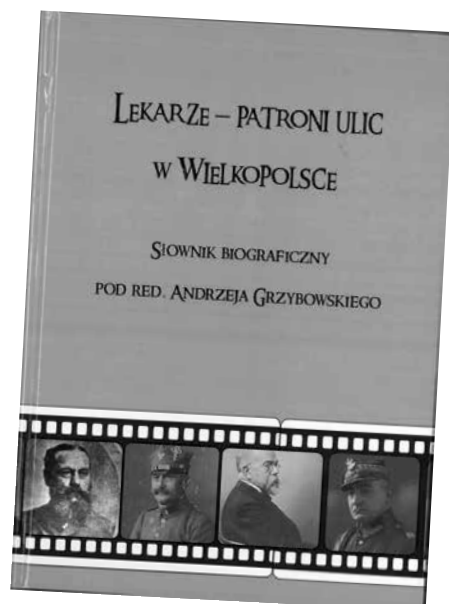
Wielokrotnie podczas naszych wędrówek po okolicy spotykamy nazwy ulic związane ze środowiskiem lekarskim. Ich patronami są zarówno lekarze bardzo znani, sławni w Polsce i na świecie, jak i tacy, którzy swoją pracą, osiągnięciami zdobyli uznanie lokalnej społeczności.

Aby przybliżyć ich sylwetki, członkowie Komisji Historycznej WIL przygotowali publikację „Lekarze – patroni ulic w Wielkopolsce. Słownik biograficzny”. Od 2011 r. pojedyncze biogramy ukazywały się w kolejnych numerach „Biuletynu Informacyjnego Wielkopolskiej Izby Lekarskiej”. Dzięki wsparciu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej udało się zebrać, usystematyzować oraz rozszerzyć materiały i opracować słownik prezentujący ponad sto sylwetek sławnych lekarzy.

Biorąc pod uwagę powiedzenie, że „Człowiek żyje tak długo, jak długo trwa o nim pamięć”, chcielibyśmy, aby opracowana przez nas książka przybliżyła sylwetki lekarzy – patronów ulic Wielkopolski, a także motywowała, aby kolejne ulice zyskiwały patronów wiodących się z naszego środowiska.

Informacje dotyczące zamówienia słownika: wfro@gmail.com.

DR N. MED. T. KAZAŁO
PROF. NADZW. A. GRZYBOWSKI



Optymalna lokalizacja na Morasku

Protonoterapię na coraz większą skalę wykorzystuje się do zwalczania komórek nowotworowych. Najwięcej ośrodków stosujących tę innowacyjną technologię jest w Stanach Zjednoczonych i Japonii. W sumie na świecie jest ich 64. W Polsce mamy tylko jeden – Centrum Cyklotronowe Bronowice krakowskiego Instytutu Fizyki Jądrowej. Czy w Poznaniu będzie drugi? Między innymi o tym dyskutowano w Belwederze.

Andrzej Dera, sekretarz stanu w Kancelarii Prezydenta RP, przewodniczył debacie eksperckiej poświęconej protonoterapii i wyzwaniom systemowym związanym z rozwojem tej metody leczenia w Polsce. Upatruje się w niej ogromne możliwości leczenia nowotworów za pomocą wiązki protonowej. Zarazem jest ona mniej inwazyjna, bardziej bezpieczna dla pacjentów i obniża poziom ryzyka indukcji wtórnych nowotworów w porównaniu z innymi metodami terapii. Zaprezentowany został raport „Strategia rozwoju protonoterapii w Polsce”, opracowany przy współpracy z Narodowym Centrum Badań Jądrowych.

Protonoterapię – czytamy w streszczeniu tego dokumentu – stosuje się do leczenia nowotworów u dzieci, guzów mózgowia, podstawy czaszki, nowotworów głowy i szyi, okolicy przykręgosłupowej oraz innych lokalizacji, w których okolica napromieniana jest położona bardzo blisko narządów krytycznych – jak np. w wybranych przypadkach raka piersi i innych nowotworach klatki piersiowej czy miednicy. Dzięki zastosowaniu tej technologii mamy szansę na prowadzenie bezpieczniejszej terapii oraz zmniejszenie powikłań popromiennych. Przewaga protonów w radioterapii nad fotonami i elektronami wynika z tego, że maksimum dawki kumuluje się na pewnej głębokości, a za pikiem Bragga dawka praktycznie spada do zera. Przynależność Polski do UE, uchwalenie dyrektywy transgranicznej i krajowych aktów wykonawczych spowoduje, że w niedługim czasie chorzy z niektórymi rozpoznaniem nowotworów będą w szerszym zakresie korzystać z leczenia w ośrodkach, także prywatnych, radioterapii protonowej, np. w Monachium, Dreźnie, Pradze, co spowoduje wypływanie pieniędzy z systemu NFZ, szczególnie w województwach Polski zachodniej. Biorąc pod uwagę takie przewidywania, jak i bazę onkologiczną, jej potencjał kliniczny i naukowy, zrozumiała, optymalna, a zatem i wskazana jest lokalizacja drugiego polskiego ośrodka protonoterapii właśnie w Poznaniu. Proponuje się, aby został on utworzony na bazie projektu INPRONKO, który ma już pełną dokumentację (złożona jest w Ministerstwie Infrastruktury). W 2015 r., gdy samorzady i rząd negocjowały fundusze unijne, został on umieszczony na liście warunkowej i zyskał poparcie zespołów poselskich.

Uczestnicy konferencji zaproponowali – czytamy na stronie www.prezydent.pl – wdrożenie projektu INPRONKO – Zintegrowanego, Wielodyscyplinarnego Systemu Profilaktyki, Diagnostyki i Leczenia Chorób Nowotworowych w Polsce Zachodniej, stanowiącego unikatowe porozumienie jednostek klinicznych, naukowych i samorządowych z pięciu województw (lubuskiego, dolnośląskiego, opolskiego, wiel-



Fot. Andrzej Piechocki

kopolskiego i zachodniopomorskiego), umożliwiającą stworzenie nowoczesnego ośrodka protonoterapii w Poznaniu, w ramach którego prowadzone będą badania naukowe oraz leczenie pacjentów na najwyższym poziomie.

Jest to unikatowe porozumienie. Udział w nim Narodowe Centrum Badań Jądrowych ma umożliwić sprowadzenie do Polski nowych technologii. Z kolei uczelnie zagwarantowałyby wykorzystanie wielodyscyplinarnego potencjału naukowego i badawczego, a także zapewniłyby najwyższy standard transferu wyników badań do praktyki klinicznej. Aktualnie na świecie prowadzi się około 200 badań klinicznych dotyczących protonoterapii.

W minionym roku z budżetu wynoszącego około 80 mld zł Narodowy Fundusz Zdrowia na wszystkie metody radioterapii przeznaczył 937 mln zł. *Przewidywane koszty protonoterapii dla 2000 chorych rocznie – nie wpłyną w istotny sposób na wydatki NFZ wobec faktu leczenia obecnie metodami radioterapii fotonowej ok. 90 000 chorych rocznie – czytamy we wspomnianym streszczeniu. – Ponadto koszty tej metody często są niższe niż w przypadku nowoczesnych, stosowanych w innych wskazaniach, terapii cytostatykami czy tzw. lekami biologicznymi (chemioterapii), które są refinansowane przez NFZ.*

W Polsce, przy obecnym poziomie zachorowalności na nowotwory i stanie wiedzy medycznej, około 2000 pacjentów rocznie kwalifikuje się do leczenia z wykorzystaniem tej technologii. Nie ma wątpliwości, że odnieśliby oni korzyści wynikające z jej zastosowania. Nowoczesna placówka na poznańskim Morasku spowodowałaby również podniesienie poziomu badań naukowych w zakresie onkologii, przyczyniłaby się do zacieśnienia współpracy między uczelniami medycznymi oraz do rozwoju innowacyjnych technologii w Polsce.

Wśród autorów „Strategii rozwoju protonoterapii w Polsce” na pierwszych dwóch miejscach figurują prof. dr hab. Julian Malicki, dyrektor Wielkopolskiego Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu, koordynator projektu INPRONKO (w debacie w Belwederze przedstawił „Perspektywy rozwoju protonoterapii w Polsce. Wnioski i rekomendacje z raportu”), i prof. dr hab. Piotr Milecki, ordynator Oddziału Radioterapii I, kierownik Zakładu Radioterapii I WCO (przedstawił „Wskazania kliniczne w protonoterapii”).

Poznański Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego reprezentował w tej debacie prof. dr hab. Rodryg Ramlau, kierownik Katedry i Kliniki Onkologii UM.

W rozwoju protonoterapii dostrzega się wiele szans i korzyści. Terapia wiązką protonów jest bowiem bardzo zaawansowaną technologią. Redukuje ona niską i średnią dawkę promieniowania w zdrowych tkankach w porównaniu z obecnie stosowanymi technikami promieniowania, opartymi na fotonach. *Terapia wiązką protonów może potencjalnie poprawić warunki leczenia chorych onkologicznych poprzez zmniejszenie toksyczności związanej z leczeniem i/lub umożliwienie bezpieczniejszej eskalacji dawki promieniowania w celu zwiększenia kontroli miejscowej guza* – piszą autorzy raportu.

W komentarzu do dokumentu „Strategia rozwoju protonoterapii w Polsce” prof. dr hab. Rafał Dziadziuszko, konsultant krajowy w dziedzinie radioterapii onkologicznej, napisał m.in.: *Przedstawiony dokument autorstwa prof. dr hab. Juliana Malickiego, kolegów z Wielkopolskiego Centrum On-*

kologii oraz ekspertów w dziedzinie radioterapii w Polsce stanowi kompleksowe podsumowanie stanu wiedzy i wskazań do radioterapii protonowej na podstawie obowiązującego piśmiennictwa, jak również szczegółowy projekt naukowo-organizacyjny INPRONKO, którego zasadniczą częścią jest utworzenie drugiego ośrodka radioterapii protonowej w naszym kraju, z lokalizacją w Poznaniu. Zdaniem konsultanta krajowego strategia jest słuszna i poparta silną pozycją Wielkopolskiego Centrum Onkologii w zakresie radioterapii onkologicznej, wysoką liczbą leczonych chorych oraz dużym potencjałem naukowym Centrum oraz Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Gdy zatem idzie o drugie w Polsce centrum protonoterapii, można mówić o przełomie. Tym bardziej że jest ono ujęte na mapie zdrowotnych potrzeb naszego kraju. Koszt inwestycji wstępnie szacuje się na 200 mln zł, przewidziane są starania o finansowe wsparcie z funduszy Unii Europejskiej. Dzisiaj mówi się, że pierwsi pacjenci mogliby być przyjęci w tym ośrodku mniej więcej za sześć lat.

ANDRZEJ PIECHOCKI

Powściągliwa elegancja architektury

Czy można jeszcze rozbudować Wielkopolskie Centrum Onkologii przy ul. Garbary? Okazuje się, że tak. I to w sposób bardzo funkcjonalny, a równocześnie... elegancki. Dowodzi tego zwycięski projekt autorstwa trzech architektów.

28 maja rozstrzygnięty został konkurs SARP na opracowanie koncepcji architektoniczno-urbanistycznej rozbudowy WCO o budynek ambulatoryjny z garażem podziemnym w kierunku ul. Strzeleckiej w Poznaniu. Tego samego dnia nastąpiło uroczyste publiczne odczytanie werdyktu sądu konkursowego. Przyznał on trzy nagrody i cztery wyróżnienia. Pierwsza nagroda – 20 000 zł z zaproszeniem do negocjacji w trybie zamówienia z wolnej ręki na opracowanie dokumentacji projektowej dotyczącej tematu konkursu – przypadła w udziale zespołowi autorskiemu: mgr. inż. arch. Karolowi Aniole, mgr. inż. Konradowi Garbowskiemu oraz mgr. inż. Tomaszowi Skalskiemu.

Sąd konkursowy zwrócił uwagę m.in. na prawidłowo rozwiązane połączenie nowego budynku ambulatoryjnego z istniejącą zabudową oraz spójną koncepcję rozwiązań konstrukcyjnych konsekwentnie prowadzoną przez kolejne kondygnacje. Uznał, że *w pracy tej znalazło się bardzo dobre rozwiązanie funkcji z powściągliwą elegancją architektury.*

W opisie architektoniczno-urbanistycznym, w punkcie „Koncepcja zagospodarowania terenu i przyjętych rozwiązań urbanistyczno-architektonicznych” autorzy zwycięskiego projektu napisali: *Forma urbanistyczna obiektu została silnie określona w decyzji o ustaleniu lokalizacji inwestycji celu publicznego. Zgodnie z jej wytycznymi o 14 m wycofano dwie pierwsze i o 3,5 m ostatnią kondygnację budynku, co umożliwiło utworzenie wygodnego podjazdu i zmniejszyło oddziaływanie kubatury budynku na otaczającą przestrzeń. Jednocześnie*



nie wymagane było usytuowanie elewacji pięt 2., 3. i 4. od strony ul. Strzeleckiej w obowiązującej linii zabudowy. Decyzja pozostawiała dowolność w kwestii formowania bryły budynku znajdującej się w głębi działki. Zdecydowano się na utworzenie prostej i regularnej, a co za tym idzie – ekonomicznej formy, połączonej z istniejącym kompleksem WCO na całej jej szerokości i na wszystkich kondygnacjach z wyjątkiem parteru. Takie szerokie połączenie z częścią szpitalną pozwoli na integrację różnych funkcji oraz ułatwi elastyczne jej formowanie w razie potencjalnej przebudowy, a możliwie prosta forma unika ingerencji w otaczającą przestrzeń.

Plan zakłada, że budynek, który zostanie dobudowany do centralnego bloku operacyjnego, powstanie w trzy lata. Będą w nim usytuowane izba przyjęć, poradnie i gabinety dla pacjentów z nowotworami piersi, szyi i przewodu pokarmowego, a także pomieszczenia chemioterapii dziennej (40 stanowisk). Urządzone zostaną kolejne trzy sale operacyjne (obecnie jest ich sześć). – *Usługi świadczone w nowym budynku nie będą wymagały, aby pacjent pozostawał na noc* – wyjaśnia „Głosowi Wielkopolskiemu” prof. Julian Malicki, dyrektor WCO. – *Rocznie wykonujemy 8 tys. mniejszych i większych zabiegów. Ze względu na rozwój technologii możemy przeprowadzać coraz więcej operacji, które są coraz bardziej skomplikowane. Stąd potrzeba nowych sal.*

Koszt inwestycji szacowany jest na 20 mln zł. (ap)

Wspomnienie o Antonim Łączkowskim

Mój ukochany Tata, Antoni Łączkowski, urodził się 22 lutego 1929 r. w Poznaniu. Jego rodzice byli lekarzami: matka – doc. dr hab. med. Maria Łączkowska z domu Stasiewska – specjalistą laryngologiem i foniatrą, ojciec – dr med. Antoni Łączkowski – specjalistą chorób wewnętrznych.

Świadectwo dojrzałości uzyskał w 1946 r. w Państwowym Gimnazjum i Liceum im. Bergera nr 3 w Poznaniu. Czterolatnie liceum ukończył w dwa lata, gdyż jako najstarszy syn chciał jak najszybciej wspomóc swoją mamę w opiece nad czworgiem młodszego rodzeństwa. Mając lat 17, po zdanych egzaminach na Wydział Lekarski wtedy jeszcze Uniwersytetu Poznańskiego i szczęśliwym przyjęciu na studia, zdążył tę radosną wiadomość przekazać swojemu umiarkującemu ojcu.

Wspierał także finansowo swoją mamę przez cały okres swoich studiów medycznych, gdyż pracował dodatkowo jako nauczyciel matematyki i fizyki w Technikum Budowlanym w Trzcielu. Było to możliwe dzięki temu, że w czasie okupacji niemieckiej miał możliwość pobierania lekcji matematyki u profesora Uniwersytetu Gdańskiego – Ruteckiego oraz lekcji z innych przedmiotów u swoich rodziców. Dzięki temu oraz własnej pracowitości i inteligencji, mój Tata stał się jednym z najmłodszych studentów medycyny na swoim roku. Poza medycyną interesował się wieloma dziedzinami nauki, szczególnie historią i astronomią, a także znajdował czas na regularne treningi pływakie, co zaowocowało wygraniami maratonu pływackiego na Bałtyku w międzyuczelnianych zawodach studenckich. Ponadto uwielbiał grę w szachy (był nawet sędzią szachowym) i naukę języków obcych. Znał biegle język angielski, niemiecki, francuski, włoski, hiszpański, taciński, nieco słabiej grecki. Inną jego pasją, wynikającą z ciekawości świata, były podróże. Najpierw po Polsce, potem po innych europejskich krajach. Poznawał je podczas pieszych i rowerowych wędrówek, jak również w czasie spływów kajakowych ze swoim przyjacielem z roku, Kazimierzem Kozłowskim – profesorem medycyny, specjalistą radiologiem, wymienianym w pierwszej dziesiątce najlepszych na świecie radiologów, pracującym od 1972 r. w australijskim Sydney. Z profesorem Kozłowskim wiąże się jeszcze jedno wydarzenie z czasów studiów, dzisiaj chyba już niespotykane. Otóż po zdaniu w tzw. przedterminie egzaminu z biochemii u prof. Zdzisława Stolzmana, ten zaprosił ich obu jako pierwszych zdających w przedterminie na kawę do kawiarni „Marago” w Poznaniu.

Przyjaciele nazywali mojego Ojca „Profesor Filutek” – na cześć bohatera komiksów – rysunkowych dowcipów z popularnego w PRL tygodnika „Przekrój”. Tak jak wspomniany Filutek, Tata potrafił w najgorszych sytuacjach życiowych znaleźć coś radosnego i zachować się zawsze godnie.



Po skończeniu studiów w 1951 r., dzięki pracy w studenckim Kole Naukowym przy Klinice Otolaryngologii w Poznaniu i odpowiedniej średniej ocen, mój Tata otrzymał stypendium Ministerstwa Zdrowia i dzięki temu możliwość specjalizacji z otolaryngologii w Klinice Otolaryngologii w Poznaniu, gdzie pracował do 1954 r.

21 lipca 1953 r. poślubił Marię z domu Czyżak, z którą miał troje dzieci – Antoniego, Joannę i Andrzeja.

W 1954 r. rozpoczął pracę w Oddziale Laryngologicznym Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego im. Krysiewicza w Poznaniu, gdzie pracował na stanowisku zastępcy ordynatora do momentu przejścia na emeryturę, tj. do 1994 r. Poza tym stanowiskiem pełnił też funkcję kierownika Zespołu Foniatrzycko-Audiologicznego w Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym w Poznaniu.

Specjalizację I stopnia w zakresie otolaryngologii uzyskał w 1959 r. w Poznaniu, specjalizację II stopnia w zakresie otolaryngologii w 1964 r., także w Poznaniu, oraz specjalizację II stopnia w zakresie foniatrii w 1974 r. w Warszawie.

Tytuł doktora nauk medycznych mój Tata uzyskał w 1974 r. w Warszawie na podstawie rozprawy doktorskiej „Znaczenie badania nasady narządu głosowego u człowieka”.

Mój Ojciec jest autorem 17 publikacji w języku polskim, angielskim i niemieckim. Wygłosił kilkadziesiąt referatów na zjazdach Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi. Uczestniczył w zjazdach oraz sympozjach otolaryngologów i foniatrów w kraju i zagranicą, m.in. w Paryżu, Wiedniu i Pradze.

Poza tym jest autorem książek z dziedziny historii medycyny – monografii „Antoni Jurasz 1847–1923” (Polskie Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1979), oraz książki o własnej matce „Lekarz z powołania Maria Apolonia Łączkowska z domu Stasiewska (1900–1993): Trudne życie w niespokojnych czasach” (Mars Graf, Poznań 2003).

Oprócz pracy w Klinice Otolaryngologii przy ul. Przybyszewskiego 49 w Poznaniu, następnie w Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym im. Krysiewicza, Tata pracował w poradni laryngologiczno-foniatrzyckiej przy ul. Mickiewicza 31 i ul. Stowackiego 9, był współtwórcą i wieloletnim pracownikiem Spółdzielni Lekarskiej „Alfa” w Poznaniu, dojeżdżał do poradni laryngologicznej w Szamotułach, prowadził prywatną praktykę lekarską w Poznaniu. Po przejściu na emeryturę nadal był czynny zawodowo, pracował w Środziszewskiej i w Chodzieży. Ostatnie lata pracował w Luboniu pod Poznaniem i w Medicover na placu Andersa w Poznaniu. Ostatnich swoich pacjentów w Luboniu przyjął 13 czerwca 2017 r. w dniu swoich imienin, a w Medicover – dzień później. Mój kochany Tata zmarł 30 lipca 2017 r.

Medycyna była wielką pasją mojego Taty, którą skutecznie zaraził mnie – swoją córkę (też jestem laryngologiem), i swoją wnuczkę – moją córkę Magdalенę (po mężu Podkowińską), która jest stomatologiem.

Tata był członkiem Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi, Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny i Farmacji, oraz Związku Absolwentów Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

W swoim wypełnionym pracą zawodową życiu angażował się też w działalność społeczną. W czerwcu 1956 r. w czasie strajku robotników poznańskich (tzw. wypadków poznańskich) opatrywał rannych na ulicach Poznania, narażając własne życie. Mieszkał wtedy przy ul. Mickiewicza, niedaleko Komendy Milicji przy ul. Kochanowskiego w Poznaniu. Nigdy nie należał do żadnej partii ani innego ugrupowania politycznego. W latach sześćdziesiątych ubiegłego wieku, mimo usilnego namawiania ze strony tzw. podstawowej organizacji partyjnej PZPR w szpitalu im. Krysiewicza, łącznie z przyznaniem wstępnym talonu na kupno nieosiągalnego dla zwykłych obywateli motocykla (co dziś może brzmieć jak anegdota) – marzenia mojego Ojca – miłośnika motoryzacji, dr Antonii Łączkowski dwukrotnie nie zgodził się wstąpić w szeregi PZPR i... talonu na motocykl nie otrzymał. W 1989 r., jako zawsze niezależny politycznie i uczciwie postępujący człowiek, był z ramienia „Solidarności” obserwatorem wyborów parlamentarnych. W ostatnich latach swojego życia, do końca aktywnego zawodowo i społecznie, pełnił funkcję szefa Komisji Rewizyjnej w Poznańskim Kole Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi.

Tata zawsze był radosnym człowiekiem, uwielbiał opowiadać dowcipy, podchodził z dystansem i humorem do problemów dla innych nierozwiązywalnych. Jednym z jego licznych zainteresowań pozamedycznych, jak już wspomniałam, było podróżowanie. Wcześniej rowerem i kajakiem, ostatnimi czasy samochodem. W jedną z ostatnich podróży wybrał się mając 84 lata, ze swoją ukochaną żoną, Marylką, wtedy 82-letnią, do Norwegii za koło podbiegunowe, prowadząc cały czas samochód – poprzez Polskę, kraje nadbałtyckie, Finlandię i Norwegię. Po wielu moich bezskutecznych protestach, że w tym wieku powinien spokojnie spędzać wolny czas, kiedy nadal upierał się przy swoim pomysle, użyłam ostatecznego – jak mi się wydawało – argumentu: „Tato, a jak umrzesz za kołem podbiegunowym, to czy wiesz, na jakie koszty nas narażasz? Pamiętasz, jak syn znajomej lekarki umarł na Cyprze i przyjaciele lekarze składali się na koszty sprowadzenia zwłok do kraju?”.

Wedy Tata jak zawsze spokojnie odpowiedział: „Włączycie klimę na full i mnie przywieziecie do Polski”. Oczywiście, szczęśliwie Moi Kochani Rodzice powrócili spoza koła podbiegunowego, przywożąc napisany przez Tatę przepiękny wiersz o mijanych w czasie jazdy wspaniałych krajobrazach Norwegii.

Antoni Łączkowski był nie tylko moim wspaniałym Ojcem, nauczycielem życia i zawodu, ale przede wszystkim był moim Wielkim Przyjacielem. Zawsze dawał swoim bliskim świadectwo wiary w moc mądrości, uczciwości i skromności.

Joanna Łączkowska-Przybylska, córka

Czerwiec w izbie

- 5 czerwca kurs dla stażystów z prawa medycznego
- 6 czerwca kurs dla stażystów z prawa medycznego
posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej
posiedzenie Komisji Socjalnej
- 7 czerwca posiedzenie komisji specjalnej
kurs dla stażystów z prawa medycznego
- 8 czerwca kurs dla stażystów z prawa medycznego
- 9 czerwca kurs współorganizowany z firmą Pozyttron
„Ochrona radiologiczna pacjenta”
kurs współorganizowany z firmą Poldent „Jak żyć, żeby zżyć”
- 11 czerwca kurs dla stażystów z bioetyki
- 12 czerwca kurs dla stażystów z bioetyki
wernisaż lek. Ewy Brodziak
- 13 czerwca kurs dla stażystów z bioetyki
kurs „Profesjonalna recepcja”
- 14 czerwca posiedzenie Prezydium Komisji ds. Kształcenia
- 16 czerwca certyfikowany przez ERC kurs EPLS
– „Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne u pacjentów pediatrycznych”
I dzień
zewnętrzna konferencja pulmonologiczna
kurs dla stażystów z orzecznictwa – I dzień
- 17 czerwca certyfikowany przez ERC kurs EPLS
– „Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne u pacjentów pediatrycznych”
II dzień
kurs dla stażystów z orzecznictwa – II dzień
- 18 czerwca spotkanie zewnętrzne
- 19 czerwca kurs dla stażystów z prawa medycznego
posiedzenie Komisji ds. Konkursów
- 20 czerwca kurs dla stażystów z prawa medycznego
posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej
spotkanie informacyjne „Co po stażu”
- 21 czerwca kurs dla stażystów z prawa medycznego
- 22 czerwca kurs dla stażystów z prawa medycznego
- 23 czerwca posiedzenie Prezydium ORL WIL
posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej
wspólne posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej
i Komisji Stomatologicznej WIL
kurs komputerowy – I dzień
kurs medyczny – „Natychniastowa pomoc w stanach nagłych”
- 25 czerwca kurs dla stażystów z bioetyki
- 26 czerwca kurs dla stażystów z bioetyki
posiedzenie Komisji ds. Młodych Lekarzy
- 27 czerwca kurs dla stażystów z bioetyki
- 30 czerwca kurs komputerowy – II dzień
- wtorki i piątki: próby Chóru Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
- środy: spotkania – Zespół Kameralny Operacja Muzyka
- poniedziałki, wtorki, środy, czwartki: kursy językowe

Serwis prawny dla członków Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

Wielkopolska Izba Lekarska informuje, że cały czas jest możliwość bezpłatnego korzystania z aplikacji prawnej „Lex Prawo i Zdrowie” (40 jednoczesnych dostępów on-line) dla członków Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. W obecnym okresie abonamentowym do dyspozycji użytkowników będzie nowy moduł **Lex Navigator Ochrona Zdrowia**.

Lex Navigator Ochrona Zdrowia to jedyny tego typu produkt na rynku, który kompleksowo pokazuje przebieg procedur z zakresu danego zagadnienia prawnego.

Największymi zaletami produktu są:

- Schematy procedur i praktyczne wskazówki aktualne względem obowiązujących przepisów.
 - Praktyczne wskazówki na bieżąco uzupełniane o najnowsze kluczowe orzecznictwo oraz kolejne praktyczne wskazówki.
 - Monografie podzielone na fragmenty tak, aby użytkownik szybciej dotarł do istotnych dla niego informacji.
 - Wysoka jakość merytoryczna opracowania ze względu na zaangażowanie wyłącznie praktyków specjalizujących się w prawie ochrony zdrowia.
- W produkcie zawarto najważniejsze i najczęściej stosowane w praktyce działalności podmiotów leczniczych procedury z takich dziedzin jak:**
- Zawieranie i realizacja umów z NFZ.
 - Zamówienia na świadczenia zdrowotne (subkontrakty).
 - Kontrola działalności leczniczej.
 - Prowadzenie i udostępnianie dokumentacji medycznej.

- Zakładanie i rejestracja działalności leczniczej.
- Postępowanie przed wojewódzkimi komisjami ds. zdarzeń medycznych.
- Obowiązki personelu medycznego w związku z rozpoznaniem zakażeń i chorób zakaźnych.
- Procedury szpitalne związane z obsługą pacjenta (prawa pacjentów, lekarzy).
- Postępowanie z odpadami medycznymi i komunalnymi w szpitalach.

Lex Navigator Ochrona Zdrowia to interaktywne diagramy przedstawiające typowe procedury. Przebieg każdej z procedur opatrzony jest autorskimi poradami oraz komentarzem eksperckim poparte orzecznictwem oraz aktami prawnymi. Przebieg procedury przedstawia hipotetyczne możliwości rozwiązań w zależności od podjętych kroków.

Poza tym do dyspozycji użytkowników są standardowe możliwości: aktualne akty prawne, komentarze, monografie i pytania do ekspertów.

Aby móc korzystać z programu, należy skontaktować się mailowo dyrektor@wil.org.pl w celu wypełnienia oświadczenia o woli przystąpienia do listy użytkowników programu. **Marek Saj – 783 993 939**

**Absolwenci Wydziału Lekarskiego i Oddziału Stomatologii 1962–1968 Akademii Medycznej w Poznaniu
Komitet organizacyjny zjazdu absolwentów ZAPRASZA NA**

**UROCZYSTOŚĆ ODNOWIENIA DYPLOMÓW LEKARSKICH PO 50 LATACH,
która odbędzie się 20 października 2018 r. w Auli UAM w Poznaniu o godz. 14.00**

Koszty uczestnictwa: • absolwenci – 350 zł (część oficjalna 200 zł, bankiet 150 zł)
• osoba towarzysząca – 150 zł (udział w bankiecie)

Zgłoszenia i wpłaty należy przesać do 30 czerwca 2018 r. na adres:

Biuro Organizacji Konferencji CKD Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, ul. Przybyszewskiego 37a, 63-356 Poznań,
telefonicznie: 61 854 76 80, lub e-mail: konferencje@ump.edu.pl

Wpłaty prosimy kierować na konto UM: 49 1030 1247 0000 0000 4771 8708
z dopiskiem: Odnowienie 2018, imię i nazwisko uczestnika

Komitet Organizacyjny

**ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO I ODDZIAŁU STOMATOLOGII
AKADEMII MEDYCZNEJ W POZNANIU ROCZNIKA 1957–1963**

Zapraszamy na spotkanie z okazji 55-lecia uzyskania dyplomu

Antonin – Pałac Myśliwski Książąt Radziwiłłów 6–7 października 2018 r. początek godz. 15:00

Koszt uczestnictwa – 300,- zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konta:

Andrzej Krzak – Zjazd Lekarski BZWBK SA Oddział w Ostrowie Wlkp., pl. Bankowy 1.
06 1090 1160 0000 0000 1600 6249

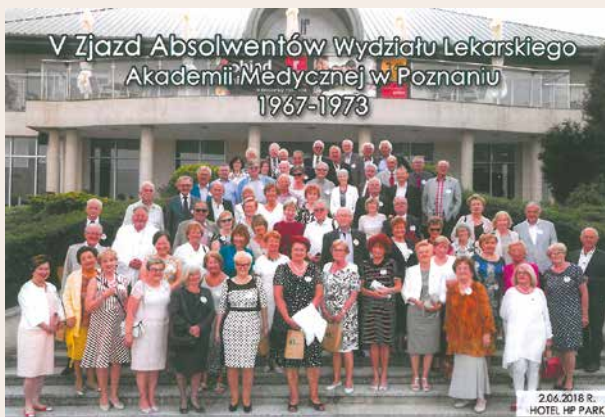
Zgłoszenia uczestnictwa i dowody wpłaty prosimy przesyłać do **10 września 2018 r.**

na adres: Andrzej Krzak, ul. Makuszyńskiego 13, 63-400 Ostrów Wlkp.

Kontakt: 601 646 043, tel. 62 736 27 77, e-mail: akrzak@vp.pl.

Zakwaterowanie w hotelach, hasło: **Zjazd Lekarski**

Pałac Myśliwski Antonin – tel. 62 734 83 00, Hotel Górecznik Antonin – tel. +48 575 311 322



Dnia 2 czerwca br. spotkaliśmy się po 45 latach od uzyskania dyplomu lekarza. Był to V zjazd. Ponownie wybraliśmy Hotel HP Park nad Maltą, który wspaniale prezentował się w wiosenno-letniej szacie i gdzie zawsze spotykamy się z niezwykłą sympatią i życzliwością personelu. Kuchnia uraczyła nasze podniebienia wykwintnymi potrawami. Było radośnie, rozmowom nie było końca.

Kochani, dbajcie o zdrowie, byśmy mogli wszyscy spotkać się na 50-lecie.

ORGANIZATORZY

ZAPRASZAMY DO UDZIAŁU

w III Ogólnopolskim Konkursie
Poetycko-Literackim
„Lekarze Dzieciom”



VIII OGÓLNOPOLSKI KONKURS
FOTOGRAFICZNY LEKARZY
I STUDENTÓW MEDYCyny



oraz VIII Ogólnopolskim
Konkursie Fotograficznym
Lekarzy i Studentów Medycyny

Wszystkie informacje dotyczące konkursów znajdują się na stronie Komisji Kultury Lubelskiej Izby Lekarskiej: <http://kultura.oil.lublin.pl/category/konkurs-poetycko-literacki/konkurs-poetycko-literacki-2018/> <http://kultura.oil.lublin.pl/category/konkurs-fotograficzny/konkurs-2018/> oraz na stronie biuletynu LIL Medicus (strona 18): <http://medicus.lublin.pl/wp-content/uploads/2018/06/Medicus-06-07-2018.pdf>

Chór WIL ogłasza otwarty nabór wiosna/jesień 2018!



WIELKOPOLSKA
IZBA
LEKARSKA



Oddział Intensywnej Opieki Chóralnej
Chętnie przyjmujemy przypadki nagłe oraz wymagające długotrwałego leczenia.

Wszystkim pomożemy muzykoterapią
i ogromną dawką dobrego humoru!

Dyżur OIOC w każdy wtorek i piątek od godz. 19.00

Hasło wstępu: na chór ci ta recepta!

www.chorwil.pl
tel. 507 086 865
chor.wil@gmail.com



W planach wyjazdy zagraniczne i koncerty
z chórkami i orkiestrami lekarskimi z Polski i zagranicy.

Przeżyj niezapomnianą przygodę!

Dołącz do nas!

Wiersze

RYSZARD KRAWIEC



WRÓBLOWATE SZCZĘŚCIE

w maju
w parku w pełnym słońca
pamiętam
trzymając się za ręce
patrzyliśmy na stadko radosnych
wróbli
które szczebiocąc kąpały się
w gorącym piasku
beztrosko rozrzuciły jego ziarenka
na wszystkie strony

powiedziałaś
gdy dasz mi szczęście
to zanurzę się w nim
cała
i wykąpię
jak te wróble

pomyślałem
czy piasek może być miarą
szczęścia
choć przecież
możemy być szczęśliwi bez miary
tak jak ziaren piasku
jest bez liku i granic
to tyle chwil
lat dni godzin
razem
może trwać szczęście

a mówią
w parkach
coraz mniej wróbli

20.03.2018

WYNAJMĘ
PRZYCHODNIĘ LEKARSKĄ
Rejestracja, Gabinety,
Sala zabiegowa
Koło, tel. 601 772 193



WIELKOPOLSKA
IZBA LEKARSKA

**BIULETYN INFORMACYJNY WYDAWANY
PRZEZ RADĘ OKRĘGOWĄ WIL W POZNANIU**

ISSN 1233-2216 Nakład 14 000 egz.

Siedziba WIL: 61-734 POZNAŃ, ul. Nowowiejskiego 51

centrala tel. 61 852 58 60; prezes tel. 61 851 87 66;
praktyki indywidualne tel. 61 851 87 62, rejestr lekarzy tel. 61 851 87 58;
księgowość tel. 61 851 87 59, faks/tel. 61 851 87 66

e-mail: izba@wil.org.pl, www.wil.org.pl

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

**ADRESY DELEGATUR
WIELKOPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ:**

DELEGATURA W KALISZU

62-800 Kalisz, ul. Poznańska 64
przewodniczący – lek. Mariusz Pluciński
tel./faks 62 766 41 43, tel. kom. 783 993 908
sekretarki – Maria Linkowska, Elżbieta Konopiata
kalisz@wil.org.pl

DELEGATURA W KONINIE

62-510 Konin, ul. Liliowa 9
przewodniczący – lek. Krzysztof Połec
tel./faks 63 245 66 10, tel. kom. 783 993 909
sekretarka – Izabela Tomaszewska
konin@wil.org.pl, www.wil.konin.pl

DELEGATURA W LESZNE

64-100 Leszno, ul. Sygietyńskiego 47
przewodnicząca – lek. Lidia Dymalska-Kubasiak
tel. 65 526 67 44, tel./faks 65 526 65 59, tel. kom. 783 993 911
sekretarka – Hanna Krukowiecka
leszno@wil.org.pl, www.wil.leszno.pl

DELEGATURA W PILE

64-920 Piła, ul. Kryniczna 2
przewodnicząca – dr n. med. Aldona Pietrysiak
sekretarka – Małgorzata Szyliniec
tel./faks 67 212 04 87, tel. kom. 783 993 910
pila@wil.org.pl, www.delegaturapilska.poznet.pl

DELEGATURA OSTROWSKO-KROTOSZYŃSKA

63-400 Ostrów Wlkp., ul. Sienkiewicza 14
przewodniczący – lek. dent. Wiesław Wawrzyniak
tel. 62 735 44 80, tel. kom. 783 993 907
delost@wp.pl
Kolegium redakcyjne Biuletynu Informacyjnego WIL
redaktor naczelny: Andrzej Baszkowski
członkowie redakcji: Krzysztof Ozegowski, Dariusz Tuleja, Mikołaj Sinica,
Jakub Bajer, Andrzej Piechocki

Na zlecenie WIL wydany przez

TERMEDIA Wydawnictwo Medyczne, ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań
tel./faks +48 61 822 77 81, e-mail: termedia@termedia.pl, <http://www.termedia.pl>

Redakcja zastrzega sobie prawo do skrótów i zmiany tytułów w nadesłanych tekstach. Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca.



znajdź nas na Facebooku

PRZYCHODNIA LEKARSKA
przyjmie **LEKARZY RODZINNYCH,**
INTERNISTÓW I PEDIATRÓW

chcących tworzyć aktywne listy pacjentów
oraz **wynajmie gabinety lekarskie**

Możliwość mieszkania

Poznań, ul. Krauthofera 17, tel. 512 533 813

Przychodnia na Piątkowie nawiąże współpracę z lekarzem

MEDYCYNY RODZINNEJ

na preferencyjnych warunkach finansowych,
specjalistą **OTOLARYNGOLOGII** oraz **OKULISTYKI**
w ramach kontraktu z NFZ oraz usług prywatnych z dostępem
do bloku operacyjnego. Zainteresowanych proszę o kontakt
telefoniczny w celu umówienia spotkania **664 970 755**

CENTRUM STOMATOLOGII
PIĄTKOWO

os. B. Śmiałego 37, Poznań

Zatrudni

LEKARZA ORTODONTĘ

tel. **61 82 36 915**

kom. **662 447 578**

CENTRUM STOMATOLOGII
PIĄTKOWO

os. B. Śmiałego 37, Poznań

Zatrudni

LEKARZA STOMATOLOGA

Tel. **61 82 36 915**

kom. **662 447 578**

Dyrekcja Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego
im. Ludwika Perzyny w Kaliszu

pilnie **ZATRUDNI LEKARZY** do pracy w:

- Zakładzie Diagnostyki Obrazowej
- Szpitalnym Oddziale Ratunkowym
- Oddziale Otolaryngologicznym
- Oddziale Nefrologicznym
- Oddziale Neurologicznym
- Oddziale Chorób Wewnętrznych

Oferty prosimy składać na adres: Wojewódzki Szpital Zespołony
im. L. Perzyny, 62-800 Kalisz, ul. Poznańska 79

Prywatny gabinet stomatologiczny

40 km od Poznania

w związku z dynamicznym rozwojem
nawiąże współpracę z:

LEKARZEM DENTYSTĄ

(Mile widziane 2-letnie doświadczenie)

Warunki do uzgodnienia

Kontakt: **600 175 940, 600 804 985**

WYNAJMĘ LOKAL 55 m²

na gabinet stomatologiczny lub lekarski

Zajezdnia Zwierzyniecka 30, parter przy przystanku

Tel. bezp. **602 458 530**

Sąd Okręgowy w Poznaniu
poszukuje

lekarzy medycyny
do pełnienia funkcji
stałych biegłych sądowych
i lekarzy sądowych

w okręgu Sądu Okręgowego w Poznaniu.

Pełnienie obu funkcji jest odpłatne.

Niezbędne informacje znajdują się na stronie internetowej
Sądu Okręgowego w Poznaniu www.poznan.so.gov.pl
w zakładce: **Struktura organizacyjna – lekarze sądowi, – biegli**
oraz pod numerami telefonów: **61 62 83 052 i 61 62 83 055**

Deutsche Bank
Małe Firmy

Solidne podejście do Kredytu dla Profesjonalistów

Przed Państwem preferencyjna oferta dla wybranych grup zawodowych¹ –
Kredyt dla Profesjonalistów.

Pozwala on na łatwe i szybkie sfinansowanie dowolnego celu związanego
z rozwojem bieżącej działalności lub na refinansowanie kredytów
zaciągniętych w innych bankach, przeznaczonych na działalność gospodarczą.

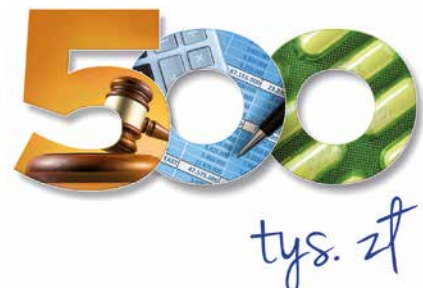
Kredyt dla Profesjonalistów to:

- kwota kredytu aż **do 500 000 PLN,**
- okres kredytowania do **12 lat,**
- brak wymaganego wkładu własnego oraz biznesplanu.

Zapraszamy do kontaktu!

Aneta Salamandra
Menedżer ds. Produktów Finansowych
tel. 519 407 281

Katarzyna Cieśla
Menedżer ds. Produktów Finansowych
tel. 519 407 328



Niniejsza treść nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego. Ma ona charakter wyłącznie informacyjny. Bank uzależnia przyznanie kredytu od oceny zdolności kredytowej Klienta.
¹ Kredyt na kwotę 500 000 zł z okresem kredytowania do 144 mies. przeznaczony jest dla wybranych zawodów: biegły rewident, księgowy, doradca podatkowy, prawnik, radca prawny, notariusz, adwokat, weterynarz, lekarz, dentysta. Dla pozostałych zawodów: technik dentystyczny, farmaceuta, pielęgniarka, położna, ratownik medyczny, fizjoterapeuta, protetyk, psycholog, architekt, inżynier budownictwa, kierownik budowy, geodeta, rzeczoznawca majątkowy, zarządca nieruchomości, tłumacz przysięgły, optyk, informatyk, dostępny jest kredyt na kwotę do 400 000 zł z okresem kredytowania do 120 mies. Warunkiem skorzystania z oferty kredytu jest konieczność dostarczenia dokumentów potwierdzających kondycję finansową prowadzonej działalności gospodarczej lub spółki. W celu skorzystania z kredytu osoba wykonująca jeden z ww. zawodów musi jednocześnie prowadzić jednoosobową działalność gospodarczą lub wchodzić w skład spółki osobowej (cywilnej, jawnej, partnerskiej) lub spółki kapitałowej, gdzie przedsiębiorca prowadzący jednoosobową działalność gospodarczą lub większość wspólników wymienionych spółek należy do jednej ze wskazanych grup zawodowych (legitymują się prawem do wykonywania zawodu), oraz prowadzić działalność związaną z posiadanym/wykonywanym zawodem. Zaciągnięcie kredytu oprocentowanego stopą zmienną wiąże się z ryzykiem wzrostu stopy procentowej, a tym samym możliwością ponoszenia w czasie zwiększonych kosztów miesięcznych rat kredytu. Deutsche Bank Polska S.A., al. Armii Ludowej 26, 00-609 Warszawa
RP/MF/KdP_2018.02.14



VI OGÓLNOPOLSKA KONFERENCJA PUŁAPKI CODZIENNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

POZNAŃ, 19–20 października 2018 r.

MIEJSCE

Novotel Centrum, pl. Andersa 1, 61-898 Poznań

KIEROWNIK NAUKOWY

prof. dr hab. med. Leszek CZUPRYNIAK

PARTNERSTWO MERYTORYCZNE I NADZÓR NAUKOWY

Klinika Diabetologii i Chorób Wewnętrznych,
Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny w Warszawie

ORGANIZATOR

Wydawnictwo Termedia

UCZESTNICZY KONFERENCJI OTRZYMAJĄ **PUNKTY EDUKACYJNE**

WIĘCEJ INFORMACJI NA WWW.TERMEDIA.PL

BIURO ORGANIZACYJNE
Wydawnictwo Termedia
ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań



tel./faks +48 61 656 22 00
szkolenia@termedia.pl
www.termedia.pl