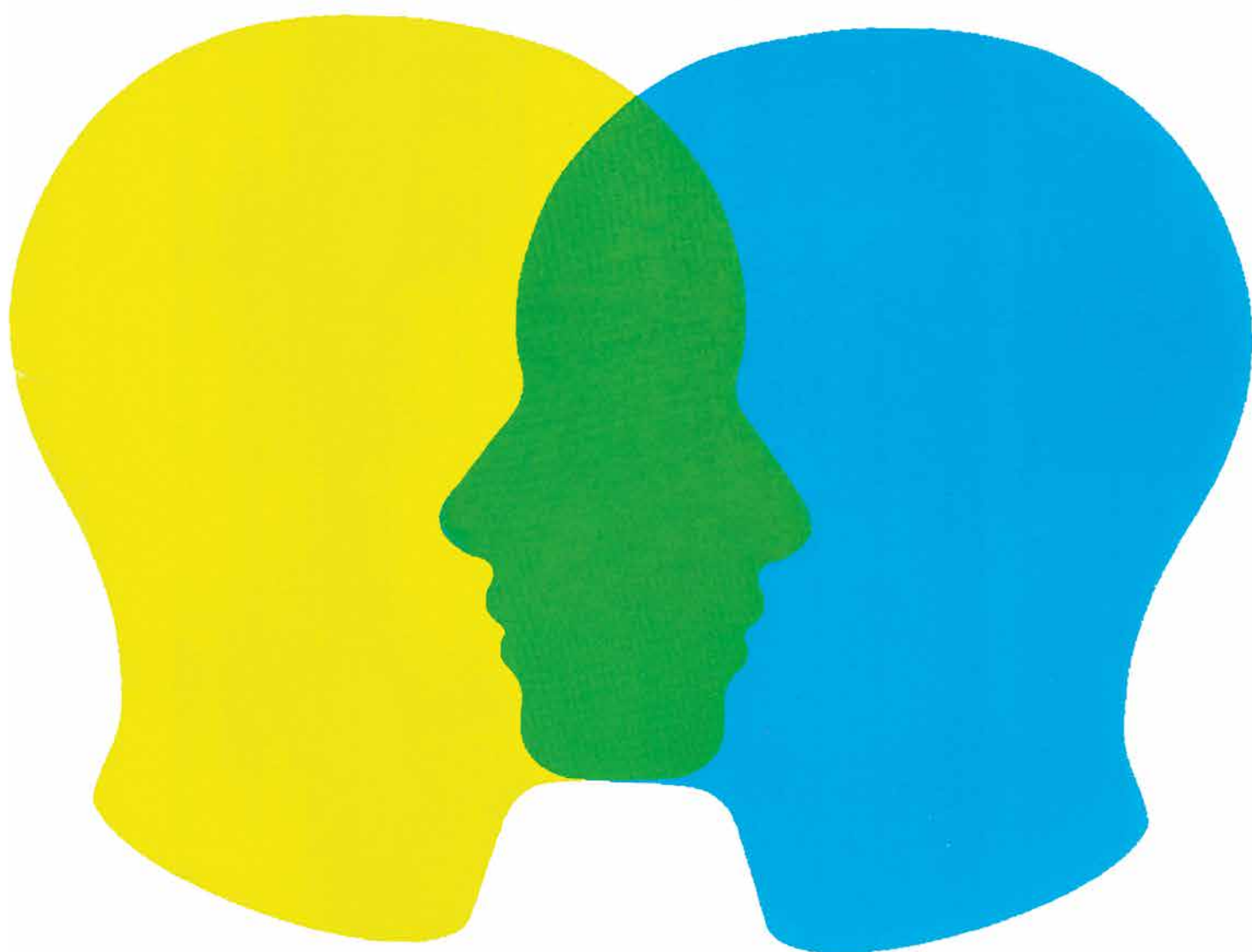


BIULETYN INFORMACYJNY NR 9 (320) • POZNAŃ, WRZESIEŃ 2021



WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA



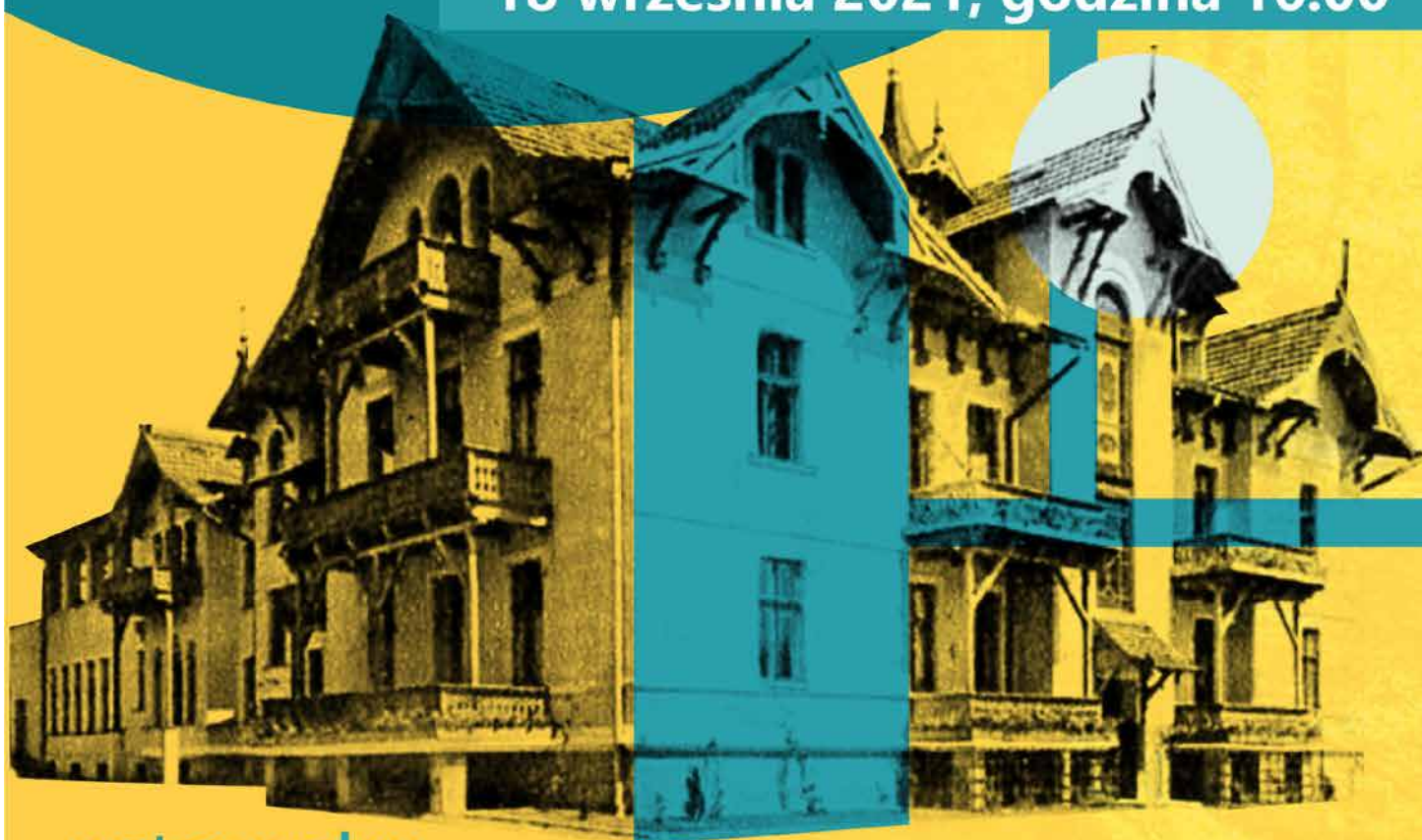
Już na początku XX w. leczono klimatem!

Dziedzictwo kultury materialnej Puszczykowa i okolic w obrazach/ impresjach artystów

WYSTAWA

Willa Mimoza
ul. Poznańska 26
Puszczykowo

18 września 2021, godzina 16.00



wstęp wolny

Diagnoza wstępna



Wakacje 2021

Siedzę nad polskim morzem – pogoda piękna, znalazłem zacienione miejsce, szumią drzewa, o brzeg uderzają fale, ciepłutko – jest pięknie. Kiedyś, dawno, dawno temu, w czasach studenckich trochę podróżowałem. Interesowała mnie starożytność – zobaczyć to, o czym się czytało, a jeszcze lepiej – pojechać tam i poczuć wzruszenie, gdy uświadomisz sobie, że TO było tu, tyle że 3000 lat temu... Wyjechać z Polski to nie była prosta sprawa. Trzeba było zdobyć paszport. Staranie o niego to była próba społecznej równości: szacowny profesor i biedny student – wszyscy musieli odstać swoje w długiej kolejce, bez gwarancji, że dostaną niebieską książeczkę... Prościej było wybrać się z biurem podróży. Ono załatwiało wszystkie formalności, łącznie z otrzymaniem wiz, co dla indywidualnego turysty nie było prostą sprawą...

Z Ewą, przyszłą żoną, postanowiliśmy, że w podróż poślubną pojedziemy do Egiptu, właśnie z biurem podróży. Problemy zaczęły się w samym biurze – z formalnościami. Zwyczajem było, że pokoje hotelowe po przylocie na miejsce rozdziela przewodniczka. Oczywiście z podziałem na płeć. Żadne tam kombinacje koedukacyjne. Przewodniczka głośno odczytywała nazwiska i przydzielała miejsce w pokoju, np. pani A i pani B. Pomyśl, żeby pani A i pan B byli zakwaterowani razem, nie wchodził w rachubę. Wszyscy słyszeli, wszyscy widzieli, kto z kim i czy to aby małżeństwo, i jeżeli nawet mąż z żoną, to czy ta żona to osobista. Dwa różne nazwiska w jednym pokoju hotelowym – wykluczone. Dziś brzmi to śmiesznie, ale w latach siedemdziesiątych tak było i było nie do przeskoczenia. „No ale my będziemy po ślubie” – próbowałem tłumaczyć. „Ale póki co nie jesteście” – panią w biurze była nieubłagana. W końcu instytucja dała się przekonać, że do wyjazdu będziemy oficjalnie mężem i żoną, aczkolwiek będziemy mieli paszporty na dwa różne nazwiska. Zgroza. Nie ulega wątpliwości, że ktoś pomógł – może sam Tutenchamon? Fakt, że pojechaliśmy, i to do jednego pokoju...

Z państwa faraonów wspomnienia mamy jak najlepsze. Głównie za sprawą bardzo miłej i kompetentnej przewodniczki, która turystyczne i historyczne informacje miała zapisane w notesiku i szeroko się nimi dzieliła. Udzielała też praktycznych informacji, np. w którym konkretnym miejscu wychodzą najlepsze zdjęcia... Miłe wspomnienia z państwa faraonów przerwały złe wiadomości, jakie w sierpniu zaczęły napływać z różnych miast kraju. Apogeum aktywności wykazywali antyszczepionkowcy, stanowiący nieszczęście dzisiejszej medycyny. Zorganizowali kilkanaście napadów (!) na placówki służby zdrowia wyspecjalizowane w wykonywaniu szczepień. Nie chodziło tym razem o wykrzykiwanie haseł „anty”. Napastnicy gotowi byli do rzucania kamieniami, wybijania szyb, niszczenia sprzętu, a nawet bicia personelu. Grozili, że jak nie skończymy z tymi idiotyzmami, to oni nie będą się patyczkować. To co? Będą zabijać!? Wszystko to było w telewizji. Trudno zrozumieć myślenie tych ludzi. Dla nich szczepionka to przekleństwo, więcej: to tak, jakby robiono im na złość, na przekór, szczepienia to tylko wredna propaganda. Jeżeli ktoś nie zgadza się z ich ideą, to tym gorzej dla niego. Najlepiej go unicestwić. Patrząc na gęby wygrażające w telewizorze, ogarniało człowieka przerażenie. Oni byli gotowi spełnić swoje groźby. W tym kraju to możliwe, i tylko dlatego, że ktoś myśli inaczej. Oto do czego dotarła nasza cywilizacja... Szaleństwo! Kto tam myśli o piramidach...

Andrzej Baszkowski

Spis treści

W oczekiwaniu na falę czwartą	4
Omówienie nadzwyczajnego posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej	5
Wspólny protest pracowników ochrony zdrowia	5
Przed nami trudne scenariusze	6
List otwarty prezesów izb lekarskich do Ministra Zdrowia	8
Działalność medyczna – czy musi być żonglerką w opresji ekonomicznej i prawnej? (czyli: między kunktatorstwem a misją)	9
Nowa jakość (?) w ochronie zdrowia	10
Otyłość – pandemia naszych czasów	12
W ostrowskim szpitalu powstanie nowoczesny blok operacyjny	14
Tutaj stanie CZSK. Dwa szpitale w jednym	15
Dostarczyli do komórek siatkówki zdrową kopię uszkodzonego genu	16
Zapraszamy na „Wtorkowe Spotkania Klubu Zdrowia” – w formie online	18
Dziedzictwo kultury materialnej Puszczykowa i okolic w obrazach	18
Z medycznej wokandy	19
Czy lekarze piastujący funkcje z wyboru w izbach lekarskich mogą być pociągnięci do odpowiedzialności zawodowej za ich działalność w samorządzie?	21
Pierwszy taki w Polsce	22
SHORT CUTS	23
Dawka informacji	24
SILVA RERUM MEDICARUM VETERUM	25
Stowarzyszenie cz. II	26
Założenie ekstremalnie optymistyczne	26
Światowy Dzień Serca	27
Egzamin z medycyny	28
Wspomnienie o Andrzeju Rakowskim	28
W Trzebnicy koło Wrocławia	29
Wiersze	30

Autorką grafiki jest Julia Kot. Przedstawiona odbitka pracy nie posiada tytułu, widoczne na niej sylwetki twarzy dwóch osób które nakładają się na siebie mają symbolizować podobieństwa między ludźmi, których nierzadko nie zauważamy. Praca wykonana jest metodą serigrafii - szerzej znanej jako sitodruk. Jest to technika w której formą drukową jest szablon nałożony na drobnie tkaną metalową siatkę. Wykonanie odbitki polega na przetłaczaniu farby przez matrycę, której podczas nasświetlania nadaje się odpowiedni wzór. Kolejno odbijając przygotowane matryce powstaje odbitka. Więcej prac autorki można obejrzeć na instagramowym profilu @radosne.bazgroly



Artur de Rosier
prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

Okiem prezesa...

W oczekiwaniu na falę czwartą

Wiecie, że w latach 2015–2017 powstał koordynowany przez *National University of Ireland*, warty 1,3 mln euro, projekt PANDEM (*Pandemic Risk and Emergency Management*)? Co najmniej na dwa lata przed wybuchem pandemii koronawirusa mówiono o zagrożeniu powrotem chorób zakaźnych z czasów, gdy nie stosowano jeszcze środków przeciwdrobnoustrojowych. Zdefiniowano czynniki sprzyjające pandemii: rozwinięta komunikacja międzynarodowa, duża gęstość zaludnienia, zagrożenie bioterroryzmem, oporność na leki przeciwbakteryjne i antywirusowe, wskazując jednocześnie na koordynację sektora bezpieczeństwa, obronności i zarządzania kryzysowego w celu udoskonalenia narzędzi i systemów wykorzystywanych przez opiekę zdrowotną, umożliwiających szybkie wykrywanie i łagodzenie skutków pandemii. Obecnie przygotowujemy się na nadejście czwartej fali, a grecki alfabet używa naukowcom kolejnych liter do oznakowania nowych wariantów wirusa – doszliśmy już do jedenastej literki „lambda”, którą oznaczono wirusa z Peru.

Opublikowano ponad 100 tys. artykułów związanych z COVID-19, nasza wiedza i doświadczenie w sposobach rozpoznawania, radzenia sobie i zapobiegania zarażeniu wzrastają. Tymczasem powoli zwiększa się liczba dobowych zakażeń koronawirusem i czwarta fala nieuchronnie zbliża się do nas. Wrzesień to czas powrotów z wakacji, w tym także z rejonów, gdzie już teraz rozprzestrzenienie wirusa jest większe niż w Polsce, no i we wrześniu dzieci mają wrócić do szkół. Program szczepień wyraźnie zwolnił przed wakacjami i w czasie urlopów. Czy zatem jesteśmy gotowi na czwartą falę? Wiemy, że ona nastąpi, że „dostępni” dla wirusa będą niezaszczepieni dorośli i dzieci. Poraża niefrasobliwość teorii „jakoś to będzie”. Mówi się o trzeciej dawce w niektórych branżach, rozważa się obowiązek szczepień, ograniczenia dla niezaszczepionych, a pracownicy szukają na świecie bezpiecznych miejsc i możliwości pracy zdalnej z odległej, niezainfekowanej plaży. Ci, którzy zostają, grożą buntem, że nie dadzą się zamknąć.

A my, medycy? Pamiętamy przeciążenie pracą, przekształcanie oddziałów w „covidowe”, kolejki karetek na podjazdach, respiratory, wysokoprzepływową tlenoterapię i umierających pacjentów. My mamy i chcemy robić „swoje”, to, na

czym się znamy i co do nas należy. Oczekujemy zapewnienia lecącym i leczonym bezpieczeństwa – tego fizycznego, by uniknąć agresji ze strony tych, którzy negują istnienie pandemii, ale też bezpieczeństwa dostępności sprzętu, leków, personelu, infrastruktury. Mówimy o tym w ogólnopolskim wspólnym proteście zawodów medycznych. W demokratycznym podziale kompetencji to medycy są tymi, którzy wskazują, co budzi nasz niepokój (inne słowa cisną się na usta, lecz nie wypada ich tu cytować), a zarządzający winni nam to zapewnić. Tymczasem w odpowiedzi na apel Prezydium (możecie się z nim zapoznać na s. 8) policja przesłuchiwała jego autorów.

Myśląc o czwartej fali i obawiając się nadchodzących ograniczeń i lockdownu, zdecydowaliśmy się zwołać zjazd delegatów i zorganizować obchody 100-lecia istnienia izb lekarskich. Jako jedyna izba w Polsce zwołaliśmy zjazd „na żywo”! No bo jak nie teraz, to kiedy? Dla lekarzy i lekarzy dentyistów z Wielkopolski to jedyna szansa, by w końcu podsumować to, co w izbie zdarzyło się w pandemii, podziękować tym, którzy wyróżnili się w zaangażowaniu w walce z wirusem, określić cele programowe izby i tuż przed nadejściem fali czwartej spróbować wskazać, jakie podjąć działania, by maksymalnie usprawnić pracę i zminimalizować skutki masowych zakażeń.

Skoro wiemy, że szczepienie co najmniej chroni przed ciężkim zachorowaniem, a bieżące statystyki wskazują, że chorują głównie niezaszczepieni, to czy nie winno się uznać propagowania postaw czynnie nakłaniających do nieszczepienia za przestępstwo?

Filozoficzna koncepcja oparta na zasadzie niekrzywdzenia, sformułowanej przez Johna Stuarta Milla, wskazuje, że wolność jednostki powinna być ograniczona w momencie, kiedy może przynieść szkodę innym osobom. To pokazuje, że każdy musi ograniczyć nieco swoją swobodę podczas pandemii, mimo że grupa najbardziej narażona na niebezpieczeństwo jest mniejszością. Doświadczenie skutków pandemii, jakie by one nie były, staje się źródłem refleksji o swoim miejscu w świecie i jego kruchej, pozornej stabilności. Tak więc „róbmy swoje”, a z ciężkich czasów postarajmy się też uczynić ścieżkę samorozwoju. Życzę Wam wytrwałości i zdrowia. Kiedy za miesiąc usiądę do kolejnego „Okiem prezesa”, będzie to inny, zapewne trudniejszy czas. ■

Omówienie nadzwyczajnego posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej w dniach 23–25 czerwca 2021 r.



ELŻBIETA MARCINKOWSKA
SEKRETARZ ORL WIL

Na wniosek Okręgowej Komisji Wyborczej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w dniach 23–25 czerwca 2021 r. zwołano nadzwyczajne posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej w celu zmiany uchwały w sprawie ustalenia liczby mandatów delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej IX kadencji przyjętej na poprzednim posiedzeniu ORL

w dniu 12 czerwca 2021 r. Powodem zmiany uchwały była konieczność dokonania korekty błędnie ustalonej liczby mandatów delegatów na OZL IX kadencji.

Aktualna zweryfikowana liczba mandatów delegatów na OZL IX kadencji wynosi 382. Stosowną uchwałę podjęto w trybie obiegowym za pomocą aplikacji do głosowania Glosuj.pl. ■

Apel PORL 004/2021

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 3 sierpnia 2021 r.

do Wojewody Wielkopolskiego i Komendanta Wojewódzkiego Policji w Poznaniu

Wobec powtarzających się w ostatnich dniach w Polsce agresywnych ataków przeciwników szczepień na pracowników ochrony zdrowia pracujących przy promocji, kwalifikacji i przeprowadzaniu szczepień przeciw COVID-19 apelujemy o zapewnienie bezpieczeństwa osobom szczepionym i szczepiącym się oraz o bezwzględne ukaranie osób, które zakłóciły przebieg pikniku laktacyjnego przed Ginekologo-Położniczym Szpitalem Klinicznym w Poznaniu.

Przyzwalanie na podobne incydenty, jak w Grodzisku Mazowieckim, Gdyni, Zamościu i Poznaniu, umacnia poza-

merytoryczne działania środowisk antyszczepionkowych, daje im poczucie bezkarności, co prowadzi do kolejnych skandalicznych zdarzeń z agresją czynną, niszczeniem mienia, podpaleniami, obraźliwym traktowaniem osób, które z poczuciem misji chronią zdrowie i życie ludzkie.

Nie można dopuścić do sytuacji, w której pracownicy ochrony zdrowia wykonujący szczepienia, a także osoby, które zdecydowały się zaszczepić, odczuwały lęk przed udaniem się do punktu szczepień w obawie przed napaścią ze strony agresorów. ■

SEKRETARZ

Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
lek. Elżbieta Marcinkowska

PREZES

Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
lek. Artur de Rosier

Wspólny protest pracowników ochrony zdrowia

Na 11 września 2021 r. w Warszawie zaplanowany został wspólny protest przedstawicieli samorządów zawodów medycznych i związków zawodowych zrzeszonych w branży ochrony zdrowia, w którym czynny udział biorą także przedstawiciele izb lekarskich.

Protest wpisuje się w ciągłość działań samorządu lekarskiego zmierzających do poprawy bezpieczeństwa pacjentów, czego nie osiągniemy bez poprawy warunków pracy lekarzy, lekarzy dentyistów, pielęgniarek i położnych, ratowników medycznych i innych pracowników ochrony zdrowia. Narastający chaos w sektorze ochrony zdrowia i brak spójnej wizji poprawy sytuacji ze strony Ministerstwa Zdrowia spowodowały całkowitą utratę zaufania do ministra zdrowia, dlatego teraz pilnie domagamy się spotkania z premierem. Nasz głos nie może być dłużej lekceważony. My nie chcemy protestować, chcemy leczyć. Chcemy robić „swoje”, to, na czym się znamy i co do nas należy. Oczekujemy zapewnienia leczącym i leczonym bezpieczeństwa dostępności sprzętu, leków, personelu, infrastruktury. W demokratycznym

podziale kompetencji to medycy są tymi, którzy wskazują na to, co budzi nasz niepokój, a rolą strony rządzącej jest wysłuchanie środowiska i zadbanie o odpowiednią legislację.

Postulujemy m.in. o znacznie szybszy niż planowany wzrost nakładów na system opieki zdrowotnej do wysokości nie 7%, ale 8% PKB, tak jak w krajach OECD, o zwiększenie liczby osób pracujących w systemie ochrony zdrowia do poziomów średnich w krajach OECD i UE, szczególnie w sytuacji starzenia się społeczeństwa i zwiększania się zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej, o poprawę dostępności pacjentów do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych. Oczekujemy ograniczenia biurokracji w pracy i poprawy jej warunków. Chcemy do pracy chodzić wypoczęci, a nie umierać z przepracowania w czasie dyżuru.

Zwracamy uwagę, że w proteście uczestniczą przedstawiciele zawodów medycznych, przy ogromnym wparciu całego środowiska medycznego. W chwili protestu świadczenia medyczne udzielane są nieprzerwanie naszym pacjentom, a protest śledzą nasze koleżanki i koledzy na dyżurach. ■

Przed nami trudne scenariusze

Na oficjalnej liście Światowej Organizacji Zdrowia jest dziesięć wariantów SARS-CoV-2. Trzy fale pandemii mamy za sobą. Co do czwartej eksperci – wirusolodzy nie mają wątpliwości. Ona nadejdzie, rzecz w tym, że dokładnie nie wiadomo kiedy i w jakiej skali. W tym kontekście bez wahania mówią: warto się zaszczepić. Nie zapewnimy sobie w ten sposób „nietykalności” wirusa, ale jeżeli już nas dotknie, to przebieg choroby będzie łagodny. Pierwsze badania w różnych krajach wyraźnie wskazują na wysoką odporność osób, które odbyły pełny cykl szczepień.

W Polsce w pełni zaszczepionych jest ponad 18 mln osób. Przebyliśmy drogę, która niespodziewanie się urwała. Najpierw brakowało terminów, szczepionek, potem był okres względnej równowagi, nawet komfortu co do wyboru preparatu, miejsca i czasu jego aplikacji. Nie bez przyczyny prognozowano zatem rychłe uzyskanie odporności populacyjnej. Optymizm wnet zakłócają informacje o gwałtownym spadku liczby szczepień, o rezygnacjach z drugiej dawki. Słowo „antyszczepionkowcy” coraz częściej dociera do nas z różnych stron i z różną siłą. Z czasem dochodzi nawet do fizycznej napaści na medyków, do podpalenia punktu szczepień, kierowania gróźb karalnych pod adresem lekarzy i pielęgniarek. Aż chce się zawołać: nie do wiary! A jednak. I nie są to bynajmniej jakieś pojedyncze przypadki.

Druga informacja, która zakłóca wcześniejszy optymizm, pochodzi od ekspertów z zespołu ds. COVID-19 przy prezesie PAN. Pod koniec czerwca ogłosili oni, że we wrześniu wariant Delta stanie się w Polsce większościowym, a to może skutkować koniecznością ponownego lockdownu. „To od nas zależy, jak wysoka będzie czwarta fala i czy sparaliżuje ona system ochrony zdrowia. Dlatego obecne uspokojenie sytuacji nie powinno osłabiać naszej czujności” – napisali m.in. w swoim apelu. Wnet dowiadujemy się, że...

...mieli rację

Z tym, że już w połowie sierpnia w niektórych rejonach Delta stanowiła nawet 90 proc. notowanych zakażeń. Coraz częściej słyszymy w tej sytuacji, że z czasem obostrzenia będą nieuniknione. Oficjalnie mówi się już wprost, że rząd pracuje nad ich scenariuszem, że mogą one być wprowadzane regionalnie. W pierwszej kolejności wskazuje się przy tym na województwa o najniższym wskaźniku całkowitych wyszczepień: podkarpackie, podlaskie, lubelskie. Minister zdrowia Adam Niedzielski zapowiedział, że jeśli dzienna liczba nowych przypadków zachorowań na COVID-19 w skali kraju przekroczy tysiąc, obostrzenia będą sukcesywnie wprowadzane. Tym bardziej że, jak się okazuje, Delta atakuje głównie osoby niezaszczepione. Nie dziwią zatem informacje, że wzorem innych europejskich krajów i u nas rozważane są opcje ograniczające ich dostęp do niektórych elementów codzienności. *Chcemy, aby pracodawcy mogli wiedzieć, który z pracowników jest zaszczepiony przeciw COVID-19* – informuje wiceminister zdrowia Waldemar Kraska. Projekt w tej sprawie jest już przygotowany, a resort zdrowia chce, aby był procedowany



Fot. istockphoto

na najbliższym posiedzeniu Sejmu. Lista miałaby mieć formę elektroniczną. W mediach znajdujemy sugestie, aby od niezaszczepionych wymagać testowania. Można oczekiwać, że wraz z przyrostem liczby zakażeń takich wiadomości będziemy otrzymywać więcej. A słychać, że każda metoda, która spowoduje, że większa liczba Polaków się zaszczepi, jest metodą dobrą, ponieważ jest to jedyna droga do wyjścia z pandemii.

Utrzymana zostaje gwarancja, że do końca września 2021 r. szczepionki będą bezpłatne. Nie mówi się o wysokości odpłatności, jednak wskazuje przy tym, że NFZ płaci przychodniom 60 zł za pojedyncze szczepienie.

Nikt z nas nie jest alfą i omegą, ale musimy szykować się na trudne scenariusze – mówi premier Mateusz Morawiecki. Są analizy, które wskazują nawet kilkanaście tysięcy zachorowań jesienią. To jest zarazem odpowiedź na pytanie: dlaczego nadal utrzymywane są w stanie gotowości niektóre szpitale tymczasowe? Premier zaapelował też: *Przezorny zawsze zaszczepiony. Mamy szczepionki, szczepmy się*. Przywołał w tym miejscu wypowiedź dr. Anthony’ego Fauci’ego, głównego epidemiologa USA, który ujawnił, że w Stanach Zjednoczonych ponad 99 proc. nowych zgonów na COVID-19 dotyczy osób niezaszczepionych.

Te i inne apele zderzają się ze stanem, nazwałbym go, samouspokojenia. W różnych miejscach i środowiskach obserwujemy 3 x B: brak dystansu, brak maseczek w zamkniętych pomieszczeniach, brak dezynfekcji rąk. Na tym tle dochodzi też do konfliktów, agresywnych zachowań. Rośnie społeczna presja na zdecydowane działania instytucji państwa, zapewnienie ochrony tym, którzy zawodowo uczestniczą w Narodowym Programie Szczepień i tym, którzy zdecydowali się zeń skorzystać.

Trzecia szczepionka?

Przedstawiciele koncernu Pfizer oświadczyli, że wnet podadzą do wiadomości szczegóły badań i testów trzeciej dawki szczepionki przeciw koronawirusowi, którą nazwali „booster”. Gwarantują zarazem, że już dwie dawki jego szczepionki umożliwiają nabycie stuprocentowej odporności przeciw wirusowi, ale zarazem nie wykluczają, że być może nowe warianty koronawirusa (w tym Delta) będą wymagały trzeciej dawki. Trzecia dawka szczepionki ma zwiększyć liczbę przeciwciał w organizmie zaszczepionej osoby pięć-, a nawet dziesięciokrotnie.

RMF FM informuje, że Ministerstwo Zdrowia poważnie rozważa podawanie dodatkowej dawki jedynie wąskiej grupie pa-

cientów, najbardziej narażonych na ciężki przebieg COVID-19. To przede wszystkim seniorzy i osoby z poważnymi chorobami. *Szczepienie, które przeszły te osoby, po jakimś czasie trzeba wzmocnić, trzeba je przypomnieć. Jeśli wdrożymy to rozwiązanie, wskażemy na pewno wybrane grupy, które będą musiały przyjmować trzecią dawkę. To na razie jest w kwestii decyzji rządowej Rady Medycznej – powiedział w rozmowie z tą stacją wiceminister zdrowia Waldemar Kraska.*

Kilka dni później, też na antenie RMF FM, wątpliwością w tej sprawie dzieli się minister: *Nie ma cały czas badań, które by pokazywały przyrost skuteczności, czyli pewną wartość dodaną wynikającą ze zderzenia się z nowymi mutacjami wirusa. Dopóki badania nie wykażą, że trzecia dawka, która prawdopodobnie musiałaby być zmodyfikowana, a nie będąca prostym powtórzeniem, będzie w lepszy sposób, niż w tej chwili zabezpieczała przed nowymi mutacjami, to można powiedzieć, że wartość dodana takiej operacji jest bardzo niewielka. Staram się wyważyć, ile jest w tym wartości dodanej dla zdrowia publicznego, a ile jest w tym interesu firm farmaceutycznych, które chcą sprzedać więcej.*

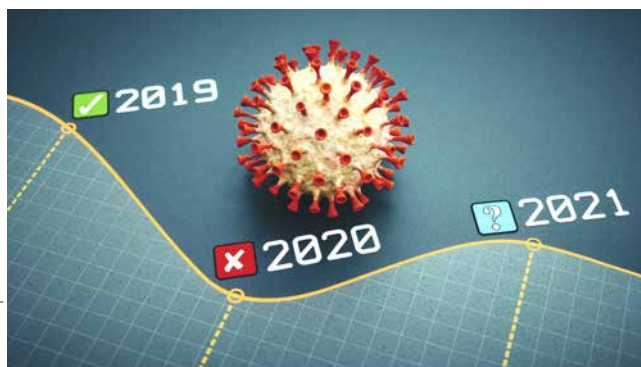
Powtarza to w rozmowie z tygodnikiem „Wprost”, mówi, że „jest sceptyczny w temacie trzeciej dawki w najbliższym czasie” i dodaje: *Muszę znać poważne argumenty, że realizujemy interes pacjentów, a nie firm farmaceutycznych.*

Woda na młyn

To ostatnie zdanie niemal natychmiast wzbudza dyskurs w środowisku medycznym i ostrą krytykę A. Niedzielskiego. *Jeżeli minister zdrowia w niemal 40-milionowym kraju nie ma zaawansowanej wiedzy medycznej w zakresie procesów immunologicznych oraz wiedzy na temat tego, komu, kiedy i w jakim schemacie powinno się podawać trzecią dawkę szczepionki, a przy tym podważa opinię ekspertów, to jest skandal – komentuje dla serwisu Medonet.pl dr Bartosz Fiałek, przewodniczący regionu kujawsko-pomorskiego OZZL. Jeżeli ekonomista kwestionuje zalecenia profesorów i lekarzy zasiadających w Radzie Medycznej, sugerując przy tym, że oni mogą podejmować decyzje nie w oparciu o dobro pacjenta, a w interesie firm farmaceutycznych, to już jest skandal na skalę światową i taka osoba powinna się podać, w mojej ocenie, do dymisji w trybie natychmiastowym. To woda na młyn dla przeciwników szczepień.*

Małgorzata Solecka (Tygodnikpowszechny.pl) pisze: „To jeden z kluczowych argumentów antyszczepionkowców: szczepienia przeciw COVID-19 to wymysł przemysłu farmaceutycznego, który jest wręcz oskarżany o rozpętanie «pandemii» w celu uzyskania jak największych korzyści. Minister swoją (trzeba wierzyć) nieprzemyślaną wypowiedzią daje antyszczepionkowcom potężną broń. Jeśli bowiem lekarze i eksperci podejmują decyzje korzystne dla «BigPharmy» w sprawie trzecich dawek, kto da gwarancję, że tym samym nie kierowali się przy podejmowaniu innych decyzji? W ostatnich dniach antyszczepionkowcy zaatakowali fizycznie kilka punktów szczepień, jeden podpalamo. Słowa mają taką samą moc destrukcyjną jak pięści czy ogień. A biorąc pod uwagę, kto je wypowiada – siła rażenia jest nieporównywalnie większa”.

Tymczasem dyrektor generalny Światowej Organizacji Zdrowia Tedros Adhanom Ghebreyesus apeluje, aby szczepienia, które miałyby wzmocnić działania wcześniejszych, zawiesić do czasu, w którym co najmniej 10 proc. populacji



Fot. istockphoto

Dyrektor generalny Światowej Organizacji Zdrowia Tedros Adhanom Ghebreyesus apeluje, aby szczepienia, które miałyby wzmocnić działania wcześniejszych, zawiesić do czasu, w którym co najmniej 10 proc. populacji w każdym kraju zostanie zaszczepione. W ten sposób można by się przeciwstawić coraz bardziej nierównemu poziomowi szczepień na świecie.

w każdym kraju zostanie zaszczepione. W ten sposób można by się przeciwstawić coraz bardziej nierównemu poziomowi szczepień na świecie.

Nowy lek

Media informują, u ponad 97 proc. chorych na COVID-19 w Zjednoczonych Emiratach Arabskich (ZEA) uzyskana została poprawa w ciągu co najmniej pięciu dni po zastosowaniu Sotrovimabu. Jest to nowy lek przeciwwirusowy oparty na przeciwciałach klonalnych, opracowany przez firmy GlaxoSmithKline i Vir Biotechnology. Od 16 do 29 czerwca podano go 659 pacjentom z COVID-19, z których ok. 59 proc. miało 50 lat lub więcej. Należeli oni do grup ryzyka z powodu chorób współistniejących (otyłość, nowotwór, choroby nerek, układu krążenia, płuc, alergie, cukrzyca, nadciśnienie). Wcześniej Sotrovimab został również zatwierdzony do użytku w sytuacjach awaryjnych przez amerykańską Agencję ds. Żywności i Leków (FDA).

Europejska Agencja Leków poinformowała, że Komitet ds. Produktów Leczniczych Stosowanych u Ludzi (CHMP) EMA zakończył przegląd dotyczący stosowania przeciwciała monoklonalnego Sotrovimab (znanego również VIR-7831 i GSK4182136) w leczeniu pacjentów z COVID-19. Przegląd ten został podjęty w celu dostarczenia zharmonizowanej opinii naukowej na poziomie UE w celu wsparcia krajowego procesu decyzyjnego w sprawie możliwego zastosowania przeciwciała przed dopuszczeniem do obrotu.

Agencja stwierdziła, że Sotrovimab może być stosowany w leczeniu potwierdzonego COVID-19 u dorosłych i młodzieży (w wieku 12 lat i powyżej i o masie ciała co najmniej 40 kg), którzy nie wymagają dodatkowej tlenoterapii i którzy są zagrożeni progresją do ciężkiego przebiegu COVID-19. EMA wydała rekomendacje po przeglądzie danych, w tym danych dotyczących jakości i badania wpływu Sotrovimabu u dorosłych pacjentów ambulatoryjnych z łagodnymi objawami COVID-19, którzy nie potrzebują podania dodatkowego tlenu. Producent podaje: Sotrovimab podaje się dożylnie, ►

- ▶ w ilości 500 mg. Występuje w postaci jałowego, bezbarwnego lub żółtobrazowego roztworu i nie zawiera środków konserwujących. Nienaruszone fiołki muszą być przechowywane w lodówce, w temperaturze od 2 do 8 stopni Celsjusza. Lek należy też chronić przed światłem, więc powinien być przechowywany w oryginalnych, oddzielnych pudełkach.

Szczepmy się

To wezwanie z różnym stron i na różne sposoby dociera do nas codziennie z mediów. Niestety jego skuteczność daleka jest od spodziewanej. Co więcej, utrzymuje się tendencja spadku chęci przyjęcia szczepionki przeciw COVID-19. W pierwszym tygodniu sierpnia Agencja Badawcza Inquiry pytała o to Polaków. Serwis Medonet.pl publikuje wyniki:

- 40 proc. Polaków deklaruje obawę przed zarażeniem się koronawirusem – jest to wynik o 2 punkty procentowe wyższy niż przed tygodniem i o 4 punkty procentowe wyższy niż przed miesiącem.
- Odsetek osób, które wskazują wprost, że nie boją się zarażenia, wynosi aktualnie 45 proc. – w poprzednim tygodniu wynik był identyczny.
- Tylko 32 proc. spośród niezaszczepionych Polaków deklaruje chęć skorzystania ze szczepionki – jest to wynik o 8 punktów procentowych niższy w porównaniu z poprzednim pomiarem. Największy spadek chęci do zaszczepienia odnotowano wśród dwóch grup wiekowych: wśród osób w wieku 35–44 lata (spadek o 13 punktów procentowych w porównaniu z poprzednim pomiarem) oraz wśród najmłodszych w wieku 18–24 lata (spadek o 10 punktów procentowych).
- Powodem, dla którego osoby, które nie zamierzają się zaszczepić, mogłyby zmienić swoją decyzję, niezmiennie jest gwarancja odszkodowania w przypadku wystąpienia ciężkich działań niepożądanych. Taką odpowiedź zaznaczyło 35 proc. osób badanych (o 2 punkty procentowe mniej niż przed miesiącem). Na drugim miejscu ponownie znalazła się dokładna informacja o częstotliwości występowania działań niepożądanych (29 proc. wskazań obecnie i 30 proc. poprzednio). Wciąż taki sam odsetek osób odpowiada, że nie ma takiej rzeczy, która mogłaby zachęcić do zaszczepienia się (43 proc. wskazań).

Według danych z 15 sierpnia 2021 r. liczba osób w pełni zaszczepionych – preparatem J&J lub dwiema dawkami innych dopuszczonych w UE szczepionek – wynosi 18 156 083. Statystyka SARS-CoV-2 wykazuje u nas na ten dzień: 2 885 333 potwierdzone przypadki zakażeń, 2 655 313 osób, które wyzdrowiały, 75 299 ofiar śmiertelnych. Wykonanych zostało 19 181 429 testów. Liczba zajętych łóżek – 318, respiratorów – 45.

Dziennie można by zaszczepić w Polsce 700 tys. osób. Wobec tak znacznego braku chętnych, mając zarazem na uwadze terminy przydatności szczepionek przeciw COVID-19, sprzedajemy je innym krajom. W połowie sierpnia Australia zakupiła 1 mln dawek szczepionki Pfizera, Hiszpania 2,4 mln Pfizera, Portugalia 600 tys. Pfizera, Norwegia 1 mln Moderny, a Ukraina 650 tys. AstraZeneki.

Totalizator Sportowy poinformował, że do 4 sierpnia w Loterii Narodowego Programu Szczepień zarejestrowało się ponad 3 300 000 osób. Nagrody zwolnione są z podatku dochodowego, zarówno wygrane natychmiastowe (200 zł, 500 zł), jak i nagrody w postaci hulajnóg, samochodów lub gotówek (50 tys. zł, 100 tys. zł, 1 mln zł).

Świadczenie kompensacyjne

Ministerstwo Zdrowia informuje: „Pacjenci, u których wystąpią niepożądane działania po podaniu szczepionki, będą mogli uzyskać świadczenie pieniężne. Zapewni to utworzony przez rząd Fundusz Kompensacyjny Szczepień Ochronnych. Rada Ministrów przyjęła projekt ustawy powołujący Fundusz Kompensacyjny Szczepień Ochronnych. Projekt ustawy o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz niektórych innych ustaw, przedłożony przez ministra zdrowia, przewiduje, że świadczenia kompensacyjne będą przyznawane na podstawie decyzji Rzecznika Praw Pacjenta.

Świadczenie kompensacyjne będzie przysługiwało:

- w przypadku wystąpienia działań niepożądanych wymienionych w Charakterystyce Produktu Leczniczego podanej szczepionki lub szczepionek, które spowodowały hospitalizację przez okres nie krótszy niż 14 dni;
- w przypadku wystąpienia wstrząsu anafilaktycznego powodującego konieczność obserwacji na szpitalnym oddziale ratunkowym albo izbie przyjęć lub hospitalizacji przez okres do 14 dni.

Świadczenie będzie miało charakter zryczałtowanej kwoty, a jej wysokość będzie przede wszystkim zależała od długości okresu hospitalizacji. Przykładowo, w przypadku obserwacji na szpitalnym oddziale ratunkowym lub izbie przyjęć w związku z wystąpieniem wstrząsu anafilaktycznego – 3 tys. zł. W przypadku hospitalizacji w związku z wystąpieniem wstrząsu anafilaktycznego trwającej krócej niż 14 dni będzie to kwota 10 tys. zł, a w przypadku hospitalizacji trwającej od 14 dni do 30 dni – od 10 tys. zł do 20 tys. zł.

Elementem świadczenia mogą być także koszty dalszego leczenia lub rehabilitacji po zakończeniu przez pacjenta hospitalizacji do wysokości 10 tys. zł. Limit świadczenia kompensacyjnego wyniesie 100 tys. zł”.

ANDRZEJ PIECHOCKI

List otwarty prezesów izb lekarskich do Ministra Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze,

w związku z Pana wypowiedzią z dnia 05.08.2021 r. dotyczącą ewentualnej trzeciej dawki szczepienia przeciwko COVID-19 uprzejmie przypominamy, że za zakup szczepionek i gospodarkę nimi odpowiada bezpośrednio rząd, a nie lekarze. A próbę podważania autorytetu polskich lekarzy w kontekście znacznego wyhamowania programu szczepień i nadchodzącej czwartej fali koronawirusa uznać należy za działalność wysoce szkodliwą.

W imieniu Konwentu Prezesów ORL: przewodnicząca – dr n. med. Magda Wiśniewska

Działalność medyczna – czy musi być żonglerką w opresji ekonomicznej i prawnej? (czyli: między kunktatorstwem a misją)

Od czasu, gdy w rozwoju medycyny pojawiły się inne – większe – koszty udzielanych świadczeń niż wyłącznie praca lekarska, pielęgniarska, farmaceutyczna oraz drobne koszty medykamentów, wdziera się w jej rzeczywistość coraz dobitniej aspekt ekonomiczny, a także prawny. Im większe koszty medycyny, tym większy wpływ tych dwóch rzeczywistości. Jako medycy podlegamy ciągłej – coraz bardziej wyrazistej – opresji ekonomicznej i prawnej. Oczywiście będąc też beneficjentami jednych czy drugich regulacji.

Współczesna medycyna to olbrzymie koszty. Nie tylko infrastruktury i płac, ale przede wszystkim leków i wyrobów medycznych. Przemysł jednych i drugich stanowi nie tylko swoją potęgę, lecz jest także narzędziem wpływów na medycznych decydentów. Rosnącym kosztem, które zawsze dostosowują się do zamożności danego społeczeństwa, towarzyszy ryzyko coraz większej interwencji w medyczne postępowanie. Jeśli chodzi o dobro publiczne, może ona być uprawniona. Gorzej, gdy do głosu dochodzą racje ambicjonalne, złe pojęte racje zarządcze czy brak dalekosiężnej strategii.

Ten interwencjonizm ma często charakter inteligentnego i pełnego kultury towarzyszenia, podszyty jest jednak często obcesowością i podkreśleniami prymatu ekonomii czy prawa nad medycyną. Stąd niepokoje i częsty rozdźwięk między kadrami zarządzającymi a medycznymi. Okazuje się, że wcale nieczęsto udaje się budować harmonię zarządczą w oparciu o racjonalnie wysłuchiwanie racje medyczne.

Dla naszej medycznej rzeczywistości ważne jest uszanowanie reguł ekonomii i prawa (oczywiście, o ile jest ono racjonalnie stanowione, a nie pod kątem partykularnych interesów). Częstym argumentem dyrekcji szpitali jest zarzut czyniony medykom, że mamy pokusę działania ponad prawem i ekonomią. Te zarzuty są nawet nieraz zupełnie uprawnione, choć czasami ryzykują przekształcaniem się w swego rodzaju butę zarządczą. Stąd musimy być świadomi ograniczeń finansowych i prawnych, szanując je. Jednakże nie możemy sobie pozwolić na opresję szafowania argumentami ekonomicznymi, a nawet prawnymi, bez uwzględniania – najważniejszych przecież – racji medycznych. Nie mogą dyktować skomplikowanych procesów funkcjonowania szpitala czy innej medycznej działalności wyłącznie słupki, które „muszą się zgadzać”. Szpital czy inna działalność musi się oczywiście bilansować i zachować stabilność – do czego zarządzający powinni dążyć – ale przede wszystkim w gonieniu za wynikiem finansowym powinni pamiętać o misji, jaką jest dbanie o powierzone zdrowie i życie naszych pacjentów, a także odpowiedzialność za pracowników szpitali. To musi się także pojawiać w retoryce zarządczej.

Publiczny płatnik przekazuje środki finansowe, które – jako element składki będącej efektem konsensusu społecznego i decyzji ekonomiczno-politycznych – mają zapewnić możliwie optymalną i przyjazną dla pacjentów opiekę medyczną. Brakuje rozważania rozwiązywania problemów opieki zdrowotnej w takim właśnie kontekście. Sam osobiście doświadczyłem i wiem, że w szpitalu niekoniecznie musi się wszystko opłacać. Jest to pewnik. Czasami trzeba (i warto!) wychodzić przed szereg, podejmując się działań ekonomicznie wątpliwych i ryzykownych, jednakże z braniem pod uwagę ewi-

dentnego interesu pacjentów czy społecznego, by zapewnić im możliwie najlepszą opiekę – holistyczną.

Tym bardziej zdecydowanie mogę wyrazić, że wiem, że takie – nie do końca logiczne z punktu widzenia ekonomicznego – działania mogą stawać się naszą powinnością, przy zachowaniu oczywiście właściwej odpowiedzialności.



SZCZEPAN COFTA

Ktoś może powiedzieć, że nie opłaca się wykonywanie kolonoskopii – o ile trzeba – w krótkiej sedacji. Ktoś inny może powiedzieć, że na przykład poradnia bólu czy mukowiscydozy się nie opłaca, jak i szereg innych poradni. Powszechne wśród zarządzających jest wypieranie się kompleksowości udzielanych świadczeń z dążeniem do podejścia proceduralnego, wynikającego ze sposobu kontraktowania. Częstym głosem jest, że nie opłaca się udzielać urlopów szkoleniowych czy przyzwalać na pogłębione kształcenie, gdyż trudno ich efekty uchwycić w strategii długoterminowej.

Niestety obserwując wiele przejawów medycznej rzeczywistości, co raportowane jest też przez znajomych pracujących w różnych obszarach, spotykamy się z ryzykiem swego rodzaju menedżerskiego cwaniactwa czy kunktatorstwa, w którym racje ekonomiczne ryzykują brakiem szacunku do racji medycznych. Pieniądze od płatnika – co należy podkreślić – otrzymujemy dla rozważnego udzielania świadczeń i ich optymalizacji, a nie dla zarządczych ekwilibrystyk.

Jestem głęboko przekonany, że można zarządzać szpitalami i innymi tzw. podmiotami leczniczymi z uważnością i pochyleniem ku pacjentom poddanym naszej pieczy, a jednocześnie z zachowaniem – na ile można – kompleksowości przy dotrzymaniu racjonalności ekonomicznej i prawnej. Urywana i wyrwykowa opieka medyczna musi być przeobrażana – przy każdej modyfikacji systemu – w opiekę kompleksową. Niedawno wprowadzono pojęcie zarządzania w medycynie na kanwie wartości. Za twórcę idei VBHC (*Value Based Health Care*) uważa się Michaela Portera, który zaproponował, aby analizować opiekę w kontekście zarówno osiągniętych wyników, jak i kosztów poniesionych na leczenie. W takim rozumieniu wartość traktuje się jako osiągnięte wyniki: uzyskaną z punktu widzenia klinicznego poprawę stanu zdrowia, samopoczucia czy też jakości życia pacjenta, przy użyciu jak najmniejszej ilości zasobów. Ta strategia może być wykorzystana nie tylko w postępowaniu leczniczym, ale także w całym procesie opieki nad pacjentem, także w profilaktyce chorób oraz rehabilitacji.

Rozszerzmy jednak to dążenie. Chodzi o działanie w kontekście szeroko pojętych wartości, którymi są: bezpieczeństwo pacjentów, optymalny komfort udzielanych świadczeń medycznych, opieka – na ile można kompleksowa i holistyczna. Warto tworzyć taką właśnie opiekę medyczną i w takim dziele współuczestniczyć.

Istotne jest ponadto, aby nie dać się stłumić pokusom dominacji fiskalizmu czy nieuprawnionej opresji prawnej, ale także swego rodzaju korporacjonizmowi. Leczenie ze swadą, nawet pewną medyczną fantazją – opartą na najlepszych wzorcach medycznych i zarządczych – nie tylko się opłaca, ale ma najgłębszy możliwy sens w misji, w której realizację powinniśmy się włączać i ją współtworzyć. ■

Nowa jakość (?) w ochronie zdrowia

W samym środku wakacji minister zdrowia podczas konferencji zapowiedział skierowanie do konsultacji publicznych projektu jednej z najważniejszych w sektorze ochrony zdrowia i długo oczekiwanych ustaw – *ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta*. Jakość będzie mierzona przez wskaźniki odnoszące się do trzech obszarów: klinicznego, konsumenckiego i zarządczego. Już teraz warto przyjrzeć się proponowanym rozwiązaniom, które znacząco mogą zmienić funkcjonowanie podmiotów leczniczych i zatrudnionego w nich personelu medycznego.



Sława Maćkowiak,
Kancelaria Prawna
AUCTORITAS



Dr Marcin Śliwka,
Centrum Zarządzania
Ryzykiem Medycznym
MEDRISK

Przedmiotem uregulowania będzie wprowadzenie rozwiązań w zakresie:

- 1) autoryzacji podmiotów wykonujących działalność leczniczą (szpitale);
- 2) monitorowania zdarzeń niepożądanych;
- 3) usprawnienia akredytacji w ochronie zdrowia;
- 4) usprawnienia wypłaty pacjentom rekompensat za zdarzenia medyczne;
- 5) tworzenia i prowadzenia rejestrów medycznych.

Rekomendacje te mają na celu wdrożenie rozwiązań prawno-organizacyjnych, które w sposób kompleksowy i skoordynowany będą realizowały priorytety polityki zdrowotnej w obszarze jakości.

1. Autoryzacja podmiotów wykonujących działalność leczniczą (szpitale)

Autoryzacja ma na celu zapewnienie stałego spełniania przez podmioty udzielające świadczeń opieki zdrowotnej (w rodzaju świadczeń szpitalnych finansowanych ze środków publicznych) wymagań dla świadczeń gwarantowanych. Autoryzacji udzielać będą dyrektorzy Oddziałów Wojewódzkich NFZ w formie decyzji administracyjnej na wniosek podmiotów podlegających autoryzacji na okres 5 lat. Minister Zdrowia wyznaczy kryteria autoryzacji i sposoby ich oceny w drodze rozporządzenia. Przewidziano okres przejściowy dla podmiotów podlegających autoryzacji na dostosowanie do kryteriów autoryzacji do 2 lat od wejścia w życie ustawy, w którym autoryzacja będzie udzielana warunkowo na okres 1 roku. Posiadanie autoryzacji będzie warunkowało uczestnictwo szpitala w „sieci szpitali”.

2. Wewnętrzny system zapewnienia jakości i bezpieczeństwa

Na bazie 10-letnich doświadczeń i wniosków z systemu akredytacji w ochronie zdrowia zaproponowano wdrożenie obowiązkowego rejestrowania zdarzeń niepożądanych w szpitalach. Założenia dla systemu oparto na najlepszych dobrych praktykach w tym zakresie innych państw, jak również rekomendacjach Światowej Organizacji Zdrowia. Dotychczas w ramach systemu akredytacji w ochronie zdrowia monitorowanie zdarzeń niepożądanych było prowadzone wyłącznie na poziomie szpitali. W projektowanym obowiązkowym systemie przewidziano nadzór NFZ, co czyni go systemem dwupoziomowym:

- a) wewnętrzny – rejestr zdarzeń niepożądanych prowadzony przez szpital,
- b) zewnętrzny – rejestr centralny prowadzony przez NFZ.

W ramach systemu podmioty będą zobowiązane m.in. do:

- a) wyznaczenia osoby odpowiedzialnej za prowadzenie wewnętrznego systemu zapewnienia jakości i bezpieczeństwa,
- b) opracowania standardowych procedur operacyjnych (SOP),
- c) wdrażania rozwiązań służących identyfikacji i zarządzaniu ryzykiem zdrowotnym, w tym prowadzenia analiz identyfikujących zagrożenia,
- d) identyfikowania priorytetowych obszarów do poprawy jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- e) monitorowania niezgodności ze standardowymi procedurami operacyjnymi, w tym zgłaszania oraz prowadzenia analiz występowania niezgodności,
- f) monitorowania zdarzeń niepożądanych, w tym identyfikowania i zgłaszania zdarzeń niepożądanych, rejestrowania zdarzeń niepożądanych, oceny zdarzeń niepożądanych według skali prawdopodobieństwa i ciężkości, opracowania analizy przyczyn zdarzeń niepożądanych oraz wniosków i zaleceń z tej analizy,
- g) wdrażania działań niezbędnych do poprawy jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń zdrowotnych na podstawie wyników analiz,
- h) opracowywania i wdrożenia rozwiązań ograniczających występowanie analogicznych zdarzeń niepożądanych w przyszłości,
- i) przekazywania informacji o zdarzeniach niepożądanych do NFZ.

Zakłada się, że szpitale w ramach raportów jakości będą publikowały informacje o liczbie zdarzeń niepożądanych oraz wdrożonych działaniach korygujących i naprawczych. W projekcie ustawy brak wytycznych, jakie aspekty ryzyka działalności należy nadzorować. Kryteria i zakres wymaganej analizy ryzyka ocenianej w podmiotach powinny zostać określone jednolicie. Nietrudno wyobrazić sobie sytuację, gdy jeden podmiot ustawi je sobie na niskim poziomie i będzie się szczylił osiągnięciem wysokich wskaźników, a inny postawi tę porzeczkę bardzo wysoko i w raportach statystycznych wypadnie słabo. Zakłada się, że dane osobowe osób zgłaszających zdarzenia niepożądane w powiązaniu z danymi identyfikującymi konkretne zdarzenie niepożądane, a także wszelkie informacje zgromadzone w ramach analizy przyczyn zdarzeń niepożądanych nie będą podlegały udostępnieniu. Nie będzie sankcji wobec personelu medycznego w związku ze zgłoszeniem zdarzenia niepożadanego, co nie oznacza braku odpowiedzialności w przypadku działań na szkodę pacjenta.

Ponadto minimum raz w roku mają być publikowane przez świadczeniodawcę raporty z ankietowych badań opinii i doświadczeń pacjentów zbieranych po pobycie w szpitalu.

3. Akredytacja w ochronie zdrowia udzielana przez NFZ

Fakultatywna zewnętrzna ocena jakości w ochronie zdrowia ma być dokonywana przez Narodowy Fundusz Zdrowia, przy jednoczesnej likwidacji Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Obecnie podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może wystąpić do Ministra Zdrowia, za pośrednictwem Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, z wnioskiem o udzielenie akredytacji. Akredytacji udziela się na podstawie rekomendacji Rady Akredytacyjnej okres 3 lat w formie certyfikatu akredytacyjnego. Projekt ustawy zakłada poszerzenie zadań Narodowego Funduszu Zdrowia o ocenę jakości świadczeń finansowanych ze środków publicznych oraz powiązanie tej oceny z systemem finansowania świadczeń ze środków publicznych. Pomyślnie uznali taki model za naturalną konsekwencję tego założenia i delegowanie do Narodowego Funduszu Zdrowia zadań związanych z akredytacją w ochronie zdrowia. Zakłada się, że możliwe będzie zwiększenie liczby podmiotów akredytowanych i realizowanych przeglądów akredytacyjnych, skrócenie czasu oczekiwania na przeprowadzenie przeglądu akredytacyjnego oraz poszerzenie systemu akredytacji o nowe obszary.

4. System świadczeń kompensacyjnych dla poszkodowanych pacjentów

Proponuje się wprowadzenie dwuinstancyjnego, pozasądowego systemu rekompensaty szkód z tytułu zdarzeń medycznych (bez orzekania o winie), obsługiwanego przez Rzecznika Praw Pacjenta (likwidacja Wojewódzkich Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych) oraz powołanie Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych finansowanego ze składki zdrowotnej.

Wysokość świadczenia kompensacyjnego z tytułu jednego zdarzenia medycznego w przypadku zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym lub uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia – od 2 tys. zł do 200 tys. zł; śmierci pacjenta – od 20 tys. zł do 100 tys. zł.

5. Nadzór nad prowadzeniem rejestrów medycznych

Uregulowanie kwestii systemowego monitorowania jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych ma pozwolić na poprawę skuteczności diagnostyki i leczenia przez systematyczną ocenę klinicznych wskaźników jakości, oraz bezpieczeństwa i satysfakcji pacjenta poprzez rejestrowanie i monitorowanie zdarzeń niepożądanych.

Zamiast podsumowania

Powrót do prac nad ustawą o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta niewątpliwie zasługuje na uznanie i może być pierwszym krokiem w kierunku odejścia od kultury winy i represji, tak głęboko zakorzenionej w polskim systemie prawnym. Wydaje się jednak, iż podjętym pracom towarzyszy zbyt duży pośpiech, co źle wpłynie na jakość procesu legislacyjnego. Planuje się, że ustawa wejdzie w życie już z dniem 1 stycznia 2022 r. Tymczasem zakres pla-

nowanych zmian jest bardzo szeroki, co wymagałoby czasu na niezbędną refleksję. Uwaga ta dotyczy przede wszystkim konstrukcji systemu świadczeń kompensacyjnych dla poszkodowanych w wyniku zdarzenia medycznego. Doświadczenia, które nabyliśmy przy okazji wdrażania przepisów regulujących postępowanie przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, wyraźnie wskazują, iż zagadnieniom związanym z kompensacją szkód medycznych należy poświęcić więcej czasu i uwagi¹.

Poważne wątpliwości wzbudza chociażby zakres pojęcia „zdarzenie medyczne”, od którego ustawodawca uzależnia możliwość przyznania świadczenia kompensacyjnego. Zgodnie z projektem jest nim zdarzenie niepożądane, o ile z wy-

Powrót do prac nad ustawą o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta niewątpliwie zasługuje na uznanie i może być pierwszym krokiem w kierunku odejścia od kultury winy i represji, tak głęboko zakorzenionej w polskim systemie prawnym.

sokim prawdopodobieństwem mogło być ono następstwem: nieprawidłowej lub opóźnionej diagnozy; leczenia niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną lub bez zachowania należytej staranności albo też jeśli uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia

lub śmierci pacjenta można było uniknąć w przypadku zastosowania innej metody leczenia; nieprawidłowego zastosowania produktu leczniczego; wady lub nieprawidłowego zastosowania wyrobu medycznego.

Pojawia się w tym miejscu wątpliwość, na ile powiązanie wystąpienia zdarzenia niepożądanego ze stanami określonymi w definicji zdarzenia medycznego (np. nieprawidłowe postawienie lub opóźnienie diagnozy, leczenie niezgodne z aktualną wiedzą medyczną, brak zachowania należytej staranności etc.) pozwala rzeczywiście mówić o systemie *no-fault*. W wielu przypadkach wspomniane zachowania będą świadczyły co najmniej o bezprawności zachowania sprawcy (tzw. obiektywny element winy). W przypadku podjęcia leczenia bez zachowania należytej staranności uprawnione jest mówienie wręcz o winie również w znaczeniu subiektywnym! W takiej sytuacji rozprawianie o nowej ustawie, jako wprowadzającej system orzekania bez winy (*no-fault*), jest daleko idącym nadużyciem.

Z całą pewnością zagadnienia zasygnalizowane w niniejszym artykule wymagają pogłębionej analizy, a proces legislacyjny powinna cechować daleko idąca wnikliwość oraz ostrożność w kreowaniu zrębów nowego systemu. Na tym etapie projektowane przepisy należy ocenić negatywnie z uwagi na wiele luk i niedopracowane rozwiązania. ■

¹ Przykładowo, warto wskazać, że projekt ustawy przewiduje, iż to minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Rzecznika Praw Pacjenta, określi, w drodze rozporządzenia, minimalne kryteria przyznania świadczenia kompensacyjnego oraz szczegółowy zakres i warunki ustalania wysokości świadczenia z tytułu zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia oraz śmierci pacjenta, kierując się koniecznością przejrzystości w ustalaniu wysokości świadczenia kompensacyjnego oraz zapewnienia ochrony interesów wnioskodawców. Dopiero w momencie opublikowania rozporządzenia będzie można ocenić, czy wysokość świadczenia kompensacyjnego okażą się atrakcyjne dla poszkodowanych. To, że realizacja tego typu aktywności legislacyjnej pod presją czasu, w realiach końca roku kalendarzowego, kończy się źle, wiemy z przeszłości. Przypomnijmy, iż Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego (Dz.U. 2012.207), określające wysokość propozycji, którą miały składać pacjentom przez podmioty prowadzące szpitale lub ubezpieczycieli, weszło w życie dopiero 23 lutego 2012 r., czyli niemal dwa miesiące po rozpoczęciu prac przez wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.

Otyłość – pandemia naszych czasów

Otyłość to przewlekła choroba metaboliczna wynikająca z zaburzenia dystrybucji energii, charakteryzująca się zwiększeniem ilości tkanki tłuszczowej i w efekcie nadmierną masą ciała. Obecne, negatywne postrzeganie osoby otyłej nie zawsze takie było. W prehistorycznych czasach osoba taka mogła być uważana za ideał zdrowia (vide Wenus z Willendorfu). Jeszcze w czasach nam bliższych osoby o takim wyglądzie mogły być i były uważane za symbol dobrobytu, wyższej pozycji społecznej czy bogactwa.

Definicja otyłości

Najkrótsza i jednocześnie najbardziej ogólna definicja otyłości to nadmierne (patologiczne) zwiększenie masy tkanki tłuszczowej w organizmie. Według WHO nadwagę i otyłość określa się jako „nieprawidłowe lub nadmierne nagromadzenie tłuszczu, które stanowi zagrożenie dla zdrowia”. Określenie powyższe oczywiście nie różnicuje rozkładu tkanki tłuszczowej i nie stratyfikuje zagrożeń zdrowotnych. Sposobów określenia i zdefiniowania skali otyłości jest wiele. Do najpopularniejszych należy jej matematyczne przedstawienie w postaci wskaźnika masy ciała (*body mass index* – BMI). Wzór zastosowany do jego obliczania jest następujący: $BMI = \text{masa ciała (w kg)} \div \text{wzrost (w m}^2\text{)}$. Na tej podstawie klasyfikuje się osoby z prawidłowym wskaźnikiem oraz z patologiami – nadwagą i otyłością (I, II i III stopnia). Jest to jedna z metod wykorzystujących pomiary antropometryczne. Inną metodą jest obliczenie wskaźnika WHR (*waist/hip ratio*), czyli stosunku obwodu talii do obwodu bioder. Określa on jednocześnie obecność lub/i przewagę dwóch typów otyłości – brzusznej lub udowej. Prawidłowy wskaźnik WHR u mężczyzn powinien być mniejszy od 0,9, a u kobiet – od 0,85. Powyższe obliczenia stosuje się tylko dla populacji osób dorosłych. Innymi metodami obrazowymi pozwalającymi oszacować z dużą dokładnością wielkość tkanki tłuszczowej są m.in. tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, podwójna absorpcjometria DXA, bioimpedancja elektryczna. Niestety metody powyższe ze względu na możliwe skutki uboczne (naświetlenie w przypadku wykonywania badania tomograficznego) lub wysokie koszty nie są jeszcze stosowane w rutynowej praktyce klinicznej. W przypadku dzieci i młodzieży dla prawidłowej oceny powyższe wskaźniki należy odnieść do wieku i płci. Służą temu opracowane dla poszczególnych populacji specjalne siatki centylowe. W Polsce korzystamy często z siatek centylowych opracowanych przez Palczewską i Niedźwiedzka. Według autorek nadwagę należy rozpoznać przy BMI w przedziale 90–97 percentyla, a otyłość przy BMI powyżej 97 percentyla, odniesionego oczywiście do wieku i płci.

Epidemiologia nadwagi i otyłości

Niektóre dane sugerują, że 1,6–1,9 mld dorosłych charakteryzuje się BMI powyżej 25 kg/m², a ponad 500 mln cierpi na otyłość. Co więcej, dotyka ona nie tylko społeczeństw krajów wysoko rozwiniętych w aspekcie ekonomicznym i socjalnym, ale również państw o niskim rozwoju społecznym



Fot. Termedia

Prof. dr hab. n. med. Wiesław Bryl
Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych,
Zaburzeń Metabolicznych i Nadciśnienia
Tętniczego, Uniwersytet Medyczny
w Poznaniu

i dochodzie narodowym. Z badań Marguesa i wsp. wynika, że w Europie ponad połowa mieszkańców charakteryzuje się nadwagą lub otyłością. Częstość występowania otyłości szacuje się na ok. 25% zarówno w grupie mężczyzn, jak i kobiet. W Polsce na podstawie badania WOBASZ II, obejmującego dane z lat 2003–2014, nadwaga dotyka częściej mężczyzn (43%) niż kobiet (30%). Otyłość nie jest jednak zjawiskiem zarezerwowanym tylko dla populacji osób dorosłych. Niestety ok. 10% światowej populacji poniżej 18. roku życia ma nadmierną masę ciała. Analizując problem, trzeba uzmysłowić sobie wieloprzyczynowość i złożoną etiologię otyłości, w tym rodzinne predyspozycje. Sugerowano i nadal sugeruje się udział czynników genetycznych. Mimo że niektóre badania szacują wpływ powyższych nawet na 50%, to należy pamiętać o tym, iż tak wysoki, wręcz skokowy przyrost masy ciała w ostatnich kilkudziesięciu latach w populacji świata zachodzi z minimalnym lub żadnym wpływem na materiał genetyczny. Należy raczej zgodzić się z poglądem, że negatywne wpływy środowiska są odpowiedzialne za obecne rozpowszechnienie otyłości.

Powikłania zdrowotne nadmiernej masy ciała

Otyłość niesie ze sobą wiele negatywnych konsekwencji zdrowotnych. Przede wszystkim jest ogromnym czynnikiem ryzyka wystąpienia chorób układu krążenia. Choć sama jest chorobą, to także jest przyczyną wielu innych jednostek chorobowych lub zaburzeń metabolicznych, w tym o charakterze miażdżycowym. U osób otyłych zdecydowanie częściej stwierdza się obecność nadciśnienia tętniczego, cukrzycy typu 2 lub nietolerancji glukozy, choroby niedokrwiennej serca (w tym dławicy piersiowej niestabilnej i zawałów mięśnia sercowego), niewydolności serca itp. Nie wszystkie patomechanizmy prowadzące do powstania wymienionych wyżej jednostek chorobowych zostały dokładnie poznane. Postuluje się tu m.in. hiperinsulinemię, insulinooporność, częstsze występowanie złożonych zaburzeń lipidowych, większą retencję sodu itp. Trzeba przy tym zdać sobie sprawę z faktu, że tkanka tłuszczowa to nie bierny magazyn energetyczny, ale bardzo aktywny metabolicznie narząd, który przez produkcję i utylizację szeregu substancji (leptyna, adiponektyna itp.) moduluje w sposób istotny szereg przemian metabolicznych. Oczywiście powyższe zaburzenia to nie jedyne powikłania zdrowotne u chorych z nadmierną masą ciała. Należy w tym miejscu wspomnieć jeszcze o niealkoholowej stłuszczeniowej chorobie wątroby, zespole bezdechu sennego, chorobie zwyrodnieniowej stawów, chorobach nowotworowych czy o zaburzeniach nastroju, w tym depresji. Temu ostatniemu zagadnieniu warto poświęcić kilka słów. U osób z nadmierną masą ciała częściej obserwujemy wahania nastroju, niską

samoakceptację, początkowo ograniczoną do własnego wyglądu, ale później do całej konstrukcji psychosomatycznej. Osoby takie, często z wewnętrznego przymusu, alienują się w niektórych obszarach życia (w tym zawodowego), częściej wykazują tendencje i/lub zachowania suicydalne. Z czasem coraz trudniej przychodzi im wypełnianie ról społecznych. Towarzyszący temu przewlekły stres często prowadzi do nadmiernego spożywania pokarmu w mechanizmie kompulsywnym. Problem, która z wymienionych wyżej chorób ma charakter pierwotny, a która wtórny, jest przedmiotem wielu badań i opracowań naukowych i jak dotychczas nie został jednoznacznie rozstrzygnięty. Kwestia ta jest na tyle ważna, że mogłaby rzutować na ewentualną skuteczną i być może łączoną terapię.

Otyłość kosztuje

O ile znaczenie prowadzenia badań nad kosztami generowanymi przez otyłość nie ulega wątpliwości, o tyle metodologia ich pomiaru stanowi z jednej strony wielkie wyzwanie dla badaczy, z drugiej zaś przedmiot ożywionej dyskusji wśród ekspertów. Większość dostępnych badań dotyczy państw wysokorozwiniętych (Stany Zjednoczone, Kanada, Japonia oraz kraje Unii Europejskiej). Jednocześnie brakuje ujednolicenia w zakresie ich prowadzenia, co utrudnia lub wręcz niekiedy uniemożliwia porównywalność wyników. Niemniej wyróżnić można trzy rodzaje kosztów: koszty bezpośrednie, pośrednie oraz indywidualne. Koszty bezpośrednie to koszty społeczne związane z transferem zasobów (materialnych i niematerialnych) na potrzeby diagnozowania i leczenia otyłości oraz chorób bezpośrednio z nią związanych. Zalicza się do nich koszty wizyt lekarskich, konsultacji specjalistycznych, leczenia szpitalnego i leków. Przykładowo, dla gospodarki amerykańskiej Cawley i Meyerhoefer oszacowano bezpośredni koszt otyłości na osobę na poziomie 6899 USD w 2011 r. Co więcej, w porównaniu z rokiem 2005 koszt ten zwiększył się 2,5-krotnie. Inni autorzy całkowity bezpośredni koszt otyłości na osobę, po przekroczeniu 65. roku życia (przyjmując przewidywaną długość życia) oszacowali na poziomie 171 482 USD. W świetle danych uzyskanych przez europejskich badaczy, którzy analizowali bezpośrednie wydatki związane z otyłością poniesione w 2008 r., średnia roczna wartość na osobę wyniosła 1244 euro. W 2015 r. całkowite koszty bezpośrednie otyłości w Niemczech wyniosły 29,4 mld euro. Z kolei w Wielkiej Brytanii koszty bezpośrednie otyłości oszacowano na zdecydowanie mniej – 5,1 mld GBP, w Australii – 3,8 mld USD, ale już w Stanach Zjednoczonych sięgają 147 mld USD. Koszty pośrednie, które związane są z niższą produktywnością otyłych pracowników w pracy wynikają z kilku czynników: absencji w pracy, prezenteizmu (obecność w pracy mimo choroby), postępowań rentowych i przedwczesnych zgonów. Przykładowo, na podstawie badań przeprowadzonych wśród pracowników amerykańskiego oddziału Shell Oil Company stwierdzono, że osoby otyłe przebywały o prawie cztery dni dłużej na płatnym zwolnieniu lekarskim aniżeli pracownicy z prawidłową masą ciała. Koszt tej absencji (wynikający z faktu, że pracownik jest wynagradzany, lecz nie wykonuje pracy) jest trudny do oszacowania. Inne dane mówią np. o tym, że pracownicy zagrożeni otyłością mieli zna-

cząco wyższe prawdopodobieństwo znalezienia się w grupie osób o wysokiej absencji w pracy aniżeli osoby tą chorobą niezagrożone. Stwierdzono także, że otyli pracownicy prawie 3-krotnie częściej korzystali z płatnego urlopu aniżeli osoby o normalnej masie ciała. W samych Stanach Zjednoczonych koszt absencji w pracy może wynosić między 3,38 mld USD a 6,38 mld USD (79–132 USD na jedną osobę otyłą). Trzeci rodzaj kosztów związanych z otyłością to koszty indywidualne, które przejawiają się w zmniejszeniu prawdopodobieństwa otrzymania pracy oraz niższych wynagrodzeniach osób z otyłością (co wynika często z uprzedzeń i stygmatyzowania choroby). W Stanach Zjednoczonych stwierdzono, że otyłe kobiety zarabiają mniej niż kobiety z wagą prawidłową (siła wpływu zależała od pochodzenia etnicznego i rasy). Kosztem indywidualnym otyłości są także wyższe ceny polis ubezpieczeniowych. Niektóre prywatne towarzystwa ubezpieczeniowe ustalają wyższą cenę polisy dla osób z otyłością, kwalifikując je do grupy wyższego ryzyka zdrowotnego.

Leczenie nadmiernej masy ciała

Postępowanie niefarmakologiczne

1. Zalecenia dietetyczne

Objęmuje one zalecenia ilościowe i jakościowe dotyczące diety chorego. Najważniejsze jest obniżenie ilości przyjmowanych pokarmów. Konkretnie zalecenia powinny być indywidualnie dostosowane do osoby otyłej i odpowiednio modyfikowane w czasie trwania terapii. Podobnie rzecz ma się z zaleceniami jakościowymi. Osoby otyłe poddane leczeniu dietetycznemu powinny spożywać zdecydowanie więcej warzyw i owoców z niską zawartością węglowodanów. Mięso i nabiał powinny cechować się niską zawartością tłuszczów. Zalecane jest prowadzenie dziennika dietetycznego, ułatwiającego kontrolowanie się przez chorego. Osoba otyła nie powinna zniechęcać się trudnościami, dlatego ważne jest wyznaczanie sobie małych, stosunkowo łatwych do osiągnięcia celów. Leczenie dietetyczne jest w pewnym sensie sztuką i zaleca się, aby było ono prowadzone przez wykwalifikowanego dietetyka, który powinien zaprogramować je w sposób przewlekły, obliczony na dłuższy czas i nie zniechęcający się występującymi niekiedy niepowodzeniami. Dietetyk powinien po części być psychologiem.

2. Aktywność fizyczna

Zasadą jest przede wszystkim ograniczenie do niezbędnego minimum siedzącego trybu życia. W obecnych czasach jest to oczywiście bardzo trudne, zważywszy na wiele rodzajów pracy, które wykonuje się w pozycji siedzącej. Jest wiele zawodów, których prawidłowe wykonywanie zmusza do poświęcenia znacznej części czasu na pracę z ograniczoną aktywnością fizyczną (nauczyciele, urzędnicy, lekarze, pracownicy administracyjni itp.). Ostatnie ograniczenia administracyjne, związane z pandemią COVID-19, wymusiły korzystanie z pracy zdalnej. Oprócz negatywnego aspektu psychologicznego, także aktywność fizyczna została ograniczona do poziomu nigdy wcześniej nie notowanego. Przyjmuje się, że klasyczny trening osoby z nadmierną masą ciała powinien trwać od 30 do 60 minut i powinien być przeprowadzany codziennie. Preferowane są ćwiczenia aerobowe, które charakteryzują się długim czasem trwania, przy niewielkiej ►

- intensywności. Taka forma treningu pozwala lepiej poznać własne możliwości fizyczne, zwiększa się kondycja organizmu i ostatecznie przyczynia się do pewnej redukcji masy ciała. Przykładami powyższych form treningu są: marsz, jazda na rowerze, pływanie itp. Z reguły nie wymagają one specjalistycznego sprzętu i możliwe są do wykonania zarówno na otwartej przestrzeni, jak i w pomieszczeniach zamkniętych. Oczywiście dobrze byłoby także w tym przypadku skorzystać ze wskazówek fizjoterapeuty.

W niefarmakologicznym postępowaniu przeciwotyłościowym bardzo ważne jest stałe wsparcie ze strony otoczenia, rodziny, przyjaciół. Przyjazny klimat wspomaga i zwiększa motywację chorego.

Leczenie farmakologiczne

Powinno być stosowane jako terapia wspomagająca w procesie odchudzania u osób otyłych oraz u osób z nadwagą, zagrożonych czynnikami ryzyka związanymi z otyłością. W Polsce dostępne są (i zarejestrowane) trzy leki. W świetle krajowych wytycznych lekiem pierwszego rzutu powinien być preparat złożony, zawierający naltrekson i bupropion. Składowe leku działają w sposób centralny, zwiększając uczucie sytości, zmniejszając apetyt i spożycie pokarmu, także pod wpływem emocji. Drugim preparatem jest liraglutyd, analog (długodziałający) receptora GLP-1, który odpowiada za wydzielanie insuliny zależne od glukozy. Także zwiększa uczucie sytości, ale nie zmniejsza apetytu. Stąd może być stosowany dopiero po wykluczeniu zespołu nocnego lub/i kompulsywnego jedzenia. Preparatem trzecim, mającym już dłuższą historię, jest orlistat, będący inhibitorem lipaz przewodu pokarmowego. Lek ten obecnie nie ma większego znaczenia w terapii przeciwotyłościowej, może

być stosowany jedynie w wybranych przypadkach. Autorzy wytycznych podkreślają, że żadne preparaty, które nie mają rejestracji w leczeniu otyłości, nie powinny być stosowane.

Leczenie bariatryczne

Jednymi z najbardziej skutecznych metod leczenia otyłości są zabiegi chirurgiczne. Do tego grona zaliczają się operacje ograniczające przyjmowanie pokarmów, operacje wyłączające część drogi pokarmowej oraz operacje restrykcyjno-wyłączające. Leczenie bariatryczne zyskuje na znaczeniu, warunkiem jednak jest, aby zostało przeprowadzone przez doświadczony zespół, który zagwarantuje także długoterminową opiekę pozabiegową nad chorym. Do metod chirurgicznego leczenia otyłości należą m.in.: opaskowa plastyka żołądka, przewiązka na żołądek czy rękawowa resekcja żołądka

Podsumowanie

Otyłość jest chorobą wieloczynnikową, obciążającą zarówno osobę, która na nią choruje, jak i społeczeństwo oraz budżet państw. Wynika to z aspektów epidemiologicznych, powikłań chorobowych, które generuje, i olbrzymich, nie do końca oszacowanych kosztów profilaktyki i leczenia. Jednocześnie jest chorobą, która angażuje zarówno chorego, jak i jego bliższe i dalsze otoczenie. ■

Piśmiennictwo u autora.

Zapraszamy na webinar z prof. Wiesławem Brylem.
Wydarzenie odbędzie się 29 września o godz. 18.00.
Więcej informacji na stronie
wil.org.pl/otylosc-webinar

W ostrowskim szpitalu powstanie nowoczesny blok operacyjny

Pięć nowoczesnych sal operacyjnych wraz z wyposażeniem, sale wybudzeń pacjentów, zaplecze socjalno-techniczne – to wszystko na powierzchni ok. 1000 m kwadratowych – tak będzie wyglądał nowy blok operacyjny ostrowskiego szpitala. Inwestycja pochłonie 16,5 mln zł. Umowę z wykonawcą, w obecności Ministra Zdrowia Adama Niedzielskiego i Ministra Rodziny i Polityki Społecznej Marleny Małąg, podpisał dyrektor szpitala Dariusz Bierła.

W 2015 roku podpisywaliśmy w tym miejscu umowę na budowę nowego skrzydła szpitala. Wtedy podjęliśmy decyzję, że ostatnie piętro w przyszłości będzie przeznaczony na nowoczesny blok operacyjny. I to marzenie się spełniło, bo wszystko, co robimy, robimy dla naszych pacjentów – podkreślał podczas konferencji prasowej Dariusz Bierła, dyrektor ZZOZ w Ostrowie Wielkopolskim. Starosta Paweł Rajski dodał, że nowy blok operacyjny to jedno z największych przedsięwzięć budowlanych w dziejach ostrowskiego szpitala. Wartość całej inwestycji wynosi 16,5 mln zł,

z czego 14 mln zł to wsparcie rządowe, a pozostałe środki pochodzą z budżetu powiatu ostrowskiego.

Blok operacyjny to kluczowe ogniwo w funkcjonowaniu szpitala. Obecny jest zbyt mały dla tak prężnie rozwijającego się ZOZ-u. Mimo ciasnoty w 2020 r. wykonano na nim: 1198 operacji w ramach chirurgii ogólnej, 1146 ortopedycznych, 1120 z chirurgii dziecięcej i ponad 330 laryngologicznych.

Kierownik bloku operacyjnego Jarosław Kaspercak zaznacza, że nowoczesny blok operacyjny to olbrzymi postęp: *Będziemy mieli możliwość operowania na dwóch, trzech salach jednocześnie. W tej chwili tego nie ma. Zabiegi często czekają tylko dlatego, że mamy złe warunki lokalowe. Nowy blok operacyjny pozwoli nie tylko na rozwój dyscypliny zabiegowej w ostrowskim szpitalu, ale przed wszystkim będzie to olbrzymi komfort dla pacjentów i lekarzy.*

Obecnie warunki pracy na bloku operacyjnym nie są łatwe. Plany budowy nowego bloku operacyjnego napawają nas optymizmem i z niecierpliwością czekamy na ich realizację – dodaje Mirosław Falis, szef ostrowskiej ortopedii.

- ▶ Równoległe z budową sal operacyjnych powstanie też dezynfektornia w pomieszczeniach obok Centralnej Sterylizatorni. Pozwoli to m.in. na automatyczną dezynfekcję łóżek w specjalnych komorach. Budowa ma zakończyć się w pierwszej połowie 2022 r.

Podpisanie umowy stało się okazją do spotkania wiceprezesa ORL WIL i przewodniczącego ostrowskiej delegatury WIL Wiesława Wawrzyniaka z Ministrem Zdrowia Adamem Niedzielskim. Tematem rozmowy było wprowadzenie obowiązku wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej pomiędzy placówkami. Doktor Wawrzyniak podkreślał, że środowisko lekarskie nie ma nic przeciwko EDM. *Obawiamy się jednak, że system nie zadziała z dnia na dzień sprawnie. Na to potrzeba i dużo czasu, i pieniędzy. Obecnie ani lekarze, ani ministerstwo, ani firmy produkujące oprogramowania nie są do tego w pełni przygotowane* – mówił wiceprezes.

Elektroniczna Dokumentacja Medyczna to jedno z tych rozwiązań, które ma być wartościowe dla pacjenta. Chciałbym, aby o pewnych rozwiązaniach mówić nie tylko w kontekście



Fot. Powiat Ostrowski

wygody wykorzystywania ich przez lekarzy, ale w kontekście używania ich przede wszystkim przez pacjentów – podkreślał Adam Niedzielski. *Pewne przesunięcia były już wprowadzone, teraz program musi być wdrażany w życie. Zapewniam jednak, że to nie jest narzędzie, które ma utrudniać pracę lekarzy, my będziemy pomagać wdrażać ten system, żadnych kar nie przewidujemy.*

ANNA GRZESIAK

Tutaj stanie CZSK. Dwa szpitale w jednym

Koszt tej budowy to 590 978 000 zł. Jest ona finansowana z budżetu państwa (520 370 000 zł) w ramach programu wieloletniego „Centralny Zintegrowany Szpital Kliniczny – centrum medycyny interwencyjnej (etap I CZSK)”, a także ze środków Unii Europejskiej i własnych, kredytu udzielonego przez Europejski Bank Inwestycyjny przy wsparciu Unii Europejskiej za pośrednictwem Europejskiego Funduszu na rzecz Inwestycji Strategicznych EFIS.

Centralny Zintegrowany Szpital Kliniczny w Poznaniu to jeden z najważniejszych, wręcz strategicznych, projektów realizowanych w regionie w zakresie ochrony zdrowia. Kosztowny, bo o 100 mln droższy niż Wielkopolskie Centrum Zdrowia Dziecka, które za kilka miesięcy przyjmie pierwszych pacjentów. Generalnym wykonawcą jest spółka WARBU. Zakończenie budowy nastąpić ma w 2025 r. Jej uroczysta inauguracja odbyła się 28 lipca 2021 r.

Cel inwestycji określa się następująco: „Zwiększenie dostępności, jakości i kompleksowości świadczeń zdrowotnych dla pacjentów oraz stworzenie nowoczesnego i kompleksowego zaplecza dla realizacji kształcenia studentów przez budowę nowego obiektu szpitalnego z utworzeniem szpitalnego oddziału ratunkowego, do którego ostatecznie przeniesiona działalność dwóch szpitali klinicznych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu”. Zabiegał on o budowę szpitala z integracją lecznic przez minione cztery lata. Poznańskie szpitale kliniczne zlokalizowane są bowiem w starych, zażytkowanych obiektach, których nie można w pełni dostosować do współczesnych standardów. Utrudnia to także zapewnienie ciągłości leczenia, wpływa na większe koszty utrzymania. Dlatego też tak ważne było ustanowienie programu wieloletniego przez Radę Ministrów. Szpital powstanie na terenie przekazanym uniwersytetowi przez miasto Poznań, przylegającym do Szpitala Klinicznego im. Heliodora Świącickiego.



Fot. Andrzej Plechocki

Nie ma wątpliwości – skala tego przedsięwzięcia jest ogromna. „Inwestycja, czytamy na stronie www.ump.edu.pl, zakłada powstanie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego wraz z Centrum Medycyny Ratunkowej i Interwencyjnej, jak również przeniesienie do nowego obiektu działalności Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego UM w Poznaniu oraz Szpitala Klinicznego im. H. Świącickiego UM w Poznaniu. To jedna z najważniejszych inwestycji, które realizowane będą w Poznaniu i Wielkopolsce. Dzięki pozyskanym rządowym środkom powstanie nowoczesny szpital integrujący kluczowe obszary działalności medycznej”.

Budowa Centralnego Zintegrowanego Szpitala Klinicznego – centrum medycyny interwencyjnej (etap I CZSK) Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu przewiduje realizację inwestycji o szacunkowej powierzchni użytkowej ok. 45 tys. m². Nowy obiekt łączyć będzie działalność medyczną zabiegowych oddziałów szpitalnych ze Szpitalnym Oddziałem Ratunkowym, którego budowa jest niewątpliwie kwestią dla zabezpieczenia zdrowotnego mieszkańców Poznania. W ramach inwestycji, obok Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, zakłada się powstanie ▶

- ▶ nowoczesnych centralnych bloków operacyjnych z 15 salami operacyjnymi oraz oddziału anestezjologii i intensywnej terapii (50 stanowisk), które stanowią będą wsparcie zarówno dla Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, centralnych bloków operacyjnych, jak i dla oddziałów szpitalnych: chirurgii, ortopedii, kardiologii, kardiochirurgii i transplantologii, hipertensjologii, neurochirurgii, otolaryngologii, chirurgii szczękowo-twarzowej, endokrynologii, diabetologii oraz urologii.

Na etapie I budowy ujęte są: SOR, bloki operacyjne z oddziałem intensywnej opieki medycznej, cztery pawilony szpitalne, oddział o profilu zabiegowym, poradnia specjalistyczna

i część diagnostyczna. Na kolejnym etapie powstaną oddziały chirurgii, leczenia jednego dnia, ortopedii i urologii. Łączna powierzchnia obiektów wyniesie 45 tys. m². Rocznie planuje się udzielać pomocy 70 tys. pacjentów.

Architektonicznie CZSK odpowiada współczesnym standardom projektowania obiektów szpitalnych: niska zabudowa, modułowe bloki zapewniające optymalne wykorzystanie przestrzeni, efektywny układ ciągów komunikacyjnych, działalność operacyjna i zabiegowa skumulowana w jednej przestrzeni, niekrzyżujące się drogi dla ruchu ambulatoryjnego i szpitalnego, 2-osobowe sale chorych dla pacjentów, przestrzeń dla ich rodzin. (asp)

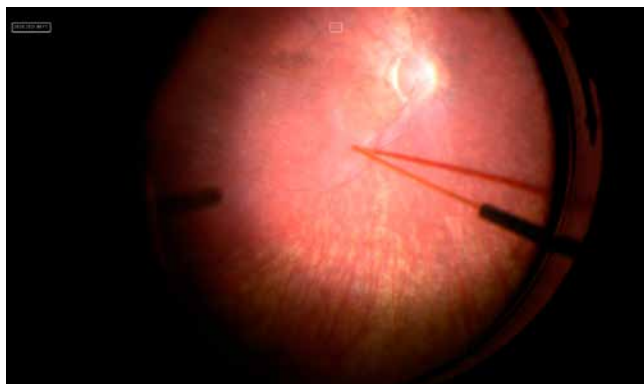
Dostarczyli do komórek siatkówki zdrową kopię uszkodzonego genu

Pionierska operacja poznańskich okulistów ze Szpitala Klinicznego im. Heliodora Święcickiego w Poznaniu – dzięki zastosowanej przez tamtejszych lekarzy terapii genowej 21-letni studenta prawa, Dariusz Gruchała, odzyskuje wzrok.

Przeprowadzony zabieg podania terapii genowej pod siatkówkę był pierwszą tego typu operacją w Polsce i w Europie Środkowo-Wschodniej. *Pierwsze starania rozpoczęły się już w roku 2019, jednak przez okres pandemii wszystko się wydłużyło. Zarówno lekarze, jak i administracja szpitala, pracownicy apteki oraz bloku operacyjnego musieli przejść wymagane szkolenia i uzyskać certyfikację na każdym etapie. Ze względu na czas pandemii i brak możliwości podróżowania, odbyły się również liczne szkolenia online i szkolenia chirurgiczne z zastosowaniem specjalnie do tego celu przygotowanego symulatora wirtualnej rzeczywistości. Liczby zaangażowanych w ten proces osób i towarzyszących emocji, nie sposób zliczyć – mówi prof. dr hab. n. med. Marcin Stopa.*

Terapię genową zastosowano u pacjenta z wrodzoną ślepotą Lebera typu 2 (LCA2, jedna z wrodzonych dystrofii siatkówki). Dotyczy ona pacjentów, u których obydwie kopie genu odpowiedzialnego za produkcję białka RPE65 są uszkodzone. Białko RPE65 jest enzymem niezbędnym do prawidłowych reakcji biochemicznych zamieniających światło w impuls elektryczny w siatkówce oka. Zastosowana terapia genowa dostarcza nieuszkodzoną kopię nici DNA, która jest „instrukcją” do produkcji prawidłowego enzymu. Nici DNA jest opakowana w cząstkę wirusa, który jest nośnikiem transportującym zdrowy gen do komórek siatkówki.

Dostarczenie leku odbywa się w bardzo specyficzny sposób, ponieważ musi być podany bezpośrednio pod siatkówkę oka. Można to zrobić, tylko wykonując specjalną operację siatkówki (witrektomia) i po ustaleniu miejsca podania poprzez wbicie specjalnej, bardzo cienkiej igły pod siatkówkę (igła o średnicy 0,07 mm) i kontrolowane podanie niewielkiej ilości substancji (0,3 ml) bezpośrednio pod centralną część siatkówki. Terapię na razie podano do jednego oka pacjenta. Pacjent po zabiegu przyjmuje typowe krople pooperacyjne – dodał prof. M. Stopa.



Moment podawania leku bezpośrednio pod siatkówkę

Terapia ta jest efektem kilkunastoletnich badań prowadzonych początkowo na modelu zwierzęcym, jakim są psy – zwykle francuskie owczarki briard, ślepe od urodzenia z powodu mutacji identycznego jak u człowieka genu RPE65 – mówił prof. dr hab. n. med. Maciej Krawczyński z Katedry Genetyki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu i Centrum Genetyki Medycznej GENESIS w Poznaniu.

Badania na psach dały bardzo obiecujące efekty, pozwalając na przywrócenie im całkowicie prawidłowego funkcjonowania wzrokowego. Od 2007 do 2017 toczyły się badania kliniczne na ludziach, zakończone rejestracją leku zarówno przez FDA, jak i EMA odpowiednio w 2017 i 2018 roku. Ze względu na koszt leczenia oraz niezbędne, wysokie kwalifikacje ośrodka, terapię tę prowadzić mogą jedynie ośrodki, które uzyskają certyfikację firmy Novartis, odpowiedzialnej za dystrybucję leku poza granicami Stanów Zjednoczonych. Długotrwały i szczegółowy proces certyfikacji obejmuje m.in. wiarygodność diagnostyki genetycznej, możliwości transportu i przechowywania leku w zamrażarkach niskotemperaturowych, przygotowania leku w odpowiednich warunkach w aptece szpitalnej, kwalifikację pacjentów do zabiegu, a także przygotowanie zespołu chirurgów witreoretinalnych w zakresie ich umiejętności oraz posiadanego instrumentarium – dodał.

Do powyższej terapii zakwalifikowani mogą być pacjenci, którzy chorują na LCA2 lub RP20. Rozpoznanie to musi



Zespół Kliniki Chorób Oczu bezpośrednio po przeprowadzeniu operacji

być potwierdzone wykryciem biallelicznych mutacji genu RPE65. Ponadto muszą to być pacjenci stosunkowo młodzi, aby badania obrazowe i czynnościowe siatkówki wykazywały obecność żywych fotoreceptorów, którym można przywrócić ich funkcję. Obecnie wśród diagnozowanych od ponad 20 lat pacjentów prof. M. Krawczyńskiego, chorujących na dziedziczne choroby oczu, jest dziewięć osób cierpiących na powyższe choroby potwierdzone badaniem genetycznym.

Szacujemy, że w całej Polsce może być około 20–25 osób, które kwalifikowałyby się do takiego leczenia, jednak większość z nich nie przeszła odpowiedniej diagnostyki genetycznej i klinicznej. Decyzję o zakwalifikowaniu do leczenia naszego pierwszego pacjenta podjęła specjalnie powołana komisja, która oceniła wszystkie niezbędne aspekty. Zdecydowano o wyborze młodego, dorosłego pacjenta, zapewniającego optymalną współpracę z zespołem okulistów, zarówno w trakcie zabiegu operacyjnego, jak i po nim. Jednocześnie musiał on oczywiście spełniać wspomniane wyżej kryteria genetyczne i anatomiczno-czynnościowe siatkówki.

To olbrzymi sukces poznańskich lekarzy, jednak dla Dariusza Gruchały to zupełnie nowe życie. *Odkąd pamiętam mało widziałem. Lekarze moje widzenie oceniali na ok. 10% tego, co widzi normalna zdrowa osoba. Potrafiłem jednak w dzień poruszać się samodzielnie, grać w piłkę, gry wideo, samodzielnie pisać sprawdziany w szkole w formacie A4 przy dobrym nasłonecznieniu sali. Jakoś sobie radziłem. Przed 17. urodzinami to wszystko nagle jednak zniknęło i musiałem się zmierzyć z nową rzeczywistością, bo zostało mi tylko poczucie światła – wspomina Dariusz Gruchała.*

Po zabiegu zauważył natychmiastową poprawę w lewym oku. Stopniowo zaczął zauważać zarysy większych, potem mniejszych kształtów, rozpoznawać kolory. *To było niesamowite uczucie – mówi.*

Zmiana jest ogromna, teraz w słoneczne dni mogę poruszać się bez laski i bez pomocy osób trzecich, a także czytać bar-



Poznański zespół zajmujący się terapią genową w chorobach narządu wzroku (od lewej: prof. dr hab. n. med. Marcin Stopa, dr n. med. Piotr Rakowicz, dr n. med. Zuzanna Niedziela, prof. dr hab. Maciej Krawczyński)

dzo duże litery. Prawie bezbłędnie też rozróżniam podstawowe kolory, widzę sylwetki osób, a tam, gdzie są oczy – ciemne plamy. Z dnia na dzień widzę zmiany i z niecierpliwością czekam na następną.

U pacjenta operowanego w Poznaniu uzyskaliśmy bardzo satysfakcjonujący efekt. Przed zabiegiem chory miał jedynie poczucie światła, tzn. był w stanie ocenić, czy jest jasno, czy ciemno, nie był w stanie się samodzielnie poruszać ani wykonywać codziennych czynności wymagających widzenia – mówi prof. M. Stopa. Obecnie pacjent może poruszać się samodzielnie, jest w stanie omijać przeszkody oraz z bliskiej odległości potrafi przeczytać pojedyncze duże litery i cyfry. Nie ukrywam, że było to dla nas niesamowite. U chorego nie obserwowaliśmy efektów ubocznych zastosowanego leczenia.

Terapia genowa prowadzona lekiem Luxturna (voretigen neparvovec) jest bardzo droga. Koszt leczenia obu oczu jednego pacjenta wynosi ok. 3 mln zł. Obecnie w Polsce brak jest nie tylko finansowania tego typu terapii, ale także szybkich procedur zakwalifikowania nowoczesnych terapii genowych i biologicznych do finansowania. *Do tej pory, z niewielkim skutkiem, próbowaliśmy zbierać środki na drodze zbiorów publicznych i działających w tym celu fundacji. Ostatecznie jednak leczenie pierwszego pacjenta możliwe było dzięki pokryciu kosztów jednej dawki leku przez dystrybutora leku – firmę Novartis. Obecnie wielkie nadzieje pokładamy w możliwościach finansowania tego leczenia z prezydenckiego Funduszu Zdrowotnego, którego druga tura kwalifikacji właśnie się toczy, i w ramach którego ubiegamy się o środki na leczenie przynajmniej dziewięciorga zdiagnozowanych do tej pory pacjentów – mówi prof. M. Krawczyński.*

Luxturna to pierwszy na świecie genetyczny lek stosowany w chorobach oczu. Amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków (FDA) określa go jako „kameń milowy” w okulistyce.

ANNA GRZESIAK

W artykule opublikowanym w dniu 8 kwietnia 2020 r. na portalu Onet.pl „Jeden trefny pacjent rozwali cały szpital” użyłem następującego sformułowania: „Nie ma wiarygodnych statystyk umieralności na COVID-19 w Polsce. Tak było z grypą. W Polsce od zawsze jest tendencja do tego, żeby nie wpisywać w akt zgonu, że nastąpił z powodu zakażeń. Nikt nie jest tym zainteresowany. Zgon z powodu zakażenia oznacza aferę w szpitalu, obowiązek zgłaszania tego do sanepidu”. Zwracam się z przeprosinami kierowanymi do tych koleżanek i kolegów lekarzy, którzy poczuli się urażeni tym sformułowaniem i uważają, że zgony z powodu COVID-19 i innych chorób zakaźnych są zgłaszane w sposób wiarygodny.

Tomasz Ozorowski

Zapraszamy na „Wtorkowe Spotkania Klubu Zdrowia” – w formie online

Celem zajęć będzie poprawa zdrowia, zdobycie wiedzy, jak zadbać o swoje ciało i umysł poprzez zajęcia psychofizyczne, takie jak m.in. tai chi o niezwykłych właściwościach zdrowotnych. „Wtorkowe Spotkania Klubu Zdrowia” to nowa inicjatywa Komisji ds. Kultury i Sportu WIL.

Zajęcia będą nieszablonowe i zawierać będą poniższe elementy:

- rozgrzewka,
- nauka sekwencji Tai Chi i Chi Kung,
- praktyka niektórych asan jogi,
- ćwiczenia ogólnorozwojowe,
- rozciąganie,
- automasaż,
- kalistenika,
- ćwiczenia oddechowe,
- ćwiczenia uważności/medytacje.

Ważnym aspektem spotkań online będzie nauka właściwych wzorców ruchowych (jak stać, poruszać się, pochylać, podnosić ciężkie przedmioty itp.).

Będziemy uczyć się różnych technik przeciwdziałania skutkom chorób zawodowych związanych np. z długim przebywaniem w pozycji siedzącej. Poznamy także techniki radzenia sobie ze stresem.



Fot. istockphoto

Zajęcia poprowadzi Paweł Robaszkiewicz – Tai Chi Jadeit. Wystarczy tylko mata do jogi, więc każdy w warunkach domowych będzie się mógł do nich przyłączyć.

*Proponujemy, by zajęcia trwały od 30 do 45 minut.

*Proponowany termin zajęć: co drugi wtorek miesiąca, godz. 19.30.

Zapraszamy do rezerwacji miejsc do końca września.
Wstępne zapisy przyjmuje
Katarzyna Michalska – 783 993 919.

Dziedzictwo kultury materialnej Puszczykowa i okolic w obrazach

Lekarze malujący skupieni przy Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej włączyli się w projekt Fundacji PARK pt. „Dziedzictwo kultury materialnej Puszczykowa i okolic w obrazach/ impresjach artystów”. Temat wydał się im szczególnie bliski, ponieważ przedmiotem impresji malarskich miały być tereny i budynki związane z historią leczenia uzdrowiskowego w Puszczykowie i okolicach, a także wypoczynkiem nad Wartą.

Artystki odbyły spacer plenerowy, podczas którego mogły poznać ciekawą architekturę letniskową podmiejskiej miejscowości oraz zwyczajnie mieszkańców Poznania, którzy masowo przyjeżdżali nad Wartę w celu zażycia kąpieli wodnej i słonecznej. Dowiedziały się, że Puszczykowo było miejscem leczenia gruźlicy wśród ludzi wywodzących się z uboższych warstw mieszkańców Poznania, którzy korzystali z usług „leśnych uzdrowialni” – lecznic klimatycznych, które na wzór niemieckich „Walderholungsstätten” zostały w latach 1903–1904 wybudowane przez Towarzystwo Opieki nad Chorymi Robotnikami w Poznaniu. W niedalekiej odległości od Puszczykowa/Mosiny, w południowym

krajobrazie i sercu sosnowych lasów (obecnie Wielkopolskiego Parku Narodowego) w 1905/1906 r. powstały tereny rekreacyjne z restauracjami i miejscami do leżakowania, z których chętnie korzystali poznaniacy. Słynna „Staszycówka” zyskała jeszcze na znaczeniu, gdy w roku 1911 uruchomiono połączenie kolejowe pomiędzy Ludwikowem a Poznaniem (stacja kolejowa Osowa Góra). Po przejęciu obiektów przez Zarząd Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu zabytkowy budynek od 1925 r. pełni funkcję sanatorium gruźliczego. Obecnie dawny pensjonat jest pawilonem nr 1 szpitala należącego do Wielkopolskiego Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii im. Eugenii i Janusza Zeylandów.



Warta, oglądane budynki, ciekawostki o lekarzach, architektach, właścicielach budynków stały się inspiracją dla artystek, które w formie namalowanych obrazów podzieliły się własnymi impresjami z tych plenerowych spacerów. Zapraszamy do ich oglądania!

Wystawa odbędzie się 18 września 2021 r. o godz. 16.00.

Projekt uzyskał dofinansowanie z budżetu Samorządu Województwa Wielkopolskiego oraz Miasta Puszczykowa.
Małgorzata Ornoch-Tabędzka
Prezes Fundacji PARK

Z MEDYCZNEJ WOKANDY

Czym jest przewinienie zawodowe lekarza?

Z naszego doświadczenia zawodowego w ramach pracy w okręgowym sądzie lekarskim WIL wynika, że wiele emocji wzbudza kwestia absolutnie podstawowa, a mianowicie: czym jest w istocie przewinienie zawodowe. Kwestię tę poruszaliśmy na łamach Biuletynu już wielokrotnie, nawet niedawno, ale wydaje się, że ciągle warto do tego problemu wracać, bo w praktyce zagadnienie to budzi nadal sporo wątpliwości. Tym bardziej że jest to niezwykle ważna kwestia, bo konstytuuje zakres kognicji sądów lekarskich.



Jerzy Sowiński



Jędrzej Skrzypczak

Zatem czym może zajmować się sąd lekarski. Odpowiedź wydaje się na pozór prosta, bo definicję przewinienia zawodowego zamieszczono w art. 53 ustawy o izbach lekarskich. Przypomnijmy tu, że zgodnie z brzmieniem tego przepisu, członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. A więc w dwóch przypadkach. Po pierwsze za naruszenie zasad etyki lekarskiej, a po drugie w przypadku przekroczenia przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Ale w praktyce jednak odpowiedź jest bardzo trudna, zwłaszcza gdy chodzi o ten pierwszy przypadek. Zasady etyki lekarskiej skodyfikowane zostały w Kodeksie Etyki Lekarskiej. Skoro tak, to zgodnie z art. 1 ust. 3 KEL naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu. Zatem jak ten przepis rozumieć: szeroko czy wąsko? Dyskusja na ten temat odbywa się także w ramach innych grup zawodowych zaliczanych do zawodów zaufania publicznego. Głośne były sprawy prawników przyłapanych na kradzieży w sklepie. No właśnie, a jak by to było, gdyby sprawcą takiego przestępstwa był lekarz? Albo czy sądy lekarskie mogą lub powinny rozstrzygać konflikty prywatne, rodzinne pomiędzy lekarzami. Jak widać pytań jest masa, bo życie niestety dostarcza ciągle nowych wyzwań w tym zakresie. Przyjrzyjmy się zatem jednej ze spraw zakończonych wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 10 grudnia 2020 r. o sygnaturze I KK 134/20. Stan faktyczny przedstawiał się następująco. Jeden z Okręgowych Sądów Lekarskich uznał obwinionego lekarza Z.L. winnym popełnienia trzech przewinień zawodowych. Ale z punktu widzenia poruszanej tu problematyki na uwagę zasługuje tylko trzeci, tj. że w 2017 r., wiedząc, iż na stronie internetowej Centrum Szkoleniowego w W. podawane są nieprawdziwe informacje na temat uprawnień do prowadzenia szkoleń kosmetologów przyznanych CS(...) przez izbę lekarską oraz uprawnień uzyskanych przez osoby kończące takie szkolenie, o treści: „Uprawnienia Ośrodka do Szkoleń Kosmetologów pozytywnie zweryfikowane przez Izbę Lekarską”, „Centrum

Szkolenia (...) jest jedynym w Polsce ośrodkiem szkoleniowym uprawnionym przez Izbę Lekarską do szkoleń kosmetologów z zakresu zabiegów (...)”, „Szkolenia kończą się uzyskaniem certyfikatu uprawniającego do wykonywania zabiegów”, nie podjął próby sprostowania opublikowanych informacji ani nie zawiadomił o tym właściwych organów, godząc się na podanie do publicznej wiadomości nieprawdziwych informacji mogących wprowadzić w błąd potencjalnych odbiorców. OSŁ uznał winę obwianego i wymierzył mu karę pieniężną w wysokości 9596,06 zł. Orzeczenie to zaskarżył do Naczelnego Sądu Lekarskiego obrońca obwinionego. NSL utrzymał w mocy zaskarżone orzeczenie w zakresie pkt 3. Następnie kasację od tego orzeczenia wniósł obrońca obwinionego.

Rozpatrujący kasację SN stwierdził, że kasacja okazała się zasadna. Na wstępie w uzasadnieniu orzeczenia SN podkreślił, że obwinionemu przypisano przewinienie zawodowe zakwalifikowane z art. 53 ustawy o izbach lekarskich, przy czym w opisie tegoż czynu przywołano także cytowany powyżej art. 1 ust. 3 KEL. Jak wskazał SN, obwiniony miał zatem dopuścić się przewinienia zawodowego w postaci naruszenia zasad etyki lekarskiej. Równocześnie sam opis owego trzeciego z przypisanych obwinionemu przez sąd I instancji czynów, przytoczone w uzasadnieniu orzeczenia tego sądu, związane z tym ustalenia oraz aprobujące je stwierdzenia zawarte w uzasadnieniu zaskarżonego kasacją orzeczenia były w zakresie omawianego czynu na tyle niejednoznaczne i niekompletne, iż nie można było podzielić wyrażonego kategorycznie przez obydwie sądy przekonania, iż rzeczywiście w ten sposób przypisane obwinionemu zachowanie można uznać za delikt dyscyplinarny. W ocenie SN, z opisu tego przypisanego obwinionemu czynu nie wynikało, w jakim charakterze obwiniony miał wówczas działać (czy jako wykonujący swój zawód lekarz, czy jako osoba pełniąca funkcję dyrektora, nierealizowaną w ramach wykonywania zawodu lekarza). Tego rodzaju ustaleń brak było także w uzasadnieniu orzeczenia sądu I instancji (gdzie poprzestano tylko na przywołaniu owego wpisu ze strony internetowej CS(...) o tym, że obwiniony jest dyrektorem medycznym tej placówki), jak i w uzasadnieniu zaskarżonego kasacją orzeczenia (w którym fakt ten odnotowuje się jedynie, i to w kontekście czynów, odnośnie których został on uniewinniony). Dalej – jak wykazał SN – sądy lekarskie nie ustaliły, jakie obowiązki i zadania w związku z tą pełnioną funkcją miał obwiniony oraz z czego wynikała owa powinność prostowania przez niego na stronie internetowej CS(...) nieprawdziwych zapisów odnoszących się do jednostki, której był dyrektorem medycznym – czy tylko ze względu na powszechny etyczny nakaz uczciwości, czy także z racji konkretnych obowiązków, które wówczas były związane z pełnioną przez niego funkcją. Nadto ani w opisie przypisa-



Z MEDYCZNEJ WOKANDY

► nego obwinionemu czynu, ani w ustaleniach faktycznych zawartych w uzasadnieniach orzeczeń sądów obydwu instancji nie wskazano, jakich „potencjalnych odbiorców” wprowadzał on w błąd. Brak było także ustaleń co do tego, kogo wówczas obwiniony miał szkolić w ramach CS(...) – czy także osoby będące lekarzami, czy kosmetologów nimi jednak niebędących. Te braki były w ocenie SN tym bardziej istotne w kontekście dwóch zaszłości. SN podkreślił, iż po pierwsze: tego, że skoro przepis art. 53 ustawy o izbach lekarskich jest zamieszczony w rozdziale 5 zatytułowanym: „Odpowiedzialność zawodowa”, a czyn obwinionego stanowiący – według sądów – delikt dyscyplinarny, miał być następstwem naruszenia przez niego zasad etyki lekarskiej, to sąd II instancji w związku z czwartym zarzutem odwołania powinien był rozważyć, czy to zarzucane obwinionemu zachowanie, które wszak – tak można, aczkolwiek nie kategorię, także wnioskować z pewnych fragmentów uzasadnień obu orzeczeń – miało nie być realizowane w związku z wykonywaniem zawodu lekarza, ale prowadzeniem przez niego działalności – w istocie gospodarczej, w postaci przeprowadzenia szkoleń, i to tylko dla kosmetologów, mogło w ogóle stanowić „naruszenia zasad etyki lekarskiej”. Sąd zatem powinien był ocenić, czy „naruszenie zasad etyki lekarskiej”, stanowiące „przewinienie zawodowe”, aktualizuje się także i wtedy, gdy to pogwałcenie zasad etyki nie wiąże się z wykonywaniem profesji lekarza. Zdaniem SN zaprezentowanym w tej sprawie, przywołane względy systemowe oraz zamieszczenie przepisu art. 53 w rozdziale nazwanym „Odpowiedzialność zawodowa” może samoistnie sugerować ograniczenie deliktów dyscyplinarnych w tej postaci tylko do zasad etyki lekarskiej z zawodem związanych, nie zaś z jakąkolwiek inną życiową aktywnością lekarza. SN stwierdził tu, iż nie pozostawia wątpliwości to, że posługiwanie się fałszywym stopniem, tytułem naukowym czy podawanie informacji o przysługujących lekarzowi uprawnieniach w kontakcie z pacjentem stanowiłoby naruszenie art. 53 ustawy o izbach lekarskich w związku z art. 1 ust. 3 Kodeksu Etyki Lekarskiej. Zachowanie obwinionego miało polegać jednak na tym (przyjmując, iż tak to sąd ustalił), że nie sprostował nieprawdziwych informacji znajdujących się na stronie internetowej jednostki prowadzącej działalność szkoleniową. Tymczasem w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o wykonywaniu zawodu lekarza i lekarza dentystry za wykonywanie zawodu lekarza uważa się udzielanie świadczeń zdrowotnych (art. 2 ust. 1 tej ustawy), jak również prowadzenie badań naukowych, prac rozwojowych, promocji zdrowia; nauczanie zawodu lekarza; kierowanie podmiotem leczniczym; zatrudnienie w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych (art. 2 ust. 3 tej ustawy). Podkreśla się, że nie jest wykonywaniem zawodu lekarza nauczanie innego zawodu niż zawód lekarza. Z jednej strony zawęża to zakres odpowiedzialności zawodowej lekarza, ale z drugiej strony sprawia, że tego rodzaju aktywność nie jest traktowana jako wykonywanie zawodu lekarza. Po drugie – zdaniem SN – tego,

że sąd II instancji, akceptując orzeczenie sądu I instancji i dostrzegając w zachowaniu obwinionego „naruszenie zasad etyki lekarskiej” stanowiące przewinienie zawodowe, ani nie wskazał tychże zasad, ani też nie ukonkretnił owego modelu etycznego zachowania lekarza, któremu miał się obwiniony – poprzez owe zaniechania – sprzeniewierzyć. Było to niezbędne z dwojakich względów. Przede wszystkim ze względów gwarancyjnych dotyczących każdego z ewentualnych sprawców tego rodzaju

przewinienia zawodowego, który przez to zyskiwałby świadomość zakresu granic tych zasad i ich charakteru, a tym samym pewność co do wymogów przewinienia zawodowego. Jak również ze względów warunkowanych istotą odpowiedzialności zawodowej związanej z tego rodzaju przewinieniem. Jest ona

przewinienia zawodowego, który przez to zyskiwałby świadomość zakresu granic tych zasad i ich charakteru, a tym samym pewność co do wymogów przewinienia zawodowego. Jak również ze względów warunkowanych istotą odpowiedzialności zawodowej związanej z tego rodzaju przewinieniem. Jest ona

w dominującej mierze związana z tym, co określa etos, swą misją tej profesji. Następnie SN zauważył, że w przytoczonym na wstępie Kodeksie Etyki Lekarskiej przyrzeczeniu lekarskim zawarta jest generalna klauzula o tym, że każdy lekarz powinien: „strzec godności stanu lekarskiego i niczym się nie splamić”. NSL powinien więc – mając na względzie realia rozpoznawanej sprawy – podjąć próbę odczytania intencji i zakresu tego zapisu. Korporacyjne umocowanie sądu i powierzone mu ustawą obowiązki pozwalają wnioskować, że jest on najbardziej uprawnionym organem do skonkretyzowania owego pożądanego przez samą lekarską korporację modelu, który te zasady etyki lekarskiej stanowią. Wszystkie te względy zadecydowały o konieczności uwzględnienia kasacji obrońcy obwinionego. Ponownie rozpoznając sprawę – przypomnieć raz jeszcze należy, że tylko w zakresie trzeciego z zarzucanych obwinionemu czynów, bo tylko jego dotyczyła rozpoznawana kasacja – Naczelny Sąd Lekarski będzie miał na względzie powyższe wnioski i spostrzeżenia. Oceni na nowo zasadność podniesionych w odwołaniu obrońcy w związku z tym czynem zarzutów, a w swoich rozważaniach odniesie się także do tych kwestii, które zostały podniesione w ramach drugiego zarzutu kasacji. Z tych to powodów orzeczono jak wyżej.

Podsumowując, SN sformułował w tym przypadku następujące tezy: Względy systemowe oraz zamieszczenie przepisu art. 53 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich w rozdziale nazwanym „Odpowiedzialność zawodowa”, może samoistnie sugerować ograniczenie deliktów dyscyplinarnych w tej postaci tylko do zasad etyki lekarskiej z zawodem związanych, nie zaś z jakąkolwiek inną życiową aktywnością lekarza. Nie jest wykonywaniem zawodu lekarza nauczanie innego zawodu niż zawód lekarza. Ale jeszcze jedna ważna rzecz. Orzeczenia SN w naszym systemie prawnym nie mają charakteru precedensów prawnych, a nawet nie wiążą wszystkich sądów, a jedynie te zaangażowane w danej sprawie, choć traktowane są jako bardzo ważny głos w wykładni prawa. W tym przypadku można oczywiście dyskutować co do meritum z tym stanowiskiem, choć z pewnością zawsze należy oczekiwać od organów odpowiedzialności zawodowej klarownego wyводу uzasadniającego podjęte stanowisko procesowe. A do problemu – jak wszystko dobrze się ułoży – z pewnością będziemy wracać. ■

Polemika

Czy lekarze piastujący funkcje z wyboru w izbach lekarskich mogą być pociągnięci do odpowiedzialności zawodowej za ich działalność w samorządzie?

Do napisania polemiki z tezami Panów Profesorów Jerzego Sowińskiego i Jędrzeja Skrzypczaka skłoniło mnie przede wszystkim poczucie niebezpieczeństwa, jakie wdarłoby się w nasze lekarskie życie, gdyby tezy te miały lec u podstaw trwałej linii orzeczniczej sądów lekarskich w Polsce. Przede wszystkim podstawową rzeczą jest tu nie tyle dokonywanie (jak to zrobili Autorzy) obszernej analizy przepisów ustaw o innych samorządach zawodowych, ile postawienie pytania, czy aby same fundamenty izb lekarskich nie wyłączają kognicji sądów lekarskich w stosunku do czynów niezwiązanych z wykonywaniem zawodu. Tym, co napiszę, Ameryki nie odkrywam. Jest to powtórzenie tezy najbardziej popularnego komentarza naukowego do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (praca zbiorowa pod redakcją prof. Eleonory Zielińskiej). Otóż rozstrzygająca jest tu treść art. 17 ust. 1 Konstytucji, która jest dla samorządów zawodowych „matką wszystkich przepisów”. Konstytucja w tym miejscu mówi bowiem o tym, po co w ogóle powołuje się samorzady zawodowe – i tu zacytuję: „w celu reprezentacji i sprawowania pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodów”. Wykonywaniem – podkreślam. Z tego właśnie zarówno prof. Zielińska, jak i prof. Teresa Gardocka i Paweł Kowalski (*vide* artykuł „Medyczna Wokanda”, nr 14, 2020 r., s. 107, https://nil.org.pl/uploaded_files/1604408335_mw-14-2020-wnetrze.pdf) wywodzą wniosek, że odpowiedzialność (*nomen omen*) zawodowa (a nie „dyscyplinarna”) dotyczy czynów związanych z wykonywaniem zawodów. Wracając do pytania postawionego przez Autorów artykułu – pełnienie funkcji w samorządzie lekarskim nie może być w prosty sposób utożsamiane z wykonywaniem zawodu lekarza. Paradoks polega na tym, że można być nawet prezesem izby lekarskiej, a wcale nie wykonywać zawodu lekarza. Członkami izb są lekarze posiadający PWZ (art. 6 ust. 1 ustawy o izbach lekarskich). Prawo wykonywania zawodu nie jest obowiązkiem, więc część lekarzy posiada PWZ, a zawodu nie

wykonuje. Przysługuje im jednak pełnia praw wyborczych i mogą spokojnie pełnić funkcje w samorządzie, z wyjątkiem członkostwa w sądach lekarskich i funkcji rzecznika, gdzie ustawa stawia wymóg wykonywania zawodu od co najmniej 10 lat. Kto wykonuje i w jakiej postaci można wykonywać zawód lekarza? O tym mówi art. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (uzlld). I tylko przez pryzmat tego przepisu możemy snuć rozważania, kto wykonuje, a kto nie wykonuje zawodu lekarza. I tak traktuje to zagadnienie orzecznictwo, choćby w wyroku z grudnia ubiegłego roku (sygn. I KK 134/20), w którym Sąd Najwyższy uchylił wyrok NSL wydany z omawianą w artykule podstawą prawną (art. 1 ust. 3 KEL), uzasadniając to właśnie koniecznością wskazania przez NSL związku inkryminowanego czynu z wykonywaniem zawodu. I to tak, jak to wykłada ustawa o zawodach w art. 2 ust. 3. Tymczasem w omawianym artykule w ogóle nie odnalazłem wzmianki o tym kluczowym przepisie. Czy zatem Autorzy niezasadnie powołują się na opisane w doktrynie powinności? Na wszystkie te argumenty, iż etyka lekarska wynika z ogólnoludzkiej i nie da się ich obu rozdzielić? Nie, korporacje takie jak nasza mogą swoim członkom stawiać nawet dość wygórowane wymogi. Mogą one dotyczyć całokształtu postawy. Osobiście jako członek korporacji nie mam żadnego problemu z tym, żeby czuć się w powinności prezentowania odpowiedniej postawy co do zachowania, kultury języka czy uczciwości w sferze biznesowej. Czym innym jednak jest nakaz deontologiczny, a czym innym odpowiedzialność zmaterializowana karą dyscyplinarną. Ta, skoro ustrojodawca ograniczył zakres ingerencji izb, nie powinna dotyczyć sfery pozazawodowej. W przeciwnym razie otwieramy przysłowiową puszkę Pandory i na gruncie bardzo, ale to bardzo nieprecyzyjnego przepisu art. 1 ust. 3 KEL (naruszeniem godności zawodu lekarza jest każdy czyn, który podważa zaufanie do zawodu) zaczynamy się przyglądać sferze pozazawodowej. Możemy więc śmiało dojść kiedyś do badania, czy

lekarz oddaje pożyczone pieniądze (kollegom, bankom) i skończy niechybnie na domniemaniu uprawnienia izby do oceny życia prywatnego. W jednym z orzeczeń NSL pojawia się nawet uzasadnienie domniemanego uprawnienia sądów lekarskich do oceny staranności lekarzy jako pracowników etatowych u jakiegokolwiek pracodawcy. Oznaczałoby to, że na przykład lekarz zatrudniony w firmie farmaceutycznej lub jako ordynator w szpitalu za niefortunne decyzje zarządcze (w sensie majątkowym) mógłby stanąć przed sądem lekarskim. Nie idźmy w tę stronę. Przedmiotem oceny sądów lekarskich powinny być czyny związane z wykonywaniem zawodu. Niekoniecznie tylko *stricte* lekarskie, ale również te, które można popełnić, wykonując zawód w postaciach opisanych w art. 2 ust. 3 uzlld. Niemniej muszą to być czyny zwrócone przeciwko zdrowiu, zdrowotności, relacjom pacjent–lekarz, dobru pacjentów, dobru nauk lekarskich. Czy zatem postuluję, aby resztę wymogów deontologicznych pozostawić bez sankcji? Nic bardziej mylnego. Istnieje coś, na czym przestaliśmy ostatnio polegać, a co stanowi zawsze o sile moralnej danej grupy – zdolność oceny postępowania lekarza przez jego najbliższe lekarskie otoczenie. W „dawnych czasach” to właśnie ryzyko sprowadzenia na siebie infamii, negatywnej oceny za czyn moralnie wątpliwy było większą dolegliwością niż urzędowa kara. Przestaliśmy na tym polegać, występki urzędowo nieukarany uchodzić zaczyna wręcz za usprawiedliwiony. Nie reagujemy na wiele nieprawości nas otaczających, uważając, że od tego są odpowiednie organy. Tymczasem surowością lekarskich orzeczeń sądowych i poszerzaniem zakresu kognicji nie zastąpimy asertywności społecznej środowiska. Nad omawianym zagadnieniem musi – moim zdaniem – odbyć się dyskusja na forum Krajowego Zjazdu Lekarzy. To nasz prawodawczy obowiązek (to właśnie Zjazd uchwała KEL) – wkroczyć reformatorsko wszędzie tam, gdzie redakcja przepisu budzi poważne kontrowersje orzecznicze. Jako członek NRL nie ustaję w wysiłkach ►

► namówienia moich Koleżanek i Kolegów z Rady na jak najszybszą debatę dotyczącą doprecyzowania przepisu art. 1 ust. 3 KEL (czyn niegodny lekarza). Autorzy omawianego przeze mnie artykułu zdają się proponować (nie jest to pogląd odosobniony), aby na gruncie art. 76 KEL, w przypadkach w nim nieuwzględnionych, kierować się uchwałami organów izbowych, orzeczeniami sądów lekarskich, a nawet „dobrymi obyczajami lekarskimi”.

Kolejny moim zdaniem przepis wieloznaczny. Której wartości przy-

znać pierwszeństwo: tej dekretowanej w uchwale czy płynącej z „dobrych obyczajów”? Kto będzie definiował „dobre obyczaje”? Każdorazowo sąd lekarski? Skąd lekarz ma czerpać wiedzę o tym, co jest w orzecznictwie sądów lekarskich? Mój zgłoszony dokładnie 4 lata temu postulat powołania systemu publikacji orzeczeń sądów lekarskich jakoś nie może się przebić w świadomości pracujących w organach odpowiedzialności zawodowej Koleżanek i Kolegów. Czy nie godzi to wszystko w wywodzoną z art. 2 Konstytucji za-

sadę określoności przepisów prawa? Wszak cały KEL jest niczym innym, w sensie konstytucyjnym, jak dookreśleniem art. 53 ustawy o izbach lekarskich. Przytaczanie odpowiednich wyroków TK wypełniłoby pewnie całą szpaltę. Sensem prawodawstwa jest zapewnienie jednostce pełnej świadomości, jak wygląda norma zachowania, w jaki sposób można ją naruszyć i co za to grozi. Jeśli stanowione przez samorząd prawo nie dostaje do tego standardu – trzeba je poprawić.

ANDRZEJ CISŁO, LEKARZ DENTYSTA

Pierwszy taki w Polsce

Z zewnątrz bardzo okazałe, architektonicznie ciekawe. Wewnątrz będzie na wskroś nowoczesne, świetnie wyposażone, sprosta najwyższym standardom opieki medycznej. Wielkopolskie Centrum Zdrowia Dziecka już za kilka miesięcy przyjmie pierwszych pacjentów.

Pod koniec lipca, o czym w poznańskim „Teleskopie” mówiła Urszula Łaszyńska, rzecznik prasowy spółki Szpitale Wielkopolski, zaangażowanie generalnego wykonawcy (firma WARBUŁ SA, jedna z największych firm budowlanych w Polsce, działająca na rynku od 1989 r.) sięgało 85 proc. Na budowie przy ul. Wrzoska pozostanie on do końca września. Potem rozpocznie się meblowanie, instalowanie urządzeń i sprzętu medycznego.

Realizowany w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014–2020 projekt „Budowa Wielkopolskiego Centrum Zdrowia Dziecka (szpitala pediatrycznego) wraz z jego wyposażeniem” zapewnić ma „poprawę dostępności i jakości kompleksowej opieki pediatrycznej, zarówno w zakresie podstawowym, jak i specjalistycznym, poprzez utworzenie jednego, nowego obiektu świadczącego kompleksowe usługi leczenia dzieci i młodzieży, w tym również w stanach zagrożenia życia, w pełni przystosowanego do nowych programów medycznych i technik leczenia, spełniającego najwyższe wymagania, normy i przepisy”. To priorytetowa inwestycja dla regionu i samorządu województwa wielkopolskiego. Jej wartość sięga prawie 430 mln zł, w tym 237 mln zł pochodzi z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego. Projekt realizowany jest przez samorząd województwa wielkopolskiego, w którego imieniu działa spółka Szpitale Wielkopolski, odpowiedzialna za budowę WCZD.

Autorzy koncepcji nowego obiektu założyli, że będzie w nim prowadzona „działalność, uwzględniająca zmiany zachodzące w procesach diagnostyczno-terapeutycznych, przejęta w części z istniejącego obecnie SZOZ nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu, który hospitalizuje rocznie ok. 19 000 pacjentów do lat 18. Dodatkowo Wielkopolskie Centrum Zdrowia Dziecka przejmie działalność Ośrodka Rehabilitacyjnego dla Dzieci w Kiekrzu, znajdującego się obecnie w strukturze Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu, w zakresie rehabilitacji dzieci”. Działalność lecznicza poszerzona została o szpitalny oddział ratunkowy dla dzieci, którego aktualnie województwo nie posiada.



Fot. Andrzej Piechocki

WCZD, usytuowane na 3-hektarowym terenie pomiędzy szpitalami wojewódzkim a MSWiA, ma 7 kondygnacji, jego bryła zaprojektowana została w tzw. układzie grzebieniowym. Przestrzennie i funkcjonalnie budynek o powierzchni zabudowy 5978 m² i kubaturze 35 921 m³ podzielony jest na dwie części. Oba bloki łączy w części centralnej wspólna przestrzeń komunikacyjna z główną klatką schodową i windami. W nowym szpitalu pediatrycznym będą 354 łóżka dla małych pacjentów w jednoosobowych salach z sanitariatami, z miejscami dla rodziców/opiekunów. Blok operacyjny liczy 5 sal. Jest zakład diagnostyki obrazowej. Liczba wszystkich pomieszczeń 9 oddziałów, licznych poradni i laboratoriów przekracza 2000. Na trzech parkingach jest 425 miejsc. Nie zabraknie także miejsc rekreacyjnych dla małych pacjentów. Co ważne, WCZD będzie mogło korzystać z pobliskiego lądowiska dla helikopterów szpitala przy ul. Juraszów. Wiele będzie nowości technologicznych. Wśród nich poczta pneumatyczna umożliwiająca na przykład transport pobranych próbek do laboratoriów, zautomatyzowana apteka, w której robot zadysponuje dawki lekarstw dla konkretnych pacjentów. Przewidziana jest także pełna informatyzacja. Lekarz i pielęgniarka z tabletami w rękach będą w tym szpitalu codziennością. To nie przypadek, że do sufitu w głównym wejściu podłączone są biało-błękitne delfiny, inne ryby i płetwonurek. W aranżacji różnych pomieszczeń wykorzystuje się bowiem elementy plastyczne związane z wodą.

Nowoczesne centrum zastąpi przestarzałe lecznice dziecięce: Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem przy ul. Krysiewicza i Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem przy ul. Nowowiejskiego. Na miarę możliwości ich ciasne pomieszczenia adaptowane były do rosnących z każdym rokiem potrzeb. Teraz będą one w jednym miejscu i to o najwyższym komforcie i standardzie opieki medycznej. Szpital pediatryczny w Poznaniu będzie najnowocześniejszym i największym takim obiektem w Polsce budowanym od podstaw. (pik)



Autor bez maski
i kasku

SHORT CUTS

PREZENTUJĄ SUBIEKTYWNY ODBIÓR RZECZYWISTOŚCI PRZEZ
AUTORA I NIE POWINNY BYĆ UTOŻSAMIANE Z OFICJALNYM
STANOWISKIEM WIL

PAN KRZYSZTOF...*



Dziadek autora
dr med. Stefan
Ożegowski

Obchody 100-lecia, tylko czego?*

Gdy będą Państwo czytać ten tekst, będziemy już po XLV Nadzwyczajnym Okręgowym Zjeździe Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej i uroczystościach jubileuszowych 100-lecia powstania Lekarskiej Izby Poznańsko-Pomorskiej, której następczynią jest Wielkopolska Izba Lekarska. Zjazd i uroczystości jubileuszowe odbędą się (a właściwie, dla czytelnika, odbyły się) 4 września 2021 r. Jak już wcześniej wspominał prezes, nasza izba (jako jedyna izba lekarska) zorganizowała zjazd na żywo, a nie zdalnie przy użyciu urządzeń technicznych, jak inne izby. Pewnie będziemy także jedyną izbą lekarską, która w tym roku zorganizuje obchody 100-lecia powstania izb lekarskich w odrodzonej Polsce. Po raz kolejny będziemy pierwsi!

Bowiem nasza izba – a właściwie jej poprzedniczka: *Ärzttekammera Posen*, powstała w 1889 r., była pierwszą izbą lekarską na ziemiach polskich (izby lwowska i krakowska powstały dopiero w 1893 r.).

Problemem pozostaje jednak, czego stulecie będziemy obchodzić, bo na pewno nie powstania Lekarskiej Izby Poznańsko-Pomorskiej. Faktem jest, że Sejm II RP uchwalił 2 grudnia 1921 r. ustawę o „Ustroju i zakresie działań Izb Lekarskich”, jednakże do powstania samych izb było jeszcze daleko. Dopiero w marcu 1922 r. wydano stosowne rozporządzenie, na podstawie którego przeprowadzono w grudniu tego roku pierwsze wybory do izb lekarskich, a w styczniu 1923 r. wybory uzupełniające. W efekcie tych wyborów wybrano 28 członków Rady Izby, spośród których 17 lutego 1923 r. wybrano na trzyletnią kadencję Zarząd Izby. Naczelnikiem – tak wtedy nazywano prezesa izby – został dr Tadeusz Dembiński, a jednym z członków zarządu był mój dziadek doktor Stefan Ożegowski z Ostrowa Wielkopolskiego. Być może narażę się organizatorom tegorocznych obchodów, ale wydają się one nieco przedwczesne. No chyba że organizatorzy postanowili świętować dwa razy: pierwszy raz – teraz, w 100-lecie ustawy sejmowej, a drugi raz – w lutym 2023 r., w prawdziwą rocznicę powstania Lekarskiej Izby Poznańsko-Pomorskiej. Zostając przy międzywojennych losach naszej izby lekarskiej, należy przypomnieć apologetom tego okresu, że wcale różowo nie było, gdyż stosunki izb lekarskich z władzami państwowym oraz kasami chorych, a po ich rozwiązaniu

w 1933 r. z Ubezpieczalnią Społeczną, nie układały się najlepiej, choć zdecydowanie lepiej niż z obecnymi władzami. Efektem tych nie najlepszych układów była decyzja władz państwowych dzieląca izbę. W ten sposób 15 czerwca 1939 r. powstała samodzielna Poznańska Izba Lekarska z siedzibą w Poznaniu i Pomorska Izba Lekarska z siedzibą w Toruniu. Pomimo tego, iż jak się okazało, czasu było mało, do wybuchu II wojny światowej dokonano podziału majątku izbowego oraz uregulowano rozliczenia finansowe. Poznańska Izba Lekarska w momencie wybuchu II wojny światowej była w posiadaniu całkiem pokaźnego majątku i nieruchomości, które były jej własnością. Niestety historia i politycy, po dzień dzisiejszy zresztą, nie byli dla izby przychylni. Po II wojnie, w momencie rozwiązania izb lekarskich, Poznańska Izba Lekarska posiadała w Poznaniu 4 nieruchomości w prestiżowych lokalizacjach (własne i przekazane izbie przez komisję likwidacyjną Związku Zawodowego Lekarzy RP Okręg Wielkopolski, który rozwiązano w 1948 r.). I choć ustawa sejmowa przyznała Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej, jako następczyni Poznańskiej Izby Lekarskiej, prawo do odzyskania tych nieruchomości, to władze państwowe – tu konkretnie Wojewoda Poznański – nie chcą wykonać tej decyzji. Wojewoda stwierdził, że ten obowiązek spoczywa na Prezydencie Miasta Poznania. Niestety ten też nie poczuwa się do tego i w efekcie nadal nie mamy ani nieruchomości, ani ewentualnego ekwiwalentu za nie. Dlatego tym wszystkim, którzy ulegają okrągłym słówkom tych notabli przy okazji różnych rocznic i uroczystości oraz kolejnych okręgowych zjazdów izby lekarskiej, przypominam, że te osoby traktują naszą izbę gorzej niż np. różne związki wyznaniowe, które odzyskują, często wątpliwe roszczenia, a nam ciągle się odmawia i zwodzi. Mam jednak nadzieję, że choć młyny sprawiedliwości miały powoli, to kiedyś doczekamy się zwrotu naszej własności.

*W tym ścinku wykorzystałem informacje zawarte w monografii wydanej na 10-lecie WIL.

*Tekst powstał gwoli prawdy historycznej, bez najmniejszej chęci pomniejszenia szacunku dla naszej WIL.

*KRZYSZTOF OŻEGOWSKI

DAWKA INFORMACJI

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

Bardzo ważne głosowanie

6 proc. PKB na służbę zdrowia już w 2023 r. – to zakłada ustawa, którą w środę (11 sierpnia 2021 – przyp. AP) przegłosowali posłowie. Ponadto politycy będą musieli określić taką ścieżkę rozwoju, która do 2027 r. zapewni wzrost wydatków do 7 proc. PKB. Za zmianami w finansowaniu służby zdrowia zagłosowało 298 posłów, przeciw opowiedziało się 7 osób, a 146 wstrzymało się od głosu. Ustawa trafi teraz do Senatu. Senatorowie będą mieć 30 dni na przyjęcie ustawy lub odeślanie jej z powrotem do Sejmu z poprawkami.

Chciałem z dumą powiedzieć, że przed nami, przed Państwem bardzo ważne głosowanie. Głosowanie, które będzie budowało stabilne finansowanie dla służby zdrowia w Polsce – stwierdził z mównicy sejmowej Adam Niedzielski i przypomniał, że dzięki tej ustawie państwo osiągnie nakłady 7 proc. PKB na służbę zdrowia szybciej.

PAP, MARCIN OBARA, WWW.MONEY.PL

Powstanie sala hybrydowa

Prawie 12 mln zł unijnej dotacji Zarząd Województwa Wielkopolskiego przyznał poznańskim szpitalom. Dzisiaj (23 lipca 2021 – przyp. AP) Marszałek Województwa Wielkopolskiego Marek Woźniak podpisał umowy z dyrektorami Szpitala Miejskiego im. Józefa Strusia oraz Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego.

Z kwoty 6,5 mln zł przyznanej na projekt Szpitala Miejskiego im. Józefa Strusia część w wysokości 1,87 mln zł została przyznana Poznańskiemu Ośrodkowi Specjalistycznych Usług Medycznych, który także będzie uczestniczył w leczeniu skutków pocovidowych i jest partnerem projektu. Szpital Miejski zmodernizuje natomiast swoje pomieszczenia i uzupełni wyposażenie o nowy sprzęt, m.in. tomograf komputerowy, aparat RTG stacjonarny, aparat RTG przyłóżkowy, aparaty do wysokoprzepływowej tlenoterapii donosowej czy wózki anestezjologiczne, a POSUM – m.in. o echokardiograf, aparaty do EKG z oprogramowaniem czy aparaty do dekontaminacji pomieszczeń.

Z kolei do Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego trafi prawie 5,4 mln zł środków unijnych z WRPO 2014+, które szpital przeznaczy na utworzenie i wyposażenie sali hybrydowej dla Oddziału Chirurgii Ogólnej i Naczyń. Ta nowoczesna infrastruktura umożliwi wykonywanie skomplikowanych zabiegów z zakresu chirurgii naczyń. Jest to niezwykle ważne, ponieważ w związku ze starzeniem się społeczeństwa rośnie liczba osób wymagających leczenia związanego właśnie z chirurgią naczyń, tymczasem w Wielkopolsce mają one ograniczony dostęp do wysokospecjalistycznych terapii.

WWW.UMWWW.PL

Za trud walki z pandemią

Niezwykły projekt dziś (30 czerwca 2021 – przyp. AP) o północy pojawi się na ścianie budynku przy ul. Szwajcarskiej w Poznaniu. „To zdarzenie bez precedensu w Polsce”.

To swego rodzaju podziękowanie artystów za trud, jaki w walce z koronawirusem włożył personel medyczny.

Mowa o projekcji audiowizualnej zatytułowanej „COVID CITY: krzyk i nadzieja”, której celem jest wyrażenie podziękowania dla pracowników poznańskiego szpitala za trud walki z pandemią COVID-19. Autorką tego utworu artystycznego jest Katarzyna Słuchocka, poznańska artystka, doktor habilitowana sztuk plastycznych, będąca profesorem w Katedrze Malarstwa i Sztuk Wizualnych Politechniki Poznańskiej. Projekcja w sposób symboliczny odzwierciedla emocje towarzyszące nam wszystkim, poczynawszy od lęku przed nieznanym i niepewnością jutra poprzez strach i przerażenie, a wreszcie osiągające kulminację, jaką jest triumf nadziei – przekazuje Stanisław Rusek rzecznik prasowy Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. Józefa Strusia w Poznaniu.

Warto zaznaczyć, że data pokazu nie jest przypadkowa. Właśnie dziś o północy szpital przy ul. Szwajcarskiej przestaje być covidowym.

J., WWW.EPOZNAN.PL

18 kandydatów na miejsce

Pandemia spowodowała wzrost zainteresowania kierunkami medycznymi. Najtrudniej dostać się na stomatologię. W Łodzi na jedno miejsce przypada 14 kandydatów, w Poznaniu – 18, a w Gdańsku – aż 23. Na uniwersytetach medycznych w całej Polsce zakończył się właśnie pierwszy etap rekrutacji. Wszystkie uczelnie notują wzrost zainteresowania – i to nie tylko kierunkami lekarskimi. Więcej osób aplikuje na położnictwo, pielęgniarstwo, zdrowie publiczne czy fizjoterapię. Na poznańską uczelnię na kierunki magisterskie zarejestrowało się online 10 tys. 577 osób. Ostatecznie 8 tys. 303 kandydatów dostarczyło wszystkie dokumenty i spełniło wymogi formalne. *Pandemia spowodowała wzrost zainteresowania kierunkami medycznymi. Ze wstępnych raportów wynika, że w sumie na 18 kierunków zgłosiło się w tym roku o pół tysiąca więcej kandydatów niż rok temu* – mówi Rafał Staszewski, dyrektor generalny Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu i rzecznik prasowy uczelni.

SYLWIA SAŁWACKA

HTTPS://POZNAN.WYBORCZA.PL

Największy przyrost

Rzecznik Praw Pacjenta opublikował „Sprawozdanie z przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej” od 1 stycznia do 31 grudnia 2020 r. W tym czasie do RPP wpłynęło aż 135 625 spraw, sygnałów i zapytań kierowanych pisemnie, e-mailowo oraz za pośrednictwem Telefonicznej Informacji Pacjenta. „W porównaniu z 2019 rokiem Biuro RPP odnotowało znaczący wzrost zgłoszeń. Otrzymaliśmy o 57,5 proc. więcej sygnałów od pacjentów. Jest to największy przyrost aktywności RPP w ostatnich latach jego działalności i ma niewątpliwie związek z sytuacją epidemiczną, spowodowaną rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2” – czytamy w sprawozdaniu.

Ponadto RPP dokonał oceny przestrzegania praw pacjenta w 2020 r., z której wynika, że prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych było nieprzebrane w stopniu wysokim. Prawo to jest niezwykle istotne, odzwierciedla realizację podstawowego prawa każdego obywatela do ochrony zdrowia, zawartego w art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Kolejnym prawem pacjenta nieprzebranym w stopniu średnim było prawo do dokumentacji medycznej i prawo do informacji o stanie zdrowia.

MONIKA STELMACH
WWW.TERMEDIA.PL

Baza genomów

W ramach projektu „Nasze Genomy” powstała pierwsza otwarta baza genomów charakterystycznych dla populacji Polski. Ten wyjątkowy projekt naukowy jest owocem współpracy specjalistów z poznańskiej firmy biomedycznej MNM Diagnostics z lekarzami z Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie. To wyjątkowy projekt naukowy, dzięki któremu udało się stworzyć referencyjną bazę wariantów genetycznych populacji Polski. Naukowcy przeanalizowali genomy ponad tysiąca Polaków, na podstawie których stworzyli bazę wariantów genetycznych reprezentatywnych dla mieszkańców Polski. To dzięki informacji zapisanej w naszym DNA różni się między sobą wzrostem, kolorem włosów czy oczu. W wyniki analizy zgromadzonych danych można wyłonić cechy wspólne, charakterystyczne dla populacji Polski, będące wynikiem naszego dziedzictwa genetycznego po naszych przodkach.

Baza genomów ma przede wszystkim cel medyczny. Posłuży naukowcom, lekarzom i diagnostom jako punkt odniesienia do interpretacji wyników badań genetycznych. Dzięki niej do medycyny w Polsce może wkroczyć na szerszą skalę

diagnostyka genetyczna, na czym zyskają m.in. pacjenci onkologiczni.

WWW.ONKONET.PL

Podziękował za wsparcie

Miał wprowadzać opinię publiczną w błąd i rozsiewać nieprawdziwe informacje – tak przynajmniej twierdził pełniący obowiązki Głównego Inspektora Sanitarnego. Jednak wniosek Krzysztofa Saczki o ukaranie dr. Pawła Grzesiowskiego został odrzucony, a Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej stwierdził, że lekarz nie naruszył Kodeksu Etyki Lekarskiej. Wirusolog podziękował za wsparcie.

WWW.ONET.PL

Na nowo określone

Zarobki medyków na poszczególnych stanowiskach zostały na nowo określone w tzw. ustawie Niedzielskiego, która obowiązuje od 1 lipca 2021 r. Dzięki nowym rozwiązaniom żaden pracownik medyczny nie może mieć ustalonego wynagrodzenia zasadniczego na poziomie niższym niż ten, wynikający z ustawy z 8 czerwca 2017 r., która zapewniła, że wynagrodzenie pracownika rokrocznie będzie podwyższane o co najmniej 20 proc. kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika. Tutaj warto wspomnieć, że zawody medyczne zostały podzielone na specjalne kategorie. Minimum, jakie wynika z ustawy, to nic innego jak iloczyn wskaźnika, jaki został przypisany do danej grupy i kwoty bazowej. Ta z kolei jest równa wartości przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w roku poprzednim, który podawany jest przez GUS. Za rok 2020 kwota bazowa wynosiła 5167,47 zł, zaś za rok 2019 – 4918,17 zł.

PAWEŁ BEDNARZ, WWW.BUSINESSINSIDER.COM.PL

SILVA RERUM MEDICARUM VETERUM

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

JACY BYWAJĄ LEKARZE-URZĘDNICY, świadczy fakt następujący: Majtek ze statku „Grzegorz Zwycięzca”, znajdujący się pod śledztwem, pozostawał pod obserwacją w szpitalu dla obłąkanych, w Kronsztacie. Opinia lekarzy szpitalnych brzmiała: „Złośliwy symulant, zasługujący na karę śmierci”. Dyrektorem szpitala kronsztackiego jest niejaki Filipow (lekarz!).

„Czasopismo Lekarskie” 1905, VII, 435

MINISTER PRZECIWI GORSETOM. Nieprzejednanym wrogiem noszenia gorsetów jest terazniejszy rosyjski minister oświaty. Zakazał on bowiem noszenia gorsetu uczennicom wyższych szkół i gimnazjum żeńskich, jako i uczennicom wyższej szkoły muzycznej. – Bardzo słusznie!

„Przewodnik Zdrowia” 1898, IV, 56

W WIEDNIU TOCZYŁY SIĘ DEBATY, czy kobiety mają być przyjęte do Wiener medizinisches Doktorenkollegium? Odpowiedź wypadła dodatnio. A skrupułów było wiele. Przedewszystkim sama nazwa towarzystwa mówi tylko o mężczyznach. Potem przy różnych fundacjach np. funduszu wdowim, jedynie myślano dawniej o członkach męskich. Z drugiej jednak strony zważywszy, że przez ilość członków rozwija się każde towarzystwo a dalej, że kobiety należą do towarzystw naukowych i t. p. zgodzono się na przyjęcie, przyczem jednak będzie musiał być zmieniony statut i różne inne pozycje, np. fundusz wdowi, sierocy i t. p. Kollegium jednak wyraziło zdanie, że wobec tego kobiety należą też muszą i do izb lekarskich.

K. „Nowiny Lekarskie” 1911, XXIII, 316

Stowarzyszenie cz. II



Przemysław Mańkowski – przewodniczący Zarządu, Kierownik Kliniki Chirurgii, Traumatologii i Urologii Dziecięcej

Do najważniejszych zadań statutowych Stowarzyszenia należą: *utrzymanie łączności między absolwentami Uczelni i współpraca Stowarzyszenia z Uczelniami; współpraca między członkami Stowarzyszenia i Uczelniami; pomoc w organizowaniu uroczystości uczelnianych, m.in. odnowienia dyplomów Uczelni po 50 latach od jej ukończenia; upowszechnienie wśród absolwentów osiągnięć nauk medycznych i farmaceutycznych; kultywowanie tradycji Uczelni oraz prowadzenie badań nad jej historią, a także upowszechnienie życiorysów jej absolwentów, których życie i osiągnięcia miały szczególne znaczenie dla Uczelni; organizowanie zebrań dyskusyjnych, wykładów i konferencji naukowych, a także inicjowanie innych form działania służących podnoszeniu kwalifikacji zawodowych; współdziałanie z organizacjami naukowymi i społecznymi; dbałość o pamięć osób, które odeszły, a które miały wpływ na rozwój naszej Uczelni.*

Obecny Zarząd stanowią: prof. dr hab. med. Przemysław Mańkowski, prof. dr hab. med. Przemysław Mikołajczak, dr hab. med. Alicja Sekula,

dr Małgorzata Postulszna, prof. dr hab. Marian Krawczyński, dr Włodzimierz Stolzmann, prof. dr hab. Andrzej Obęrowski oraz pracujący jako wolontariusz, sekretarz techniczny – mgr Maciej Rataszewski.

Komisja Rewizyjna: przewodniczący – dr n. med. Antoni Dmochowski, członek – dr Magdalena Ogrodowczyk.

Sąd Koleżeński: przewodniczący – prof. dr hab. Wojciech Cichy, członek – prof. dr hab. Zygmunt Przybylski.

Organizacja kultywuje przekazane tradycje i wypełnia zadania statutowe.

SAUM wspólnie z prof. dr hab. med. Anitą Magowską, kierownikiem Katedry i Zakładu Historii i Filozofii Nauk Medycznych, i Wielkopolską Izbą Lekarską zorganizowały dwie duże konferencje naukowe z okazji 100-lecia naszej *Alma Mater*: „Luminarze poznańskiej medycyny akademickiej” (29.05.2019) i „Luminarze poznańskiej medycyny akademickiej w międzywojniu i okresie powojennym, część II” (27.02.2019).

Ostatnią inicjatywą SAUM jest wsparcie renowacji nagrobka pierwszego dziekana Wydziału Farmaceutycznego – prof. Jana Dobrowolskiego, który spoczywa wraz z żoną na Cmentarzu Sołackim parafii św. Jana Vianneya w Poznaniu przy ul. Szczawnickiej 2. Działanie to wpisuje się w realizowany już wcześniej zamysł dba-



łości o pamięć naszych nauczycieli i odnowienia grobów zasłużonych profesorów naszej Uczelni (2016 r. – nagrobki Państwa Prof. Juraszów).

Charakter działalności Stowarzyszenia zmienia się wraz z upływem lat. Bardzo ważną formą aktywności są organizowane konferencje o charakterze naukowym, popularyzatorskim i historyczno-społecznym. Unowocześniliśmy formę komunikacji z członkami Stowarzyszenia poprzez witrynę internetową naszej Uczelni (saamp@ump.edu.pl).

Na koniec w imieniu Zarządu życzymy naszym drogim Absolwentom hartu ducha w tych trudnych czasach, zdrowia, optymizmu, bo jak po każdej nocy i dla nas znów zaświeci słońce. ■

Założenie ekstremalnie optymistyczne

Prezentowane późną wiosną prognozy nie pozostawiały wątpliwości. Wraz z otwieraniem kolejnych oddziałów szpitalnych, poprawą dostępu do systemu ochrony zdrowia w części pozacovidowej, liczba diagnoz nowotworów będzie coraz większa. Skumulują się zarazem bieżące i odłożone w czasie zabiegi chirurgiczne.

W wywiadzie dla TVN24 minister zdrowia, pytany o stan onkologii po pandemii, powiedział m.in.: *Onkologię czeka trudny czas, będzie musiała zmierzyć się ze zwiększonym napływem pacjentów. On jest związany z tym, że diagnostyka w międzyczasie na pewno się pogorszyła. I mam tutaj na myśli dostępność, zarówno w ramach POZ, jak i leczenia specjalistycznego, do badań obrazowych, które pomagają zdiagnozować nowotwór we wczesnych fazach. Zarazem, jeżeli mówimy o pewnej ochronie, jaka została w trakcie COVID-19 roztoczona nad onkologią, to w tym sensie, że ona w żaden systemowy sposób nie oddawała ló-*

żek na rzecz walki z SARS-CoV-2. I pod tym względem była rzeczywiście zieloną wyspą, bo nie doznała ingerowania decyzjami administracyjnymi w przekazywanie łóżek na rzecz systemu covidowego.

Dyrektorzy szpitali informowali w tym czasie o coraz liczniejszych przypadkach rezygnacji pacjentów – w obawie przed zakażeniem wirusem – z umówionych wcześniej wizyt w przychodniach lub o przesunięciach ich na późniejszy termin. Szersze otwarcie (wiosną 2021) drzwi do publicznego systemu ochrony zdrowia niemal natychmiast przyniosło wyraźny wzrost liczby wystawianych kart DiLO. Według dostępnego w internecie, interaktywnego raportu Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego, gdy idzie o Wielkopolskę, liczba kart wydanych jej mieszkańcom w okresie od marca do lipca 2020 r. wyniosła 4994, a w analogicznym okresie 2021 r. – 10 723. To ważna okoliczność, która musi być uwzględniona w przygotowaniu rozwiązań systemowych na podstawie zakończonego już pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej. Od

Światowy Dzień Serca

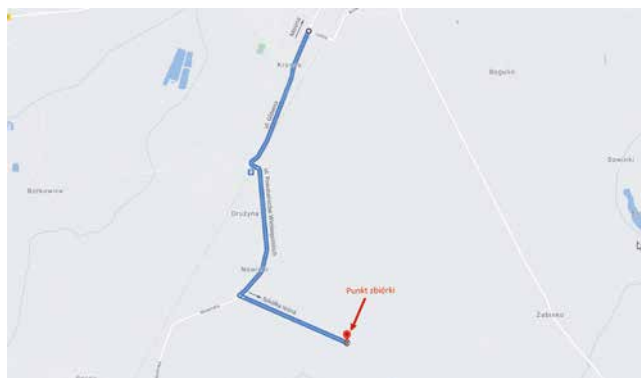
Nadleśnictwo Konstantynowo – niedziela, 26 września 2021 r. Leśnicy i kardiolodzy zapraszają na nordic walking w lesie

W niedzielę, 26 września 2021 r. o godzinie 10.00 leśnicy i kardiolodzy dbający o zdrowie i kondycję fizyczną zapraszają swoich przyjaciół, miłośników lasu i rekreacji na wędrowkę do Nadleśnictwa Konstantynowo. W programie nordyckie spacery „po zdrowie” i dla regenerującego odprężenia. Wiadomości o lesie i przyrodzie będą przekazywać leśnicy, o zdrowiu i prawidłowej diecie będą informować fachowcy. Okazją do spotkania na trasie w lesie jest Światowy Dzień Serca i trwająca kampania „Lasom Przyjazny”. W tym roku spotykamy się po raz 15.

Od pięciu lat uczestniczą w naszej imprezie osoby, które zawdzięczają swoje życie transplantacji. Dla nich aktywność fizyczna jest wyjątkowo ważna, nie zabraknie tych szczęściarzy również w tym roku. Dają oni świadectwo, że po tak poważnej operacji można cieszyć się życiem, pracować, uprawiać sport, podróżować... Od 2010 r. przeszczepy serca ze znakomitym efektem przeprowadzane są w Poznaniu, w klinice prof. Marka Jemielitego w Szpitalu Klinicznym przy ul. Długiej.

Nordic walking to sport, który pozwala trenować i utrzymywać całe ciało – serce, mięśnie, stawy – w dobrej kondycji, bez przeciążania. Trasy spaceru opracowano dla entuzjastów przyrody i pasjonatów niezwykłych wycieczek, którzy lubią wędrować po lesie, poświęcając nieco więcej uwagi spotykanym roślinom i zwierzętom.

Po spacerze zapraszamy uczestników nordic walking na zdrowy, leśny posiłek, przygotowany zgodnie z najlepszą dla serca dietą paleolityczną myśliwych i zbieraczy. Zapewniamy ograniczoną liczbę kijków nordyckich do spacerów po lesie oraz smaczny posiłek regeneracyjny. Wpłata na miejscu 30 zł od osoby na pokrycie kosztów posiłku.



Spotykamy się o 9.30 na terenie szkolki leśnej
Leśnictwa Grzybno.

Więcej informacji na stronie
<https://wil.org.pl/nordic-walking>



Organizatorami aktywnego spotkania w lesie są: Polskie Towarzystwo Leśne Oddział Wielkopolski, Nadleśnictwo Konstantynowo, Zakład Rehabilitacji Kardiologicznej AWF w Poznaniu, Polskie Towarzystwo Kardiologiczne Oddział w Poznaniu.

Ze względów organizacyjnych prosimy o potwierdzenie udziału do 18.09.2021 r. na adres wojciech.fabisiak@poznan.lasy.gov.pl, tel. 696 080 137.

Dalsze informacje:

Jerzy Flisykowski – Polskie Towarzystwo Leśne
Wojciech Fabisiak – Nadleśnictwo Konstantynowo
Piotr Dylewicz – Zakład Rehabilitacji Kardiologicznej

lutego 2019 r. objął on województwa dolnośląskie i świętokrzyskie, a pod koniec 2019 – podlaskie i pomorskie. Start KSO przewidziany jest na 1 stycznia 2022 r. Oznaczać ma on nową strukturę organizacyjną i model zarządzania opieką onkologiczną, która miałaby zapewnić pacjentom szybszą diagnostykę, skoordynowane procedury zalecanej terapii, wzmocnienie ośrodków referencyjnych, standaryzację jakości usług medycznych. Portal Politykzdrowotna.pl publikuje wypowiedź wiceministra zdrowia Sławomira Gadomskiego: „Finalizujemy prace nad ustawą o KSO, jednocześnie zbierając jeszcze nowe doświadczenia z pilotażu, pracując w projektach unijnych projakościowych i wykorzystując potencjał Narodowego Instytutu Onkologii. Pracujemy nad katalogiem mierników, kryteriami referencyjnymi do sieci, a także nad standardami i wytycznymi dla współpracy międzynarodowej”. Pandemia spowodowała ograniczenie liczby wykonywanych świadczeń również w onkologii, jednak w jego ocenie, „patrzając na inne kraje, nie mamy się czego wstydić”. Zaznaczył, że wszystkie kraje „stanęły” i istotnie zmniejszyła się liczba procedur, zwłaszcza w zakresie profilaktyki. Jak

dodał, dotknęło to również kraje rozwinięte. Najwięcej straciliśmy w obszarze wczesnej diagnostyki, wczesnego wykrywania. Staramy się narzędziami systemowymi nadrobić te świadczenia. W KSO fundamentem jest pomiar jakości i działania zarządcze oraz narzędzia interwencji, które za tym pomiarem idą. Chcemy bardzo mocno postawić na jakość w onkologii.

W czasie posiedzenia senackiej Komisji Zdrowia przedstawionych zostało wiele uwag i wątpliwości, które powinni mieć na uwadze autorzy powstającego projektu ustawy o KSO. Resort zapewnia, że rozwiązania mają być kompleksowe. Budzące tak duże wątpliwości mierniki jakościowe nie mogą funkcjonować bez standaryzowanych ścieżek pacjenta, bez szczegółowych wytycznych diagnostyczno-terapeutycznych. Za każdym miernikiem musi iść określony standard. Katalogi mierników, wraz ze wskaźnikami, miałyby podlegać ewaluacji – pierwszy raz po 24 miesiącach, potem corocznie.

Kiedy pierwsze z nich ujrzą światło dzienne? Trudno dziś wskazać datę, bo start KSO 1 stycznia 2022 r. to, jak słychać w ministerstwie, założenie ekstremalnie optymistyczne. (pik)

Pamięci prof. Rudolfa Weigla

Egzamin z medycyny

Nie znam żadnych oficjalnych statystyk. Wiem natomiast, że wśród przeciwników szczepienia na COVID-19 są (podobno dość liczni – oczywiście nie tylko w Polsce) przedstawiciele naszego zawodu. Jest to jedna z najbardziej zaskakujących wiadomości, jakie pojawiły się w tej skali na polu życia medycznego.

Także spoza tego kręgu otrzymuję pytania, jak wytłumaczyć taką postawę. Jestem o to pytany jako specjalista chorób zakaźnych. Paradoksalnie nie ma to nic wspólnego z moją specjalnością w sensie ścisłym, jak pisał był Jerzy Pilch. Oczywiście ma, lecz w kontekście fatalnych skutków takiego negatywnego stosunku do ostatecznie najbardziej skutecznego sposobu zahamowania szerszenia się pandemii. Z historycznie udowodnioną możliwością ostatecznego wykorzenienia zakażeń pandemicznych – dzięki szczepieniom – jednej z plag ludzkości, ospy prawdziwej, zbliżeniu się do podobnej sytuacji jeśli chodzi o polio i niekwestionowanemu ograniczeniu rozprzestrzeniania się wielu chorób zakaźnych i ich skutków (np. jednej z przyczyn raka wątrobowokomórkowego – szczepionka anty-HBV) etc. Napisałem wyżej, że paradoksalnie



Fot. Konrad Juszczyk

JACEK JUSZCZYK

W latach 1962–2008, do emerytury, pracował w Oddziale Chorób Zakaźnych Szpitala Miejskiego im. J. Strusia w Poznaniu na stanowiskach od asystenta do ordynatora, a w latach 1978–2008 – w Klinice Chorób Zakaźnych AM w Poznaniu, od asystenta do kierownika kliniki i dyrektora Instytutu Mikrobiologii, Chorób Zakaźnych i Pasożytniczych AM. Był specjalistą krajowy ds. chorób zakaźnych. Od 1999 r. profesor zwyczajny. Odznaczony Krzyżem Komandorskim Orderu Polonia Restituta.

nie ma to nic wspólnego z moją specjalnością. Specjalizacje to konieczność wymuszona bujnym rozwojem medycyny, która musi być traktowana holistycznie. Inaczej stracimy podstawowy sens naszej pracy. Wiemy, jaki on jest.

Lekarze antyszczepionkowcy to forpocza wewnętrznego kryzysu w naszym zawodzie, lecz w oczywisty sposób także szerszego zjawiska: zanikającego zaufania do nauki i racjonalizmu na rzecz teorii spiskowych o różnych przesłankach i swego rodzaju „mgły mózgowej” współczesnej cywilizacji i kultury. Jest to, jak mówią amerykańscy analitycy, „splątana sieć” współzależności. Tu więcej do powiedzenia mają socjolodzy, psychologowie i kognitywiści we współpracy z lekarzami.

Istota problemu tkwi w strukturach ludzkiej mentalności, z ukrytym głębo-

ko motywem irracjonalnej, magicznej (pierwotnie ochronnej) właściwości naszego intelektu. Jeżeli uznamy, że jego rozwój jest już prawie dokonany, zaprzeczmy wszystkiemu, z czego jesteśmy jako ludzie dumni, i zasmucani – gdy odczytując oznaki regresu, jesteśmy wobec tego zjawiska obojętni. Kwestionowanie jednego z dobrodziejstw naszego zawodu, wielkiego postępu jego istoty (patrz nauki Hipokratesa) jest zaprzeczeniem kreatywnego funkcjonowania naszej obecności tu i teraz – w czas próby.

Lekarz antyszczepionkowiec nie zdaje ważnego egzaminu ze zrozumienia istoty wyboru swej drogi zawodowej.

Przez lata ucząc o chorobach zakaźnych, uchodziłem za surowego egzaminatora. Niech ta opinia pozostanie.

JACEK JUSZCZYK

Wspomnienie o dr. Andrzeju Rakowskim

Doktor Andrzej Rakowski (07.10.1941–24.01.2021) – twórca oryginalnego polskiego systemu Terapii Manualnej Rakowskiego – to postać dobrze rozpoznawalna w środowisku lekarskim, gdyż był nauczycielem wielu pokoleń nie tylko fizjoterapeutów, lecz także lekarzy różnych specjalności, którzy kształcili się w Centrum Terapii Manualnej w Sierosławiu koło Poznania (<https://ctmrakowski.pl/>) podczas kursów i konferencji naukowych.

Terapią manualną zajmuje się obecnie coraz więcej lekarzy, dążąc przy tym do zaakceptowania tego sposobu leczenia przez klasyczną medycynę. Dlatego wielką zasługą doktora Rakowskiego było organizowanie cyklicznych konferencji integrujących terapię manualną z medycyną klasyczną, aby obie strony mogły coraz lepiej poznać swoje stanowiska; takie konferencje były organizowane wspólnie przez Polskie Towarzystwo Terapii

<https://ctmrakowski.pl/>

Manualnej w Modelu Holistycznym i Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Uczestniczyli w nich ortopedzi, neurologowie, neurochirurdzy, psychiatry, otorynolaryngolodzy i stomatolodzy oraz specjaliści innych dziedzin medycyny. Doktor Andrzej Rakowski był naukowcem z ogromną charyzmą, entuzjazmem i ciekawością skierowaną na człowieka i jego potrzeby, który miał odwagę formułować pytania, tezy, wnioski,

które były nowatorskie, wręcz prowokacyjne, wywołujące różne, czasem skrajne reakcje środowiska medycznego. Odznaczał się wybitną intuicją terapeutyczną, która – w połączeniu ze współpracą z psychologami – zaowocowała skutecznymi terapiami – dlatego zasługuje na wdzięczną pamięć nie tylko swoich pacjentów, ale i wielu lekarzy, z którymi ściśle przez wiele lat współpracował.

PROF. DR HAB. MED. JERZY T. MARCINKOWSKI

W Trzebnicy koło Wrocławia

3 września (piątek) w Międzynarodowym Sanktuarium św. Jadwigi Śląskiej zostanie otwarta wystawa prac rzeźbiarskich naszego kolegi Ryszarda Krawca z cyklu nazwanego „Chrystus w gałęziach drzew”.

Termin wybrano z uwagi na przypadające we wrześniu (14) święto Podwyższenia Krzyża ustanowione na wspomnienie przekazu, iż św. Helena, matka Konstantyna I Wielkiego, w 326 r. odnalazła w Jerozolimie szczątki Krzyża Chrystusa.

Wystawa w pięknych romańsko-gotycko-barokowych wnętrzach będzie trwała przynajmniej miesiąc. Zachęcamy przejeżdżających w tym czasie trasą S5 do chwilowego postoju i refleksji w miejscu, które trwale zapisało się w historii Śląska i Polski. Pieczę nad tym wyjątkowym sanktuarium sprawują siostry ze Zgromadzenia św. Karola Boromeusza. ■



Z głębokim żalem
przyjęliśmy wiadomość o śmierci
dr. STANISŁAWA WAŚKOWIAKA

człowieka niezwykle życzliwego,
o wielkiej kulturze osobistej.

**Wyrazy szczerego współczucia
dla Syna oraz całej Rodziny**

składają
koleżanki i koledzy z Oddziału Kardiologii
Szpitala Specjalistycznego w Pile

„Można odejść na zawsze, by stale być blisko...”

Z wielkim bólem, żalem i smutkiem
dowiedziałem się o odejściu
w dniu 20.06.2021

**Prof. dr. hab. med.
ANDRZEJA
MILANOWSKIEGO**



wybitnego lekarza pediatry, nauczyciela i wychowawcy wielu
pokoleń polskich lekarzy, wieloletniego naczelnego redaktora

„Pediatrii Polskiej” i innych czasopism medycznych,
np. poświęconych mukowiscydozie.

Profesor był założycielem,

a później Honorowym Członkiem PTP,

laureatem prestiżowych nagród – złotego Medalu

J. Brudzińskiego i Oskara Pediatrii Polskiej za prowadzone
badania i kierowanie prawidłowym funkcjonowaniem
opieki nad matką i dzieckiem...

Profesor był niezwykle człowiekiem „z sercem na dłoni”,
zwłaszcza w stosunku do chorych dzieci,
ich rodziców i rodzin.

**Rodzinnie, bliskim i współpracownikom
Pana Profesora**
składam

wyrazy najgłębszych kondolencji!

W imieniu Zarządu Polskiego Towarzystwa
Fenyloketonurii (PKU)
dr n. med., specjalista chorób dzieci –
Krzysztof Borski (Poznań)

Z głębokim żalem i smutkiem z przyjęliśmy wiadomość,
że dnia 21 sierpnia 2021 r. zmarł

prof. dr. hab. med. MACIEJ GEMBICKI

organizator i wieloletni kierownik Kliniki Endokrynologii
AM w Poznaniu, współtwórca pierwszego w Polsce Ośrodka
Izotopów Promieniotwórczych, uczestnik grupy inicjatywnej
na rzecz powołania Izby Lekarskich, wychowawca i opiekun
rozwoju naukowego wielu lekarzy.

Rodzinnie i Najbliższym
składamy
wyrazy głębokiego współczucia

W imieniu wychowanków
S. Maciej Dzieciuchowicz i Jerzy Sowiński

Z głębokim smutkiem przyjęliśmy wiadomość
o nagłej śmierci Naszego Kolegi

dr. PIOTRA GŁUSZAKA

Cenionego i oddanego pacjentom lekarza
Oddziału Radioterapii Onkologicznej I
i Zakładu Radioterapii Onkologicznej I
Wielkopolskiego Centrum Onkologii

Wyrazy szczerego współczucia dla Rodziny
składają

Pracownicy Oddziału Radioterapii Onkologicznej I
i Zakładu Radioterapii Onkologicznej I
Wielkopolskiego Centrum Onkologii

Doktorom Agnieszce i Maciejowi Pemperom
najszczerze wyrazy współczucia

z powodu śmierci

TATY

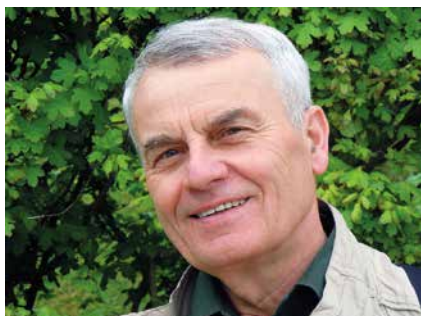
składają

koleżanki i koledzy z Oddziału Diabetologii
Szpitala Raszei w Poznaniu.

Jesteśmy z Wami w tych trudnych chwilach

Wiersze

RYSZARD KRAWIEC



UROKI LATA, czyli CARPE DIEM

Woda często zimna, bywa, że brudna,
Zielenice, niebo w burym kolorze,
Ale przygoda może być cudna –
Pakujemy się i... hajda nad morze!

Na początek zaskakuje nas kwatery –
Według oferty nie taka miała być!
Ale co tam, nie można wciąż gderać,
Trzeba gospodarzom i sobie dać żyć...

Rzucamy bagaże i decyzja szybka,
Bo musi się nadmorskiej tradycji
Stać zadość – każdy to wie – RYBKA!
A w smaźalni mnóstwo propozycji!

Wybrałeś dorsza, pochłaniasz w mig
Porcję, która aż pachnie świeżością,
Nagle oczy w słup i: khe, khe, khig!
To paragon w gardle staje się ością.

Może zmienić danie na szaszłyka?
Radzisz się zgłodniałej już rodziny,
Spoglądasz na cenę i ochota znika –
To chyba z argentyńskiej wołowiny!

Ciesz się z urlopu, bo czas to zając (!),
A przed tobą niespodzianki wszelkie:
Choć tylko beczkowe piwko wypijając,
Można łatwo dać nabić się w butelkę!

Spoko, wyluzuj, zmień perspektywę –
Wszak przygody to nie powód do złości.
Przełknij dla ulżenia mocną inwektywę,
Bo to obyczaj tubylców: skubać gości.



BIULETYN INFORMACYJNY WYDAWANY PRZEZ RADĘ OKRĘGOWĄ WIL W POZNANIU

ISSN 1233-2216 Nakład 14 000 egz.



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

Kolegium redakcyjne Biuletynu Informacyjnego WIL
redaktor naczelny: Andrzej Baszkowski
członkowie redakcji: Krzysztof Ożegowski, Dariusz Tuleja, Andrzej Piechocki, Przemysław Ciupka

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.



Zostań częścią zespołu Oddziału Ginekologiczno-Położniczego Szpitala w Poddębicach

POSZUKUJEMY

**SPECJALISTÓW GINEKOLOGÓW-POŁOŻNIKÓW
oraz OSOBY POD KONIEC SPECJALIZACJI**

Co oferujemy?

- pracę w elastycznych godzinach
- atrakcyjne wynagrodzenie
- dobrą atmosferę
- bliskość źródeł termalnych

Istnieje możliwość:

- operowania także w piątki i soboty
- rozwoju i szkoleń w dziedzinie uroginekologii

**Koordynatorzy Oddziału: dr hab. n. med. Grzegorz Surkont,
dr n. med. Edyta Wiaźlak**

Prosimy o CV na adres mailowy: uroginekologia@gmail.com

CENTRUM MEDYCZNE SPYCHALSCY z wielospecjalistycznymi poradniami i z ponad 15-letnim doświadczeniem na rynku **podejmie współpracę z:**



**LEKARZEM RODZINNYM, NEFROLOGIEM, GASTROLOGIEM
LUB LEKARZEM WYKONUJĄCYM BADANIE ENDOSKOPOWE
PRZEWODU POKARMOWEGO, STOMATOLOGIEM, PEDIATRĄ
LUB LEKARZEM SPECJALIZUJĄCYM SIĘ W PEDIATRII**

Praca w ramach poradni komercyjnej (w przypadku lekarza rodzinnego również w ramach NFZ). Oferujemy dowolną formę i wymiar zatrudnienia. Gwarantujemy atrakcyjne warunki oraz pracę w stabilnym i renomowanym Centrum Medycznym wyposażonym w nowoczesne gabinety, poszerzoną diagnostykę i laboratorium.

Więcej informacji pod **tel. 604 980 376**.

Zapraszamy na stronę <http://klinikaspychalscy.pl>

**ODDAM W NAJEM
GABINET STOMATOLOGICZNY I LEKARSKI**

na osiedlu MARCELIN 2 (Poznań, ul. Marcelesińska 94 D/202)

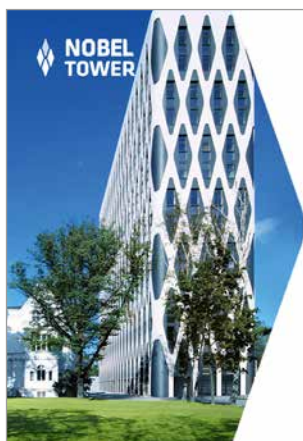
Tel. Kontaktowy: 600 472 139

**PRZYCHODNIA LEKARSKA „MEDICUS” W SZAMOTUŁACH
PRZYJMIE DO PRACY LEKARZY:**

- **medycyny rodzinnej i internistę**
- **oraz lekarzy w trakcie specjalizacji**

Warunki finansowe i formy zatrudnienia do uzgodnienia

tel. 602 137 296; 604 421 363



Centrum Medyczne Nobel Tower

**udostępni
nieodpłatnie**

w ramach współpracy nowoczesnie wyposażone gabinety lekarzom następujących specjalizacji: neurolog, chirurg, internista, onkolog, ortopeda, pulmonolog, endokrynolog, reumatolog, urolog

Liczba gabinetów ograniczona!

Centrum Medyczne Nobel Tower
Poznań, ul. Dąbrowskiego 77A
tel. 693 206 496
e-mail: akearney@nobeltower.pl
www.nobeltower.pl

NZO W CENTRUM POZNANIA ZATRUDNI SPECJALISTÓW Z:

**PEDIATRII, KARDIOLOGII, ENDOKRYNOLOGII, OKULISTYKI,
MEDYCYNY PRACY, CHIRURGII, GINEKOLOGII I INNYCH
CHCĄCYCH PRAKTYKOWAĆ PRYWATNIE**

Tel. 62 508 16 66. PROSZĘ DZWONIĆ PO 18:00.

**Podejmę współpracę z LEKARZEM DENTYSTĄ
(NFZ i prywatnie) w gabinecie zlokalizowanym w Lesznie**

Pełen zakres prac stomatologicznych

Osoby zainteresowane zapraszam do kontaktu

Tel. 667 116 636, e-mail: molak@autograf.pl

**NZO w centrum Poznania zatrudni specjalistów
lub w trakcie specjalizacji**

**Pediatrów, kardiologów, endokrynologów, okulistów,
medycyny pracy, urologów, chirurgów, ginekologów
i innych chcących praktykować prywatnie**

Tel. 62 508 16 66 po 19.00



**Szpital PL CERTUS
zatrudni**

**LEKARZA
do pracy w poradni
internistycznej
i na dyżury
na Oddziale Ogólnym**

Prosimy o kontakt pod nr tel.

507 003 855

e-mail: barbara.bodak@certus.med.pl



**PL CERTUS
Centrum Medyczne nr 5
w Swarzędzu
zatrudni**

STOMATOLOGA

Prosimy o kontakt
pod nr telefonu
882 365 059

e-mail: grazyna.skarupa-szablowska@certus.med.pl

**Dyrekcja Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego
im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznicznym SP ZOZ**

ZATRUDNI

**Specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii
w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii**

Miejsce pracy: ul. Szwajcarska 3 Poznań

Wymagania: aktualne prawo wykonywania zawodu
specjalizacja w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii

Oferujemy: zatrudnienie na umowę cywilnoprawną
bardzo dobre i stabilne warunki pracy w doświadczonym zespole

List motywacyjny wraz z CV prosimy kierować na adres:

dyrekcja@szpital-strusia.poznan.pl

**NZO W PLESZEWIE PRZYJMIE DO PRACY
LEKARZA BEZ SPECJALIZACJI LUB W TRAKCIE
Z CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH,
MEDYCYNY RODZINNEJ LUB PEDIATRII.**

MOŻLIWOŚĆ MIESZKANIA. TEL. 512 533 813

PROSZĘ DZWONIĆ PO 18:00

NOWOCZESNE LEČZENIE CHOROBY OTYŁOŚCIOWEJ

ORAZ JEJ POWIKŁAŃ
W CIENIU PANDEMII COVID-19

13-14 WRZEŚNIA 2021

DOWIEDZ SIĘ WIĘCEJ
ZESKANUJ KOD QR



XXIV ZJAZD POLSKIEGO TOWARZYSTWA NEUROLOGICZNEGO

ONLINE | 15-18 WRZEŚNIA 2021

DOWIEDZ SIĘ WIĘCEJ
ZESKANUJ KOD QR



XIX KONGRES POLSKIEGO TOWARZYSTWA GASTROENTEROLOGII

ONLINE | 23-25 WRZEŚNIA 2021

DOWIEDZ SIĘ WIĘCEJ
ZESKANUJ KOD QR



IV OGÓLNOPOLSKA KONFERENCJA INTERNA DLA REZYDENTÓW

ONLINE | 4-5 PAŹDZIERNIKA 2021

DOWIEDZ SIĘ WIĘCEJ
ZESKANUJ KOD QR



VIII KONGRES POLSKIEGO TOWARZYSTWA MEDYCYNY RODZINNEJ

8-10 października 2021 | Wrocław

DOWIEDZ SIĘ WIĘCEJ
ZESKANUJ KOD QR

