

W NUMERZE M.IN.

- Apatia, nie tylko w Rytrze (felieton R. Stępnia)
- „Cicha noc, Święta noc..” – dzieje najstynniejszej kolędy opisuje Franciszek Serwatka
- Ryto – Jesień 2012: K. Bryndal laureatem nagrody A.J. Fortuny; MOW NFZ przedstawia budżet na 2013; Czeszy i Słowacy goście w Miasteczku Galicyjskim (A. Urbańczyk, S. Ciepły)
- V Międzynarodowa Konferencja w Polańczyku (W. Bednarz)
- Z obrad ORL; przed nami wybory korespondencyjne (!)
- Wizyta w Bratysławie i na CEDE (w Poznaniu)
- Krzysztof Gończowski – szkic do portretu pióra K. Śniezek
- Okiem Rzecznika: Już nie dobro pacjenta, lecz jego wola – najwyższym prawem (A. Kot)
- Dentyści w II RP, dopiero w 1938 założyli samorząd – pisze B. Kaczowska
- Zaproszenie na liczne szkolenia, i na jeden, doroczny BAL!



Na okładce: *Jałowiec*
fot. Dominik Woźniak

*Obfitości podarków i czułych życzeń!
Zapomnienia smutków, uraz i trosk
Przypomnienia radości i sukcesów
Zapachu świerkowej gałązki!
słowem
Pogodnych świąt Bożego Narodzenia*

życzy Redakcja

Apatia

XXXIX Konferencja Naukowo-Szkoleniowa w Rytrze za nami. Pytał ktoś, skąd ich tyle, skoro pierwsza odbyła się na początku lat 70. – ale odpowiedź jest prosta: bywały lata, kiedy spotykaliśmy się dwukrotnie, wiosną i jesienią.

Redaktor Ciepły powiedział mi, że obserwując przebieg sesji samorządowej odniósł wrażenie, że uszła z nas para, pogrążyliśmy się w apatii. I tak napisze w sprawozdaniu.

Myszę, że sformułował tę opinię na tle reakcji wypełnionej po brzegi sali wykładowej na wystąpienia dwóch przedstawicielek NFZ, dr Moniki Jezierskiej-Kazberuk – z-cy dyrektora MOW NFZ ds. lecznictwa i lek. dent. Marty Grzwacz-Banaś zajmującej się problematyką stomatologiczną. Rzeczywiście, jeśli w poprzednich latach wybuchała po wystąpieniach przedstawicieli NFZ awantura, padały liczne pytania, kwestionowano rozmaite absurdy, żądano weryfikacji przepisów, kontraktów, stawek – to w tym roku zapanowała cisza, a nawet dało się słyszeć kilka niemrawych oklasków, nie z zachwyty, ale z uprzejmości i w podziękowaniu za przybycie.

SŁOWO WSTĘPNE

Odnoszę wrażenie, że nie jest to jednak zjawisko dotyczące akurat stomatologów. Patrzcie Państwo, jak wygasły protesty w kwestiach emerytur, jak skończył się zapowiadany protest pielęgniarek, jak uchwały sprzeciwy tak-sówkarzy, jak ospale reagują ludzie na koszmary komunikacyjne, nawet na niewypłacone w terminie pensje. I nie jest to zjawisko trudno wytłumaczalne. Po prostu coraz wyraźniej widać, że na nic nie mamy wpływu. Jaki by absurd nie pojawił się w rzeczywistości – i tak władza nie reaguje.

Co z tego, że tu na tej sali, w zeszłym roku, wykpiiliśmy w obecności ministerialnej dyrektor terminologię ustawy odróżniającej „podmioty lecznicze” od „podmiotów wykonujących działalność leczniczą” i że uczyniło to 140 tysięcy lekarzy. Jakiś urzędas – to naprawdę najdelikatniejsze określenie – ma nas generalnie w d..., a Minister??? I będziemy się w tym bełkocie urzędowym teraz szamotać.

Osobiście boleję jednak nad kwestią czysto zawodową. Oto nawet najlepsze nazwiska prowadzące wykłady szkoleniowe dla stomatologów na AWF nie wpływają na frekwencję. Ona po prostu słabnie i trudno to zjawisko wytłumaczyć. Wykłady są bezpłatne dla uczestników, z niemałym trudem przygotowywane przez organizatorów, przysparzają punktów do specjalizacji, odbywają się w dobrej lokalizacji, w wynegocjowanych wcześniej godzinach –

i co? Nie chcemy się uczyć? Czy może wymagamy ekonomia, czyli represji z tytułu nieuzyskania odpowiedniej ilości punktów edukacyjnych?

I popadłbym w kompletną frustrację, gdyby nie frekwencja w Rytrze, które znów z braku miejsc nie mogło pomieścić wszystkich zainteresowanych; gdyby nie żywy odbiór wykładów podczas części teoretycznej; gdyby nie poziom tych zajęć świetnie trafiających do przeciętnego stomatologa praktyka.

A ponieważ dochodzą do nas właśnie za to głosy krytyczne, nieliczne ale jednak, powiem wyraźnie: nie ma co ukrywać, nie robimy spotkań dla kadry naukowej czy osób zainteresowanych Himalajami stomatologii. Robimy je dla zwykłych, ciężko pracujących lekarzy dentyków, z myślą o przyjściu im z pomocą w codziennych kwestiach praktyki stomatologicznej, a nie dla snucia abstrakcyjnych teorii, których zresztą, z polskim rodowodem, na liście filadelfijskiej nie sposób zauważyć.

Lek. dent. Robert Stępień
wiceprezes ORL w Krakowie

PS. Lekarzy dentyków zainteresowanych projektem budżetu MOW NFZ na 2013 rok dla stomatologii, odsyłam do relacji z Rytra, a całością budżetu na strony internetowe wydania ogólnolekarskiego GGL nr 6/131.

Kalendarium stomatologiczne grudzień 2012 – marzec 2013

6–9 grudnia Kraków

Międzynarodowy Kongres Pulp Fiction
14 Spotkanie miłośników endodoncji

14 grudnia Katowice

Konferencja „Zimowe spotkania ze stomatologią.
Od juniora do seniora”

23 lutego 2013, Kraków, AWF

Rekonstrukcja zębów leczonych endodontycznie –
praktyczne spojrzenie na alternatywne rozwiązania
i procedury – dr Michał Bednarski

Zasady estetycznej i funkcjonalnej analizy
w podejściu biomimetycznym: od diagnozy do planu
leczenia – dr Simone Deliperi

7-9 marca 2013, Kraków

Międzynarodowe targi Stomatologiczne KrakDent

Zapraszamy też:

19-21 kwietnia 2013, Krynica

Konferencja naukowo-szkoleniowa KS ORL w Krynicy



Nobel dla

Johna Gurдона i Shinaya Yamanaka

■ Nagrodę Nobla za 2011 rok w dziedzinie medycyny i fizjologii otrzymali John Gurdon z Instytutu Biologii Molekularnej w Cambridge (Wlk. Brytania) i Shinaya Yamanaka z uniwersytetu w Kioto (Japonia). Ich badania dotyczą zarodkowych komórek macierzystych i mogą wpłynąć na metody lecznicze przy zwalczaniu alzheimera, cukrzycy i ciężkich uszkodzeń rdzenia kręgowego.

Badania J. Gurдона sięgają lat 60. XX w., dowodząc, że materiał genetyczny każdej komórki zawiera wszystkie informacje pozwalające na pokierowanie rozwojem dowolnej, innej komórki organizmu – i przez blisko pół wieku były poddawane w wątpliwość. Badania S. Yamanaki nieoczekiwanie je potwierdziły (w 2006 roku), wskazując na możliwość odmładzania fibroblastów i tworząc warunki dla studiowania mechanizmów wielu chorób oraz wprowadzania przeszczepów z własnych tkanek pacjenta.

Obaj uczeni mają osobliwą drogę życiową do Nagrody Nobla; pierwszy miał studiować języki starożytne, planował doktorat z owadów, a skończył na klonowaniu żab; drugi – laureat wielu nagród, m.in. Laskera (2009) i Wolfa (2011) miał być ortopedą, a nie genetykiem.

Likwidacja centrali NFZ?

■ Rząd zapowiada „decentralizację” NFZ. Już latem 2013 roku ma być zlikwidowana centrala, co pozwoli jesienią podjąć przez oddziały akcję kontraktowania świadczeń. Ile będzie oddziałów? – jeszcze nie zdecydowano. Andrzej Sośnierz opowiada się za przekształceniami w kierunku bliskim dawnym kasom chorych, w 16 oddziałach. Natomiast wycena procedur – jego zdaniem – powinna być jednolita w skali kraju.

I to chyba, prócz uruchomienia dodatkowych ubezpieczycieli, powinien być kierunek zmian. Najgorsze natomiast jest to, że znów będziemy przeprowadzać reformę całością i jak się coś nie powiedzie, to ofiarą będzie cała ochrona zdrowia.

W każdym razie, trawestując tytuł starego filmu Giuseppe De Santisa – „Nie ma pokoju pod oliwkami”.

Weryfikacja wstecz

■ W 2011 roku NFZ nie pokrył szpitalom kosztów nadwykonań na kwotę 1,6 mld zł, ten rok zapowiada 1 miliard deficytu. W tej sytuacji szpitale procesują się z Funduszem o pokrycie kosztów świadczeń ponadlimitowych – i wygrywają.

W rewanżu Fundusz, zagrożony tak poważnym deficytem, nasila weryfikację kosztów świadczeń poniesionych w latach ubiegłych, a ustawa pozwala mu sięgać nawet 10 lat wstecz. Bywa, że weryfikacji podlegają opłaty za nadwykonania już wcześniej przez NFZ kontrolowane i akceptowane. Wg „Gazety Prawnej” tylko w jednym szpitalu w Małopolsce, podczas przeglądania rachunków za 2007 rok, zakwestionowano wydatki na kwotę 200 tys. zł.

Co dalej? Uczestnicy stomatologicznej narady w Rytrze wyrazili nadzieję, że likwidacja centrali NFZ odwróci uwagę urzędników od całej tej akcji, ale żeby to było wyjście, to nie powiem.

„Fakt” przeprosza dr. M. Garlickiego

■ Zbigniew Ziobro już przeproszał za słowa wypowiedziane na konferencji prasowej w Telewizji: „Już nikt, nigdy, przez tego pana życia pozbawiony nie będzie!”. Małym druczkiem, na zielonej planszy, skromniutko. Także „Super Express” nieco lawirując przeprosił za określenie „Doktor Śmierć!”. Teraz przyszła kolej na „Fakt” za tytuł „Lekarz zabójca w szpitalu rządowym!”. Tej samej wielkości czcionką, na tej samej pierwszej stronie. Wszystkie przeprosiny wymusił sąd.

Ale nim do tego doszło, wybitny chirurg pięć lat przeżył w niesławie. Jego talent, jego kariera, jego życie zawodowe legło, w gruzach. Kto mu to zwróci? – pozostaje pytaniem retorycznym. Podobnie drugie pytanie – dotyczące ilości pacjentów, którzy dokonali żywota wcześniej, wskutek tzw. zapaści w transplantologii wywołanej wypowiedzią Ministra – pozostaje bez odpowiedzi.

To prawda, że nie ma sprawiedliwości na tym świecie. Czy jednak musi być tyle niesprawiedliwości?

Centrum Zdrowia Dziecka

■ CZD ma 190 mln długów i, jak twierdzi Minister Zdrowia Bartosz Arłukowicz, jest to skutek fatalnego zarządzania. A któż to zarządzanie sprawuje?

Ano, podobnie jak w pozostałych 16 szpitalach-instytutach, z których tylko jeden nie jest na krawędzi bankructwa, zarządzają nimi nominaci powoływani bezpośrednio przez Ministerstwo Zdrowia. Ono też nad instytutami sprawuje nadzór. Na czele listy bankrutów jest Centrum Zdrowia Matki Polki – 260 mln zł długu.

Może więc zamiast reformować szpitale powiatowe, przekształcać je „siłowo” w spółki, Minister weźmie się za własne klejnoty. A swoją drogą, to osobliwy kaprys losu sprawia, że to pediatra musi uleczyć pediatrię.

Długi szpitali Krakowa

■ Długi polskich szpitali sięgnęły już 11 mld zł, przy czym nie są one wliczane do ogólnego poziomu długu publicznego RP. Księgowość kreatywna wzoruje się na najlepszych, bo amerykańskich wzorach, i nie będziemy tu dociekać tzw. prawdy.

A w Krakowie, na koniec sierpnia – jak poinformowały gazety codzienne – Szpital im. Narutowicza wypracował 10 mln zł, a Szpital im. Żeromskiego – 15 mln zł zadłużenia. Jeśli go nie zlikwidują do końca roku, co wątpliwe, powinny być zamknięte, bądź za zgodą samorządu gminy przekształcone w spółki samorządowe.

Ale samorządy mają własne długi i ani im w głowie pogrążyć się w bagnie głębiej. A pomysłodawcom likwidacji uzmysławiamy, że w Narutowiczu leczy się ok. 57 tys. pacjentów rocznie, a w Żeromskim – 67 tysięcy. Trzeba by się zastanowić nad czymś innym możliwym do likwidacji.

A długi trzeba robić. Centrum Onkologii przy Garcarskiej wypracowało nadwyżkę i poniosło słuszną karę w postaci obowiązku odprowadzenia do centrali połowy zysku czyli 10 mln zł. I bądź tu człowieku mądry.

Międzynarodowy Dzień Radiologii

■ W jesienny wieczór 8 listopada 1895 roku, profesor fizyki Uniwersytetu w Wurzburgu Wilhelm Konrad Roentgen odkrył nowy rodzaj promieniowania, za które to odkrycie w roku 1901

został uhonorowany Nagrodą Nobla, pierwszą w dziedzinie fizyki. Wkrótce na jego cześć promienie te zostały nazwane rentgenowskimi. Odkrycie to zostało uznane za jedno z najważniejszych w medycynie, dając początek nowej specjalności – radiologii.

Biorąc pod uwagę wielką rolę, jaką radiologia odgrywa we współczesnej medycynie, towarzystwa naukowe z całego świata zdecydowały o ustanowieniu Międzynarodowego Dnia Radiologii, którym wybrano wspomniany na wstępie dzień 8 listopada. International Day of Radiology odbędzie się 8 listopada 2012 roku w wielu krajach po raz pierwszy. Więcej na www.idor2012.com

Dzień Zdrowia Psychicznego

■ 10 października obchodziliśmy Światowy Dzień Zdrowia Psychicznego. Mamy pod względem opieki psychiatrycznej znaczne zaniedbania. Przede wszystkim kieruje się na nią zaledwie 3% środków przeznaczonych na leczenie, podczas gdy w większości krajów europejskich jest to 5%. Zbrojni jesteśmy natomiast od grudnia 2010 roku w Narodowy Program Ochrony Zdrowia Publicznego. I tyle. Szpitale psychiatryczne są brudne, przepełnione, ciasne, brakuje elementarnych środków czystości. Jest ich zresztą za mało. Brakuje także wykwalifikowanego personelu, tak lekarzy, jak pielęgniarek. Równocześnie przykro przyznać, że wskutek depresji umiera u nas więcej osób rocznie niż w rezultacie wypadków drogowych.

Jedyne pomysły wieści dochodzą z Kobierny. Nowy dyrektor (Stanisław Kracik) nie załamuje rąk, szybko i wyraźnie rysuje program wyciągnięcia Szpitala im. J. Babińskiego z zapaści finansowej.

Spór o „lojalki”!

■ W ślad za uniwersytetami medycznymi w Gdańsku i Bydgoszczy szereg szpitali, m.in. w Nowym Targu próbuje od lekarzy egzekwować zobowiązanie do niepodejmowania dodatkowej pracy w innych placówkach ochrony zdrowia posiadających kontrakty z NFZ. Protestuje NRL, sprzeciwia się OZZL.

Teoretycznie Ministerstwu chodzi o naruszenie zasad konkurencji, natomiast samorządowi

i związkom o możliwość uzyskania w jednym miejscu pracy zarobków pozwalających na przyzwoity status materialny.

Podobny spór miał miejsce niedawno w Czechach, i został zakończony sukcesem lekarzy (użytkowali płace na poziomie 2,5 średniej krajowej). Jak będzie w Polsce?

Kardiologia prewencyjna 2012

– wytyczne, wątpliwości, gorące tematy

■ W dniach 16-17 listopada br. odbyła się w Krakowie, w hotelu Park Inn konferencja naukowa pod ww. tytułem, o szczególnym znaczeniu dla konsultantów krajowych i wojewódzkich w dziedzinie kardiologii i chorób wewnętrznych. Zainteresowanie wzbudziła zwłaszcza sesja zatytułowana „Kompleksowa rehabilitacja i wtórna prewencja w Polsce”, poświęcona organizacji opieki medycznej nad pacjentami z chorobą niedokrwienną serca. Ciekawie przebiegła także sesja prezesów kilku pokrewnych towarzystw naukowych, m.in. Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, podczas której miały miejsca wystąpienia pro i kontra, eksperci spierali się o najważniejsze sprawy we współczesnej kardiologii prewencyjnej, także w codziennej praktyce lekarskiej.

Wykładowcami byli m.in. prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (PTK) prof. Janina Stępińska, prezes-elekt PTK prof. Zbigniew Kalarus, b. prezes PTK prof. Waldemar Banasiak, konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii prof. Grzegorz Opolski, prezes Tow. Internistów Polskich prof. Tomasz Guzik, a także krakowscy profesorowie: Danuta Czarnecka, Piotr Jankowski, Andrzej Pająk i Piotr Podolec.

Zmiany w Klinice Urologii Szpitala Uniwersyteckiego

■ Prof. Zygmunt Dobrowolski, kierownik Katedry Urologii CM UJ, a zarazem ordynator Kliniki Urologii w Szpitalu Uniwersyteckim został odwołany z tego drugiego stanowiska. Przyczyny odwołania wiązały się z zarzutami stawianymi profesorowi na tle nepotyzmu (zatrudnianie członków rodziny) oraz niechęci do podejmowania przez Klinikę trudnych zabiegów operacyjnych (ciężej chorych trzeba było odsyłać na

Śląsk lub do stolicy). Nieproporcjonalnie wysokie też były koszty osobowe Kliniki.

Profesor zachowuje nadal kierownictwo Katedry, natomiast Klinika będzie miała nowego ordynatora w osobie prof. Piotra Chłosty, urologa z Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach (gdzie uzyskał dla prowadzonej przez siebie Kliniki europejski certyfikat jakości). Pozytywną opinię nowemu ordynatorowi wystawił też krajowy konsultant urologii prof. Andrzej Borówka.

Jubileusz prof. D. Zarzyckiego

■ W malowniczej, jesiennej scenerii Zakopanego, równoległe z IV Międzynarodowym Zjazdem Polskiego Towarzystwa Chirurgii Kręgosłupa, odbył się uroczysty jubileusz 45-lecia pracy zawodowej i naukowo-dydaktycznej oraz 70-lecia urodzin prof. Daniela Zarzyckiego. W wydaniu ogólnolekarskim, nr 6/131, dostępnym na stronie internetowej OIL, znajdziecie Państwo obszerny wywiad z Profesorem.

Nowy internetowy serwis dla dentystów www.infodent24.pl

■ We wrześniu br. uruchomiona została nowa, ogólnopolska platforma internetowa www.infodent24.pl. Jest całkowicie bezpłatna i skierowana do szeroko rozumianego środowiska dentystrycznego. Tworzą ją ludzie od lat związani z branżą medyczną.

Poza aktualnościami ze świata stomatologii oraz kalendarium kursów i konferencji branżowych, w serwisie znajdziemy kilka przydatnych i innowacyjnych funkcji: cenoDENT, czyli porównywarkę produktów i materiałów stomatologicznych, jobDENT – wyszukiwarkę ofert pracy w stomatologii, helpDENT – specjalistyczne forum rozwiązywania problemów klinicznych oraz faceDENT – koleżeński kącik społecznościowy.

To już bodaj szósty ogólnopolski serwis dla stomatologów (po DENTOnet, Portal PTS, Dentowizji, Dentopolis, Dentalmentor). Młodemu portalowi życzymy powodzenia i szerokiego grona odbiorców oraz – oczywiście – zapraszamy do współpracy!



Oberndorf – kościół Maria Buehel

Niebywała popularność kolędy „Cicha noc” pobudza fantazję wielu ludzi ciekawych miejsca jej powstania. A dokonało się to w Oberndorf, w kraju Salzburg, w małej przysypanej zimą śniegiem wiosce u podnóża Alp.

Ale Betlejem, gdzie dokonał się cud narodzenia, też nie znajdowało się w centrum ówczesnego świata. Józef i Maria byli skromnymi ludźmi. Ich pochodzenie z królewskiego rodu Dawida nie było powszechnie znane.

Legenda mówi, że w kościele św. Mikołaja (w Oberndorf), w wigilię Bożego Narodzenia w 1818 roku zawiodły organy. Myszy przegryzły ich mieszk. Odpowiedzialni za muzykę w kościele organista Franz Xaver Gruber i ksiądz Joseph Mohr popadli w wielkie tarapaty. Z biedy sięgnęli po gitarę, której używano jak dotąd tylko w gospodzie i mieszkaniach. Nigdy w kościele!

Oczarowany muzyką organista Franz Xaver Gruber był nauczycielem miejscowej szkoły. Ten ambitny i pracowity człowiek w przyszłości zostanie ojcem wielodzietnej rodziny.

Autograf kolędy Franza Grubera



Natomiast ks. Joseph Mohr, nieślubne dziecko ubogiej prządniczki, nie poznał nigdy swego ojca, miał natomiast ojca chrzestnego w osobie miejskiego kata. Z natury chorowity, wykształcenie muzyczne i ogólne zawdzięczał miejscowym kościelnym protektorom. Wrażliwy, neurasteniczny, jako ksiądz często popadał w konflikty z hierarchią, co powodowało w konsekwencji częste zmiany miejsc posługi.

Chociaż pierwszy z nich był autorem wielu udanych kompozycji, a drugi autorem paru pieśni, obaj przeszli do historii jako twórcy „Stille Nacht”, gdyż „...tylko raz Bóg otworzył im usta”.

Czas wojen i biedy, który nastał w owych latach, pozbawił ludność Oberndorfu podstaw egzystencji. Nagle ustało flisactwo na rzece Salzach. Oddalony od wioski o zaledwie 20 kilometrów Salzburg, doświadczony grabieżami, pożarami, klęskami nieurodzaju, stracił na znaczeniu. Nadzieję wśród ludzi dotkniętych ciężką biedą budzili jedynie swoją pieśnią Mohr i Gruber. Prosta melodia sama „wpadała w ucho”, była łatwa do zapamiętania, koła ból. Wkrótce śpiewano ją w Lipsku, Berlinie i Nowym Yorku, bo choć radio, ani tym bardziej telewizja nie były jeszcze znane, to jednak dźwięki pieśni jako przesłanie pokoju, za sprawą prostych ludzi, przemierzały świat.

Kolędę „Stille Nacht” przetłumaczono na 300 języków i dialektów. Tłumaczenia na język polski dokonał Piotr Maszyński, dyrygent i kompozytor, w 1930 r.

I oto jest 24 grudnia, godzina czwarta po południu. „Niebie-

ska godzina" jednego z najkrótszych dni, o najdłuższej nocy. Opatulone postacie kierują się w stronę kaplicy „Stille Nacht”. Auta z zagranicznymi rejestracjami na próżno szukają wolnych miejsc do zaparkowania. Z drewnianych chatek wokół wzgórza rozchodzi się dookoła delikatny zapach rumu, cynamonu i goździków. To poncz. Jego wrzątek rozgrzewa przemarzniętych. Niektórzy z nich po skrzypiącym śniegu próbują dotrzeć do kaplicy, by wpisać tam swój udział lub modlitwę do wyłożonej księgi. Mimo mrozu ludzi jest coraz więcej. Słychać dźwięki mowy w języku angielskim, wyrazistym niemieckim (Hochdeutsch), japońskim, a ostatnio także rosyjskim. Europa się otwiera. Kolorowym, barwnym akcentem jest grupa strzelców-flisaków w historycznych mundurach. Są fotografowani, bo wiele pań pragnie mieć z nimi zdjęcie. A oni świadomi swego regionalnego kolorytu z dumą prezentują swoje szkarłatne żakiety i białe spodnie. Ich szerokie korsykańskie kapelusze zdobią efektowne pióropusze z białych piór. Każdy nosi szablę oraz karabin z bagnetem, ładowany „od przodu”. Obok strzelców wdzieczą się ich kobiety, w pięknych kolorowych sukniach. Ich głowy ozdobione są złotymi czepkami. Ze spokojem znoszą zimno i narastającą ciemność. A vis a vis kaplicy stoi gospoda, Bruckmannhaus, gdzie można podstępłować okolicznościową widokówkę, kupić pamiątki i pokrzepić się gorącym Glühweinem.



Stille-Nacht-Kapelle (Kaplica Cichej Nocy) w Oberndorf

Zbliża się piąta po południu. Reflektory oświetlają kaplicę i wzgórze. Słychać wystrzały. Głowy wszystkich zwracają się w kierunku sanktuarium Maria Buehel. Nadchodzą zwarte szeregi królewskiego wyborowego Bractwa Strzeleckiego pobliskiego miasta Laufen. Nim rozlegną się strzały widać ogień z ich strzelb. Rośnie napięcie. Rozbrzmiewają dzwony kościoła parafialnego Oberndorf, kościoła klasztorowego w Laufen (po drugiej stronie rzeki), a także kościoła pielgrzymów w Maria Buehel. Z balkonu historycznej wieży wodnej rozbrzmiewają dźwięki fanfar. Burmistrz wita zgromadzonych gości przybyłych z całego świata. Przemówienie tłumaczone jest na angielski. Burmistrz mówi, że z tego właśnie miejsca poszła w świat kolęda „Stille Nacht!”. Grają orkiestry. Śpiewają chóry. Dwóch księży czyta ewangelię wg. św. Łukasza. Księża błogosławią zebrany tłum. To jest chwila, na którą wszyscy czekali.

Dwóch solistów, tenor i bas, intonuje: „Stille Nacht! Heilige Nacht!” Towarzyszy im gitara, jak wtedy. Chór powtarza zwrotki refrenu. Zebranych ogarnia szczególny nastrój. Podobny temu, jaki zapadł po pasterce w 1818 roku, gdy w tym właśnie miejscu Franz Xaver Gruber i Joseph Mohr po raz pierwszy zaśpiewali kolędę, która podbiła świat.

Magiczny czas. Magiczne miejsce.

Franciszek Serwatka
wg. Werner Thuswaldner
fotografie:

fotocommunity.de; worldfortravel.com;
theartfulgardener.wordpress.com





Choinka

*„Jarzą się światła w oknach
jarzą się światła w latarniach
stoją choinki na placach
śnieg za śnieżynką śnieżynkę
sypie na każdą choinkę
a wiatr odchodzi i wraca.
Po wszystkich miastach stoją
strojne w złote girlandki
strojne w złociste lampki.
Stoją i promienieją
a ludzie zerkają z okien
okna zasnuwa śnieżek – [...]”*

Poniżej fragment obszerniejszego tekstu o dziejach choinki bożonarodzeniowej, która trafiła do nas z Saksonii. Całość szkicu znajdziecie Państwo w wydaniu ogólnolekarskim GGL nr 6/131 na stronach internetowych.

* * *

(...) Do Polski choinka zawitała wraz z przybyciem ewangelickiego mieszczaństwa w czasie zaborów i rozpowszechniła się już pod koniec XVIII w., opanowując cały kraj w XIX wieku.

Wcześniej jednak, nim zaczęła zdobić polskie domy, strojono pomieszczenia snopami zbóż, które stawiano w kątach, rozścielano słomę pod stołem, zatykano za obrazami, wieszano pod sufitem. Zwano je gdzieniegdzie dziadami lub diduchami. Podobną rolę pełniły świerkowe gałęzie będące symbolem zdrowia i życia. Ozdabiano nimi okna, drzwi, bramy domów. Zresztą, zielone gałęzie towarzyszyły świętom Bożego Narodzenia w licznych krajach nie tylko europejskich. W wielu regionach Polski szczególną ozdobą była podłaźniczka, ścięty wierzchołek świerka lub sosny wieszany czubkiem w dół, którą ozdabiano, podobnie jak później choinkę, jabłkami, orzechami i wycinankami z opłatków.

Oprócz podłaźniczek wieszano także w domach tzw. światy – najczęściej były to kolorowe przestrzenne kompozycje kul i półkul zrobione z barwionych opłatków – a nieznane poza naszym krajem. Bohater dramatu „Horsztyński” Juliusza Słowackiego wspominał: „Czuję drżące listki chleba w moich dłoniach. Jak ja lubilem niegdyś dzień Bożego Narodzenia. W tym samym pokoju kleiłem różnokolorowe słońca, kołyski, jaka świętość i wesele napępniały moje dziecinne serce”. Józka, córka bohatera „Chłopów” Macieja Boryny przyjmując roznoszone przez organściaka Jasia opłatki prosi go, aby dał jej kilka kolorowych: – Na światy mi potrzebne, były z łośńskiego roku, ale się w wesele do cna pomarnowały. Juści, że dał jej kilkanaście i coś aż w pięci kolorach. – Aż tyle! Mój Jezus, ady to starczy i na światy, i na słońca, i na księżyce, i na gwiazdy! – wołała ucieszona.

Choinka i jej ubieranie bardzo szybko przyjęły się w Polsce. Obyczaj ten został od razu oswojony i uznany za ojczysty. Szybko powstały legendy o pochodzeniu Bożonarodzeniowego drzewka. A było to tak. Gdy narodził się Chrystus, do Betlejem szli z darami nie tylko pasterze, trzej królowie i zwierzęta. Poszły tam także drzewa. Postroiły się w kwiaty, owoce i kolorowe liście, by oddać pokłon małemu Jezusowi. Na szarym końcu stanęła niepozorna choinka, która biegnąc z daleka nie zdążyła się pięknie przyozdobić, ale to właśnie, gdy ją zobaczyło Boże Dzie-

ciątko, najbardziej cieszyło i dlatego stała się symbolem Bożego Narodzenia. Nieco inaczej opowiadają o tym górale. Według nich o wszystkim zdecydował tatrzański niedźwiedź. Gdy nadeszła zima i zasnął on spokojnie w swojej gawrze, nagle obudziła go Gwiazda Betlejemska. Wybiegł w popłochu z nory z pustymi łapami, bo nie zdążył wziąć żadnego podarunku. Wyrwał więc po drodze spory świerczek i pognął do Betlejem przez góry i rzeki. A że była zima i chwycił mróz, woda, którą rozchlapywał biegnąc przez potoki, zamarzała na gałązkach świerczka tworząc piękne sople. W dzień oświecało je słońce, w nocy księżyc dodając drzewku magicznego uroku. Mały Jezusek jak ją zobaczył zaczął klaskać w rączki i zgodził się, by choinka została symbolem jego narodzin.

Choinka była przynoszona z lasu w przeddzień Wigilii i ubierana przez całą rodzinę. Ozdoby miały swoje symboliczne znaczenie. Na szczycie choinki świeciła



foto. K. Zgłobicki

Gwiazda Betlejemska, zaś całe drzewko skrzyło się świerczkami i lampkami. Światło broniło ludzi i domy przed złymi mocami, urokami i nieżyczliwością ludzką. Było symbolem Chrystusa jako źródła światła i życia. Zawieszane na choince czerwone jabłka zapewniały domownikom zdrowie i witalność, a owinięte w „sreberko” orzechy – dobrobyt i siłę. Dzwonki miały ogłaszać dobre, radosne nowiny i wydarzenia, a anioły i anielskie włosy obiecywały opiekę nad rodziną. Pachnące pierniki to zapowiedź, że nigdy nie zabraknie w domu chleba. Specjalne znaczenie miały splatane przez całą rodzinę kolorowe łańcuchy. Były one nie tylko przypomnieniem zniewolenia przez grzech, a w czasach zaborów politycznych kajdan, ale i symbolem więzi rodzinnych. Pod choinką stawiano szopki betlejemskie. Do tych wszystkich ozdób, nieco później doszła jemiola, znak pojednania i miłości, a zwyczaj ten przybył do nas z Anglii.

A potem choinka wyszła przed domy, na podwórka, do ogrodów, na balkony, na ulice i place. Pięknie pisze o tym Konstanty Ildefons Gałczyński w wierszu „Noworoczne choinki” którego fragment pomieściliśmy na początku tego tekstu. (...)

(c.d. na stronach internetowych „GGL”)
Barbara Kaczowska

XXXIX Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa

Rytró – Jesień 2012

Kazimierz Bryndal laureatem Nagrody im. A.J. Fortuny

Pierwsze tej jesieni płatki śniegu powitały uczestników dorocznej XXXIX Konferencji Naukowo-Szkoleniowej stomatologów w Rytrze. Gwałtowna zmiana pogody, ołowiane chmury nie zwarzyły jednak nastrojów – było jak zwykle miło, choć na zewnątrz chłodno. Organizatorami Konferencji odbywanej po raz 39. byli tradycyjnie: Komisja Stomatologiczna ORL Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie (Robert Stępień) i Związek Lekarzy Dentystów Pracodawców Ochrony Zdrowia (Agata Dutka-Szmigiel).

Patronat nad Konferencją objęli prof. Andrzej Matyja, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie oraz Polskie Stowarzyszenie Lekarzy Stomatologów Kas Chorych. Punktem szczególnym programu Konferencji było wręczenie nagrody im. A.J. Fortuny „Za zasługi dla polskiej stomatologii”, którą otrzymał Doktor Kazimierz Bryndal z Torunia. Wśród gości Konferencji znaleźli się m.in. prezydenci zaprzyjaźnionych korporacji dentystycznych z Czech i Słowacji, doktorzy Pavel Chrz i Jan Gašič.

Relację z przebiegu Konferencji przedstawiamy chronologicznie, zaczynając od części naukowej, której opiekunami byli **dr hab. Jolanta Pytko-Polończyk**, **dr n. med. Wojciech Bednarz** i **dr n. med. Witold Jurczyński**. Sesje naukowe dotyczyły współczesnych metod wykonywania podstawowych zabiegów stomatologicznych.

I. Sesja naukowa piątkowe popołudnie

Pierwszy wykład dotyczący diagnostyki i przygotowania tkanek przyzębia do zasadniczego leczenia stomatologicznego wygłosił **dr Wojciech Bednarz**. Omówił on prawidłowe warunki anatomiczne w jamie ustnej. Zwrócił uwagę na umiejętność identyfikacji linii szkliwno-cementowej, która jest odsłonięta przy recesjach dziąsłowych, przy pseudorecesjach jest wydłużona korona kliniczna zębów. Przypomnił, że brodawka dziąsłowa jest sejsmografem przyzębia, wskaźnik stanu higieny jamy ustnej oceniający płytkę nazębną jest „paszportem zdrowotnym” pacjenta. Mówca zaprezentował algorytmy postępowania

diagnostycznego w oparciu o badanie ortodontyczne i periodontologiczne, badanie grubości błony śluzowej, ocenę radiologiczną kości wyrostka zębodołowego, szpary ozębnej, punktów styčných zębów. Nawiązał do leczenia podstawowego, higienizacyjnego, chirurgicznego, podtrzymującego. Przypomnił, że leczenie higienizacyjne pacjentów periodontologicznych obejmuje opiekę profesjonalną, domową i edukację



prozdrowotną w zakresie jamy ustnej oraz wizyty kontrolne.

Z kolei **mgr Dorota Majewska**, przedstawicielka MIP Pharma, omówiła ilościowo-jakościowy test molekularno-biologiczny do oznaczania patogenów wywołujących periodontitis i periimplantitis.

Następnie, **dr n. med. Bartosz Suliborski** przedstawił koncepcję biomimetyki i zasadę Mini Max w rehabilitacji narządu żucia. Współczesna stomatologia stosuje metody sprawdzone i oparte na najnowszych osiągnięciach, pozwalające przy minimalnej interwencji na uzyskanie maksymalnych efektów odzwierciedlających stan naturalny, odtwarzających wzorzec referencyjny.

W akademickim stylu **dr n. med. Katarzyna Dwornicka** omówiła zachowawczą rekonstrukcję twardych tkanek zębów w zgodzie z naturą. Przypomniała, że dopiero po sześciu miesiącach można ocenić skuteczność leczenia endodontycznego i przystąpić do odbudowy zęba. Zdrowe przyzębie i dobra higiena to niezbędne warunki do osiągnięcia sukcesu w leczeniu zachowawczym.

Sesję zakończyła dyskusja, podczas której dr W. Bednarz omówił użycie ultradźwięków w badaniu tkanek miękkich i twardych. Dr H. Kubica podkreślił rolę higieny w leczeniu i regeneracji przyzębia metodami nieinwazyjnymi.

Kazimierz Bryndal laureatem Nagrody im. Andrzeja Janusza Fortuny

Pierwszy dzień obrad XXXIX Konferencji Naukowo-Szkoleniowej w Rytrze zwieńczyła – po zakończeniu I sesji naukowej w piątek wieczorem – uroczysta kolacja. Uroczysta nie tyle ze względu na menu, co na program, którego centralnym punktem było wręczenie doktorowi Kazimierzowi Bryndalowi z Torunia Nagrody im. Andrzeja Janusza Fortuny „Za zasługi dla polskiej stomatologii” 2012.

Laureat (którego sylwetkę jako b. prezesa Kujańsko-Pomorskiej Izby Lekarskiej oraz kreatora polsko-niemieckiej współpracy w zakresie stomatologii przedstawiliśmy w poprzednim wydaniu) przybył do Rytra w towarzystwie małżonki



Eleonory (lek. dent.) oraz syna Rafała, znanego satyryka, scenarzysty telewizyjnego i aktora. Obecna była także dr Barbara Fortunowa (wдова po Andrzeju) oraz jej syn Tomasz (współorganizator uroczystości). Z zaprzyjaźnionych z krakowską Izbą samorządów lekarsko-dentystycznych dotarli ich szefowie, dr. Pavel Chrz z małżonką z Czech i dr. Jan Gašič z dyrektora Biura Izby p. Ingrid Borosovą ze Słowacji. Oczywiście nie brakowało gospodarzy, przybył m.in. prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie prof. Andrzej Matyja oraz Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej dr Ewa Mikosza-Januszewicz, a także członkowie Prezydium ORL w Krakowie: wiceprezes dr Jerzy Friediger, sekretarz dr Jacek Tętnowski i skarbnik dr Anna Maćąg oraz I zastępca OROZ dr Anna Kot.



Witając przybyłych gości – Laureata z rodziną, przyjaciół ze Słowacji, patronujących nagrodzie przedstawicieli rodziny Fortunów – organizator Konferencji, wiceprezes ORL lek. dent. Robert Stępień podkreślił, że postać Kazimierza Bryndala symbolicznie zamyka pewien krąg „ojców kreatorów” samorządu dentystycznego, do którego, prócz patrona Nagrody Andrzeja Fortuny, należeli jeszcze Zbigniew Żak i Ryszard Łopuch. Dr Stępień wyjaśnił też przy okazji, skąd się wzięła XXXIX już konferencja, skoro inicjatywa zrodziła się w połowie lat 70. XX w. Otóż bywały wtedy w Rytrze nawet dwie konferencje roczne.

Symbolicznego wręczenia Nagrody (statuetka) dokonali: prof. A. Matyja i lek. dent. R. Stępień, po czym nastąpiła seria okolicznościowych gratulacji, które składali (z kwiatami i z pamiątkowymi gadżetami) m.in. goście ze Słowacji, Czech i prof. Andrzej Matyja, który w uroczystym adresie powiedział m.in. *„Pański dorobek zawodowy na pierwszej linii podstawowej opieki zdrowotnej, Pańska aktywność na polu samorządu lekarskiego, Pański wkład w kreowanie współpracy polskich lekarzy z niemieckimi – wystawiają Panu wyjątkowe świadectwo lekarza i działacza bez reszty oddanego zdrowiu polskich obywateli oraz człowieka kładącego fundamenty pod wspólnotę europejską”*.

Dziękując, wzruszony Laureat wspomniął swoje kontakty ze środowiskiem krakowskim jeszcze z lat 70., kiedy to wspólnie z dr. Żakiem i dr. Fortuną organizował pierwsze konferencje stomatologiczne, rozmaite kursy i szkolenia. Pokazał też na ekranie kilka pamiątkowych zdjęć ze wspólnych z Andrzejem Fortuną wyjazdów do Holandii, Islandii, Szwajcarii, Niemiec, Finlandii i oczywiście Brukseli, gdzie przygotowywany był traktat akcesyjny m.in. legitymizujący uznawanie polskich dyplomów lekarskich.

Krótki, ale wzruszający film, w konwencji multimedialnej prezentacji PowerPoint poświęcony osobie Ojca, przedstawił też dr Tomasz Fortuna, dziękując przy okazji Izbie Lekarskiej za uczczenie pamięci Andrzeja Fortuny tak znaczącym artystycznym symbolem przyznawanym dorocznie.



Swego rodzaju dopełnieniem uroczystości było też wręczenie przez prof. Andrzeja Matyję w imieniu Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie prezydentom „Dentystyczno-Lekarskiej” i „Zębnej Komory” pamiątkowych egzemplarzy statuetek ustanowionego właśnie odznaczenia OIL w Krakowie im. Macieja Leona Jakubowskiego, pierwszego prezesa Zachodnio-Galicyjskiej Izby Lekarskiej w latach 1893-1897 – w uznaniu ich działalności na rzecz zbliżenia lekarzy Małopolski i Słowacji. Dziękując, obdarzony sporym poczuciem humoru dr J. Gašič powiedział m.in. *„Czesi to nasi bracia, a Polacy to nasi przyjaciele”*.

Uroczystość zwieńczył świetny kabaretowy show Czesława Jakubca, lidera Zespołu „Tenor A.R.” z Katowic. Ten obdarzony niezwykłymi wa-



runkami głosowymi artysta, prezentuje w konwencji „damsko-męskiego” duetu niezwyklej recital na motywach szlagierów operowych. Wystawiamy pięć gwiazdek i mamy pytanie do prezesa Juliusza Brauna: „Dlaczego tego się nie pokazuje w telewizji?”.

A po koncercie, „Perła Południa” popisała się od strony gastronomicznej. Menu nie można nic zarzucić, choć szczypta odwagi w wyraźniejszym przyprawianiu potraw raczej by nie zaszkodziła.

II Sesja naukowa sobota, przedpołudnie

Sobotnią sesję naukową poprowadziła **dr hab. Jolanta Pytko-Polończyk**. Na wstępie **dr n. med. Hubert Kubica** omówił zabiegi chirurgiczne w obrębie wyrostka zębodołowego z maksymalną ochroną tkanek przyzębia. Przypomniał, że im większy jest zakres zabiegu chirurgicznego, tym większe szkody mogą powstać w tkankach, ponieważ gojenie jest poprzedzone stanem zapalnym. Stomatologiczna chirurgia zachowawcza zajmuje się zmianami endoperio, perforacjami, urazami zębów i kości wyrostka zębodołowego, wykorzystuje ultradźwięki, powiększenia, materiały do wypełniania wstecznego, wszczepy kolagenu. Na koniec przedstawił propozycje leczenia i długoterminowe efekty, których sukces jest uwarunkowany zachowaniem procedur.

W dalszej części **dr n. med. Wojciech Drobek** przybliżył metody zapobiegania zaburzeniom czynności układu ruchowego narządu żucia. Przedstawił diagnostykę, objawy dysfunkcji, zwrócił uwagę na profilaktykę parafunkcji w kontekście nieprawidłowej pozycji podczas pracy. Omówił bóle miejscowe, heterotopowe, przeniesienie bólu, zjawisko kompensacji. Przypomniał, że istnieje szereg objawów bólowych wewnątrzustnych, których przyczyną nie są zęby ani układ ruchu narządu żucia. Precyzyjna diagnostyka różnicowa, adekwatna terapia zwarciowa, unikanie parafunkcji zwarciowych i niezwarciowych, eliminacja wadliwej postawy ciała, wykluczenie czynników ogólnoustrojowych – to efektywne

metody zapobiegania zaburzeniom czynności układu ruchowego narządu żucia. **Dr n. med. Wojciech Bednarz** zakończył część naukową konferencji prezentując podtrzymującą opiekę stomatologiczną. Zwrócił on uwagę na remotyvację pacjenta, opiekę pozabiegową i częstotliwość wizyt kontrolnych, zalecając wdrażanie własnych, wypracowanych standardów postępowania z pacjentem.

Kończąc II Sesję Naukową dr hab. Jolanta Pytko-Polończyk zaprosiła uczestników na kolejną, czterdziestą już, jesienną Konferencję w przyszłym roku, która zajmie się zagrożeniami XXI wieku.



Wycieczka do Starego Sącza i Miasteczka Galicyjskiego

Natomiast goście ze Słowacji, doktor Kazimierz Bryndal z Małżonką, wiceprezes ORL dr Jerzy Friediger oraz niżej podpisany udali się w trakcie przedpołudniowej sesji na zwiedzanie Starego Sącza, m.in. wstąpili do Klasztoru św. Kingi i obejrzeni (z zewnątrz) domek dr. Zbigniewa Żaka. W roli cicerone wystąpił udanie dr Tomasz Fortuna. Następnie odbyliśmy autokarową ekskursję po Nowym Sączu, zakończoną zwiedzeniem skansenu, będącego nową filią Muzeum Okręgowego w Nowym Sączu. Jest to oddana w 2011 roku do użytku publicznego rekonstrukcja pn. „Galicyjskie Miasteczko”, odtwarzająca



zabudowę miejską z przełomu XIX i XX wieku tego regionu. Rynek służył akurat za scenografię realizowanego filmu o Papuszy, domy okazały się wzorowane na Krościenku nad Dunajcem, karczma była pełna klientów, a ratusz pełniący funkcje konferencyjno-hotelowe przywitał nas regionalnym lunchem. Pierogi były rewelacyjne.

Nie skończyło się jednak na zwiedzaniu. W Ratuszu przywitał gości ze Słowacji i osoby towarzyszące wiceprezydent Nowego Sącza p. Jerzy Gwiżdż, który nawiązując do liczącej 720 lat historii miasta, przypomniał założycielską rolę w 1292 roku króla Wacława II Czeskiego, wówczas księcia krakowskiego i sandomierskiego. Gdy jednak już aktualnie miasto chciało uczcić swego założyciela portretem, jeden z radnych zaprotestował: „Co? Okupanta powiesimy w ratuszu!”.



Wiceprezydent Nowego Sącza zarysował też pokrótce możliwości współpracy regionów przygranicznych w zakresie ochrony zdrowia oraz ruchu turystycznego. Parę miłych zdań poświęcił też osobie Doktora Andrzeja Fortuny, którego znał osobiście.

Powrót do Rytra przybliżył gościom sądeckie pejzaże.

Sesja samorządowa XXXIX Konferencji Naukowo-Szkoleniowej

Oczekiwana z zainteresowaniem tegoroczna sesja samorządowa upłynęła tym razem pod znakiem aktualnych zmian w kształceniu przed i podyplomowym oraz kolejnej modyfikacji przepisów związanych z wykonywaniem praktyki lekarskiej.

Nie było natomiast „tradycyjnej” już wymiany zdań między publicznością złożoną z lekarzy dentystów, a przedstawicielami NFZ, którego Oddział Małopolski reprezentowały panie: z-ca dyrektora ds. lecznictwa dr Monika Jezierska-Kazberuk oraz odpowiedzialna za sprawy stomatologii w MOW NFZ lek. dent. Marta Grzywacz-Banaś. Można nawet zaryzykować opinię, że środowisko ogarnęła jakaś apatia. Nikt, nikogo, o nic nie pytał. Dały się nawet słyszeć zdawkowe brawa po multimedialnych prezentacjach obu Pań. Ale nie był to wyraz entuzjazmu dla Funduszu, w kularach nie pozostawiano na nim suchej nitki. Czemu więc tym razem sala milczała? Wiceprezes Robert Stępień tłumaczył to w kularach faktem, iż w bieżącym roku kontrakty są jedynie aneksowane. Ale w felietonie poszedł nieco dalej.

Obrady Sesji Samorządowej prowadzili prezes ORL **prof. Andrzej Matyja** i wiceprezes **dr n. med. Jerzy Friediger**.

Jako pierwsza głos zabrała I zastępca Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, lek. dent. Anna Kot.

Zaczęła tradycyjnie od przypomnienia lekarzom o obowiązku starannego prowadzenia do-



kumentacji medycznej. Ale potem skupiła się na nieznamości prawa wśród lekarzy, podkreślając, iż nie chroni ona przed odpowiedzialnością. Szczególnie ważne jest uzyskanie zgody pacjenta na określone zabiegi. Brak takiej zgody w sensie prawnym traktowany jest jako naruszenie integralności pacjenta. Pani rzecznik zalecała lekarzom pewną wstrzeźliwość w wygłaszaniu rozmaitych opinii przy fotelu pacjenta, bywa bowiem, że są one potem wykorzystywane w skargach przeciw lekarzom.

Pełny tekst wystąpienia w Rytrze doktor Anny Kot zamieszczamy w Jej stałym komentarzu „Okiem Rzecznika” na stronach 32-34.

Natomiast osobliwym przyczynkiem do wystąpienia doktor Anny była wypowiedź prof.

J. Kleinroka, który żalił się, iż lekarze piszą dokumentację niestarannie i nieczytelnie, wobec czego zalecał, by ją przygotować odpowiednio przed rozprawą, najlepiej przepisać „na czysto” od nowa na komputerze. Nie komentuję, a przypominam jedynie o wzięciu do aresztu, szczoteczki do zębów.

Budżet stomatologii na 2013 rok w ujęciu MOW NFZ

W imieniu Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia jako pierwsza wystąpiła dr Monika Jezierska-Kazberuk, z-ca dyrektora ds. lecznictwa.

Niestety, jak zapowiedziała, nadchodzący 2013 rok „nie będzie rokiem obfitości!”.

Punktem wyjścia do prognozy jest fakt, że aktualnie nakłady na 1 ubezpieczonego sytuują Małopolskę na 5 miejscu od końca w kraju, z kwotą 1649 zł rocznie. Za nami jest tylko województwo pomorskie, wielkopolskie, podkarpackie i warmińsko-mazurskie. Od woj. łódzkiego, przewodzącego w nakładach, dzieli nas na 1 ubezpieczonego kwota przeszło 150 zł.

Nieco lepiej jest, gdy chodzi o cenę punktu. Średnia krajowa w odniesieniu do procedur wysokospecjalistycznych ze znieczuleniem ogólnym wynosi tu 1,08, a w Małopolsce 1,09. Nieźle jest też nasycenie ilością jednostek posiadających kontrakt na 10 000 ubezpieczonych, zajmujemy mianowicie 6 miejsce, przy czym – dodajmy od siebie – nie przekłada się to na zarobki stomatologów, wręcz odwrotnie. Ale z punktu widzenia pacjentów jest, teoretycznie, nieźle.

Uwagi szczegółowe do planu nakładów na stomatologię w 2013 roku MOW NFZ przedstawiła lek. dent. Marta Grzywacz-Banaś.

Według założeń na 2013 rok nakłady MOW NFZ na świadczenia stomatologiczne mają wzrosnąć ze 180 mln zł w roku 2012, do 183,5 mln zł w roku 2013, a więc o 3,5 mln zł. Zostanie nim





objętych, podobnie jak w mijającym roku ok. 450 podmiotów, **które powinny podpisać aneksy do 30 listopada br.**, spóźnienie oznaczać będzie bowiem automatyczne zakończenie kontraktu w lutym 2013 roku.

Nie przewiduje się zmian formalnych w umowach, m.in. utrzymany zostaje wymóg minimalnych 15 godz. pracy gabinetu w tygodniu oraz nakaz dostępności gabinetu w soboty (*Co o tym myślimy w odniesieniu do szkół pisaliśmy już kilkakrotnie – patrz też korespondencja dr Andrzeja Stopy z prezydentem Majchrowskim – na końcu n-ru.*)

Nowością korzystną dla świadczeniodawców ma być przejście przez Fundusz aktualizacji umów elektronicznych. Tzw. etat przeliczeniowy utrzymywany jest nadal na poziomie 15 tys. punktów miesięcznie, przy zasadzie przeznaczenia 20% świadczeń dla dzieci.

Aktualnie najwięcej świadczeń wykonuje się w Małopolsce z zakresu stomatologii ogólnej (67%), na drugim miejscu są dzieci (15%), na trzecim ortodoncja. Najgorzej wygląda protetyka, zwłaszcza ta wynikająca z powikłań onkologicznych. Ceny wykonania poszczególnych procedur pozostają na 2013 rok bez zmian.

MOW NFZ chlubi się, że w rezultacie stosowanego systemu kontraktowania świadczeń dla dzieci przeznaczona na ten cel najwięcej pieniędzy w Polsce, ok. 25 mln, przy średniej krajowej 7,4 mln. Równocześnie MOW NFZ przyznaje, że właściwie n i c nie wydaje na profilaktykę.

W dyskusji, kilka uwag do obu wystąpień, na tle milczącej sali, przedstawili Robert Stępień i Andrzej Stopa:

Nim przeszedł do uwag merytorycznych, wiceprezes ORL lek. stom. Robert Stępień podziękował obu przedstawicielkom MOW NFZ za przybycie do Rytra i osobiste, odważne przedstawienie planów Funduszu środowisku stomatologów. **Budzi to szacunek, choć nie zmienia opinii o traktowaniu stomatologii.**

Jak bowiem stwierdził: „Jest źle, wszyscy o tym wiedzą, zaś z tego co słyszymy wynika, że lepiej nie będzie!”. Z badań stanu uzębienia populacji, publikowanych na stronie Ministerstwa Zdrowia, wiemy, że pod względem próchnicy u dzieci Małopolska znajduje się wciąż na ostatnim lub przedostatnim miejscu. Te badania są przeprowadzane pod kierunkiem prof. Marii Wierzbickiej, co 5 lat. A to z kolei przekłada się na konieczne rosnące w rezultacie zaniechań nakłady na chirurgię stomatologiczną, a potem na protetykę, bo to są naczynia połączone – stwierdził mówca.

Druga poruszona przez niego kwestia to znieczulenia. Jeśli stan uzębienia jest tak zły, to ingerencja stomatologów będzie większa, a znieczulenie staje się konieczne. Dochodzą do nas opinie – mówił – że wykonujemy za dużo znieczuleń. Tymczasem pacjent ogarnięty panicznym strachem domaga się znieczulenia. Przy takim poziomie ubytków, w cywilizowanym świecie, znieczulenie mu się należy, nieprawdaż?

R. Stępień poruszył jeszcze kwestię rozliczeń świadczenia, gdy ząb okazuje się dwu- lub trzyskanałowy oraz podejmowanej przez NFZ tzw. weryfikacji świadczeń sięgającej 2003 roku, która budzi protesty w środowisku.

Do tej samej kwestii nawiązał dr Andrzej Stopa, posiłkując się refleksjami z posiedzenia Rady Funduszu, w którym uczestniczył. Niestety, Radzie brakło czasu na jakąkolwiek refleksję o stomatologii. Tymczasem zdaniem dr. Stopy wyceńna świadczeń stomatologicznych jest przez NFZ zaniżona średnio o 50 procent, jednocześnie ponad połowa lekarzy stomatologów nie ma w ogó-

le dostępu do kontraktów z Funduszem i jest to jedyna specjalność medyczna tak traktowana. Na koniec mówca wyraził dezaprobatę wobec zjawiska wzajemnego braku lojalności w środowisku, wyrażającego się przedkładaniem Funduszowi propozycji o cenach niższych, niż on sam żąda, a także podziękował dyrekcji NFZ za podwyższenie wartości punktu.

Sesja samorządowa cd.

Zagadnienia prawnej odpowiedzialności lekarza za tzw. błędy medyczne przedstawił lek. dent. Grzegorz Irzeński, z-ca przewodniczącego Okręgowego Sądu Lekarskiego OIL Kraków.

Podczas udzielania świadczeń każdy może popełnić błąd i w zależności od jego charakteru, może ponieść odpowiedzialność karną lub cywilną. Dochodzenie odpowiedzialności jest kwestią pacjenta lub jego rodziny. Ponieważ odpowiedzialność cywilna ma charakter majątkowy, w wypadku pracownika etatowego spoczywa ona na pracodawcy.

Lekarz powinien leczyć zgodnie z zasadami etyki i wiedzy medycznej. Odstąpienie od nich stanowi błąd. I tu pojawia się nowe pojmowanie określenia „błąd w sztuce”. Otóż współcześnie uważa się, że medycyna to „nauka stosowana” lub „rzemiosło na bazie naukowej” i stąd określenie „błąd w sztuce” traci rację bytu. Dodatkowym argumentem za taką interpretacją błędu jest obowiązek ustawicznego podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Przyczyną błędów staje się teraz niewiedza, przeoczenie, niedbałość, wadliwe rozpoznanie, słaby wywiad itp. itd., a w konsekwencji wybór niewłaściwej metody leczenia.

Poza przyczynami obiektywnymi, w rodzaju niedostatecznego wyposażenia, brakiem odpowiednich materiałów, narzędzi – generalnie jednak wszystko się mieści w niedochowaniu należytej staranności na każdym etapie leczenia. Natomiast skutkiem tzw. błędu kardynalnego (np. przeoczenie pozostawienia ciała obcego, uszkodzenie ciała) może być odpowiedzialność karna. Doktor Irzeński wymienił klasyczne przypadki

błędów enumeratywnie. Sądzę, że powinniśmy je wyliczyć i przypomnieć na łamach „GGL-LD”, bowiem sama w sobie lista niedbałości skutkująca cywilnie lub karnie jest z natury rzeczową wartościowym materiałem dydaktycznym.

Aktualne zmiany w kształceniu przed- i podyplomowym stomatologów, wynikające m.in. ze skrócenia cyklu nauczania i zniesienia stażu podyplomowego, przedstawił dr. hab. Janusz Kleinrok, prof. nadzw. WSM Białostok, pełniący do 30 listopada 2012 obowiązki dyrektora departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego w Ministerstwie Zdrowia.

Najogólniej rzecz ujmując w Ministerstwie Zdrowia opracowano pod przewodnictwem prof. Renaty Górskiej nowe standardy kształcenia przeddyplomowego, w cyklu 5-letnim precyzujące pewne minima nauczania, gdyż teoretycznie uczelnie zachowują autonomię. Te minima przewidują np. założenie przez studenta w ortodoncji kilku aparatów, a ponieważ każdy kosztuje 6 tys. zł, obowiązek ten w ogóle przesunięto do kształcenia podyplomowego, które zresztą obejmuje zaledwie 20% absolwentów. To nie jest abstrakcyjny przykład. Z analizy ilości unitów i fantomów w uczelniach wynika, iż jest ich zdecydowanie za mało, mimo prowadzenia części zajęć na dwóch zmianach. Może więc uczelnie przyjmują za dużo słuchaczy, a może za mało inwestują.

Limity przyjęć na studia stomatologiczne od lat pozostają na niezmiennym poziomie – ok. 730 osób rocznie, przy czym potrzeb w Polsce nigdy nie oszacowano. Teoretycznie stomatologów jest dość, na studiach kształcą się rocznie ok. 3,5 tys. słuchaczy, natomiast skala potrzeb (czytaj – zaniedbania populacji) jest nieznaną.

Do pozytywnych zmian zaliczyć trzeba skrócenie czasu specjalizacji do 3 lat na chirurgii stomatologicznej, ortodoncji i protetyce. Błędem natomiast wydaje się zniesienie L-DEP, a także możliwość przystępowania do PES wielokrotnie.

Prof. J. Kleinrok przedstawił jeszcze stan zaawansowania do wprowadzenia systemu modułowego przy pozyskiwaniu specjalizacji oraz zło-



zył relację z głośnego spotkania stomatologów w dniu 17 lutego 2012 roku z Ministrem Zdrowia Bartoszem Arłukowiczem. Spotkanie to było w mediach relacjonowane, więc przypomniemy tu jedynie, że wśród postulatów środowiska było m.in. zniesienie limitów punktów edukacyjnych, dopuszczenie systemu odpłatnego zdobywania specjalizacji (jak na Słowacji), likwidacja szeregu utrudnień administracyjnych dotyczących m.in. obowiązku wprowadzenia separatorów amalgamatu, skali radiestezji, dostępu do hurtowego zakupu leków, itp. Niewątpliwie końcowy postulat Profesora, o powołanie wreszcie departamentu stomatologii w MZ, mógłby stopniowo usunąć szereg uciążliwych problemów środowiska stomatologicznego był głęboko słuszny.

Dziękując za to wystąpienie prowadzący sesję dr Jerzy Friediger przychylił się zdecydowanie do opinii lekarzy krytycznie oceniających zniesienie LEP i L-DEP. Porównanie poziomu kształcenia w poszczególnych uczelniach będzie teraz niemożliwe.

Jako ostatni w sesji samorządowej głos zabrał dr Andrzej Cisko, a tematem jego wystąpienia były zmiany przepisów związanych z wykonywaniem praktyki lekarskiej.

Terminologia ustawy o działalności leczniczej, wchodzącej w całości w życie po 31 grudnia 2012 roku jest koszmarna. Kto odróżni „pod-

miot leczniczy” od „podmiotu wykonującego działalność leczniczą”. Szkoda na to słów.

Nowe obowiązki to m.in. natychmiastowe wykupienie polisy OC przez praktyki indywidualne i obowiązek wywieszenia w dostępnym miejscu cenników. Natomiast wyraźnemu uporządkowaniu podlegają w jednolitym nareszcie rozporządzeniu, o dość liberalnym charakterze, wymogi sanitarne. Zawieszony też został obowiązek zatrudniania asystentek stomatologicznych. Nowe przepisy regulują też kryteria konkursu ofert, ograniczając panujący tutaj woluntaryzm.

Doktor Andrzej Cisko odniósł się też do powracającej jak bumerang kwestii autonomii stomatologów w samorządzie. Stanowią oni 22% ogółu lekarzy, a uzyskują ze składek świadczenia na poziomie 3,6 procent. Oczywiście nie sposób stworzyć programu, który wszystkich zadowoli, ale warto przynajmniej spróbować określić priorytety, wokół których koncentrować się będzie uwaga środowiska.

I to było ostatnie wystąpienie podczas sesji samorządowej. Prof. Andrzej Matyja podziękował stomatologom za aktywność, a lek. dent. Robert Stępień, główny organizator Rytra, zaprosił wszystkich na kolejną, XL – a więc jubileuszową Konferencję w 2013 roku, naturalnie w „Perle Południa”, w Rytrze. Pogoda ma być lepsza.

* * *

Sobotni wieczór zakończyło spotkanie koleżeńskie w „Chacie u Stacha”. Smakowite potrawy, urozmaicona muzyka, dobre towarzystwo pozwoliło spędzić miło czas po tak solidnej dawce nowoczesnej wiedzy i gorących dyskusjach w części samorządowej.

Jak zawsze gościnne podwoje otworzył dla nas hotel „Perła Południa”, co roku podnoszący standard obiektu. Ostatnio zmieniła się m.in. frontowa elewacja. Za uczestnictwo w tegorocznej Konferencji lekarze otrzymali 12 punktów edukacyjnych, dopełniając tym samym obowiązku ustawicznego kształcenia. Niedzielny poranek powitał wszystkich pierwszym śniegiem będącym zapowiedzią zbliżającej się zimy.

*Anna Urbańczyk (sesja naukowa)
Stefan Cieplý (część samorządowa)*



V Międzynarodowa Konferencja w Polańczyku

Jama ustna w zdrowiu i chorobie

W dniach 12-13 października bieżącego roku w Polańczyku nad Jeziorem Solińskim, w gościnnym Sanatorium Uzdrawiskowym AMER-POL odbyła się po raz kolejny Konferencja Naukowo-Szkoleniowa, której organizatorem był Oddział Krośnieński Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego oraz wspierająca ją finansowo Komisja Stomatologiczna Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie. Konferencja odbyła się pod hasłem „Jama ustna w zdrowiu i chorobie”. Honorowy patronat nad konferencją objął Jego Magnificencja Rektor Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu – prof. Marek Ziętek, który też dokonał w piątkowy wieczór oficjalnego otwarcia konferencji. Następnie głos zabrali: przewodniczący Komitetu Organizacyjnego dr n. med. Wojciech Bednarz oraz prezes krosnieńskiego Oddziału PTS lek. dent. Marcin Tatrzański, którzy powitali wszystkich uczestników i wykładowców oraz przedstawicieli firm, a następnie przekazali przewodniczenie pierwszej sesji naukowej prof. Markowi Ziętkowi i prof. Dorocie Olczak-Kowalczyk. Wykładowcy wygłaszali swoje prezentacje w języku angielskim, ukraińskim i polskim, w związku z czym sesja była tłumaczona symultanicznie.

Przedtem jednak, już wczesnym czwartkowym popołudniem zaczęli przybywać do hotelu pierwsi uczestnicy oraz wykładowcy. Ci, którzy zdążyli dotrzeć na miejsce przed zmrokiem, mieli okazję przekonać się, jak fantastyczne widoki ma do zaoferowania Jezioro Solińskie wraz z otaczającymi je wzgórzami. Bieszczadzkie krajobrazowe uroki na pozostałych gości poczekały do następnego dnia.

W tym roku zamiarem organizatorów było zwrócenie uwagi na specyfikę ekosystemu jamy ustnej i przedstawienie toczących się bez przerwy procesów molekularnych, decydujących o zachowaniu zdrowia bądź o naruszeniu labilnej równowagi pomiędzy organizmem i drobnoustrojami, czego wyrazem jest rozwój choroby. Ową delikatną relację przybliżył obecnym prof. Marek Ziętek w swoim wystąpieniu, które było niejako wstępem do prezentowanych w dalszej kolejności filmów o komunikacji międzykomórkowej podczas reakcji zapalnej oraz przebudowy tkanek przyzębia, zwłaszcza kości wyrostka zębodołowego szczęk. Dzięki uprzejmości Wydawnictwa Kwintesencja uczestnicy mogli obejrzeć świetnie animowane obrazy dotyczące osseointegracji i być świadkami polskiej premiery filmu „Cell to cell Communications – inflammatory reaction”.

Następne wystąpienie dotyczyło często pomijanego problemu metabolizmu kości w zdrowiu oraz w chorobach przyzębia. Pani prof. Irina Mazur z Kijowa podkreśliła konieczność oceny czynników decydujących o metabolizmie tkanki kostnej, a zoptymalizowanie mechanizmów wpływających na jej homeostazę uznała za istotny, jeśli nie najważniejszy czynnik w planowaniu oraz wdrażaniu leczenia skojarzonego chirurgiczno-periodontologicznego i implantologicznego. Prof. Sophia Aroca z Paryża w następnym wystąpieniu podjęła temat współczesnego postępowania u pacjentów z mnogimi recesjami dziąsłowymi. Zwróciła szczególną uwagę na etap śródzabiegowy (metody preparacji płata, techniki wprowadzania przeszczepów tkanki

łączonej i techniki zakładania szwów chirurgicznych), który w jej opinii jest decydujący dla utrwalenia efektów leczenia chirurgicznego. Tematem zamykającym pierwszą sesję były dylematy związane z zębami mądrości, które przedstawił dr n. med. Marcin Wiśniewski z Warszawy. Szukając odpowiedzi na odwieczne pytanie – usuwać, czy nie usuwać zatrzymane zęby mądrości, sprowokował ciekawą dyskusję, podczas której uczestnicy dzielili się swoimi poglądami i doświadczeniami klinicznym w tej kwestii.

Po przerwie obiadowej rozpoczęła się druga sesja, której przewodniczyli dr n. med. Małgorzata Kiernicka i dr hab. Mariusz Pryliński. Jako pierwsza wystąpiła dr hab. Dorota Olczak-Kowalczyk z Warszawy ukazując odmienność postępowania z pacjentami obciążonymi ogólnoustrojowo w wieku rozwojowym, wskazując jednocześnie, że jama ustna dzieci i młodocianych jest czasami miejscem manifestowania się ciężkich chorób ogólnych, co należy wziąć pod uwagę podczas badania pacjentów. W trakcie tej sesji zaznaczono również niezwykłą istotność współpracy między specjalistami różnych dziedzin. Prof. Tomasz Gedrange z Drezna oraz prof. Marzena Dominiak z Wrocławia podkreślili w swoich wystąpieniach, iż na lekarzach dentystach spoczywa obowiązek odpowiedniej diagnostyki, profilaktyki i utrzymania wyników leczenia specjalistycznego. Wspólne postępowanie terapeutyczne w leczeniu wad zębowo-zgrzyzowych powinno odnosić się zarówno do pacjentów w wieku rozwojowym jak i dorosłych, także tych z istniejącą chorobą przyzębia. Ścisła współpraca lekarza ortodonty z periodontologiem daje możliwość kompleksowego leczenia tych pacjentów.

Drugi dzień obrad konferencji – pod przewodnictwem w III sesji prof. Joanny Wysokińskiej-Miszczuk wraz z dr n. med. Hubertem Kubicą – otworzył wykład poświęcony zastosowaniu fal ultradźwiękowych w diagnostyce tkanek miękkich i twardych w jamie ustnej autorstwa inż. Bartosza Slaka z Uniwersytetu Windsor (Kanada) oraz dr n. med. Wojciecha Bednarza z Gorlic. Zaletą tej metody diagnostycznej jest szybkość badania, powtarzalność, dokładność oraz atraumatyczność. W następnej kolejności, tuż przed przerwą na kawę, prof. Ingrid Różyto-Kalinowska z Lublina przybliżyła nam



w swoim wystąpieniu olbrzymią rolę obrazowania radiologicznego w diagnostyce stomatologicznej i jej właściwej interpretacji. Dwa zamykające wykłady miały jedną wspólną cechę – mówiły o problemach klinicznych dotyczących rehabilitacji protetycznej. Zaprezentowany przez dr hab. Mariusza Prylińskiego z Poznania wykład dotyczący rekonstrukcji protetycznej zębów leczonych endodontycznie dowiódł, że zastosowanie wkładów korono-korzeniowych nie jest rozwiązaniem bez wad. Drugim, zamykającym już całą konferencję problemem, był temat periimplantitis, poruszony przez dr n. med. Małgorzatę Kiernicką z Lublina. Zwrócono uwagę, że nie jest to nowy problem, ale wymaga utworzenia i wdrożenia odpowiednich procedur diagnostycznych i terapeutycznych, które nie są obecnie jasno ustalone.

Po zakończeniu naukowej części konferencji uczestnicy mogli w pełni oddać się pięknu otaczającej przyrody oraz skorzystać z atrakcji przygotowanych przez organizatorów. Mam nadzieję, że po raz kolejny Konferencja pozostanie w Państwa pamięci nie tylko jako źródło cennej wiedzy, ale także jako czas niezapomnianych spotkań towarzyskich. Wszystkim, którzy przyczynili się do jej zrealizowania składam jako przewodniczący Komitetu Organizacyjnego serdeczne podziękowania. Dodam, że patronat medialny był sprawowany przez „Magazyn Stomatologiczny”, Dentonet.pl oraz E-dentico, TPS, Wydawnictwo Kwintesencja oraz DTI. Złotym sponsorem była firma Philips, a pomoc i wsparcie finansowe uzyskaliśmy także od firm: Amadar, Gendex, Colgate, Gaba International, Oral-B Instytut Blend-a-Med, Septodont, W&H Poland, Hager Polonia, Optident, Medilab, Listerine, Jenerix, Poldent, Pierre Fabre, Hedat.

Bartłomiej Bednarz, Wojciech Bednarz

Z obrad Okręgowej Rady Lekarskiej

Zjazd za Zjazdem

Dobiega z wolna koniec VI kadencji odrodzonego samorządu lekarskiego. W nadchodzącym 2013 roku czekają nas dwa zjazdy, w marcu – budżetowy na tenże sam rok, a w listopadzie – sprawozdawczo-wyborczy, zamykający kadencję. Wszystko to wymaga dotrzymania rozmaitych procedur, uzgodnienia terminów, przygotowania rejonów, sporządzenia sprawozdań, a co najważniejsze przeprowadzenia kampanii wyborczej według absolutnie nowej, ordynacji wyborczej – korespondencyjnej.

I tym właśnie zagadnieniom poświęcone było przede wszystkim październikowe posiedzenie ORL. Wprowadzenia do dyskusji dokonał dr Mariusz Janikowski, sekretarz NRL, a zarazem przewodniczący Okręgowej Komisji Wyborczej naszej Izby (*pisze też o tych procedurach odrębnie, w tekście zamieszczonym za niniejszym sprawozdaniem*).

Przedtem jednak odbyła się miła, tradycyjna już uroczystość wręczenia dyplomów i nagród (po 1500 zł) lekarzom, którzy zakończyli wiosną 2012 roku kształcenie specjalizacyjne i uzyskali najlepsze wyniki na egzaminach końcowych. Według przyjętej średniej wyników tym razem było to 14 osób, których listę zamieszczamy poniżej.

1. **Marta Cześnikiewicz-Guzik** – chirurgia stomatologiczna
2. **Małgorzata Danyluk-Leks** – medycyna rodzinna
3. **Paweł Deja** – chirurgia dziecięca
4. **Kinga Gajdzińska-Ożóg** – medycyna rodzinna
5. **Joanna Litwa** – choroby wewnętrzne
6. **Elżbieta Madej-Słowińska** – choroby wewnętrzne
7. **Agnieszka Mielnik-Mierzińska** – okulistyka
8. **Anna Pelon** – medycyna rodzinna
9. **Agnieszka Poręba** – choroby wewnętrzne
10. **Natalia Ryszawa-Mrózek** – choroby wewnętrzne
11. **Aneta Sarwa** – chirurgia ogólna
12. **Barbara Sokołowska** – choroby wewnętrzne
13. **Anna Zaniewska-Tekieli** – pediatria
14. **Dominika Zdeb** – choroby wewnętrzne

Wręczenia nagród dokonali prezes ORL prof. Andrzej Matyja i wiceprezes lek. stom. Robert Stępień oraz dr Lech Kucharski, przewodniczący Komisji Kształcenia ORL, a zarazem organizator uroczystości. W krótkim wystąpieniu gratulacyjnym prezes Andrzej Matyja poinformował, iż w kolejnej edycji uroczystego sfinalizowania kształcenia udział wezmą także kierownicy specjalizacji wyróżnionych lekarzy, których udział w tak udanym procesie dydaktycznym jest wielce znaczący. Izba pragnie bodaj symbolicznie docenić ich trud.

Następnie prezes poinformował, że w kraju, w tym także na posiedzeniu konwentu przewodniczących ORL, zaczęła się dyskusja na temat procedur i terminów przekształcania szpitali w spółki samorządowe (lub inne), do czego zobowiązuje szpitale ustawa o działalności leczniczej. Decydujący o przekształceniach ma być wynik finansowy na koniec 2012 roku. Jeśli będzie ujemny, przekształcenie lub likwidacja placówki będzie wymagana ustawowo do końca 2013 roku. Problem w tym, że jak dotąd (w ciągu 4 lat obowiązywania ustawy) przekształciło się 136 szpitali, które zresztą nadal popadają w długi. Natomiast samorządy terytorialne, obciążone m.in. kosztownym finansowaniem edukacji, protestują przeciw próbom przerzucenia na ich barki ciężaru finansowania ochrony zdrowia. Jak rzecz się skończy? – nie wiadomo. Niemniej zarówno Najwyższa Izba Kontroli (we wnioskach pokontrolnych dotyczących już przekształconych szpitali) jak i Związek Powiatów Polskich wyraziły oficjalny sprzeciw wobec obowiązku przekształceń. Także Urząd Wojewódzki w Krakowie organizuje w końcu października naradę na ww. temat.

Drugim problemem przedstawionym przez prezesa A. Matyję była sprawa konkursów ordynatorskich, których tryb zmodyfikowała w 2011 roku ustawa o działalności leczniczej, powierzając Izbowi stanowisko przewodniczących Komisji, ale redukując ich przedstawicielstwo do dwóch

osób. W tej sytuacji prezes Matyja wniósł propozycję uchylecia uchwały ORL nr 101 z 9 maja 2012 roku, w sprawie „bojkotu” konkursów, jednak z zaleceniem, by przedstawiciele Izby powstrzymywali się od głosu. Propozycja została uchwalona jednogłośnie.

Prezes poinformował też, że w Bydgoszczy zawiązało się ogólnopolskie Stowarzyszenie Lekarzy Kontraktowych.

W kolejnym punkcie obrad zebrani zapoznali się z uwagami do projektu Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia kryteriów ofert w postępowaniu o zawarcie umowy kontraktowej. Uwagi przygotował dr Wiesław Sowa, przewodniczący Komisji ds. Przekształceń Systemowych ORL – „Niekłóre z propozycji projektu są absurdalne” – stwierdził. Żąda się np. od prywatnych gabinetów certyfikatów jakości, które wydawane są przez Centrum Monitorowania Jakości wyłącznie szpitalom. Najbardziej drastycznym i niekorzystnym dla pacjentów i lekarzy pomysłem jest zakaz prowadzenia w poradniach NZOZ gabinetów wspólistniejących, tym samym narzucając kaźdej specjalizacji obowiązek posiadania odrębnego pomieszczenia. W wielu wypadkach doprowadzi to do likwidacji świadczeń rzadko udzielanych, bądź podwyższy koszty ich organizacji ze względu na niedostateczne wykorzystywanie pomieszczeń. Dalszym wymogiem narzucanym świadczeniodawcom w wielu specjalnościach jest obowiązek zatrudniania przy ich prowadzeniu specjalnych pielęgniarek (których notabene brakuje).

13 listopada Urząd Wojewódzki przygotowuje naradę, z udziałem konsultantów wojewódzkich, podczas której uwagi do projektu zarządzenia w sprawie kryteriów zawierania umów kontraktowych zostaną omówione i opracowane w formie materiału prezentującego wspólne stanowisko placówek ochrony zdrowia Małopolski.

W dalszej części obrad powrócono do problemu organizacji wyborów samorządowych, a ściślej do ustalenia limitu ilości członków, którym przysługiwało będzie prawo wyboru 1 delegata. Z limitu tego, po uwzględnieniu liczebności naszej Izby (ok. 15 000 osób) wynikać będzie także ilość Delegatów na Okręgowy Zjazd. Po dyskusji i rozpatrzeniu paru wariantów na wniosek

dr. Janikowskiego przyjęto, że do wyboru 1 delegata potrzeba 45 lekarzy. Tym samym Okręgowy Zjazd będzie liczył 344 delegatów. Gdyby analogicznie przyjąć limit 1 delegata na 35 lekarzy Zjazd liczyłby aż 442 delegatów; gdyby natomiast do wyboru delegata było upowaźnionych 50 lekarzy, Zjazd składałby się z 310 delegatów.

Na koniec Rada wysunęła kandydatów do jury na dwa konkursy ordynatorskie, odbyła 1 posiedzenie orzekające, przyjęto też wstępnie termin najbliższego, Okręgowego Zjazdu Lekarzy w sprawach budżetowych na dni 5-6 kwietnia 2013 roku. Zjazd będzie miał charakter wyjazdowy, odbędzie się na terenie Delegatury Przemyskiej, w Krasiczynie.

(cis)



Nasza wyróżniona specjalistka

Marta Czeñnikiewicz-Guzik, absolwentka Collegium Medicum UJ. Od początku swojej kariery związana z krakowskim Instytutem Stomatologii. W 2003 roku obroniła doktorat pt. „*Helicobacter pylori* jamy ustnej a zakażenie żołądka tą bakterią”, w 2011 roku uzyskała habilitację na podstawie rozprawy pt. „Rola reakcji zapalnych wywołanych przez antygeny *Porphyromonas gingivalis* w etiopatogenezie dysfunkcji śródbłónki i nadciśnienia tętniczego”. Wiosną 2012 roku uzyskała specjalizację w dziedzinie chirurgii stomatologicznej. Główny nurt jej zainteresowań to rola układu immunologicznego w rozwoju chorób jamy ustnej, takich jak choroba przyzębia czy choroby błon śluzowych oraz wpływ schorzeń układu stomatognatycznego na rozwój dolegliwości ogólnoustrojowych. Immunologią zainteresowała się dzięki współpracy z wielkimi amerykańskimi immunologami: prof. Jorgiem Goronzym i prof. Cornelią Weyand, u których odbyła stypendium naukowe na Uniwersytecie Emory w Atlancie. Jest współtwórcą i redaktorem naczelnym kwartalnika „Medycyna Praktyczna – Stomatologia”.

Wybory 2013

Nieuchronnie zmierzamy do VII po 1990 roku kadencji odrodzonego samorządu lekarskiego. Kadencyjność wyznacza czas kolejnych wyborów delegatów na okręgowe zjazdy lekarskie. W przyszłości spośród nich wybierać będziemy tych, którym powierzemy kierowanie naszym samorządem przez kolejne 4 lata.

Po raz pierwszy doświadczymy wyborów korespondencyjnych.

Nieustanne narzekania na specyfikę zawodu lekarza, brak czasu na uczestnictwo w zebraniach wyborczych, dyżury, praca w prywatnej praktyce, dodatkowe zatrudnienia itp. skutkowały zmianą formy obliwu uczestnictwa w zebraniu wyborczym na formę wcześniejszego przesłania swojego głosu, bez osobistego stawiennictwa przy urnie wyborczej.

Oznacza to, że:

- zgłoszenie kandydata na delegata odbywa się dużo wcześniej przed terminem wyborów,
- kartę do głosowania otrzymacie Państwo do domów,
- swój głos możecie przesać do izby,
- możecie przyjść głosować osobiście, jeśli nie dokonaliście tego wcześniej w trybie korespondencyjnym.

To tyle w wielkim skrócie – zachęcam do szczegółowego przeczytania listu „instrukcji głosowania”, który dołączony będzie do korespondencji wyborczej.

Do domów otrzymacie Państwo informację o miejscu i okresie trwania zebrania rejonu wyborczego, w którym możecie uczestniczyć osobiście lub przesać do Izby swój głos używając do tego celu otrzymane koperty i karty do głosowania. Głosując korespondencyjnie proszę przestrzegać opisanej w instrukcji procedury, aby oddany głos był ważny i nie budził wątpliwości wyborczych.

Zachęcam również do czytania informacji, jakie zamieszczamy w „Gazecie Lekarskiej” (jako Krajowa

Komisja Wyborcza). Mam głęboką nadzieję, że ta rewolucja wyborcza przyczyni się do zwiększenia frekwencji wyborczej i powszechności wyborów.

Ważne:

– Rejony wyborcze obejmują przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, jednostki zasadniczego podziału terytorialnego kraju lub grupy lekarzy.

Rejon taki można również **utworzyć na wniosek grupy lekarzy lub lekarzy dentystów**. W tym celu wystarczy przedstawić Okręgowej Komisji Wyborczej taki wniosek z podpisami minimalnej liczby lekarzy. Tą liczbę Okręgowa Rada Lekarska w Krakowie ustaliła na 45 lekarzy.

– Po dokonaniu podziału Izby na okręgi wyborcze i wpisaniu do nich przynależności poszczególnych lekarzy i lekarzy dentystów, będzie możliwość przepisania się do dogodnego okręgu. Na te czynności będziemy mieli miesiąc – luty. Po tym czasie listy wyborcze nie będą podlegały żadnym zmianom.

– Spośród członków rejonu wyborczego można będzie pisemnie zgłaszać swoich kandydatów na delegatów. Na tym etapie wyborów jest możliwość zgłoszenia samego siebie. Odpowiednią kartę zgłoszenia kandydata na delegata należy złożyć lub przesać do Okręgowej Komisji Wyborczej na adres Izby.

*Mariusz Janikowski
Przewodniczący
Okręgowej Komisji Wyborczej w Krakowie*





Z wizytą w Bratysławie

Dzięki pośrednictwu Polsko-Słowackiej Izby Przemysłowo-Handlowej, od kilku lat wyraźnie zintensyfikowały się kontakty Komisji Stomatologicznej ORL w Krakowie ze Słowacką Komorą Zębnych Lekarov w Bratysławie.

W tym roku, na zaproszenie strony słowackiej, nasi przedstawiciele brali udział w Slovenskich Dentalnych Dniach organizowanych corocznie przez Słowacką Izbę Lekarzy Dentystów. Współorganizatorem przedsięwzięcia była Światowa Organizacja Dentystyczna – FDI. A bratysławskie Dni to liczne spotkania lekarzy dentystów, to konferencja naukowa, wreszcie to targi wraz z towarzyszącymi akcjami promującymi ochronę zdrowia.

Część naukową Konferencji otworzył wykład prof. Javorka „Zakażenia odogniskowe”. Wykładowcami, oprócz słowackich prelegentów, byli: przedstawiciel FDI dr Hakan Özyuvici z Turcji, dr Susanne Dalsgaard z Danii oraz Hiszpan dr Javier Vila Martin. Zainteresowanie Konferencją było spore, tym bardziej że była to doskonała okazja do zdobycia wymaganych punktów edukacyjnych, a na Słowacji niedopełnienie obowiązku kształcenia ustawicznego skutkuje utratą prawa wykonywania zawodu.

Część dotycząca promocji zdrowia odbywała się w tym roku pod hasłem „Dom Zdrowia” i obejmowała zarówno ogólną promocję zdrowia, jak i profilaktykę przeciwnościsną skiero-

waną do najmłodszych. Ta ciekawa inicjatywa zatytułowana „Dzień dziecięcego zdrowia jamy ustnej czyli zabawa i zdrowe zęby razem” została zorganizowana wspólnie ze Zrzeszeniem Studentów Stomatologii, z Technikum Asystentek Stomatologicznych oraz Urzędem Zdrowia Publicznego, który zajmuje się promocją zdrowego odżywiania. Współorganizatorem był Słowacki Czerwony Krzyż, sponsorami zaś firmy wytwarzające środki do higieny jamy ustnej.

Studenci stomatologii prowadzili prezentacje dotyczące prawidłowej higieny jamy ustnej, następnie przeprowadzali z dziećmi naukę poprawnego szczotkowania. Dzieci dostawały wyprawkę zawierającą płytę CD z nauką szczotkowania, książeczkę edukacyjną oraz zestaw do szczotkowania zębów. Na zakończenie zajęć odbyła się praktyczna lekcja udzielania pierwszej pomocy, prowadzona przez ratowników medycznych. Za wszystkie etapy szkolenia dzieci dostawały pieczątki upoważniające do wstępu na sale zabaw. W rezultacie akcja była nie tylko promocją sposobów higieny jamy ustnej wśród najmłodszych, lecz także praktycznymi ćwiczeniami dla studentów stomatologii i uczniów





technikum asystentek dentystycznych, przygotowując wszystkich do trudnej pracy z dziećmi.

W trakcie Słowackich Dentalnych Dni nie zabrakło również spotkań towarzyskich. Rozmowy ze słowackimi kolegami oraz ich przedstawicielami ze Słowackiej Izby Lekarzy Dentystów pokazały nam, jak dobrze pracuje niewielka, ale samodzielna organizacja lekarzy dentystów, współpracując na zasadach partnerskich z tamtejszą Izbą Lekarską. Mieliśmy też okazję zaobserwować koleżeński stosunek kadry naukowej do całej rze-

szy dentystów oraz studiującej młodzieży. Właśnie tego moglibyśmy się od Słowaków uczyć.

Podróże kształcą, a swoją drogą warto wiedzieć, że na mocy porozumienia naszej izby ze słowacką, punkty edukacyjne zdobyte w trakcie słowackich konferencji są respektowane w naszej krakowskiej Izbie. I wzajemnie, tylko że jak dotąd to Słowacy preferują w Polsce KrakDent i na tym się niestety kończy.

dr Agata Dutka-Śmiegiel

TARGI

CEDE 2012

Blisko 13,5 tysiąca zwiedzających, 260 zarejestrowanych wystawców, 9 niezależnych konferencji dla lekarzy i techników dentystycznych, prawie 20 pokazów „live” na Arenie – to krótkie podsumowanie kolejnej edycji największej w Polsce imprezy stomatologicznej. Środkowoeuropejska Wystawa Produktów Stomatologicznych CEDE 2012, bo o niej oczywiście mowa, odbyła się po raz 22 w dniach 20-22 września br. w pawilonach Międzynarodowych Targów Poznańskich.

Na powierzchni 7 650 m² rozstawiło swoje stoiska 260 wystawców z Polski, Niemiec, Słowacji, Szwajcarii, Ukrainy, Austrii, Belgii, Estonii, Finlandii, Francji, Liechtensteinu, Węgier, Wielkiej Brytanii, Włoch, Chin, Izraela, Pakistanu i USA. Niektórzy wystawcy reprezentowali po kilka firm z różnych krajów. Organizatorzy na-



liczyli aż 32 państwa uczestniczące w ten sposób w tegorocznych Targach. Zwiedzający to przede wszystkim lekarze stomatolodzy, technicy dentystyczni, asystentki i higienistki – wszyscy żywo zainteresowani najnowszymi osiągnięciami technicznymi dotyczącymi sprzętu i materiałów stomatologicznych, a także chętni do udziału w licznych konferencjach, wykładach i warsztatach



organizowanych w ramach Targów. Nie brakowało także studentów stomatologii, których przyciągnęła m.in. Arena CEDE, czyli pokazy na żywo (na fantomach oraz prawdziwych pacjentach) szczególnie interesujących procedur stomatologicznych.

To druga odsłona tego nowatorskiego przedsięwzięcia (po CEDE 2011), które okazało się prawdziwym strzałem w dziesiątkę i „perełką” wyróżniającą poznańskie targi na tle innych. Pośród kilkunastu pokazów, w tym roku największym zainteresowaniem cieszyły się prezentacje dotyczące stomatologii estetycznej, ozonoterapii, abrazji powietrznej oraz wypełniania kanałów korzeniowych. Jak się jednak okazało, ogólnego zachwytu pokazami „live” nie podzielali wszyscy widzowie – kamerzysta filmujący przebieg targów stracił przytomność już podczas pierwszej konfrontacji lekarza z żywym pacjentem. Na szczęście wokół nie brakowało osób biegłych w procedurach pierwszej pomocy.



W trakcie trwania CEDE 2012 odbyło się m.in. 5 niezależnych konferencji dla lekarzy („II Otwarta Sesja NYU CD”, „Hipnoza w stomatologii”, „Implant Concilium”, „Konferencja Pierre Fabre Medicament Polska”, „Profilaktyka nowotworowa”). W ramach prezentacji wystawców odbyło się 27 wykładów dla lekarzy i techników. Wystawie tradycyjnie towarzyszył także Zjazd Zespołów Stomatologicznych, w którego 9 sesjach uczestniczyło 1250 lekarzy i asystentek. Najbardziej oblegane były zwłaszcza warsztaty ekonomiczne prowadzone przez ekonomistkę dr Magdalenę Szumską, a także sesja dotycząca stomatologii estetycznej (m.in. wykład prof. Antonio Ceruttiego).

Jak co roku, także i tym razem podczas uroczystej gali wręczono nagrody i statuetki Grand Prix. Komisja w składzie: prof. Barbara Adamowicz-Klepalska, dr Andrzej Baszkowski, Bożena Florczyk, dr hab. Bartłomiej W. Loster (przewodniczący), prof. Halina Pawlicka, dr Mariusz Pryliński i prof. Marek Ziętek, uhonorowała następujące firmy:

- w kategorii „Sprzęt stomatologiczny”: Profident (za zestaw do podnoszenia zatoki SLA i SCA) oraz Dental Nanotechnology (za Nanotec Endo);
- w kategorii „Materiały dla stomatologii”: Profident (za system formówek sekcyjnych U3);
- w kategorii „Materiały pomocnicze, preparaty i urządzenia profilaktyczne”: Glaxosmithkline Consumer Health (za pastę do zębów Sensodyne Odbudowa i Ochrona technologia Novamin® oraz A.B. Berren (za Biorepair);
- w kategorii „Wydawnictwa i edukacja”: SIC Szkolenia i Consulting za książkę pt.: „Trudny pacjent w gabinecie stomatologicznym”.

W kategorii „Materiały dla techniki” Komisja nie przyznała nagród.

Kolejna, 23 Środkowoeuropejska Wystawa Produktów Stomatologicznych CEDE 2013 już za rok, 12-14 września 2013 w Poznaniu. Wcześniej jednak w Krakowie, w dniach 7-9 marca 2013 roku nasz rodzimy KrakDent będzie walczył o prymat najważniejszej dorocznej imprezy stomatologicznej w kraju. Tymczasem pozostaje na drugim miejscu.



Szkic do portretu Krzysztofa Gończowskiego

Na co dzień endodonta, po godzinach speleolog

„Zaczynałem od pajaków w jaskiniach, a potem płynnie przeszedłem do korzeni... zębowych” – żartuje doktor Krzysztof Gończowski, gdy wspólnie próbujemy podsumować jego dotychczasową naukową karierę. Niełatwo było umówić się z nim na rozmowę. Jego dni szczerlnie wypełniają pacjenci, rodzina oraz dość oryginalne pasje. Niespecjalnie też lubi dzielić się z obcymi szczegółami ze swojego życia. Udało mi się jednak namówić go do kilku refleksji dotyczących ukochanej endodoncji, prowadzenia praktyki stomatologicznej oraz wspomnianego hobby, którym jest... speleologia, czyli eksploracja jaskiń.

Doktor Krzysztof Gończowski jest dzieckiem lekarzy, jednak we wczesnej młodości nie planował podążać przetartymi przez rodziców szlakami. Fascynowała go przyroda i geografia, wygrywał konkursy i olimpiady szkolne, m.in. z wiedzy na temat wulkanów. Na początku liceum napisał dwie prace naukowe dotyczące pajaków żyjących w jaskiniach Jury Krakowsko-Częstochowskiej (odkrył cztery subpopulacje pajaków nieopisane w literaturze!). Myśli o medycynie pojawiły się później, ale od razu wykluczył specjalizację rodziców. Latami obserwował bowiem, jak chirurgia pochłania życie jego ojca, który w domu bywa tylko gościem. On sam wprawdzie również chciał uprawiać medycynę zabiegową, jednak nie kosztmem czasu dla własnej rodziny. Wybrał więc stomatologię – kierunek, po ukończeniu którego lekarz sam jest sobie sterem, żeglarzem i okrętem, czyli zyskuje możliwość prowadzenia własnego gabinetu i „szefowania” samemu sobie.

Już na drugim roku studiów doktor Krzysztof Gończowski trafił pod skrzydła profesora Jerzego Krupińskiego, który stał

się jego mentorem i przewodnikiem naukowym. To głównie dzięki staraniom profesora krakowski Instytut Stomatologii CM UJ dysponował wówczas – jako jeden z pierwszych ośrodków akademickich w kraju – mikroskopami zabiegowymi. Również dzięki wpływowi profesora Krupińskiego doktor Gończowski od pierwszych lat studiów podążał w kierunku endodoncji. Działając w kole naukowym często zostawał po zajęciach głównie po to, by uczestniczyć w zabiegach endodontycznych. Po ukończeniu studiów zdecydował się pozostać w Klinice. Dwukrotnie przebywał na stażach naukowych w klinikach w Niemczech, w Kolonii i Monachium, gdzie zafascynowało go zaplecze laboratoryjne, sprzęt i materiały niedostępne jeszcze w Polsce. Następnie przez pięć lat pracował jako asystent i wykładowca w Instytucie Stomatologii CM UJ, w 2005 roku uzyskał stopień doktora nauk medycznych, a w 2007 tytuł specjalisty stomatologii zachowawczej i endodoncji.

Niezależnie od działalności naukowej prowadził też w Krakowie praktykę prywatną. W 2003 roku otworzył gabinet, o którym



marzył już jako nastolatek. Firma była niewielka i mobilna, co jakiś czas zmieniała lokalizację w kolejnych wynajmowanych pomieszczeniach na terenie Krakowa, ale po jakimś czasie przekształciła się w NZOZ. Dzisiaj dr Gończowski pracuje w Centrum Stomatologii Estetycznej „DENTestetica”, gdzie zajmuje się niemal wyłącznie endodoncją.

Co go w niej tak bardzo pociąga? Twierdzi, że to wyjątkowo dynamiczna i rozwojowa dziedzina stomatologii, nieustannie zaskakująca niesamowitym postępem technologicznym. W ciągu zaledwie kilku lat lekarze endodonci przeszli od instrumentów ręcznych, poprzez rotacyjne, do oscylacyjnych. „Przeskok jest wręcz szokujący – mówi doktor – jeszcze niedawno konieczne było użycie piętnastu narzędzi podczas pracy z jednym kanałem, obecnie możliwe jest ich zastąpienie zaledwie jednym. I wszystko wskazuje na to, że to nie koniec postępu, wciąż bowiem pojawiają się nowinki technologiczne ułatwiające nam pracę”. Endodoncja, jego zdaniem, wymaga też mnóstwa pokory. „Jeszcze na studiach wydawało mi się, że dzięki mikroskopowi można będzie zrobić wszystko. Gdy rozpocząłem praktykę podyplomową zorientowałem się, że nie zawsze warto ratować ząb i nie zawsze da się go leczyć tak, jak byśmy chcieli. Nie wystarczy też doskonały sprzęt, który, nawiasem mówiąc, jest bardzo kosztowny. Choć brzmi to banalnie, podstawą jest wiedza i praktyka. W endodoncji działa to jednak w dwie strony – sama wiedza i praktyka nie wystarczą, jeśli stomatolog nie uzbroi się w odpowiednie narzędzia”.

W leczeniu endodontycznym dr Gończowski nie uznaje kompromisów. Jak sam przyznaje, jednym z największych wyzwań w jego pracy zawodowej zawsze był zabieg powtórnego leczenia kanałowego zęba ze złamanym instrumentem endodontycznym. Bardzo często próby usunięcia odłamanych fragmentów narzędzi kończyły się niepowodzeniem, pomimo stosowania wielu różnych technik oraz specjalistycznego sprzętu (mikroskop, ultradźwięki etc). W 2010 roku po prawie 2 latach intensywnych testów laboratoryjnych oraz klinicznych ukończono prace nad zestawem mikroinstrumentów endodontycznych zaprojektowanych przez dr. Gończowskiego i przeznaczonych do usuwania złamanych narzędzi kanałowych (FRS – File Removal System – Chifa). „Okres pracy nad mikroinstrumentami FRS wspominam bardzo miło. Miałem wtedy przyjemność pracować ze wspaniałymi inżynierami, specjalistami materiałoznawstwa oraz mechaniki precyzyjnej z firmy Chifa. Udało nam się stworzyć zgrany zespół pasjonatów, pochłoniętych w całości





ideą stworzenia innowacyjnego zestawu instrumentów. Najciekawsze, a czasami wręcz zabawne było połączenie ich typowo matematyczno-fizycznego podejścia do nieprzewidywalnej i zaskakującej rzeczywistości procesu leczenia żywego pacjenta, czyli do mojego świata lekarza praktyka. Z jednym za to absolutnie nie mieliśmy żadnych problemów – wszyscy rutynowo pracowaliśmy w powiększeniu za pomocą mikroskopów. Efekt naszej wspólnej pracy to system FRC, który wciąż ewoluuje. W ciągu 12 miesięcy od premiery udało się zmniejszyć minimalną średnicę głównego mikroinstrumentu zaciskowego z 1,2 mm do 0,7 mm, co jest przeskokiem wręcz rewolucyjnym w skali pola operacyjnego lekarza endodonty”.

Medyczny „konik” doktora Krzysztofa Gończowskiego to także ratownictwo medyczne. Cały personel NZOZ-u jest w tej dziedzinie solidnie przeszkolony. Wie, na temat ratownictwa przydała się doktorowi kilkakrotnie, chociażby wówczas, gdy pacjentka na fotelu dostała udaru i trzeba było wzywać karetkę. Warto wiedzieć, że kursy ratownictwa medycznego

należy uzupełniać co dwa lata, gdyż standardy i procedury ulegają modyfikacjom, a certyfikaty tracą ważność.

Kolejnym zawodowym zainteresowaniem doktora jest kontrola bólu oraz stresu związanego z leczeniem stomatologicznym. Również w tej dziedzinie postęp jest olbrzymi, a dzięki zastosowaniu nowych generacji leków (znieczulających miejscowo, przeciwbólowych oraz uspokajających) wraz z komputerowymi systemami ich podawania (np. WAND STA) można wykonać praktycznie każdy rodzaj zabiegu stomatologicznego w niezwykle komfortowy dla pacjenta sposób. W przypadku osób szczególnie wrażliwych oraz dzieci, poza klasyczną sedoanalgezją dożylną wykonywaną przez lekarzy anestezjologów, coraz popularniejsza staje się metoda uspokojenia wziewnego za pomocą podtlenku azotu (gaz rozweselający). Metoda ta jest niezwykle popularna i wręcz rutynowo stosowana w krajach Europy Zachodniej. Warto wiedzieć, że po ostatniej zmianie przepisów prawnych regulujących wykorzystanie tej metody sedacji w gabinetach stomatologicznych, znacznie uproszczono obowiązkowe procedury oraz zniesiono wiele ograniczeń nałożonych na lekarzy dentystów wykonujących takie zabiegi.

Doktor Krzysztof Gończowski nadal jest także wykładowcą, szkoli lekarzy na kursach podyplomowych, zazwyczaj z endodoncji, ale czasem także z ratownictwa i znieczuleń stomatologicznych. Jeździ też z wykładami po Europie, bywa na Bliskim Wschodzie, także w Afryce. Obecnie nieco swoje podróże zagraniczne ogranicza, bywały jednak czasy, kiedy w ciągu roku wyjeżdżał na zagraniczne szkolenia nawet 15 razy. Wykłada również na kursach organizowanych przez Okręgową Izbę Lekarską w Krakowie oraz podczas konferencji stomatologicznych (ostatnio na CEDE w Poznaniu). Lubi podróże, jednak nie wymienia ich wśród swoich największych pasji.

To, co pociąga go najbardziej, to woda i jaskinie. Nurkuje od lat, najchętniej w rejonie raf i to niekoniernie tych „komercyj-



nych”, jak choćby w Egipcie. Zafascynowała go Norwegia, którą zwiedził wzdłuż i wszerz wraz z małżonką (też stomatologiem) podczas podróży poślubnej. Od tego czasu stara się bywać w Norwegii możliwie jak najczęściej, również po to, by nurkować. Nie każdy bowiem wie, że norweskie fiordy kryją w sobie najprawdziwszą rafę z miękkich koralowców, które żyją sobie spokojnie pomimo temperatury wody wynoszącej zale-

dwie 4°C. Ulubione miejsce do nurkowania doktora to Lofoty, wyspy przybrzeżne w północnej części Płw. Skandynawskiego. Niezwykle interesujące, jego zdaniem, jest także penetrowanie wraków, których w tamtych okolicach nie brakuje. Jakby tego było mało pasjonują go też wędrówki po jaskiniach. I nie mówimy tu o zwyczajnym zwiedzaniu. Doktor Krzysztof Gończowski, jego małżonka Aleksandra oraz ich 5-letni (!) syn Bartosz co jakiś czas zakładają na siebie sprzęt jaskiniowy (kombinezony, kaski), ubierają się w uprząż i schodzą do podziemnych korytarzy jaskiń Jury Krakowsko-Częstochowskiej. Wspinają się w pionowych kominach, czołgają w wąskich, poziomych korytarzach, spuszczaają na linach w głąb szerokich studni. Syn uczestniczy na razie w wyprawach o niższym stopniu trudności, ale doktor i jego żona to zaawansowani speleolodzy. W przyszłości być może zmierzą się z jaskiniami w Tatrach. Tymczasem przed nimi stoki narciarskie w Dolomitach.

Kamila Śnieżek

FELIETON

Naród sobie...

Jako zawołany miłośnik Poznania mam takie skojarzenie, bo taki właśnie napis jak w tytule widnieje na frontonie Teatru Polskiego w Poznaniu, który powstawał w latach 1873-1875 jako ostoja polskości. Znany zapewne wszystkim Zenon Laskowik żartował sobie w kabarecie Tey, że tym napisem opatrzone powinno być wejście do aresztu śledczego na Młyńskiej, ale to było w latach, kiedy czarny humor był środkiem wyrazu.

Coś w tym jednak jest, że tak jak nasze społeczeństwo potrafi wznosić sobie pomniki potęgi, tak – niestety – znacznie częściej samo sobie wznosi mury ograniczające swobodę.

Nawet nie zauważyliśmy chyba, jak media powtarzając bezkrytycznie za Premierem i Ministrem Zdrowia oznajmiły, że jednym z kamieni milowych zapowiadanej reformy Funduszu będzie

„wyprowadzenie wyceny świadczeń poza NFZ”. Nigdy wycena świadczeń nie była uprawnieniem Funduszu – zgodnie z treścią ustawy o świadczeniach – jest ona rezultatem konkursu, a komisje konkursowe winny jedynie pełnić rolę notariusza. Oczywiście wszyscy wiemy, że to teoria, bo w praktyce wszystko polega na dyktacie. Nie oznacza to jednak, że powinniśmy godzić się na takie stwierdzenia. W rozlicznych decyzjach odrzucających odwołania od rozstrzygnięć konkursowych, dyrektorzy oddziałów powtarzają jak mantrę, że taka czy inna stawka za punkt rozliczeniowy stanowi wynik negocjacji konkursowych. A tu masz ci los, istnieje dowód na nieprawdziwość tego stwierdzenia, a my słuchamy tego i nic. A przydałoby się jakieś stanowcze „dementi”. Zwróciłem na ten fakt uwagę Naczelnej Rady Lekarskiej (26.X.2012), bo nie można moim

zdaniem przechodzić nad tym do porządku dziennego. To, w jaki sposób ustala się cenę za świadczenie jest niezmiernie ważne i nie może być uważane za temat czysto akademicki.

Sami sobie (jako ten „naród”, co sam sobie stawia pomniki) fundujemy też zewnętrzny obraz korporacji o raczej mało konsekwentnej postawie wobec niesprawiedliwego prawa. Już nie mówię tu o podpisywaniu rażąco niekorzystnych kontraktów. Spotkałem się mianowicie z reakcją niektórych gabinetów na zapowiedź wprowadzenia obowiązku posiadania kwalifikowanej asysty polegającej na... wysłaniu pomocy do szkoły. Gdyby taki gest był masowy, doprowadziłby do wniosku, że stomatologom nie trzeba wprowadzać na siłę drakońskiego prawa. Starczy im sam projekt, a projektu nie da się zaskarżyć.

Najbardziej aktywnie mury naszej złotej klatki budujemy przez zaniechanie i cichą zgodę na pozorne ruchy. Dobrze widać to ostatnio było na przykładzie walki o system refundacyjny. Rozmiar rozgardiaszu, jaki przechodziliśmy cały rok, ilość płomiennych deklaracji sprzeciwu i prężonych mięśni, bezmiar żalu wylewającego się na forach internetowych – wszystko to pozwalało przypuszczać, że kiedy pojawi się choćby cień szansy na obalenie złego prawa, rzucimy się na to z zapalem.

Na posiedzeniu NRL 26 października podjęta została uchwała o wystąpieniu do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskiem o zbadanie zgodności rozporządzenia w sprawie recept z art. 45 ustawy o zawodzie lekarza. Chodzi konkretnie o narzucony obowiązek zaznaczania na receptach odpłatności 100%. OK, jest się do czego przyczepić, zapewne można liczyć na sukces przed Trybunałem, ale czy wyróci to uwierający nas system? Z pewnością nie. Dlatego przedstawiłem propozycję pójścia „szerszym frontem” i zaskarżenia:

- całej ustawy refundacyjnej za narzucanie lekarzom nieproporcjonalnie dolegliwego obowiązku (są na poparcie tego ciekawe adekwatne wyroki TK) oraz

- zarządzenia 38/2012 prezesa NFZ w sprawie wzoru umowy receptowej jako narzucającego drakońskie kary (a więc naruszającego zasadę

proporcjonalności), a także w całości niezgodnego z art. 93 ust.2 Konstytucji, bowiem wydane zostało bez należytej podstawy ustawowej.

Propozycje te zgłaszałem mniej więcej od lipca. Nie było to zatem przypadkowe zaskoczenie członków Rady wątpliwościami. Ale sprawa upadła wskutek negatywnej opinii Zespołu Radców Prawnych NIL. Dla porządku dodam, że całość mojej propozycji była skonsultowana również z innymi licencjonowanymi prawnikami, tyle że spoza NIL (o czym zresztą poinformowałem prawników NIL i członków Rady).

Tu już nie chodzi o to, który z radców ma rację. Chodzi o to, że w sporze o taktykę wykorzystywania narzędzi prawnych zwycięża koncepcja „to się może nie udać”. Ano pewnie. I cóż z tego? Nie zawsze się wygrywa. Natomiast nawet z niekorzystnego werdyktu można czasem osiągnąć jakiś zysk (sądy i Trybunał piszą czasem ciekawe uzasadnienia). Obrazu „rozdwojenia jaźni” dopełnia fakt, że rok temu na nasze zlecenie, jedna z dużych warszawskich kancelarii zaskarżyła do Trybunału komunikat NFZ, który nie posiadał podstawy prawnej, ani podpisu. Odpowiedzi nie otrzymaliśmy i do dziś mamy problem ze stwierdzeniem, czy tamto Zarządzenie prezesa NFZ jest aktem normatywnym, czy nim nie jest (ocenie TK podlegają bowiem tylko akty normatywne).

Władza centralna tak dużego samorządu powinna mieć aspiracje do przecierania szlaków. Jeśli na przeszkodzie wypromowania w procesie sądowym naszej racji stoi jakieś orzeczenie czy nawet linia orzecznicza, to zawsze można podjąć trud jej naruszenia. Któż, jak nie my – liczna i bogata korporacja – może to zrobić. Prawo się zmienia, ewolucji podlegać będzie również sposób jego interpretacji. W tym konkretnym przypadku postanowiliśmy jako Izba podrażnić nieco prawodawcę. A to, że nie mamy okresowo strategii w jakiejś sprawie, nie stanowi jeszcze nieszczęścia. Gorzej, że kiedy pojawia się pomysł jakiegoś rozwiązania czy alternatywa drogi, którą idziemy, dyskusja odbywa się w jałowej formie. I z góry wiadomo, jakie będzie stanowisko naszych prawników, pracujących za (o ironio!) nasze pieniądze.

Czy to dla nas ważne? Szalenie. Dziś refundacja, jutro dostęp do rynku dla praktyk, pojutrze rentgeny, asystentki, testy – i co tam Państwo jeszcze chcecie. Nieważne w jakiej kwestii – zasada jest zasadą. Skoro korporacji można narzucić jedno złe prawo, to można i drugie. Dlatego warto było angażować się nam stomatologom w sprawy żywotne dla lekarzy nie tylko ze względu na solidarność zawodową. I piszę to z pełnym przekonaniem, już nie jako zaprzysięgły miłośnik Poznania, ale jako zawołany propagator autonomii stomatologów. Sama autonomia czy raczej sposób, w jaki pozwalamy sobie ją ograniczać, jest też dowodem na to, że z lekarzami czy bez,

w osobnej izbie czy wspólnej – najważniejsze jest burzenie stereotypów i murów ograniczających pole widzenia.

I tą wizją izby aktywnej, autentycznej, szukającej różnych sposobów promocji naszych spraw, przychodzi mi się na jakiś czas z Szanownymi Czytelnikami pożegnać. Ot, powiedzmy, biorę sobie taki „urlop wychowawczy” nad nowymi, kiełkującymi, na razie, pomysłami.

Andrzej Cisto, Poznań

www.autonomia-dent.pl

OROZ

Zgodnie w sygnalizowaną w relacji z Rytra informacją o zamieszczeniu sprawozdania z wystąpienia I z-cy Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej lek. dent. Anny Kot w niniejszej rubryce – zamieszczamy je poniżej w opracowaniu autorskim:



Okiem Rzecznika

Voluntas aegroti suprema lex asto

Wola pacjenta najwyższym prawem

W medycynie odchodzi się od paternalizmu na korzyść systemu partnerskiego, w którym już nie dobro pacjenta jest najwyższym prawem, ale jego w o l a. Współczesny lekarz staje więc

przed problemem, czy prawa pacjenta to właściwe narzędzie regulowania relacji lekarz – pacjent.

Prawa bowiem nie odwołują się do preferencji czy oczekiwań, lecz zawierają żądanie, które ma „trudny do odparcia ładunek obiektywności”. Ten, kto chce poszanowania swoich praw, nie prosi o litość czy współczucie, ale żąda sprawiedliwości. Opieranie relacji lekarz – pacjent na współczuciu może prowadzić do niebezpiecznego rozumienia troski.

Lekarz nie powinien sentymentalizować swojego zawodu (jako wyrazu dobrego serca i własnych emocji), natomiast musi prawidłowo budować relację z pacjentem. W medycynie język prawa może świadczyć o porażce komunikacyjnej. Kiedy pacjent mówi lekarzowi o swoich prawach, to pokazuje w rzeczywistości swoją bezsilność wobec języka współczucia, którym – w dobrej, czy złej wierze – powinien mówić lekarz.

Jak lekarz, który nie ma czasu na rozmowę z pacjentem, który lekceważy przeprowadzenie badania przedmiotowego i podmiotowego, może zrealizować ustawowy obowiązek prawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej, a w ślad za tym uzyskania zgody pacjenta na rozpoczęcie i przeprowadzenie zabiegu?

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry wprowadziła obowiązek uzyskania od pacjenta pisemnej zgody na leczenie przed wykonaniem zabiegu operacyjnego lub na dokonanie diagnostyki o podwyższonym ryzyku. Niestety, w praktyce stomatologicznej, z uwagi na dużą liczbę pacjentów, na obciążenie lekarzy pracą oraz liczne obowiązki związane z prowadzeniem praktyki, niejednokrotnie dochodzi do zaniechań w zakresie uzyskania (w określonych ustawą przypadkach) obowiązkowych pisemnych zgód pacjentów na leczenie, stanowiących część udokumentowanych procedur informacyjnych i prawnych.

Z wymogiem uzyskania zgody łączy się obowiązek poinformowania pacjenta (art. 31 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry), o charakterze i dolegliwościach zabiegu, który pozwala pacjentowi na świadome podjęcie decyzji o akceptacji lub odstąpieniu od leczenia stomatologicznego.

Należy pamiętać o tym, że ciężar dowodu spełnienia ustawowego obowiązku udzielenia pacjentowi przystępnej informacji poprzedzającej wyrażenie zgody spoczywa na lekarzu. I lekarz musi udowodnić, że udzielił pacjentowi przystępnej i wyczerpującej informacji o ryzyku, ewentualnych powikłaniach i skutkach zabiegu. Jak lekarz udowodni ten fakt, jeśli nie będzie posiadać jego potwierdzenia na piśmie?

Zgoda może być udzielona także ustnie lub poprzez zachowanie, które w sposób nie budzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym. Mówimy wtedy o tzw. zgodzie konkludentnej. Natomiast zgoda na zabieg operacyjny lub metodę leczenia, czy diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, powinna być udzielona w formie pisemnej. Pamiętajmy, że o podwyższonym ryzyku w danej metodzie leczenia, w zabiegu operacyjnym, lub diagnostyce decyduje lekarz.

W praktyce lekarzy dentystrów stosowanie pisemnych zgód pacjenta na udzielenie mu określonych świadczeń zdrowotnych jest obowiązkowe. Dotyczy to wszystkich zabiegów

chirurgicznych, implantologii, a ponadto leczenia endodontycznego, protetycznego, ekstrakcji oraz wszystkich procedur o podwyższonym ryzyku, w tym znieczulenia ogólnego. Dodatkowo należy stosować zgody dotyczące procedur medycznych, związane z trwałymi zmianami w organizmie pacjenta, w tym szlifowaniu zębów pod korony oraz w zabiegach estetycznych. W tych przypadkach jest niedopuszczalne ograniczenie się do zgody konkludentnej (domniemanej, wyrażanej zachowaniem pacjenta, dowodzące jednoznacznie jego woli poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym) oraz do zgody wyrażonej jedynie podpisem w karcie dokumentacji medycznej. Tego typu zgody nie mają bowiem mocy prawnej.

Pisemna zgoda musi dotyczyć konkretnej procedury medycznej i powinna zawierać informację o istocie i celu zabiegu, o jego normalnych następstwach i alternatywnych możliwościach jego wykonania (z uwzględnieniem wad i zalet), o ryzyku i najczęstszych powikłaniach, a także powinno być dołączone oświadczenie pacjenta, że został poinformowany o rozpoznaniu, rekomendowanych i możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, o dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania bądź zaniechania, wreszcie o okolicznościach związanych z planowanymi świadczeniami medycznymi, skutkami leczenia i ryzykiem związanym z leczeniem lub z odmową wyrażenia zgody na dane świadczenia. Zgoda musi być prawidłowo odebrana w zależności od sytuacji: własna – odebrana od pacjenta, zastępcza – odebrana od rodzica lub opiekuna, równoległa – odebrana równocześnie od rodzica lub opiekuna i pacjenta.

Rozumiejąc konieczność oszczędzania czasu pracy lekarza i potrzebę ograniczania kosztów organizacyjnych udzielania świadczeń medycznych należy zauważyć, że ww. zaniedbania w pracy lekarza rodzą poważne niebezpieczeństwa.

Przekonali się o tym lekarze, których dotyczyła skarga pacjentki na wadliwie zastosowa-

ne mosty porcelanowe i korony protetyczne. Rzecznik prowadzący postępowanie wyjaśniające, jak również biegli opiniujący w tym procedowaniu zwrócili uwagę na braki, niestety, w sporej objętościowo a przedstawionej przez lekarzy dokumentacji medycznej. Pacjentka dysponowała większą ilością informacji w bloczkach fakturowych, terminarzach wizyt (firmowych), jak również własnymi zapiskami. Przeprowadzone postępowanie dowodowe i opinia biegłego wskazały jednoznacznie, że wady w dokumentacji nie pozwalają na weryfikację prawdziwości twierdzeń skarżącej i lekarza. Szczególnie istotnym dowodem w sprawie były wyjaśnienia samego lekarza, który przedstawił przebieg leczenia w sposób szczegółowy, potwierdzając tym samym podejrzenie, że wcześniej przedstawiona dokumentacja nie odpowiada rzeczywistemu zakresowi udzielonych świadczeń i to w stopniu niepozwalającym weryfikować przebiegu leczenia. Wszystkie te ustalenia faktyczne nie pozostawiły wątpliwości, że lekarz swoim postępowaniem wypełnił znamiona zarzucanego mu czynu, przez co wystąpienie z wnioskiem o ukaranie do Sądu Lekarskiego nabrało uzasadnienia.

Trzeba zaznaczyć, że przedmiotem postępowania OROZ nie była jakość prowadzonej opieki medycznej, a jedynie wady dokumentacji medycznej. Sąd ukarał lekarzy karą nagany. Niezadowoleni z tego wyroku złożyli odwołanie przez swojego pełnomocnika do Naczelnego Sądu Lekarskiego, który obecnie prowadzi postępowanie odwoławcze.

Należy domniemywać, że lekarze uczestniczący w procesie leczenia życzyliby sobie wyroku niewinniającego, gdyż tym samym wydaje im się, że mieliby szanse uniknąć odpowiedzialności cywilnej (przed Sądem Powszechnym). Niestety zgodnie z art. 24 kodeksu cywilnego i art. 4 ustawy o prawach pacjenta – brak zgody skutkuje odpowiedzialnością majątkową lekarza za powstałą szkodę (naruszenie nietykalności cielesnej pacjenta). Na mocy tychże artykułów pacjent może żądać zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, ból, cierpienia fizyczne, czy też negatywne odczucia psychiczne. Jeżeli pacjentce założone korony protetyczne odklejały się dwukrotnie, a zastosowane mosty protetyczne nie spełniały swojej funkcji „z powodu braków okluzji w odcinku bocznym po obu stronach, jak również nieprawidłowego zasięgu koron protetycznych w okolicy kieszonek dziąsłowych”, to lekarze i ich pełnomocnik będą mieli duże trudności z udowodnieniem niewinności. Trzeba też brać pod uwagę fakt, że pacjent wyrażając zgodę na wykonanie określonego leczenia bierze na siebie częściowo ryzyko z nim związane – tj. typowe, bezpośrednie i zwykle skutki. W tym wypadku pacjent nie udzielił zgody świadomej. **Brak formy pisemnej zgody** – to praktycznie niepodważalne utrudnienie dowodowe niewinności.

*Lek. dent. Anna Kot
Pierwszy Zastępca Okręgowego Rzecznika
Odpowiedzialności Zawodowej w Krakowie*



Autorski przegląd prasy stomatologicznej (jesień 2012)

Polska złota jesień powoli mija, mamy za sobą „Wszystkich Świętych”, pierwszy śnieg też już stopniał. Mijający czas zaowocował również nowymi pozycjami w naszej prasie stomatologicznej.

W „**Nowym Gabinetcie Stomatologicznym**” znajdziemy kontynuację tematu wymagań sanitarno-higienicznych dla pomieszczeń, w których dokonywana jest sterylizacja. Ministerstwo Zdrowia przygotowało projekt rozporządzenia dotyczące tej ważnej dla naszych praktyk stomatologicznych kwestii. Przepisy te szczegółowo określają, jak powinny być urządzone pomieszczenia sterylizatorni, jak należy sterylizować poszczególne wyroby i jakie kwalifikacje mają mieć osoby pracujące i nadzorujące pracę w sterylizatorni. Interesującym jest artykuł dotyczący się formy zatrudniania lekarzy przez lekarzy, sposobów jest wiele, ale nie wszystkie są zgodne z najnowszym prawem. Autor opisuje jaką formę zatrudnienia można wybrać i jaka jest dla lekarza najkorzystniejsza. Praktycznym tematem jest też artykuł „Nowy gabinet krok po kroku”, gdzie znajdziemy kilka cennych wskazówek, jak kupić dobry sprawdzony sprzęt stomatologiczny.

W trzecim numerze „**Medycyna Praktyczna, Stomatologia**” poznać możemy aktualny stan wiedzy na temat postępowania w urazach zębów – wytyczne International Association of Dental Traumatology. Część I to – złamania i zwichnięcia zębów stałych. Na uwagę zasługują również artykuły „Dwie główne teorie na temat bruksizmu” oraz „Gruźlica – co powinien wiedzieć stomatolog”. Interesującym jest artykuł: „Wprowadzenie pojęcia pragma-

tycznej estetyki ze szczególnym uwzględnieniem leczenia zębów startych”. W dziale „Praktyka kliniczna” przeczytać możemy artykuł porównujący różne techniki rekonstrukcyjne złamanych zębów pt. „Przywrócenie funkcji i estetyki złamanych zębów z zastosowaniem różnych technik rekonstrukcji kosmetycznej – opis 3 przypadków”.

Jesienne wydanie „**Stomatologii Współczesnej**” zdominowały artykuły z zakresu ortodontcji, m.in. „Wstępna ocena wczesnej rehabilitacji ortodontycznej z zastosowaniem zmodyfikowanej płytki stymulacyjnej u niemowląt i małych dzieci z zespołem Downa”, „Ocena komfortu psychicznego pacjentów leczonych aparatami stałymi”, „Problemy leczenia III klasy szkieletowej w uzębieniu mieszanym”. Inny ciekawy artykuł to „Zastosowanie przeszczepu podnabłonkowej tkanki łącznej metodą tunelową w leczeniu mnogich recesji dziąsłowych – opis przypadku”. W pracy przedstawiono leczenie 25-letniej pacjentki z mnogimi recesjami dziąsła i płytkim przedsiódkiem jamy ustnej, głównie w obrębie zębów przednich żuchwy. Efektem leczenia była poprawa stanu dziąsła brzeżnego w okolicy wszystkich zębów objętych recesjami oraz całkowite pokrycie recesji w obrębie wykonanego zabiegu.

W listopadowym numerze „**Twojego Przeglądu Stomatologicznego**” tematem jest „Przerost błony śluzowej podniebienia – opis przypadku”. Autorzy opisują często spotykane w praktyce przerosty błony śluzowej pola protetycznego, które są odczynowymi reakcjami ustroju na przewlekłe drażnienie przez źle przylegające, długotrwale użytkowane pro-

tezy osiadające. W dziale „Protetyka” przeczytamy artykuł o protezach wykonanych z acetalu „Acetal – proteza z wyboru”. Autorzy opisują technikę wykonania protez z acetalu jako alternatywę dla tradycyjnej techniki wykonawstwa protez szkieletowych. W ciekawym artykule „Wpływ obróbki modyfikującej powierzchni implantów tytanowych na stan zapalny okołowszczepowy – periimplantitis” poznajemy wyniki przeprowadzonych badań mikrobiologicznych szczepów bakteryjnych, które wykazały zwiększoną liczbę szczepów na niemodyfikowanej powierzchni tytanowego implantu w porównaniu z powierzchnią modyfikowaną jonami srebra, co skutkowało ograniczeniem reakcji zapalnych wokół wprowadzonego implantu. Praktycznym tematem, traktującym o rzeczy podstawowej, jest artykuł „Skuteczność skalingu nad- i poddziąsłowego w walce z biofilmem jamy ustnej”. Autorzy przypominają, że próchnica, choroby przyzębia (brzęznego i okołowierzchołkowego) oraz zapalenie tkanek okołowszczepowych mają jedną wspólną przyczynę, jest nią biofilm jamy ustnej.

W bieżącym numerze **e-Dentico** tematem numeru jest periodontologia. Przeczytamy tutaj m. in. artykuł „Opieka periodontologiczna przed, w trakcie i po leczeniu implantoprotezycznym”. Autor pracy na podstawie dostępnej literatury i doświadczeń własnych przedstawia sposób postępowania periodontologicznego w fazie poprzedzającej leczenie implantologiczne, w jego trakcie i w fazie podtrzymującej. Taki ściśle określony sposób postępowania klinicznego ma na celu utrzymanie optymalnego stanu klinicznego lub poprawę warunków tkanek otaczających zęby i implanty. Innym ciekawym artykułem opracowanym na bazie dostępnego piśmiennictwa jest artykuł „Czy zapalenia przyzębia mają związek z nowotworami?”. Warto również poświęcić czas, by przeczytać artykuł „Analiza estetyczna uśmiechu u pacjentów z chorobą przyzębia”. Autor zwraca uwagę na konieczność analizy profilu tkanek miękkich otaczających zęby oraz wyglądu warg i twarzy

w celu osiągnięcia maksymalnego efektu estetycznego podczas interdyscyplinarnego leczenia stomatologicznego. Współczesne leczenie periodontologiczne powinno zatem, poza zachowaniem i/lub przywróceniem funkcjonalności uzębienia, poprawiać także estetykę. Innym interesującym artykułem o niecodziennym temacie jest artykuł „Emocje pracowników w gabinecie stomatologicznym”. W artykule przedstawiono wyniki badania przeprowadzonego wśród pracowników gabinetu stomatologicznego i dotyczącego stanu emocjonalnego personelu oraz jego nastawienia do miejsca pracy. Pokazano również znaczenie postawy pracowników w budowaniu nastroju pacjenta, a w konsekwencji także we wpływaniu na jego nastawienie do gabinetu stomatologicznego.

I na koniec w czasopiśmie „**Stomatologia Estetyczna**” znajdziemy warty uwagi artykuł „Diagnoza i planowanie leczenia wspomaganie fotograficznie”. Interesujący temat o charakterze interdyscyplinarnym poruszony został także w artykule „Połączenie stomatologii z zabiegami z zakresu medycyny estetycznej w celu uzyskania ładnego i zdrowego uśmiechu”. Autorka opisuje, jak połączenie zabiegów z zakresu medycyny estetycznej może być uzupełnieniem zabiegów stomatologicznych w celu uzyskania pięknego uśmiechu. Czytając najnowszą „Stomatologię Estetyczną” proszę nie pominąć interesującego artykułu łączącego nowoczesną endodoncję z chirurgią „Chirurgiczne leczenie endodontyczne”.

Tak więc „dla każdego coś dobrego”...

opr. Grzegorz Herbut



Kształcenie ustawiczne KS ORL w AWF

Komisja Stomatologiczna ORL w Krakowie zaprasza na kolejne spotkania z cyklu kształcenia ustawicznego, które odbędą się w 23 lutego 2013 r. w godz 10.00-14.00 (sobota) w Auli Akademii Wychowania Fizycznego przy al. Jana Pawła II 78 w Krakowie

Tematy wykładów:

Rekonstrukcja zębów leczonych endodontycznie – praktyczne spojrzenie na alternatywne rozwiązania i procedury (1,5 h)

Dr n. med. Michał Bednarski – pracownik naukowy Zakładu Endodoncji UM w Łodzi

Praktyczny wykład poświęcony różnym procedurom postępowania z zębami po leczeniu endodontycznym.

Szczegółowo omawiane są:

- procedury zachowawcze w świetle możliwości ich zastosowania oraz trwałości klinicznej;
- przygotowanie zęba pod procedury protetyczne oraz zachowawcze;
- procedury adhezyjne gwarantujące szczelne zamknięcie komory jako niezbędny warunek powodzenia leczenia;
- prawidłowe cementowanie wkładów z włókna szklanego i odbudowa filarów pod stałe uzupełnienia protetyczne.

Zasady estetycznej i funkcjonalnej analizy w podejściu biomimetycznym: od diagnozy do planu leczenia. (2,5 h)

Dr Simone Deliperi – Adjunct Assistant Professor Tufts University School of Dental Medicine, Boston, USA

Celem tego wykładu jest przegląd podstawowych reguł postępowania przy podejściu biomimetycznym w stomatologii zachowawczej. Rozwój stomatologii estetycznej zaowocował wyodrębnieniem nurtu odbudowy biomimetycznej zakładającej jak najbardziej zbliżone do naturalnych tkanek sposoby odbudowy zębów. Dotyczy to zarówno porcelanowych i kompozytowych wypełnień w odcinku przednim lub bocznym, w technice odbudowy bezpośredniej i pośredniej. Ich cechą wspólną jest ograniczone naprężenie skurczowe i wykorzystanie najnowszej wiedzy o adhezji, które pozwalają na odtworzenie cech optycznych i funkcjonalnych uzębienia.

Sukces kliniczny w podejściu biomimetycznym jest uzależniony od odpowiedniego doboru wysokiej klasy systemów wiążących, materiałów kompozytowych i ich sposobu naświetlania. Odbudowa ubytków klasy II w tej technice została pierwszy raz opublikowana w roku 2002, a następnie zweryfikowana w ciągu ostatnich 10 lat.

Uwaga: Ilość miejsc ograniczona, decyduje kolejność zgłoszeń.

Serdecznie zapraszamy

Zgłoszenia i informacje: Biuro Komisji Stomatologicznej ORL p. K. Trela, tel. 12 619 17 18



Polskie Towarzystwo Stomatologiczne

**Zarząd Krakowskiego Oddziału
Polskiego Towarzystwa
Stomatologicznego zaprasza
na posiedzenia naukowo-szkoleniowe**

**Zwracamy uwagę na zmianę miejsca orga-
nizacji posiedzeń!**

**Od października 2012 r. wszystkie zebra-
nia odbywają się na terenie Instytutu Sto-
matologii UJ przy ul. Montelupich 4 w Kra-
kowie.**

12 grudnia 2012 r.

**Instytut Stomatologii UJ, ul. Montelupich 4
Zebranie Koła Sekcji Protetyki PTS
Sala seminaryjna, II p., godz. 13.00**

**Dr n. med. Jolanta Loster, dr n. med. Aneta
Wieczorek**

*Katedra Protetyki Stomatologicznej IS CM UJ
Możliwości wykorzystania zdjęć pantomograficz-
nych do diagnostyki i planowania leczenia prote-
tycznego*

Dr n. med. Halina Matraszek

*Katedra Protetyki Stomatologicznej IS CM UJ
Współpraca protetyczno-laryngologiczna w lecze-
niu chorych z nowotworami nosa i zatok przyno-
sowych*

15 grudnia 2012 r.

**Instytut Stomatologii UJ, ul. Montelupich 4
Zebranie Koła Sekcji Chirurgii Stomatologicz-
nej PTS
Aula Czerwona, godz. 9.30**

**Dr n. med. Maria Panaś, dr hab. n. med. Mał-
gorzata Zaleska, dr n. med. Tomasz Kaczma-
rzyk**

*Zakład Chirurgii Stomatologicznej IS CM UJ
Martwica kości szczękowych jako powikłanie
leczenia bisfosfonianami*

Lek. dent. Justyna Kaczowska
*Zakład Chirurgii Stomatologicznej IS CM UJ
Demonstracja wybranych przypadków klinicznych*

Zebranie Główne

Aula Czerwona, godz. 11.00

**Lek. dent. Karolina Babiuch, prof. dr hab.
med. Maria Chomyszyn-Gajewska,
dr n. med. Barbara Kęsek**

*Katedra Periodontologii i Klinicznej Patologii
Jamy Ustnej IS CM UJ
Zastosowanie systemu VELscope w diagnostyce
zmian patologicznych na błonie śluzowej jamy
ustnej*

Dr n. med. Krzysztof Gronkiewicz

*Katedra Protetyki Stomatologicznej IS CM UJ
Planowanie instrukcji implantoprotetycznych
w zależności od stopnia zaniku bezzębnych wy-
rostków zębodołowych.*

www.pts.krakow.pl

**Przypominamy
o statutowym obowiązku
opłacenia składki członkowskiej,
który upłynął
30 czerwca 2012 roku**

**Nr konta:
PKO BP I/O Kraków
25 1020 2892 0000 5602 0166 0836**

*Sekretarz Zarządu
PTS O/Kraków
Dr n. med. Tomasz Kaczmarzyk* *Prezes Zarządu
PTS O/Kraków
Dr hab. n. med. Małgorzata Zaleska*

Program szkoleń podyplomowych organizowanych przez MCKP styczeń 2013

UWAGA! Szczegółowe informacje dot. szkoleń oraz zapisy przyjmuje Sekretariat MCKP,
ul. Grzegorzewska 20 (p. 13); tel. 12 43 32 761, 12 424 72 91 wewn. 761, 762, 763,
e-mail: esurowka@cm-uj.krakow.pl • www.cm-uj.krakow.pl/mckp

Kursy dla specjalizacji lekarsko-dentystycznych styczeń 2013

Chirurgia szczękowo-twarzowa

Choroby zatok szczękowych – rozpoznawanie, różnicowanie i leczenie
Kierownik naukowy: prof. dr hab. med. Jan Zapala
23-25. 01. 2013

SPECJALIZACJE

Wykaz lekarzy i lekarzy dentystów (członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie), którzy uzyskali tytuł specjalisty według ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tj. Dz.U. z 2011, nr 277, poz. 1634) i których dokumentacja szkolenia specjalizacyjnego wraz z odpisem dyplomu (po zdanym państwowym egzaminie specjalizacyjnym) została zwrócona do Wydziału Polityki Społecznej Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w terminie do dnia 6 lipca 2012 roku.

chirurgia stomatologiczna

dr n. med. Kamila Chwaja-Pawelec
dr n. med. Marta Cześnikiewicz-Guzik
lek. dent. Ewa Łuszcz
lek. dent. Marta Rajska-Ćwiertnia

periodontologia

lek. dent. Izabella Tomera-Niekowal
lek. dent. Izabela Wężyk-Nosalik

stomatologia dziecięca

lek. dent. Magdalena Kukurba-Setkowicz

BAL LEKARZA

XVI Bal Lekarza

odbędzie się tradycyjnie
w hotelu „Pod Różą”

12 stycznia 2013 (sobota)

o godz. 20.30

Cena biletu – 270 zł od osoby.

Rezerwację i sprzedaż biletów
prowadzi p. Krystyna Trela Biuro OIL,
tel. 12 619 17 18, e-mail: k.trela@hipokrates.org
Dodatkowe informacje:
dr Jacek Tętnowski tel. 607 240 938



**Wojewódzka
Przychodnia Stomatologiczna
im. dr. Z. Żaka w Krakowie**

zatrudni na umowę o pracę
lekarzy specjalistów
w następujących dziedzinach:
chirurgii stomatologicznej,
ortodoncji
Zainteresowanych prosimy
o kontakt osobisty
lub tel. 12 633 44 71

Praca dodatkowa

dla lekarzy stomatologów
posiadających specjalizację,
chętnych do prowadzenia wykładów
i prezentacji.
Prosimy o kontakt tel.: 665 660 362

 **Randka w ciemno
lub lampka Martini (5)**

Wolna, 36-letnia stomatolog pozna wolnego
lekarza medycyny, lekarza stomatologa.
e-mail: detme@onet.pl

*Dziękujemy bardzo za utworzenie „kącika
towarzyskiego”, dzięki wam poznaliśmy się
i jest wspaniale. Pozdrawiamy*

*Adam i Kasia
Kraków, 24 września 2012 r.*

Zatrudnię lekarza stomatologa

do pracy w przychodni
w Nowym Sączu.
Umowa z NFZ plus prywatna praktyka.
tel. 601 479 921

**OFERTA DLA GABINETÓW STOMATOLOGICZNYCH
Z TERENU MIASTA KRAKOWA**

NOWOŚĆ W BADANIU SKUTECZNOŚCI PROCESU STERYLIZACJI

NZOZ Laboratoria Prolab oferuje prowadzenie badania skuteczności
procesu sterylizacji przy użyciu testów biologicznych typu
Sporal A i Sporal S. W ramach indywidualnej umowy oferujemy:

- dostarczenie i odbiór sporali od klienta
- przeprowadzenie badania mikrobiologicznego
- dostarczenie wyniku do klienta w jak najkrótszym czasie

Z każdym klientem podpisujemy umowę określającą zakres
i warunki świadczonych usług oraz cenę badania.

Jeżeli są Państwo zainteresowani współpracą prosimy o kontakt:
mailowy:

paduchowska@pro-lab.pl
sporadzisz.prolab@gmail.com
tel: 604 44 84 24



Stomatolodzy w II Rzeczypospolitej

W 2013 roku

Krakowska Izba Lekarsko-Dentystyczna będzie obchodziła 75-lecie swojego istnienia

Po odzyskaniu niepodległości w 1918 roku Polska była porozbiorowym zlepkim ziem zróżnicowanych pod wieloma względami: narodowościowym, stopnia rozwoju społecznego, ustawodawstwa, infrastruktury gospodarczej, oświaty. Najważniejszym zadaniem dla władz II Rzeczypospolitej, poza ustaleniem granic, było scalenie państwa. Naturalnie dotyczyło to również stanu zdrowia Polaków, sytuacji służby zdrowia i statusu lekarzy.

Po powstaniu Ministerstwa Zdrowia w 1918 roku (pomijając wcześniejsze i późniejsze nazwy oraz umiejscowienie ochrony zdrowia przy innych ministerstwach) rozpoczęto prace od spisu lekarzy i analizy ich rozmieszczenia na terenie Polski. Podane w 1921 roku dane statystyczne mówiły o 5548 lekarzach ogólnych (1 na 6100 mieszkańców) i 860 dentystach (1 na 31 600 mieszkańców). W grudniu 1921 roku Sejm przyjął dwie ustawy: o statusie lekarza oraz o powołaniu izb lekarskich (do których przynależność była obowiązkowa). Utworzono Naczelną Izbę Lekarską, a także izby okręgowe obejmujące jedno lub więcej województw. Określono zakres ich działalności.

A co się działo w tym czasie u stomatologów? Co poszczególne zabory wniosły w tym względzie w nową polską rzeczywistość?

Najgorsza była spuścizna po byłym zaborze rosyjskim, w którym wg „Kroniki Dentystycznej” „hurtowo fabrykowano dentystów”, gdzie rosła liczba prywatnych szkół dentystycznych, niestety tylko rangi gubernialnej, które nawet na swoich zjazdach proponowały, by praktykującym dentystom i zapisanym już do szkół uczniom zezwolić na uzyskiwanie w sposób ulgowy tytułu „le-

karza zębów”, po zdaniu odpowiedniego egzaminu, ale bez wymagań dotyczących wykształcenia ogólnego. Niektóre środowiska ubiegały się w tamtych warunkach ustrojowych nawet o możliwość nadawania absolwentom tytułów magistra czy doktora na równi z wychowankami uniwersytetów. Uniwersytet w Warszawie organizował dla „osób postronnych”, czyli dla dentystów, dwa razy w roku egzaminy. Odbywały się one również na terenie Rosji, w Petersburgu, Odessie, Kijowie, Kazaniu i innych miastach. Niekiedy kandydatów „pobłaźliwie egzaminował tylko jeden profesor zamiast komisji”, dlatego wielu Polaków nawet z innych zaborów wyjeżdżało do Rosji, by szybciej uzyskać jakieś świadectwo pozwalające na otwarcenie lecznicy. Świadectwa zresztą fałszowano, rosła liczba zakładanych gabinetów, bo stanowiły pod względem materialnym doskonały interes, zwłaszcza gdy nazywano je gabinetami leczniczo-dentystycznymi. Walczyły one ostro i nieuczciwie o pacjentów, stosując zabronione reklamy, oferując niemożliwe do wykonania dentystyczne zabiegi, pisząc nieprawdę o swoich umiejętnościach, wykształceniu czy tytułach.

Jeszcze na początku II Rzeczypospolitej lecznice stomatologiczne, by przyciągnąć klientelę łączono z zabiegami kosmetycznymi, bo „tynkowanie i pacykowanie zmarszczonych twarzy daje pomyślne wyniki materialne”. Ostra walka lecznic między sobą spowodowana była również odchodzeniem pacjentów z gabinetów prywatnych do przychodni publicznych, w których opiekę zapewniały kasy chorych. Wśród dentystycznych wyrobników dochodziło do bezrobocia, zastawiania instrumentów dentystycznych, których pełne były lombardy. Dość często zdarzały się samobójstwa.

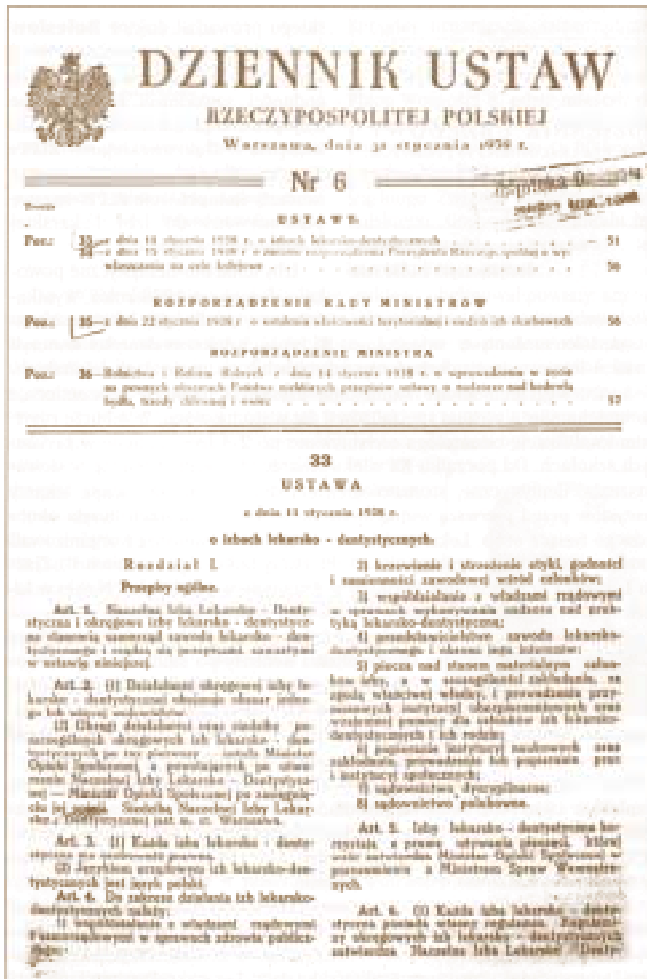
Obniżenie poziomu usług dentystycznych powodowali także partacze, firmanci i firmantki. Ci pierwsi, to głównie absolwenci wcześniej wspomnianych szkół gubernialnych, często z podobionymi świadectwami, którzy po sprawdzeniu ich kwalifikacji, natychmiast przemieniali się w techników dentystycznych, chociaż, tak naprawdę poza prywatną szkołą dla techników dentystycznych Wincentego Łepkowskiego w Krakowie, gdzie wykładał sam profesor lub jego asystenci, średnich szkół o takiej specjalności nie było. Dlaczego partacze zaczęli nazywać się technikami? Bo trudniej było z nimi walczyć, ponieważ działali poza oficjalną stomatologiczną służbą zdrowia, nie rejestrowali gabinetów, więc nie podlegali kontroli. Rzekome techniki miały charakter szkół rzemieślniczych, a było ich pełno w Petersburgu i tym samym na ziemiach zaboru rosyjskiego. Zakładał je, kto chciał: lokaje, krawcy, ślusarze, pracownicy lombardów, jubilerzy i ich pomocnicy. Plagą dentystyki byli także firmanci i firmantki, użyczający swoich gabinetów partaczom. Trwało to jeszcze długo po 1918 roku, mimo piętnowania i tępienia tego procederu za pomocą różnorodnych zarządzeń. Chęć zarobku w ludziach była silniejsza. Na I Polskim Naukowym Zjeździe Lekarzy Dentystów we Lwowie, w lipcu 1923 roku prof. Antoni Cieszyński nazwie spadek po zaborze rosyjskim „przekleństwem polskiej dentystyki”.

Zupełnie inaczej wyglądała sytuacja w Galicji, gdzie dzięki prof. Wincentemu Łepkowskiemu i prof. Antoniemu Cieszyńskiemu stworzono Instytuty Stomatologiczne przekształcone później w kliniki, które miały rangę akademicką, a w których lekarze uzyskiwali cenzusy lekarza stomatologa. Mogli oni należeć do izby lekarskiej, która wspierała dentystów w walce z technikami dentystycznymi oraz w podnoszeniu ich prestiżu społecznego. Prof. Wincenty Łepkowski mówił: „W Austrii i u nas typ lekarza dentysty (samoistnego – dop. red.) nie istnieje. Dentystami są lekarze wszech nauk lekarskich ze specjalizacją stomatologiczną i prawomocnie oni jedni są uprawnieni do wykonywania praktyki dentystycznej.”

Prof. Cieszyński wyżej cenił poziom dentystów na terenie byłego zaboru pruskiego (niż rosyjskiego), kształconych wg wzorów niemieckich, pod opieką wydziałów filozoficznych, a później wydziałów lekarskich uniwersytetów niemieckich i zwłaszcza Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. W samym Poznaniu poza TPN, przez długi okres czasu nie było naukowej placówki stomatologicznej. Stało się to dopiero w 1929 roku, gdy Józef Jarzab zorganizował przy Wydziale Lekarskim Poliklinikę Stomatologiczną, której został kierownikiem.

Patrząc na sytuację w polskiej dentystyce na początku niepodległej Polski nie dziwi fakt, że w 1923 roku prof. Antoni Cieszyński wystąpił z inicjatywą zawiązania Związku Polskich Odontologów, który organizowałby pracę naukową i samokształcenie dentystów, ujednociającego wiedzę i umiejętności nabyte w różnych systemach. Sam zresztą stworzył taki program nauczania dla wszystkich ośrodków w Polsce.

Nie było to jednak oczywiste, bo w środowisku dentystów panowały liczne rozbieżności zwłaszcza związane z powstałym w Warszawie w 1920 roku Państwowym Instytutem Dentystycznym, powołanym do życia rozporządzeniem ministra zdrowia publicznego Tomasza Janiszewskiego. Świetny organizator ochrony zdrowia w Krakowie, założyciel Miejskich Zakładów Sanitarnych (ob. Szpital Jana Pawła II), wiedząc o katastrofalnie niskiej liczbie dentystów, na specjalnie zwołanej naradzie, podjął decyzję o ustanowieniu zawodowego modelu kształcenia dentystów. Instytut stał się kością niezgody: profesorowie Cieszyński i Łepkowski odrzucali proponowane im wykłady, warszawskie szkoły dentystyczne widziały w nim zagrożenie swoich interesów. Rozpoczęła się także walka o posady w Instytucie. Na szczęście w Warszawie pracowali także inni wybitni stomatolodzy z wykształceniem akademickim, a to: Hilary Wilga, Alfred Meissner, Marian Zeńczak, Franciszek Zwierzchowski, którzy walczyli o jakość i prestiż PID-u, co nastąpiło z chwilą przemianowania go w Akademię Stomatologiczną. Przekonał się także w końcu prof. Cieszyński, gdy okazało się, że dzięki tej instytu-



cji potroiła się liczba nieźle wykształconych dentystów w Polsce, co było wielkim dobrem dla kraju.

Po 1925 roku rozpoczęły się prace nad ustawą normującą status dentysty i ustawą o powołaniu izb lekarsko-dentystycznych. Trwało to bardzo długo. Mijały kolejne lata, podczas których powstawały rozwiązania cząstkowe, a wśród nich m.in. „Kodeks Deontologii Dentystycznej”. Punkt 3 Kodeksu mówił: „Łącz się z kolegami zawodowymi dla ochrony i podniesienia swego zawodu. Nie pozostawaj sam izolowany!”, wyraźnie wskazując na konieczność stworzenia nie tylko centralnej organizacji studiów, ale i korporacyjnej izby lekarsko-dentystycznej, która zajmowałaby się sprawami środowiska. Kodeks ten (złożony z 10 pkt.) wyznaczał cele takiej izby, m.in. głosił konieczność doskonalenia się i studiów oraz nakazywał powstrzymywanie się od wszelkiej reklamy, „bo poniżej ona praktyka i rzuca cień

na cały zawód”. W innym punkcie żądano odpowiedniego wynagrodzenia dla świadczących usługi dentystyczne. Ostatni paragraf brzmiał: „Nie pozwól, by żaden człowiek niegodny wszedł do zawodu i wykonywał go [...]. Dbaj o to, by twój zawód szanowano!”

Starania o utworzenie własnego samorządu powiodły się dopiero pod koniec dwudziestolecia międzywojennego. 11 stycznia 1938 roku Prezydent II RP podpisał ustawę o powołaniu izb lekarsko-dentystycznych wzorowaną na poprawionej ustawie o izbach lekarskich z 1934 roku. Powstały cztery izby zrzeszające 3678 dentystów: Okręgowa Izba Lekarsko-Dentystyczna m. stołecznego Warszawy – 1328 dentystów. Izba w Poznaniu obejmująca obszar województwa łódzkiego, pomorskiego, poznańskiego i śląskiego – 758 dentystów. Izba w Wilnie organizowała działalność 801 dentystów z woj. białostockiego, nowogródzkiego, poleskiego, warszawskiego i wileńskiego, wreszcie do Izby z siedzibą w Krakowie należało 789 dentystów z województw: kieleckiego, lubelskiego, lwowskiego, stanisławowskiego i krakowskiego.

Wybory w Krakowie odbyły się 18 września 1938 roku w lokalu zastępczym przy ul. Asnyka 3/3. Po stwierdzeniu Komisji Wyborczej, że jej członkowie i mężowie zaufania są obecni i mają prawo wyborcze, wszyscy zostali pouczeni o obowiązkach przez Komisarza Rządowego radcę prawnego Wojnarskiego. Potem sprawdzono urnę, czy jest pusta i komisyjnie ją zapieczętowano. Następnie Komii-



Siedziba Izby Lekarsko-Dentystycznej, ul. Garbarska 16

sja rozpatrzyła pisma nadesłane do niej pocztą, a dotyczące wyborów. Głosowanie rozpoczęło się 9.30, a zakończyło o 21.00. Oddano 521 ważnych głosów. W skład przyszłego Zarządu zostali wybrani: Helena Antoniewicz, Herman Baldinger, Wacław Barwiński, Artur Broniatowski, Stanisław Cyklis, Anna Czerńska, Kazimierz Dominik, Jadwiga Dziewulska, Jakub Fajtel, Antonina Filipińska, Jan Gauza, Abram Gilewicz, Aron Ingster, Stanisław Janiszewski, Sabina Kalinowska, Władysław Krzanowski, Janina Nawurecka-Rudnicka, Manswet Pyrka, Helena Raźniewska, Tadeusz Rowiński, Michał Rozenowicz, Aleksander Wandstein, Symcha Zajfen. Ponadto ustalono nazwiska 12 zastępców.

Pierwsze posiedzenie wybranego Zarządu Izby odbyło się już w lokalu własnym przy ul. Garbarskiej 16 w dniu 18 października 1938 roku. Po odczytaniu protokołu z wyborów i stwierdzeniu ich uprawomocnienia, przystąpiono do wyboru prezesa i wiceprezesa.

Jednocześnie prezesem Okręgowej Izby Lekarsko-Dentystycznej w Krakowie został doc.

Kazimierz Dominik, a jego zastępcą kpt. Manswet Pyrka, który został także, obok trzech innych, delegatem do NIL-D. Po ukonstytuowaniu się Zarządu wybrano Komisję Rewizyjną i Sąd Dyscyplinarny. Na 43 członków Zarządu było w nim 25 dentystów spoza Krakowa – najwięcej z Częstochowy, Lublina i Sosnowca. Ustalono wysokość miesięcznych składek i budżet do 31 grudnia 1939 roku z uwagą, że nadwyżki zostaną przeniesione na poczet składek w 1940 roku. Los zapisał sobie jednak z tak mozolnie tworzonych i długo oczekiwanych izb.

Dla porządku należy dodać, że zaraz po ukonstytuowaniu się wszystkich Zarządów Izb i NIL-D (prezesem Julian Łączyński) zaczęto wydawać własny organ – „Dziennik Urzędowy Izb Lekarsko-Dentystycznych”. Rozpoczęto też prace nad ustawami o wykonywaniu praktyki lekarsko-dentystycznej oraz o postępowaniu dyscyplinarnym w izbach. Podjęto także współpracę z izbami skarbowymi w celu regulacji spraw podatkowych.

Tak prężnie rozpoczętą pracę przerwał wybuch II wojny światowej.

Barbara Kaczkowska

dubas&plenkiewicz architekci, Kraków

Oferujemy projekty:

- gabinetu lekarskiego (stomatologicznego)
- przebudowy mieszkania
- aranżacji wnętrza
- całego domu

Szybko, solidnie, konkurencyjne ceny

możliwość dojazdu do klienta

dubas&plenkiewicz architekci
tel.: +48 695 105 951, e-mail: dp.architekci@onet.eu

Gabinety szkolne c.d.

List, który drukujemy poniżej, to reakcja lek. dent. Andrzeja Stopy na pismo Prezydenta Krakowa prof. Jacka Majchrowskiego przesłane 13 sierpnia br. do ORL w Krakowie.

Pan Prezydent pisze m.in.: „W 2010 r. na terenie placówek oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Gmina Miejska Kraków, funkcjonowało 66 gabinetów dentystycznych. Przedmiotowe gabinety funkcjonowały na podstawie umów użyczenia zawieranych pomiędzy dyrektorami poszczególnych placówek oświatowych na terenie Gminy Miejskiej Kraków a świadcząciodawcami.

W związku z rozstrzygnięciem w 2011 r. otwartego konkursu ofert w zakresie leczenia stomatologicznego przez Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2011 i lata następne żaden z sześćdziesięciu sześciu działających do końca 2010 r. w placówkach oświatowych gabinetów dentystycznych nie otrzymał kontraktu z MOW NFZ, co w praktyce oznacza ich likwidację. Pragnę podkreślić, iż w chwili obecnej 66 gabinetów dentystycznych znajdujących się na terenie placówek oświatowych miasta Krakowa od stycznia 2011 r. zaprzestało realizacji zadań związanych z opieką profilaktyczną nad dziećmi i młodzieżą w miejscu nauczania i wychowania.

Od dnia 1 stycznia 2011 r. do chwili obecnej 66 gabinetów dentystycznych w placówkach oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Gmina Miejska Kraków jest zamkniętych. Aktualnie dyrektorzy placówek oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Gmina Miejska Kraków zostali na moje polecenie zobowiązani do nieprzeznaczania ww. pomieszczeń na inne cele. Utrzymanie jednak tego stanu tzn. niewykorzystanych pomieszczeń w placówkach oświatowych w sytuacji braku zmiany stanowiska Narodowego Funduszu Zdrowia jest w dłuższej perspektywie niecelowe.”

Pan Prezydent prosi ORL w zakończeniu listu o zajęcie stanowiska w sprawie ewentualnego przekształcenia tych pomieszczeń do innych zadań. I poniżej jest właśnie oczekiwane stanowisko podpisane przez członka Naczelnej Rady Lekarskiej lek. dent. Andrzeja Stopę:

Kraków, wrzesień 2012

**Szanowny Pan
Jacek Majchrowski
Prezydent Miasta Krakowa**

Szanowny Panie Prezydencie!

Odpowiadając na Pana pismo wyrażamy, podobnie jak Pan, głębokie zaniepokojenie obecną sytuacją w opiece stomatologicznej, a w szczególności opieką dla dzieci i młodzieży w Małopolsce, w tym także w mieście Krakowie.

Podstawową przyczyną takiego stanu jest polityka zdrowotna Dyrekcji Narodowego Funduszu Zdrowia, a właściwie jej brak w tym zakresie.

Nasza Rada Lekarska niezmiennie od kilku lat podejmuje działania piętnujące niedopuszczalny stan opieki stomatologicznej dla dzieci i młodzieży. Jest to już niestety stan prowadzący do sytuacji, gdy próchnica zębów staje się u nas chorobą powszechną i społeczną oraz poważnym problemem zdrowotnym prowadzącym do wielu powikłań i innych schorzeń powikłanych, jakże kosztownych w leczeniu.

Problem próchnicy zębów został praktycznie rozwiązany we wszystkich krajach Europy poprzez odpowiednią i ogólnie znaną prawidłową opiekę stomatologiczną dla dzieci i młodzieży stosowaną od wielu lat, skuteczną i pozwalającą na ogromne oszczędności w leczeniu próchnicy oraz jej powikłań. Ta opieka stomatologiczna, łącznie z profilaktyką, powinna być prowadzona w jednostkach oświatowych – szkołach.

Niestety dotychczas wszelkie działania Samorządu Lekarskiego pozostają bez jakiegokolwiek skutku i nie powodują zmiany polityki Narodowego Funduszu Zdrowia w tym zakresie.

Sytuacja ta była wielokrotnie przedstawiana również na posiedzeniach Komisji Zdrowia Rady

Miasta Krakowa i jest przecież powszechnie znana. W Krakowie do niedawna w znacznie ograniczonym zakresie, ale jednak w istniejących dotychczas gabinetach szkolnych była prowadzona opieka stomatologiczna i profilaktyka przeciwpróchnicowa obejmująca także dzieci niepełnosprawne. Niestety, z powodu niezrozumiałych decyzji Funduszu nie jest możliwe prowadzenie opieki w gabinetach szkolnych już istniejących i dobrze wyposażonych, działających od wielu lat na terenie miasta Krakowa. Likwidacja tych gabinetów to nieodwracalna i niezrozumiała działalność czyniąca poważne szkody społeczne? ZDROWOTNE.

Zatem w obecnej sytuacji uważamy, że należy podjąć zdecydowane działania prowadzące do uratowania tych jeszcze istniejących gabinetów, traktując je jako przyszłą bazę do wprowadzenia prawdziwej i powszechnej opieki stomatologicznej dla dzieci!

Samorząd Lekarski wspólnie z Panem Prezydentem oraz Komisją Zdrowia Rady Miasta oferują pełną współpracę w tym zakresie, oczekując na decyzje, które pozwolą na zachowanie szkolnych gabinetów stomatologicznych.

*Członek NRL w Krakowie
lek. dent. Andrzej Stopa*

HOBBY



Wojciech Król



Piotr Polonczyk

XXIX Fotokonkurs



Dominik Woźniak

W tym miesiącu zwycięzcą naszego konkursu został lek. stom. Dominik Woźniak, którego fotografie już gościły na naszych okładkach. Tym razem wybraliśmy kadr przedstawiający owoce jałowca – zdjęcie wykonane zostało podczas krótkiego wypadu w Bieszczady, nad Wetlinę. Doktor napisał nam, że specjalizuje się jednak głównie w fotografii kulinarnej – kto wie, być może na którejś z kolejnych okładek „GGL-LD” znajdzie się kurczak z grilla?

Otrzymaliśmy również interesujące kadry z greckiej wyspy Korfu autorstwa Piotra Polonczyka oraz kompozycję kwiatów uchwyconą aparatem lek. stom. Wojciecha Króla – z przyjemnością prezentujemy je obok. Wszystkim autorom gratulujemy!

Konkurs jest nadal otwarty dla lekarzy stomatologów, lekarzy medycyny i oraz członków ich rodzin. Zwycięzca, którego zdjęcie trafi na okładkę kolejnego numeru, otrzyma nagrodę finansową w wysokości 100 zł. Zapraszamy do nadsyłania zdjęć w formacie JPG, bez obróbki, na adres:

redakcja@oilkrakow.org.pl



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

Dyżury członków ORL

Prezes ORL

- Andrzej Matyja
poniedziałek 13.00-17.00
wtorek 14.00-16.00
środa 14.00-15.00

Wiceprezesa ORL:

- Jerzy Friediger
poniedziałek i środa 14.00-16.00
- Robert Stępień
środa 12.00-15.00
- Janusz Legutko
poniedziałek 14.00-15.00

Sekretarz ORL

- Jacek Tętnowski
codziennie: poniedziałek – piątek

Skarbnik ORL

- Anna Maciąg
środa 15.00-16.00

Rzecznik Praw Lekarza, z-ca Sekretarza ORL

- Katarzyna Turek-Fornelska
środa 12.00-13.00

Delegatura w Przemyślu

Wiceprezes ORL, pełnomocnik Delegatury w Przemyślu

- Marek Zasadny
wtorek 13.30-15.30
- Elżbieta Wojnarowicz
poniedziałek 11.30-13.00

Delegatura w Nowym Sączu

Pełnomocnik Delegatury w Nowym Sączu

- Irena Gawrońska
wtorek 8.30-9.30
- Janusz Chodorowski
każdy czwarty wtorek m-ca 15.30-16.30
- Tymoteusz Derebas
ostatnia środa miesiąca 15.00-16.00

Delegatura w Krośnie

Pełnomocnik Delegatury w Krośnie

- Antoni Jakubowicz
piątek 15.00-16.00
- Marian Fedorowicz
środa 9.00-11.00 i 12.00-14.00
(z wyj. 28 IV; 23 VI; 8 IX; 3 XI)

Komisje:

- Etyki – Stefan Bednarz
środa 15.00-16.00
- Kształcenia – Lech Kucharski
środa 14.30-15.30
- Kultury, Sportu i Rekreacji – Jacek Tętnowski
poniedziałek 15.00-17.00
- Legislacyjna – Mariusz Janikowski
środa 13.00-14.00
- Organizacyjna – Mariusz Janikowski
poniedziałek 13.00-14.00
- Praktyk Lekarskich – Leszek Badacz
środa 15.00-16.00
- Socjalno-Bytowa – Barbara Wiejowska
piątek 11.30-12.30
- Stomatologiczna – Robert Stępień
środa 12.00-15.00
- ds. Emerytów i Rencistów – Kazimierz Kłodziński
środa 14.30-15.30
- ds. Młodych Lekarzy – Piotr Oleksy
środa 15.15-16.15
- ds. Obcokrajowców – Bożena Kozanecka
w dni posiedzeń ORL 15.30-17.00
- ds. Systemu Opieki Zdrowotnej – Wiesław Sowa
czwartek 12.00-13.00
- Zespół ds. Konkursów – Piotr Kłosiński
środa 13.30-14.30

Członkowie ORL:

- Anna Aseńko
poniedziałek 14.00-15.00
- Dorota Dróżdż
czwartek 14.00-15.00
- Patryk Hartwich
środa 16.00-17.00
- Dariusz Kościelniak – Prezydium ORL
środa 11.00-13.00
- Andrzej Stopa
środa 13.00-14.00
- Anna Urbańczyk
czwartek 8.00-9.00 i 10.00-11.00
(z wyj. 28 IV; 23 VI; 8 IX; 3 XI)



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

ul. Krupnicza 11 a, 31-123 Kraków

Recepcja: 12 619 17 00

12 619 17 20

fax: 12 619 17 30, 12 422 57 55

e-mail: biuro@oilkrakow.org.pl

www.oilkrakow.org.pl; www.oilkrakstom.pl

Numery wewnętrzne:

- Recepcja, Sekretariat ogólny 619 17 20
- Sekretariat Prezesa 619 17 10
- Sekretarz ORL 619 17 21
- Asystentka Prezesa (mgr J. Bizoń) 619 17 05
- Biuro Okręgowego Rzecznika OZ (mgr M. Login) 619 17 17
- Biuro Okręgowego Rzecznika OZ (mgr S. Smoleń) .. 619 17 25
- Kancelaria Sądu Lekarskiego (mgr A. Krawczyk) 619 17 28
- Biuro Radców Prawnych (mgr D. Dziubina) 619 17 26
- Rejestr Lekarzy; Ubezpieczenia OC 619 17 16
e-mail: rejestr57@hipokrates.org
- Rejestracja Indyw. Praktyk; Staże podyplomowe 619 17 13
- Stomatolodzy (K. Trela) 619 17 18
- Gł. Księgowy (mgr B. Klec); Księgowość 619 17 15
e-mail: ksiegowosc57@hipokrates.org
- Kasa 619 17 14
- Składki 619 17 32
e-mail: skladki@oilkrakow.org.pl
- Redakcja „Galicyjskiej Gazety Lekarskiej” 619 17 27
e-mail: redakcja@oilkrakow.org.pl
- Informatycy; str. internetowe 619 17 01

Komisje:

- Bioetyki 619 17 28
- Etyki 619 17 28
- Kształcenia (mgr. P. Pachel) 619 17 22
- Kultury i Sportu 619 17 21
- Legislacyjna 619 17 12
- Organizacyjna 619 17 16
- Praktyk Lekarskich 619 17 13
- Socjalno-Bytowa 619 17 18
- Stomatologiczna 619 17 18
- Zagraniczna 619 17 12
- ds. Emerytów i Rencistów 619 17 01
- ds. Młodych Lekarzy 619 17 05
- ds. Obcokrajowców 619 17 16
- ds. Systemu Opieki Zdrowotnej 619 17 13
- ds. Uzdrawisk 619 17 28
- Rzecznik Praw Lekarza 619 17 10

Uwaga: zmiana godzin urzędowania

Czas pracy OIL w Krakowie:

- poniedziałek godz. 8⁰⁰ do 17⁰⁰
- wtorek godz. 8⁰⁰ do 16⁰⁰
- środa godz. 8⁰⁰ do 17⁰⁰
- czwartek godz. 8⁰⁰ do 16⁰⁰
- piątek godz. 9⁰⁰ do 15⁰⁰

Dyżury radców prawnych OIL:

- mgr **Ewa Krzyżowska** tel. 619 17 19
wtorek godz. 14⁰⁰ do 15⁰⁰
- czwartek godz. 14⁰⁰ do 15⁰⁰
- mgr **Anna Gut** tel. 619 17 24
(dla lek. med.)
poniedziałek godz. 14⁰⁰ do 17⁰⁰
- środa godz. 12⁰⁰ do 17⁰⁰
- mgr **Tomasz Pęcherz** tel. 619 17 31
(dla lek.stom.)
wtorek godz. 12⁰⁰ do 15⁰⁰
- czwartek godz. 13⁰⁰ do 16⁰⁰

Delegatury OIL

w Krośnie: ul. Niepodległości 2, 38-400 Krosno
tel. 13 432 18 59; e-mail: krosno@hipokrates.org

- poniedziałek godz. 8⁰⁰ do 15⁰⁰
- wtorek godz. 8⁰⁰ do 17⁰⁰
- środa, czwartek, piątek godz. 8⁰⁰ do 15⁰⁰

w Nowym Sączu: ul. Kopernika 18, 33-300 Nowy Sącz
tel. 18 442 16 47; e-mail: nowy.sacz@hipokrates.org

- poniedziałek, wtorek godz. 8⁰⁰ do 17⁰⁰
- środa, czwartek godz. 8⁰⁰ do 16⁰⁰
- piątek godz. 8⁰⁰ do 13⁰⁰

w Przemysłu: Rynek 5, 37-700 Przemysł
tel. 16 678 26 70, fax 16 678 33 24

- e-mail: przemysl@hipokrates.org
- poniedziałek, wtorek godz. 8⁰⁰ do 16⁰⁰
- środa godz. 8⁰⁰ do 17⁰⁰
- czwartek, piątek godz. 8⁰⁰ do 15⁰⁰

Galiczyjska Gazeta Lekarska Lekarza Dentysty – suplement Komisji Stomatologicznej
Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie
ul. Krupnicza 11a, 31–123 Kraków; tel. 12 619 17 27; fax: 12 422 57 55;
e-mail: redakcja@oilkrakow.org.pl

Redaguje kolegium w składzie: redaktor naczelny – Robert Stępień; sekretarz redakcji – Stefan Ciepły;
członkowie: Grzegorz Herbut, Barbara Kaczkowska, Tomasz Kaczmarzyk, Dariusz Kościelniak,
Renata Michna, Jolanta Pytko-Polończyk, Katarzyna Siembab, Kamila Śnieżek, Krzysztof Zgłobicki (grafika)

Sekretariat KS ORL: Krystyna Trela • e-mail: k.trela@hipokrates.org

Przygotowanie do druku: GlobicRC • tel. 602 229 655 • e-mail: globic@gmail.com