



WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA



W marcu jak w garncu – obraz 50 x 70 cm, akryl

Nasza galeria

Kontynuujemy prezentację prac lekarzy malujących w Kole Zajęć Plastycznych WIL. Równocześnie zachęcamy wszystkie

osoby malujące do pokazania efektów swej pracy na naszych łamach. Kontakt: Katarzyna Bartz-Dylewicz, tel. 783 993 915.

W tym numerze publikujemy pracę Barbary Żyły, lekarza POZ i pediatry z Poznania.



OGÓLNOPOLSKIE WARSZTATY DERMATOLOGICZNE O CHOROBAH SKÓRY POD KOZIOŁKAMI

POZNAŃ, 14–15 marca 2014 r.

ORGANIZATORZY

Katedra i Klinika Dermatologii
Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

wydawnictwo *Termedia*

PRZEWODNICZĄCY KOMITETU NAUKOWEGO
prof. dr hab. Zygmunt Adamski

CZŁONKOWIE KOMITETU NAUKOWEGO

prof. dr hab. Magdalena Czarnecka-Operacz
prof. dr hab. Ryszard Żaba

SEKRETARZ

dr Agnieszka Osmola-Mańkowska

PATRONAT HONOROWY

Prezydent Miasta Poznania
Ryszard Grobelny

JM Rektor Uniwersytetu Medycznego
im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu
prof. dr hab. Jacek Wysocki

Prezes Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego
prof. dr hab. Jacek Szepietowski

Konsultant Krajowy w dziedzinie Dermatologii
prof. dr hab. Andrzej Kaszuba

Prezydent Polskiego Towarzystwa Alergologicznego
prof. dr hab. Bolesław Samoliński

WWW.TERMEDIA.PL



VI KONGRES WSPÓŁCZESNEJ ONKOLOGII NEXT GENERATION

POZNAŃ, 27–29 marca 2014 r.

KIEROWNICY NAUKOWI

prof. dr hab. Andrzej Mackiewicz
prof. dr hab. Rodryg Ramlau

ORGANIZATORZY

Redakcja czasopisma *Współczesna Onkologia*
wydawnictwo *Termedia*

Zakład Immunologii Nowotworów,
Katedra Biotechnologii Medycznej
Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Oddział Onkologii Klinicznej
z Pododdziałem Diennej Chemioterapii
Wielkopolskiego Centrum Pulmonologii
i Torakochirurgii w Poznaniu

PATRONAT HONOROWY

Polskie Towarzystwo Onkologiczne

WWW.TERMEDIA.PL



PRAKTYKA HEMATOLOGICZNA 2014

WARSZAWA, 11–12 kwietnia 2014 r.

ORGANIZATORZY

Katedra i Klinika Hematologii,
Onkologii i Chorób Wewnętrznych
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

wydawnictwo *Termedia*

KIEROWNIK NAUKOWY

prof. dr hab. Wiesław W. Jędrzejczak

WWW.TERMEDIA.PL

Diagnoza wstępna

Spis treści

Kolejki do lekarzy i konstytucja



Jeżeli ktoś myślał, że wszystko, co mogło człowieka niemile zaskoczyć w naszej służbie zdrowia, już było, to jest w błędzie. Często słyszymy, że kolejki do specjalistów czy czekanie nawet na ważne dla życia zabiegi doprowadzają ludzi do rozpaczki albo depresji. Że Narodowy Fundusz Zdrowia potrafił przerwać niedokończone kuracje, tłumacząc się brakiem pieniędzy, że nie chce sfinansować leczenia preparatami z powodzeniem stosowanymi w świecie, że pacjenci widzący za granicą promyk nadziei na własne zdrowie słyszą w funduszu twarde NIE... I tu dochodzimy do tematu dzisiejszego felietonu.

W pokonaniu kolejek miała pomóc między innymi dyrektywa transgranicznej opieki medycznej. Obowiązuje ona od 25 października zeszłego roku i daje prawo do leczenia za pieniądze NFZ w dowolnym kraju Unii Europejskiej. Na przykład właśnie w przypadku długich kolejek u nas. Tyle że Ministerstwo Zdrowia nie wprowadza przepisów umożliwiających korzystanie z dyrektywy. Zrobił się z tego szum, ministerstwo jest coraz agresywniej krytykowane, sprawą zainteresował się rzecznik praw obywatelskich. Ministerstwo ze swej opieszałości tłumaczy się w wyjątkowo perfidny sposób. Otóż dyrektywa jest zła, bo zezwalając na leczenie za granicą, narusza jednocześnie... konstytucję. Gdy są kolejki, to wszystko z konstytucją w porządku, ale gdyby ominąć kolejki, lecząc się za granicą, to oznaczałoby, że sprzeniewierzamy się „jednemu z istotnych gwarantów realizacji konstytucyjnej zasady równego dostępu do bezpłatnego leczenia”...

Wiadomo, że chodzi o pieniądze. Narodowy Fundusz Zdrowia boi się, że ich zabraknie. Ale można było przygotować się na to, ponieważ dyrektywę przyjęto trzy lata temu. Nie trzeba by było tłumaczyć się teraz w tak denerwujący sposób, rodem z siermiężnych czasów Gomułki, że biedę należy rozdzielać po równo, bo wtedy jest sprawiedliwie i zgodnie z konstytucją.

Andrzej Baszkowski

Moim zdaniem...	4
Co słycać w izbie...	5
Historia na Polnej	5
Panie ministże, kto po nas?	6
Zaproszenie	7
Do jakiej „jakości” dążyć?	8
Czy można bezkarnie krytykować innego lekarza w obecności pacjentów?	10
Wiele się tutaj dzieje	11
Zdrowie jamy ustnej	12
Czy nagłe zatrzymanie krążenia musi być nagłe?	13
Wspomnienia	14
Dawka informacji	18
List do redakcji	21
Lekarze – patroni wielkopolskich ulic	22
Obowiązki lekarza – pracodawcy	24
Czy lekarz może ponieść odpowiedzialność zawodową za czyny niezwiązane bezpośrednio z wykonywaniem zawodu?	26
SHORT CUTS	28
Wiersze	30

Moim zdaniem...



Krzysztof Kordel
prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

...należy spróbować pomóc ministrowi zdrowia w jego ciężkiej (szyfrowej) pracy poprawiania niedostatków systemu – tym razem pod hasłem „krótsza kolejka do lekarza”. Jestem chętny, by podzielić się moimi spostrzeżeniami, choć zdaję sobie sprawę, że moi „pacjenci” są wyjątkowo wyrozumiali, jeśli chodzi o upływ czasu i na szczęście nie mam nic wspólnego z NFZ (poza tym, że jak każdy mogą być pacjentem). Te uwagi będą miały wyjątkowo subiektywny charakter.

Jak ostatnio pisałem, nie mamy raczej szans na zwiększenie w sposób cudowny liczby lekarzy pracujących w kraju (drugie miejsce od końca w UE na mieszkańca), więc należy zastanowić się nad tym, jak ich właściwie wykorzystać. Mam na myśli dokładną analizę czynności, które wykonują pod kątem, po pierwsze, ich niezbędności, a po drugie, czy istotnie to wszystko musi zrobić lekarz.

Każdy z lekarzy pomyśli o najgorszej karze za grzechy, jaką są papiery, które trzeba wypisać. Czy koniecznie trzeba? Niestety, w większości wypadków trzeba i to niezwykle starannie, dzisiaj bowiem prawidłowym określeniem na dokumentację medyczną coraz częściej jest dokumentacja procesowa. Nadal bowiem obowiązuje zasada „nienapisane oznacza nie zrobione”.

Moim zdaniem, kluczowe jest natomiast pytanie, czy te papiery musi wypisywać lekarz. Bezsporne jest, że musi je sygnować po dokładnym przeczytaniu. Inne, bogatsze, kraje dawno wpadły na pomysł, że szybciej się dyktuje osobie potrafiącej płynnie notować lub stukać w klawiaturę, niż robiąc to osobiście. Kiedy doczekamy się dobrze wykształconych sekretarek medycznych? Ich zatrudnienie miało by też dobry wpływ na rynek pracy zmniejszając, bezrobocie wśród młodych i nieco mniej młodych pań tej pracy bezskutecznie poszukujących.

Brak lekarzy to siłą rzeczy krótszy czas poświęcany pacjentowi. Niestety, w medycynie są często sytuacje, kiedy pacjent wymaga wielu długich dyskusji. Czy wtedy nie powinien nas wesprzeć psycholog kliniczny? Weźmy początek życia i tragiczne zdarzenia związane z prokreacją. Kobieta poroniła, w badaniu ultrasonograficznym wykryliśmy wadę u płodu; nie będzie mogła więcej mieć dzieci. Oczywiście, że wymaga wsparcia. Zdaniem lekarza, ale nie płatnika – po co za poradę psychologiczną zapłacić? Przecież rozmawiać może lekarz, a druga pacjentka niech poczeka.

Kolejne pytanie, które stawiam, dotyczy kompetencji pielęgniarek. Czy są one właściwie wykorzystane? Pamiętam, jak dużą popularnością cieszył się serial „Ostry dyżur”. Był on kręcony w szpitalu w Bostonie. Oprócz doznań estetycznych

związanych z obsadą aktorską można było przyrzeć się schematowi pracy podczas sorowskiego działania. I co – większość pracy wykonywały pielęgniarki, a lekarz pojawiał się dopiero wtedy, kiedy trzeba było wykonać procedurę specjalistyczną. Skoro nasz system ma być zbliżony do amerykańskiego, moim zdaniem, warto pomyśleć o zmianie kompetencji pielęgniarek. Ale większe kompetencje to większa odpowiedzialność, a co za tym idzie – większe wynagrodzenia.

Innym rozwiązaniem poprawiającym komfort pracy, a tym samym chyba skracającym czas wizyty w gabinecie lekarskim, wydaje się informatyka. System drukowania recept, przy dużej liczbie powtórek lekowych, jest oczywisty. Moim zdaniem, jeśli prawidłowo zadziała system informacji medycznej o pacjencie, łatwiejsza będzie diagnostyka i wiedza o farmakoterapii – co z leków zażywa pacjent i czy istotnie wykupił zalecone przez nas leki. Niestety, doświadczenia związane z ukochanym przez wszystkich eWEUŚ i precyzją danych w nim zawartych nieco mój entuzjazm informatyczny chłódzą.

Kolejne retoryczne pytanie: kto i kiedy trafia do lekarza i czy na pewno powinien tam trafić. Mam na myśli chorych zgłaszających się do SOR i wizyty u specjalistów. Moje doświadczenie z okresu, gdy byłem rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej, i obecny kontakt z mediami pozwalają na stwierdzenie, że przeciętny Polak nie ma bladego pojęcia o funkcjonowaniu systemu. Nie wie, kiedy i z jakim problemem do kogo pójść. Skoro nie wie, idzie do szpitala. Nie wie, jakie są kompetencje lekarza rodzinnego, a zwłaszcza nie wie, że leczy go specjalista, no to chce skierowanie do specjalisty. A skąd ma wiedzieć, skoro nikt go o tym nie uczy (w USA uczą od 5. roku życia). Wielokrotnie apelowałem do mediów, by się edukacją zdrowotną zajęły, ale to trudne i mniej poczytne niż news o kolejnym „błędzie” lekarzy. Chociaż coś drgnęło, o czym świadczą pierwsze odcinki serialu o ratownictwie medycznym czy serial polsatowski, którego akcja dzieje się w SOR. Może coś w głowach przy okazji zostanie i rodacy zobaczą, jak łatwo się w tych warunkach pracuje.

Innym pomysłem, jaki kołocze mi w głowie, jest odciążenie od gabinetu lekarza rodzinnego pacjentów, którzy tam trafili towarzysko, by z panią czy panem doktorem porozmawiać, a właśnie koło poradni przechodzili. Skoro nikt się nimi nie interesuje, to chociaż wizyta lekarska. Od wielu lat kształcimy na uniwersytetach medycznych specjalistów z zakresu promocji zdrowia. Skoro ludzie chodzą towarzysko do lekarza, to myślę, że chętnie przyjdą na spotkanie na temat „nowoczesnego” sposobu parzenia rumianku, a przy okazji można wdrażać profilaktykę. Może ograniczy to częstotliwość wizyt u lekarza i zwiększy zadowolenie z ochrony zdrowia. Czy nie warto, by NFZ o takich rozwiązaniach pomyślał i zapłacił?

Oczywiście są to moje przemyślenia – „lekarza ostatniego kontaktu”. Zdaję sobie sprawę, że są one kontrowersyjne i dyskusyjne i nieco na to postawiłem, licząc, że zapoczątkuję na ten temat dyskusję. Oświadczam też, że w razie wykorzystania wyżej prezentowanych, oczywiście genialnych, pomysłów tantem z tego tytułu domagać się nie będę.

Co słyszeć w izbie...

Luty jest najkrótszym miesiącem w roku. Dodatkowo w tym roku w tym miesiącu mieszkańcy Wielkopolski mogli odpocząć na feriach zimowych, co spowodowało ograniczenie działalności do dwóch tygodni. Mimo to nie można powiedzieć, że w izbie działo się mało.

15 lutego odbyło się drugie w VII kadencji zebranie Okręgowej Rady Lekarskiej. Dyskusję zdominowała sprawa preliminarza wydatków na 2014 r. i uchwała o podziale kompetencji członków Prezydium. Procedowano również nad nowelizacją regulaminu udzielania pomocy materialnej z funduszy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. Rada Okręgowa zatwierdziła również składy osobowe komisji problemowych, co pozwoli na ostateczne ich ukonstytuowanie i rozpoczęcie właściwej działalności. Poza tym ORL wyraziła zgodę na przeprowadzenie inwestycji w sprzęt komputerowy, które po części zostały wymuszone zmianami w polityce producentów oprogramowania operacyjnego, ale dzięki temu przedsięwzięciu będzie można załatwiać sprawy w izbie z wykorzystaniem profilu zaufanego i podpisu elektronicznego. Poruszano również sprawę obowiązków członków samorządu lekarskiego wobec jego organów i aktów prawnych stanowionych przez te organy, a także deliberowano nad tematyką, która może zdominować obrady podczas krajowego zjazdu lekarzy, który będzie się odbywał 20–22 marca 2014 r. w Warszawie. Poza tym Rada zdecydowała o przyznaniu praw wykonywania zawodu dwóm lekarzom cudzoziemcom, a także zmieniła skład osobowy komisji konkursowej na stanowiska medyczne w podmiocie leczniczym.

Posiedzenie Rady poprzedziło spotkanie Prezydium, omawiało m.in. współpracę w 2014 r. z towarzyszami naukowymi studentów medycyny i studentów stomatologii. Kolejne posiedzenie Prezydium odbyło się 27 lutego.

Pierwsze organizacyjne posiedzenia miały komisje problemowe: Komisja ds. Kultury, Sportu i Rekreacji (13 lutego) oraz Komisja Stomatologiczna (22 lutego).

10 lutego rozpoczął się kolejny okres, w którym rozpoczęły się zajęcia dla lekarzy stażystów. Co poniedziałek odbywały się kursy w ramach bioetyki, a od 25 do 28 lutego cykl szkoleniowy w ramach bloku poświęconemu prawu medycznemu.

Po krótkiej zimowej przerwie wróciły kursy komputerowe (18 i 19 lutego oraz 22 lutego i 1 marca) oraz kursy z medycyny ratunkowej: „Nagle zagrożenia w codziennej praktyce lekarskiej” (25 i 27 lutego) i „Stany nagłe w praktyce lekarza dentysty” (28 lutego). 19 lutego odbyło się kolejne spotkanie informacyjne na temat ochrony danych osobowych. Kontynuowano również naukę języków obcych. Warte odnotowania jest zakończenie pierwszej edycji kursu języka angielskiego dla seniorów, członków WIL. Należy w tym miejscu wspomnieć, że niemal cała grupa zdecydowała o kontynuacji spotkań szkoleniowych.

Siedziba WIL była również miejscem spotkań podmiotów zewnętrznych: 19 lutego oraz 21–23 lutego. 24 lutego odbyło się spotkanie członków WIL zrzeszonych w rejonie wyborczym POZNAŃ/70.

W lutym odbywały się ponadto próby chóru lekarzy WIL, zespołu kameralnego WIL i spotkania koła plastycznego (4 lutego i 25 lutego).

MAREK SAJ

(783 993 939 LUB ADMIN@WIL.ORG.PL)

Historia na Polnej

Wielki, zbudowany z czerwonej cegły gmach szpitala położniczego przy ulicy Polnej w Poznaniu. Dziesiątki sal chorych, gabinetów, pracowni, laboratoriów, setki pacjentek, pielęgniarek, studentów i lekarzy. Ale jest tam także zakątek spokoju, ciszy i refleksji. Na szklanych drzwiach wita napis „Tutaj nauczysz się położnictwa, ginekologii i ich historii”. Szpitalniane muzeum. Dzięki inicjatywie prof. Edmunda Waszyńskiego zbiory Muzeum Ginekologii i Położnictwa w Lesznie przeniesiono na Polną. W ramach Pracowni Dydaktyki, Historii Położnictwa i Ginekologii kierowanej przez prof. Wiesława Markwita zorganizowano otwartą prezentację pokazującą historię tych dwóch specjalności. Zgromadzono dawne narzędzia, fantomy, ryciny i dokumenty sprzed lat. Niektóre z nich z powodzeniem możemy zaliczyć do białych kruków. Zadbano o szczegóły – jak podświetlony dawny numer 33 widniejący przy wejściu do szpitala. Ekspozycja została pomyślana tak, by studenci mogli zobaczyć, jak kobiety rodziły kiedyś i w różnych zakątkach świata, jak im pomagano albo jak wygląda „drzewo genealogiczne” medycyny, od Hipokratesa do dziś...



Dzięki inicjatywie prof. Edmunda Waszyńskiego i prof. Wiesława Markwita przy ul. Polnej 33 można zobaczyć unikatowe zbiory

Panie ministrze, kto po nas?

Gdzieś lekarz w tygodniu pracował 100 godzin, gdzieś 60. Gdzieś ktoś otrzymał skierowanie na zabieg na 15 stycznia 2024 r. Gdzieś ktoś mówi – i to coraz częściej – że lekarzy jest stanowczo za mało. Nikt nie da się przekonać, że kolejki w przychodniach i szpitalach są coraz krótsze. Bo za sprawą demografii z każdym rokiem będą coraz dłuższe. Jak wynika bowiem z danych GUS za 2012 r., przeciętny Polak żyje 72,7 roku, a przeciętna Polka – 81 lat.

W marcu ubiegłego roku Federacja Porozumienie Zielonogórskie alarmowała: „Leczą nas coraz starsi medycy. Średnia wieku lekarza rodzinnego wynosi już 58 lat” (www.se.pl). Portal medexpress.pl pisał w tym czasie, iż „uzyskanie miejsca na tę specjalizację graniczy z cudem. Tymczasem zgodnie z dyrektywami WHO, w 2014 r. lekarz rodzinny ma zabezpieczać podstawową opiekę zdrowotną. Podobne zobowiązanie Polska podpisała w traktacie akcesyjnym do Unii Europejskiej”.

O rezydenckim zawrocie głowy (www.klr.pl) 9 lutego 2014 r. pisze Bożena Janicka, prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia: „Medycyna rodzinna, jako podobno deficytowa

i priorytetowa – otrzymała tylko 16 miejsc na 500, czyli po jednym na województwo – co stanowi zaledwie 3,2 proc. wszystkich przyznaných rezydentur... Medycyna rodzinna – obecnie średnia wieku pracujących lekarzy w podstawowej opiece zdrowotnej już sięga 60 lat... To już nie jest luka pokoleniowa – to jest przepaść... Kto będzie leczył Polaków za 5 czy 10 lat?! Panie ministrze, kto po nas?”.

Co czwarty specjalista w systemie ochrony zdrowia ukończył 60 lat. Ta grupa liczy już ponad 20 000 osób. – *Dane Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej są alarmujące: nie dość, że brakuje nam specjalistów w dziedzinie geriatry, stomatologii dziecięcej, endokrynologii, ortopedii i psychiatrii dziecięcej, medycynie paliatywnej, nefrologii, hematologii,*

to ci, którzy praktykują, są coraz starsi i nieuchronnie zbliżają się do emerytury. W tej chwili średnia wieku lekarza specjalisty w świętokrzyskim sięga 60 lat – mówi portalowi echodnia.eu doktor Paweł Barucha, prezes Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej.

Nie lepiej jest w Wielkopolsce. – *Znacząca część pracowników służby zdrowia w każdej chwili może przejść na emeryturę. Skutek? Pacjenci będą mieli kłopot z leczeniem, a kolejki do lekarzy jeszcze się wydłużą – mówi (12 lutego 2014 r.) dziennikarzowi „Głosu Wielkopolskiego” Krzysztof Kordel, prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. – Regularnie informujemy o kłopotach władze krajowe. Wielokrotnie zabiegaliśmy w ministerstwie o zwiększenie liczby miejsc na studiach medycznych i zwiększenie*



**XI OGÓLNOPOLSKIE
MISTRZOSTWA IZB LEKARSKICH
w Żeglarstwie w klasie OMEGA
Morzyczyn, jezioro Miedwie
6–8.06.2014 r.**



szenie miejsc dla lekarzy rezydentów w szpitalach. Bez efektów. Prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej ostrzega: – *Gdyby wszyscy starsi lekarze zrezygnowali z pracy, system służby zdrowia... się rozszypie.*

W medycynie, gdy los sprzyja, kształcenie specjalisty trwa 12 lat. Aż strach pomyśleć, co nas czeka w 2026 r. Tymczasem nie znajduję pociechy, gdy czytam informację (www.premier.gov.pl) o udziale premiera Donalda Tuska w VIII Forum Liderów Organizacji Pacjentów w Warszawie: „Premier pokreślił, że zadaniem rządzących jest zapewnienie, aby momenty, gdy człowiek staje się pacjentem, nie były bardziej dokuczliwe, niż jest to konieczne. Premier mówił również o konieczności skrócenia kolejek do lekarzy. – *Nikt nie jest bezbłędny, a w tak wielkiej maszynie, jaką jest system ochrony zdrowia, błędy muszą się zdarzać* – mówił premier o systemie służby zdrowia. – *Naszym zadaniem jest to, aby tych błędów było jak najmniej, a bez waszej pomocy nasza praca nie będzie doskonała* – dodał.

ANDRZEJ PIECHOCKI
FOT. ANDRZEJ PIECHOCKI



Zaproszenie

Serdecznie zapraszamy koleżanki i kolegów 14 marca 2014 r. o godz. 18.30 do siedziby Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu, przy ul. Nowowiejskiego 51, na wieczór autorski dr. Ryszarda Krawca połączony z promocją jego książki „Życiowy poker”. Kolega wielokrotnie publikował swoje wiersze na łamach naszego „Biuletynu WIL”. Zbiór prezentowanych w książce utworów jest rodzajem pogodnego reportażu z życia osobistego i zawodowego autora, reakcją na otaczające nas realia. Zachęcamy do spotkania, które będzie kolejną okazją do integracji naszego środowiska.



Rok 2014 niesie ze sobą wiele zmian. Dla nas najważniejszą jest zmiana miejsca naszych żeglarskich zmagania. W tym roku mistrzostwa odbędą się w uroczej letniskowej wsi Morzyczyn nad jeziorem Miedwie w gminie Kobylanka, 24 km od Szczecina (w załączeniu info o nowym miejscu). Regaty odbędą się na łodziach typu Omega na niezmiennych zasadach, w systemie przesiadkowym. Jak zwykle podczas wieczornego biesiadowania szykujemy wiele niespodzianek... zapewniamy miłą atmosferę i dobrą zabawę...

Zgłoszenia odbywają się na podstawie formularzy wraz z potwierdzeniem wpłaty wpisowego przesłanych pocztą, faksem lub e-mailem do 9 maja 2014 r. na adres: Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 11, 71-332 Szczecin, tel./faks 91 48 77 561, ksidor@oil.szczecin.pl

SZCZEGÓŁY:

1. TERMIN
6-8 czerwca 2014r.
2. MIEJSCE REGAT
Morzyczyn, jezioro Miedwie
3. NOCLEG
Hotel 104, Stargard Szczeciński, osir.stargard.pl/hotel-104/informacje
4. WPISOWE
1350 zł od załogi. W ramach wpisowego załoga otrzymuje dwa noclegi oraz pełne wyżywienie dla 3 osób.
4. DANE ORGANIZATORA
Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 11, 71-332 Szczecin, tel./faks: 91 48 77 561. e-mail ksidor@oil.szczecin.pl

Osoby do kontaktu:
Halina Teodorczyk
tel. 604 41 68 64, e-mail: halte@wp.pl
Halina Ey-Chmielewska
tel. 601 576 160 mail: eychmielewska@wp.pl
Kamila Sidor, biuro OIL w Szczecinie
tel./faks 91 48 77 561, 784 02 99 24
adres e-mail: ksidor@oil.szczecin.pl

Wpłaty (wpisowego) należy dokonać na konto:
ING Bank Śląski 98 1050 1559 1000 0022 1716 8034
z dopiskiem „REGATY – OIL”

Do jakiej „jakości” dążyć?

Pewną konsternację wzbudziło u mnie podpisane przez prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w styczniu zarządzenie w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Uwzględniono w nim sugestie preferowania przy kontraktowaniu podmiotów posiadających certyfikaty ISO, a także certyfikat akredytacyjny ministra zdrowia. Wypada podjąć refleksję – z punktu widzenia lekarskiego – czy systemy te są na tyle dojrzałe i dotyczące istoty działalności medycznej, by stały się istotnymi wyznacznikami budowania szpitali i poradni przyszłości.

Przestawianą racją zarządzenia jest zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom, a także możliwie optymalnej jakości udzielania świadczeń. Wypada się więc zastanowić, w jakiej mierze proponowane rozwiązania w sposób rzeczywisty są wykładnikami poprawy bezpieczeństwa i jakości. Wprowadzeniem do dyskusji powinna być wnikliwa lektura przez środowisko lekarzy standardów programu akredytacji szpitali Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Na uboczu można chyba pozostawić sprawy certyfikacji ISO – jako

rzeczywistości – w mojej opinii – „obcej kulturowo” sprawom opieki medycznej.

Należy wyrazić niezwykle zdziwienie, że refleksja dotycząca „regulatorów jakości” jest niezwykle rzadko podejmowana w głównym nurcie tematów środowiska lekarskiego. Nie słyszałem też o podjęciu rękawicy przez przedstawicieli naszego środowiska izbowego. Dyskusja jest ważna o tyle, że preferowane regulacje mogą wpływać w sposób niezwykle istotny na codzienne działanie naszych szpitali i poradni. Stąd brak wpływu na przyjmowane kierunki ewolucji systemu stanowią nieodpowiedzialną rezygnację z kształtowania przy-

szłości codziennej praktyki lekarskiej. Do tej pory – w mojej opinii – lekarze praktycy z krwi i kości tylko marginalnie uczestniczyli w wypracowywaniu oblicza przyszłej działalności w ochronie zdrowia w zmieniających się warunkach emancypacji innych zawodów medycznych i administracji.

Standardy akredytacji szpitali Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia są niezwykle obszernym zestawem szczegółowych wymogów wylistowanych w ponadstuleciowym dokumentem. Jako sztandarowy przykład standardu akredytacyjnego autorzy podają procedurę informowania bliskich pacjenta o nagłym pogorszeniu jego stanu zdrowia. Według twórców doktryny, w szpitalu powinna być stworzona procedura zapewniająca wypełnienie tego postulatu z racji na jakość i bezpieczeństwo. I tego typu – bądź podobnych – w różnych obszarach – wymogów jest co najmniej kilkadziesiąt.

W zdumieniu swoim po lekturze dokumentu zapytałem kilku z kolegów lekarzy, co robi się w wypadku nagłego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta oddanego naszej pieczy, na przykład pod-

Szkolenia bhp i ppoż w izbie lekarskiej

Informujemy, że Wielkopolska Izba Lekarska przygotowała ofertę szkoleń w zakresie ochrony przeciwpożarowej i bhp dla prowadzących praktyki lekarskie i podmioty lecznicze oraz ich pracowników.

Szkolenia odbywać się będą w siedzibach izby lekarskiej oraz z wykorzystaniem narzędzi e-learningu.

Szczegółowe informacje zostały zamieszczone na stronie izby lekarskiej www.wil.org.pl w zakładce „Pomocnik Lekarski” oraz „Najbliższe kursy i szkolenia” oraz pod numerem telefonu: 61 852 58 60 w.120 lub 601 799 706 oraz ksztalcenie@wil.org.pl.

Gwarantujemy atrakcyjne ceny i przystępne terminy w optymalnych grupach

Ochrona danych osobowych w gabinecie lekarskim

W związku z licznymi pytaniami oraz aktywnością wielu komercyjnych firm zapraszamy członków Wielkopolskiej Izby Lekarskiej na spotkanie informacyjne dotyczące ochrony i przetwarzania danych osobowych w gabinetach lekarskich i dentystycznych.

Szkolenie odbędzie się 26 marca 2014 r. o godz. 18.00 w siedzibie Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu, przy al. Niepodległości 37.

Program:

1. Dane osobowe i ich przetwarzanie w gabinecie lekarskim i dentystycznym.
2. Zbiory danych osobowych w gabinetach lekarskich.
3. Czym jest polityka bezpieczeństwa dla gabinetu lekarskiego, instrukcja zarządzania systemem informatycznym? Jak je opracować?
4. Jak przestrzegać przepisów o ochronie danych osobowych w gabinetach lekarskich.

Spotkanie poprowadzi administrator bezpieczeństwa informacji Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. Szkolenie jest bezpłatne i potrwa ok. 90 minut.

Zapisy: admin@wil.org.pl lub 783 993 939

czas dyżuru. Wszyscy zgodnie i bez wahania udzielili racjonalnej odpowiedzi, potwierdzając, że działanie takie jest codziennością ich praktyki. Wynikało to jednak z formacji lekarskiej, z pewnej wewnętrznej powinności, która zapewne zrodziła się w kształtowaniu swego rodzaju etosu lekarskiego. Pytani o konieczność regulacji przy użyciu wewnętrznych zapisów szpitalnych spoglądali na mnie z – delikatnie określając – pewną dozą podejrzliwości. Wątpliwości budzi też szczegółowość wielu innych proponowanych procedur, choć – trzeba przyznać – wiele zaproponowanych na pewno porządkowałyby organizacyjnie naszą działalność.

Postawić trzeba niezwykle istotne pytanie, jakie obszary działalności ściśle medycznej powinny być obwarowane zapisami je określającymi w sposób sformalizowany, by zapewnić rzeczywiste bezpieczeństwo pacjentów i tworzyć możliwie optymalną jakość udzielania świadczeń.

Trzeba wyrazić, jakie obawy w środowisku lekarskim mogą budzić preferowane standardy akredytacyjne. Wymieniłbym tylko dwie spośród nich. Pierwszą jest obawa przed formalizmem. Druga to ryzyko nieuszanowania pewnej – historycznie uwarunkowanej i uświęconej tradycją – autonomii zawodu lekarza, a także pielęgniarki czy farmaceuty. Uszanowania pewnych me-

chanizmów związanych z dorastaniem do samodzielności zawodowej, kształtowania i rozwijania umiejętności, często niewymiernych. Te mechanizmy rozwijają się i są przekazywane przez medyków z pokolenia na pokolenia, najlepiej w relacji: mistrz – uczeń. Pozostaje pewna przestrzeń niewytłumaczalna, nieokreślona, której nie jest w stanie przeniknąć osoba (i regulacja) z zewnątrz. I trzeba to uszanować.

Nie wyobrażam sobie ponadto, w jakiej mierze mogłyby systemy akredytacyjne zaangażowane w ocenianie tego, co rzeczywiście istotne, a więc np. zdolności i sprawności operatora, cech osobowych związanych z umiejętnością podejmowania decyzji, umiejętności kontaktu z pacjentem rodzących zaufanie i bezpieczeństwo. A przecież są to sprawy pierwszorzędne dla zapewnienia pacjentowi jakości i bezpieczeństwa. Opisać w procedurach można tylko niewielką część rzeczywistości.

Obawiam się ponadto, że dość istotnym tłem wątpliwości związanych z wprowadzeniem opresji formalizującej działania w obszarze medycyny są pewne fundamentalne różnice w sposobie oglądu świata i roli odgrywanej przez osoby troszczące się o zdrowie chorych. Dotychczas działalność ludzi wykonujących zawody medyczne, a przede wszystkim lekarzy i pielęgniarek, oparta była na pewnym – przekazywanym z pokolenia na poko-

lenie – etosie zawodowym, najwyżej częściowo skodyfikowanym. Związana była z tym swego rodzaju szczególna formacja będąca niezwykle istotnym elementem kształtowania postaw, utwierdzania w merytorycznie optymalnych i ofiarnych sposobach działania. Czy nie cenniejszym byłoby zwrócenie uwagi na jakość tej właśnie „formacji lekarskiej”, za którą odpowiedzialni są pracujący w uczelniach medycznych i odpowiadający za szkolenie podyplomowe oraz za bieżące funkcjonowanie naszych szpitali i poradni?

Jakie warunki muszą zostać spełnione, by systemy akredytacyjne były szerzej akceptowane i przyswojone w środowisku medycznym? Powinny udowodnić, że nie prowadzą do formalizacji w celu wykreowania utopijnego świata, tylko do zmniejszania obciążeń administracyjnych; do upraszczania spraw, a nie ich komplikowania. Drugim warunkiem koniecznym jest delikatność – zachowanie zasady nieingerowania w autonomię zawodu lekarza.

Uważam, że jako środowisko lekarskie powinniśmy podjąć we wskazanym temacie rzetelną dyskusję. Czy mogę do niej – w rzeczywistości środowiska wielkopolskiego – zaprosić?

SZCZEPAN COFTA

Drogie Koleżanki, Drodzy Koledzy
Absolwenci Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Poznaniu
Studiujący w latach 1973–1979!

Nadszedł czas na kolejne nasze wspólne spotkanie, tym razem z okazji 35-lecia ukończenia studiów. Większość z nas obchodzić też będzie w 2014 r. okrągłe urodziny. Mam więc nadzieję, że wspólnie świętować będziemy obie rocznice.

Spotkanie odbędzie się 14–15 czerwca 2014 r. w hotelu „Delicjusz”, w miejscowości Trzebaw-Rosnówko, przy ul. Poznańskiej 1.
 Numer tel. do hotelu +48 61 8 108 108
 Koszt całkowity imprezy wynosi 360 zł od osoby.
 W skład pakietu wchodzi: bar kawowy, kolacja, nocleg ze śniadaniem (w pokoju 2- lub 3-osobowym), obsługa fotograficzna + album, muzyka w czasie kolacji.
 Osoby, które nie chcą nocować w hotelu, płacą 270 zł.
 Należność za spotkanie proszę wpłacać na konto:
 PKO BP SA 20 1020 4027 0000 1602 0755 4621
 Dopłata do pokoju 1-osobowego wynosi 50 zł.
PROSZĘ INDYWIDUALNIE REZERWOWAĆ MIEJSCA NOCLEGOWE.
 Doba hotelowa od godz. 14.00 do 12.00.
 Śniadanie od godz. 7.00 do 12.00.

Koleżanki, które zmieniły nazwisko, proszone są o podanie również nazwiska panińskiego na blankiecie wpłaty za spotkanie.

PLAN SPOTKANIA:
14.06.2014 SOBOTA

- przyjazd gości w godzinach popołudniowych
- zakwaterowanie w hotelu
- poczęstunek dla przyjezdnych od 14.00
- spotkanie w SALI KONFERENCYJNEJ 19.00–20.00
- uroczysta kolacja od 20.00 – CZĘŚĆ RESTAURACYJNA + DJ

DO ZOBACZENIA W CZERWCU

Hanka Jaśtak-Krauss
 e-mail: hjk12@poczta.fm

Z medycznej wokandy



JERZY SOWIŃSKI



JĘDRZEJ SKRZYPCZAK

Czy można bezkarnie krytykować innego lekarza w obecności pacjentów?

Na wstępie wypada poinformować czytelników, że z uwagi na rozpoczęcie nowej kadencji OSL WIL zaprosiłem do współpracy przy redagowaniu rubryki poświęconej odpowiedzialności zawodowej lekarzy aktualnego przewodniczącego Sądu Lekarskiego prof. Jerzego Sowińskiego. Znając doświadczenie zawodowe profesora, wiele sobie po tej współpracy obiecuję, a myślę, że i dla państwa takie spojrzenie lekarza i prawnika będzie ciągle interesujące. Jednocześnie mam nadzieję, że niebawem będziemy mogli z ustępującym prezesem OSL dr. Grzegorzem Wroną zaproponować jeszcze inny stały cykl publikacji.

prof. UAM dr hab. Jędrzej Skrzypczak

Nawiązując do pytania postawionego w tytule, naiwnością byłoby stwierdzenie, że do takich sytuacji nie dochodzi. Bo niestety dochodzi. Inną kwestią jest odpowiedzialność prawna za takie działania. I tu pojawiają się pewne wątpliwości na tle wykładni art. 52 ust. Kodeksu etyki lekarskiej (KEL). Przypomnijmy, że zgodnie z tym przepisem: „Lekarz powinien zachować szczególną ostrożność w formułowaniu opinii o działalności zawodowej innego lekarza, w szczególności nie powinien publicznie dyskredytować go w jakikolwiek sposób”. No właśnie, pojawia się pytanie, jak interpretować przesłankę „publicznego” działania. Problem jest na tyle istotny, że rozstrzygał tę kwestię niedawno Sąd Najwyższy. Przy okazji warto zaznaczyć, że wszystkie dane personalne zostały zmienione, bo nie chodzi o ponowne karanie czy piętnowanie kogoś, a jedynie o ukazanie problemu.

Otóż wyrokiem Sądu Najwyższego z 9 września 2013 r. w sprawie o sygn. akt SDI 21/13, po rozpoznaniu kasacji wniesionej przez obrońcę obwinionej od orzeczenia NSL w Warszawie, uchylono zaskarżone orzeczenie i sprawę przekazano NSL do ponownego rozpoznania. Stan faktyczny w tej sprawie przedsta-

wiał się następująco. Lekarz A.A. został obwiniony o to, że pełniąc w lipcu 2010 r. obowiązki zastępcy dyrektora do spraw lecznictwa w SP ZOZ w A., nie zachował szczególnej ostrożności w formułowaniu opinii o działalności zawodowej lek. B.B. wobec rodzin pacjentów tego lekarza, tj. o przewinienie zawodowe z art. 52 ust. 2 KELj. Okręgowy Sąd Lekarski uznał obwinionego za winnego przewinienia zawodowego popełnionego w sposób opisany we wniosku o ukaranie, precyzując jednak, że publiczne dyskredytowanie dr. B.B. przez obwinionego dokonało się w ten sposób, że 5 lipca 2010 r. w rozmowie z pacjentem C.C. użył określenia wobec pokrzywdzonego „nie będzie mi tu gwiazdorzył” oraz „operacja będzie trwała pół godziny, 20 minut reanimacja, a 10 minut poszukiwanie zakładu pogrzebowego”. Z kolei w rozmowie z inną osobą użył określenia „nie jest żadną złotą rączką”. W oce-

nie OSL obwiniony naruszył art. 52 ust. 2 KEL i za to wymierzył karę nagany. Odwołanie od tego orzeczenia wywiódł obrońca obwinionego, zarzucając orzeczeniu OSL m.in. nieprawidłową kwalifikację czynu oraz sprzeczność ustaleń poczynionych przez sąd z zgromadzonym materiałem dowodowym. Naczelny Sąd Lekarski zmienił zaskarżone orzeczenie w ten sposób, iż wymierzył obwinionemu karę upomnienia. Od tego orzeczenia kasację złożył obrońca obwinionego. W ocenie SN kasacja okazała się zasadna, nie zgadzając się w ten sposób z wykładnią zaprezentowaną przez sąd I instancji w zakresie dotyczącym wykładni art. 52 ust. 2 KEL. Jak podkreślił SN: „zgodnie z utrwaloną od okresu międzywojennego linią orzeczniczą, dotyczącą wykładni znamienia publiczności działania sprawcy, przez pojęcie to należy rozumieć taką sytuację, w której miejsce, okoliczności i sposób popełnienia czynu umożliwiają

Drodzy Koleżanki i Koledzy – absolwenci AM w Poznaniu, rocznik 1984!

**W roku 2014 minie kolejna, już 30. rocznica ukończenia przez nas studiów!
Z tej okazji organizujemy spotkanie koleżeńskie,
które odbędzie się w restauracji Green Hotel w Komornikach 4 października 2014 r.
Planujemy rozpocząć od godzin popołudniowych, jest możliwość noclegu.**

Szczegóły dotyczące rejestracji podamy w najbliższym czasie!

Zapraszamy wszystkich!

Organizatorki:

Jagoda Bernardczyk-Meller, jbmeller@poczta.onet.pl, tel. 602 433 278

Iza Kucharczyk-Bauman, iza.bauman@wp.pl, tel. 501 574 382

jego dostrzeżenie przez większą, bliżej nie określoną liczbę osób”. Z kolei w tym przypadku SN zauważył, że słowa krytyki zacytowane w opisie przypisanego lek. A.A. przewinienia zawodowego zostały wypowiedziane przez obwinionego w rozmowie z dwoma osobami, w dodatku z każdą z nich z osobna. Brak było zatem podstaw do przyznania przypisanemu jej przewinieniu dyscyplinarnemu cech działania publicznego. Natomiast SN zwrócił uwagę, że przy ponownym rozpoznaniu sprawy sądy lekarskie powinny rozważyć możliwość przypisania obwinionemu przewinienia zawodowego polegającego na naruszeniu normy deontologicznej wyrażonej w art. 52 ust. 2 KEL, jednakże bez uznawania go za działanie publiczne. Przepis ten bowiem, poprzez zwrot: „w szczególności”, jedynie przykładowo wskazuje na niedopuszczalność publicznego przekraczania granic krytyki innego lekarza, co nie stoi na przeszkodzie uznaniu za delikt dyscyplinarny również takiego zachowania, które polegało na niezachowaniu ostrożności w formułowaniu opinii względem innego lekarza, ale nie mogło zostać odebrane przez większą liczbę osób.

W świetle powyższego warto dodać, że wskazany art. 52 ust. 2 KEL nie nakłada na lekarza absolutnego zakazu formułowania negatywnych opinii o działalności zawodowej innych lekarzy. Jednak w wypadku, gdy zauważy on błędne postępowanie kolegi, nie powinien publicznie go krytykować. W pierwszej kolejności należy przekazać mu swoje spostrzeżenia, a jeśli to okaże się bezskuteczne, zwrócić się do izby lekarskiej. Poinformowanie izby nie stanowi bowiem naruszenia zasad etyki zawodowej, natomiast krytyka dyskredytująca lekarza skierowana do pacjentów już takie naruszenie stanowi. Należy też rozróżnić krytykę od dyskredytowania. Ta druga opiera się często na nieprawdzie i ma na celu przedstawienie adresata w złym świetle. Natomiast krytyka ujawniająca prawdę, merytoryczna i wyważona nie będzie zaś dyskredytująca.

Podsumowując, bez względu na to, czy działanie ma charakter publiczny w powyższym rozumieniu, czy też niepubliczny, krytyka nosząca znamiona zniesławienia jest niedopuszczalna. Z pewnością działanie publiczne powinno być bardziej surowo karane, choć każda z tych form jest niedopuszczalna.

Wiele się tutaj dzieje

Ulica Polna 33, 60-535 Poznań. Ten adres wielu wspomina z sentymentem. Wszak kiedyś tam właśnie krzykiem oznajmili, że przyszli na świat. Rocznie odbywa się około 7000 porodów i 4500 operacji. Historia tego miejsca sięga października 1901 r., kiedy to Szpital-Poliklinika Prowincjonalnego Zakładu dla Akuszerok przyjął pierwsze pacjentki.

Dzisiaj Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego jest monoprofilowy, posiada III stopień referencyjności w ginekologii i położnictwie, onkologii ginekologicznej i neonatologii. Tego typu placówka nie ma równych sobie w Polsce. Jest ona także uznana, nie tylko w Polsce, bazą dydaktyczną i naukową. Kształci przyszłych lekarzy wszystkich wydziałów uczelni, aktywnie uczestniczy w szkoleniu przed- i podyplomowym. Od ponad 100 lat wiedzę zdobywają tutaj położne i pielęgniarki.

Po kryzysie finansowym w 2009 r., spowodowanym m.in. niską wyceną procedur położniczo-ginekologicznych, powiodło się wdrożenie skutecznego programu restrukturyzacji. Na tyle, że dzisiaj sytuacja szpitala jest stabilna, a jego wynik ekonomiczny – dodatni.

Ostatnio głośno było o tej placówce w poznańskich mediach nie tylko dlatego, że urodziły się w niej kolejne trojaczki. Otóż zakończona została kolejna ważna inwestycja – oddział neonatologiczny. Do tej pory nie było takiego w Wielkopolsce. Teraz noworodki wypisane ze szpitala, które musiały być ponownie hospitalizowane, mają zapewnioną wysokospecjalistyczną opiekę medyczną na najwyższym poziomie. Oddział dysponuje 6 stanowiskami intensywnej terapii i 6 stanowiskami izolacyjnymi. Wyodrębnione zostało też miejsce dla Kliniki Zakażeń Noworodka. Niektóre prace budowlane prowadzone były pod nadzorem konserwatora zabytków. Szpital zabiega o pieniądze na dalszy etap remontu dachu. Jego przeprowadzenie oznaczałoby zakończenie gruntownej modernizacji głównego budynku szpitala.

AP
FOT. ANDRZEJ PIECHOCKI



Zdrowie jamy ustnej

Sprawozdanie z konferencji inauguracyjnej projektu „Edukacja, promocja i profilaktyka w kierunku zdrowia jamy ustnej skierowana do małych dzieci, ich rodziców, opiekunów i wychowawców”.

W Centrum Kongresowo-Dydaktycznym Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu 22 października 2013 r. odbyła się konferencja inauguracyjna projektu „Edukacja, promocja i profilaktyka w kierunku zdrowia jamy ustnej skierowana do małych dzieci, ich rodziców, opiekunów i wychowawców”. Przedsięwzięcie współfinansowane jest przez Szwajcarię, w ramach szwajcarskiego programu współpracy z nowymi krajami członkowskimi Unii Europejskiej. Współfinansowanie krajowe projektu zapewnia natomiast minister zdrowia.

Poznański Uniwersytet Medyczny podczas konferencji reprezentowały najwyższe władze uczelni w osobach JM Rektora, Kanclerza oraz przedstawicieli prorektorów, dziekanów i prodziekanów. W wydarzeniu udział wzięli znamienici goście z całego kraju, w tym między innymi: Aleksandra Chmielewska (przedstawiciel biura Swiss Contribution oraz Ambasady Szwajcarii w Polsce), Dagmara Korbasińska (dyrektor Departamentu Matki i Dziecka w Ministerstwie Zdrowia), Izabela Ostaszewicz (przedstawiciel Departamentu Funduszy Europejskich w Ministerstwie Zdrowia), Aneta Krzywicka (naczelnik Wydziału Wdrażania Programów Pomocy Zagranicznej w Ministerstwie Rozwoju Regionalnego), dr n. med. Andrzej Baszkowski reprezentujący Naczelną Radę Lekarską, przedstawiciele Wydziału Zdrowia Urzędu Miasta Poznania, uczelni medycznych w kraju, Narodowego Funduszu Zdrowia, okręgowych izb pielęgniarek i położnych, a także partnerów realizujących projekt we współpracy z Uniwersytetem Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, kierownicy katedr i zakładów uczelni medycznych w kraju, pielęgniarki i położne, dyrektorzy przedszkoli oraz studenci.

Konferencję otworzyła prof. dr hab. Maria Borysewicz-Lewicka (przewodnicząca rady programowej projektu), która przedstawiła także podejmowane dotąd prace i podziękowała władzom Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu za ogromne wsparcie i zaangażowanie w realizację programu. Jego Magnificencja rektor prof. dr hab. Jacek Wysocki w swoim przemówieniu podkreślił duże znaczenie projektu dla profilaktyki stomatologicznej u małych dzieci w Polsce. Aleksandra Chmielewska przedstawiła sposób i zakres wykorzystania funduszy szwajcarskich w Polsce, a kierownik biura projektu Kamil Górecki – szczegółowe założenia i cele projektu oraz szczegóły działań.

Niezwykle interesujący honorowy wykład inauguracyjny „Dziecko w świecie emocji i stresu” wygłosiła prof. dr hab.

Jadwiga Joško-Ochojska. Przedstawiona została korelacja pomiędzy stresem przyszłej matki a możliwością przedwczesnego porodu oraz występowaniem wielu chorób u dziecka, w tym między innymi choroby próchnicowej zębów. Następne w kolejności przedstawione zostały prezentacje prof. dr hab. Magdaleny Wochny-Sobańskiej na temat danych dotyczących epidemiologii choroby próchnicowej u dzieci w Polsce i na świecie oraz dr n. med. Justyny Opydo-Szymaczek „Fluorki w środowisku – ocena ekspozycji u małych dzieci”, która przekazała również cenne uwagi praktyczne. Z kolei dr n. ekon. Magdalena Szumska zaprezentowała aspekt dotyczący „Błędów w kontakcie z małymi dziećmi i ich opiekunami a zachowaniami prozdrowotnymi”.

Projekt prowadzony będzie w całym kraju przy współudziale Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu jako lidera oraz 8 partnerskich uczelni i placówek medycznych. Stomatologiczną edukacją objętych zostanie 300 tys. dzieci w wieku od 0 do 5 lat oraz ich rodzice, opiekunowie, a także nauczyciele i wychowawcy przedszkolni. Działania mają na celu promocję profilaktyki chorób jamy ustnej oraz zachowań prozdrowotnych.

Edukacja dzieci w wieku od 3 do 5 lat odbywać będzie się w placówkach przedszkolnych przez przeszkolonych edukatorów. Poprowadzą oni zajęcia obejmujące prezentację wraz z projekcją filmu edukacyjnego skierowanego do przedszkolaków, specjalnie zrealizowanego na potrzeby projektu oraz instruktaż higieny jamy ustnej. Każde z dzieci otrzyma pastę do zębów i szczoteczkę oraz ulotkę edukacyjną. Warto wspomnieć, iż w każdym przedszkolu objętym edukacją pozostanie pakiet przeznaczony dla nauczycieli i wychowawców, który umożliwi im kontynuację działań w przyszłości. Edukacja rodziców odbywać się będzie z wykorzystaniem skierowanego do nich filmu i broszury. Ponadto przeprowadzona zostanie edukacja rodziców dzieci w wieku 0–2 lat za pośrednictwem szkół rodzenia, lekarzy pediatrów, a także pielęgniarek i położnych. Przedstawiciele tych grup zawodowych podczas jednodniowych szkoleń poszerzą swoją wiedzę na temat profilaktyki stomatologicznej i innych aspektów związanych ze zdrowiem jamy ustnej dzieci. Ci z kolei zdobytą wiedzę przekazywać będą rodzicom najmłodszych dzieci wraz ze specjalną ulotką edukacyjną do nich skierowaną.

Przedszkola zainteresowane uczestnictwem w projekcie mogą zgłaszać się za pośrednictwem strony www.zebymalegodziecka.pl, gdzie znajdują się także szczegółowe informacje dotyczące przedsięwzięcia.

Maskotką projektu został królik Pampis, oficjalnie przedstawiony publiczności zgromadzonej na konferencji.

DR N. MED KAROLINA GERRETH
SEKRETARZ RADY PROGRAMOWEJ PROJEKTU



Czy nagłe zatrzymanie krążenia musi być nagłe?

Jest rok 1931. Wypoczywający w małej wiosce Port Lligat Salvador Dalí maluje „Trwałość pamięci” – rozpoznawalny obraz o nierozpoznawalnym tytule. Surrealistyczne przedstawienie czasu, będące metaforą przemijania ludzkiej egzystencji. Ponadczasowe dzieło, które uzmysławia fakt, że czas płynie. Staje się realny dla nas i naszych pacjentów. W nagłych zagrożeniach ich zdrowia i życia toczą z nim nierówną walkę. Czy możemy im w niej pomóc?

Dane przedstawiane przez Europejską Radę Resuscytacji są bezwzględne. Rocznie w Europie dochodzi do 400 tys. zatrzymań krążenia, w większości wypadków poza szpitalem – w miejscach publicznych, na ulicy czy w gabinecie lekarskim, do którego zgłaszają się pacjenci z objawami przepowiadającymi. Rozpoznanie i wstępne leczenie pacjenta w stanie zagrożenia życia powinno być podstawową umiejętnością lekarza niezależnie od specjalizacji. Przyswojenie umiejętności stosowania w praktyce powtarzalnych, prostych schematów – zbierania wywiadów wg SAMPLE i oceny stanu pacjenta wg ABCDE – identyfikacja odwracalnych przyczyn zatrzymania krążenia, tzw. 4H i 4T – połączone z podstawowymi procedurami, jak udrożnienie dróg oddechowych, zastosowanie tlenoterapii czy przetoczenie płynów, często zapobiega wystąpieniu zatrzymania krążenia, a na pewno sprawia, że nie będzie ono dla nas wcale takie nagłe.

Statystycznie tylko 10% pacjentów spośród 400 tys. opuści szpital. Jednak szybkie rozpoznanie, rozpoczęcie uciskania klatki piersiowej i użycie automatycznego defibrylatora zewnętrznego (AED) zwiększa tę szansę nawet do 75%. Imponujące i proste! Na dodatek możemy się na to przygotować.

Jak zapobiegiesz zatrzymaniu krążenia? Jak je rozpoznasz? Jak będziesz postępował, będąc świadkiem tego zdarzenia? W ciągu roku zapominamy kilkadziesiąt procent informacji zdobytych na seminariach i warsztatach, nie wspominając o studiach. A kto z nas, lekarzy, nie pracując na oddziałach intensywnej terapii, szpitalnych oddziałach ratunkowych czy zespołach ratownictwa medycznego, wie, jak postępować w takiej sytuacji? Zegar tyka...

LEK. MICHAŁ SZEMIEŃ

ASYSTENT W ZAKŁADZIE MEDYCZYNY RATUNKOWEJ
UNIwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

NAGŁE STANY ZAGROŻENIA ŻYCIA W CODZIENNEJ PRAKTYCE LEKARSKIEJ

Uczestnicy kursu, poza wiedzą teoretyczną, będą mieli możliwość korzystania z nowoczesnych i profesjonalnych symulatorów pacjenta – zajęcia warsztatowe. Grupa liczyć będzie do 16 osób.

Kurs jest przeznaczony dla wszystkich lekarzy, niezależnie od specjalizacji. W kursach do tej pory mieliśmy okazję współpracować z lekarzami rodzinnymi, okulistami, neurologami, lekarzami medycyny pracy, internistami, laryngologami, psychiatrami i wieloma innymi specjalistami.

Cena to 200 zł. Przewidziany jest bufet kawowy i drobny poczęstunek. Za uczestnictwo w kursie przysługuje certyfikat, materiały oraz 7 punktów edukacyjnych. Miejsce szkolenia: siedziba WIL, Poznań, al. Niepodległości 37.

Termin: 25 i 27 marca 2014 r. Kurs podzielony będzie na 2 dni szkoleniowe w godz. 18.00–21.30 (wtorek i czwartek).

Program:

1. Organizacja Systemu Ratownictwa Medycznego w Polsce – CPR, ZRM, LPR, SOR.
2. Szybka ocena pacjenta w nagłych stanach zagrożenia zdrowotnego – SAMPLE i ABCDE.
3. Odwracalne przyczyny zatrzymania krążenia – 4H, 4T.
4. Metody bezprzyrządowe i przyrządowe udrażniania dróg oddechowych. Zasady tlenoterapii.
5. Uniwersalny algorytm postępowania w zatrzymaniu krążenia z użyciem defibrylatora manualnego i AED.
6. Postępowanie w warunkach przedszpitalnych w wybranych stanach zagrożenia zdrowotnego – wstrząs anafilaktyczny, ostry zespół wieńcowy, udar mózgu, zatrucie CO.
7. Postępowanie w tachykardiach z tętnem i bradykardii – kardiowersja i symulacja przeskórna.

STANY NAGŁE W PRAKTYCE LEKARZA DENTYSTY

Kurs dla lekarzy dentystów, który pozwoli na profesjonalne zachowanie i ocenę sytuacji w nagłym zagrożeniu życia w gabinecie stomatologicznym. W kursie mogą uczestniczyć asystentki stomatologiczne.

Uczestnicy kursu, poza wiedzą teoretyczną, będą mieli możliwość korzystania z nowoczesnych i profesjonalnych symulatorów pacjenta – zajęcia warsztatowe. Grupa liczyć będzie do 16 osób.

Cena to 200 zł. Przewidziany jest bufet kawowy i drobny poczęstunek. Za uczestnictwo w kursie przysługuje certyfikat, materiały oraz 8 punktów edukacyjnych. Miejsce szkolenia: siedziba WIL, Poznań, al. Niepodległości 37.

Termin: 28 marca 2014 r. w godz. 12.00–20.00.

Zapisy:

- tel. 61 852 58 60 w. 120/122, kształcenie@wil.org.pl, tel. 601 799 706, lub formularz zgłoszeniowy na stronie www.wil.org.pl
- w przypadku zebrania się co najmniej 10-osobowej grupy istnieje możliwość przeprowadzenia kursu w terminie i miejscu dostosowanym do wolnego czasu kursantów i instruktorów

PERYSKOP

onet.pl

Janusz Skowronek
(doniesienia opracowane
na podstawie internetu z serwisów
– www.onet.pl, www.wp.pl
i www.rp.pl)

1,5 mln Polaków ma depresję, coraz częściej dotyka ona ludzi aktywnych

W Polsce na depresję cierpi 1,5 mln osób. Coraz częściej są to ludzie aktywni zawodowo, odnoszący sukcesy. To nowe oblicze depresji ma związek m.in. z szybkim tempem życia i zaburzeniem proporcji między pracą a wypoczynkiem – oceniają eksperci. Mówili o tym na konferencji prasowej w stolicy, na której zainaugurowano VIII edycję ogólnopolskiej kampanii społecznej „Forum przeciw depresji”. Specjaliści alarmowali też, że co najmniej połowa cierpiących na depresję nie szuka pomocy specjalisty, chociaż schorzenie to można skutecznie leczyć. Na świecie na depresję cierpi 350 mln ludzi. – *Co piąta kobieta i co dziesiąty mężczyzna w ciągu życia ma co najmniej jeden epizod depresji* – powiedział prof. Bartosz Łoza, kierownik Kliniki Psychiatrii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Dodał, że u kobiet z reguły pojawia się on po urodzeniu dziecka, a u mężczyzn w związku z niepowodzeniami zawodowymi. Depresja jest najczęściej diagnozowana u osób między 20. a 40. rokiem życia. Kobiety cierpią na nią dwukrotnie częściej. W Polsce liczbę osób z depresją szacuje się już na 1,5 mln. Doktor Iwona Mazurek-Patejuk z Mazowieckiego Specjalistycznego Centrum Zdrowia zaznaczyła, że zgodnie z przewidywaniami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) do 2020 r. depresja zajmie drugie miejsce wśród chorób będących najczęstszymi przyczynami przedwczesnej śmierci lub uszczerbku na zdrowiu. Już teraz depresja na świecie przyczynia się co roku do miliona zgonów, tj. każdego dnia umiera z jej powodu 3800 osób. Jest bowiem głównym czynnikiem ryzyka samobójstwa. Według prof. Łoży, co-

Wspomnienia

Wspomnienie o dr Janinie Rachockiej



21 października 2013 r. z wielkim smutkiem pożegnaliśmy na cmentarzu junikowskim wspaniałą nauczycielkę, dr med. Janinę Rachocką. Odeszła od nas 16 października 2013 r.

Doktor Janina Maria Rachocka urodziła się 17 listopada 1928 r. w Poznaniu. Jej ojciec był architektem miejskim w magistracie miasta Poznania. Dwa lata po jej urodzeniu rodzice przenieśli się do Łodzi, a w 1940 r. zostali stamtąd wysiedleni i zamieszkali w Warszawie. W 15. roku życia, w styczniu 1944 r., Janina Rachocka została aresztowana wraz z rodzicami za ukrywanie Żydów i uwięziona na Pawiaku. Ojciec został rozstrzelany, a ją i matkę zwolniono z więzienia. Po powstaniu warszawskim, w październiku 1944 r., wyjechały z Warszawy i przez jakiś czas mieszkały w Radomiu i Skierniewicach. Po wyzwoleniu, w lutym 1945 r., wróciły do Łodzi. Matka dr Rachockiej rozpoczęła pracę jako urzędniczka Państwowego Urzędu Repatriacyjnego, a Janina uczęszczała do V Gimnazjum i Liceum Żeńskiego. W 1947 r. otrzymała świadectwo dojrzałości, a następnie rozpoczęła studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Łódzkiego (później Akademii Medycznej w Łodzi). Na ostatnim roku studiów pracowała na stanowisku młodszego asystenta w Zakładzie Higieny Akademii Medycznej w Łodzi. Studia medyczne ukończyła w 1952 r. Następnie rozpoczęła pracę zawodową na stanowisku asystenta w Klinice Chorób Dziecięcych Akademii Medycznej w Łodzi. Pracowała tam do 1954 r. W 1953 r. mąż dr Rachockiej został przeniesiony służbowo do Poznania, a ona 1 września 1954 r. rozpoczęła pracę w Klinice Chorób Dzieci Akademii Medycznej w Poznaniu. 20 października 1955 r. uzyskała I stopień specjalizacji z pediatrii. Od 1 grudnia 1955 r. do 28 lutego 1956 r. pod opieką kardiologa doc. Antoniego Chrościckiego odbywała szkolenie z zakresu kardiologii dziecięcej w I Klinice

Chorób Dzieci w Warszawie. Prace w klinice przerwała w październiku 1956 r. w związku z przeniesieniem męża do pracy w ambasadzie PRL w Berlinie. Wróciła do Polski w listopadzie 1960 r.

Po powrocie do kraju była wolontariuszem w II Klinice Chorób Dzieci Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, a 1 czerwca 1961 r. została w tej klinice zatrudniona, początkowo na stanowisku asystenta, od 1 października 1962 r. na stanowisku starszego asystenta, a od 1 października 1968 r. na stanowisku adiunkta. W 1962 r. rozpoczęła także pracę w poradni kardiologicznej dla dzieci.

W 1963 r., pod opieką doc. B. Jonsso na odbyła 3-miesięczny staż szkoleniowy w Pracowni Fizjologii Klatki Piersiowej Karolinska Sjukhuset (Królewska Akademia Medyczna) w Sztokholmie, kierowanej przez prof. C. Crafoorda. Pod opieką prof. A. Senninga odbyła także 3-miesięczne szkolenie w Szwajcarii, w Pracowni Kardiodiagnostycznej Kliniki Chirurgicznej Uniwersytetu w Zurychu.

II stopień specjalizacji z pediatrii uzyskała 8 kwietnia 1964 r., a stopień naukowy doktora medycyny 14 grudnia 1966 r. (zatw. 26 stycznia 1967 r.), na podstawie pracy „Przydatność poligrafii kardiometrycznej w rozpoznawaniu wrodzonych wad serca i wielkich naczyń w okresie noworodkowym”. W 1976 r. dr Rachocka uzyskała specjalizację z kardiologii.

Dorobek naukowy dr Rachockiej stanowi ponad 90 publikacji z zakresu pediatrii i kardiologii dziecięcej, głównie dotyczących wrodzonych wad serca i nieinwazyjnej diagnostyki kardiologicznej. Napisała m.in. jedną z pierwszych prac dotyczących oceny funkcji podokresów skurczu lewej komory u dzieci. Była także inicjatorem badań dotyczących oceny stężenia digoksyny w surowicy u dzieci z wrodzonymi wadami serca. Jest autorką rozdziału na temat chorób układu krążenia w podręczniku „Zarys pediatrii” pod red. T. Rafińskiego. Kierowała licznymi badaniami naukowymi, w tym współuczestniczyła w Centralnym Programie Badawczym Rozwojowym (CPBR 11.6 cel 25) „Unowocześnione metody rozpoznawania oraz leczenia zachowawczego i chi-

rurgicznego chorób układu krążenia u dzieci u ze szczególnym uwzględnieniem wad wrodzonych serca”.

Dzięki dr Janinie Rachockiej powstał w Poznaniu ośrodek referencyjny z zakresu kardiologii dziecięcej. Pełniła także obowiązki konsultanta ds. kardiologii dziecięcej w Zielonej Górze, Koninie, Kaliszu, Lesznie i w Pile. W tych ośrodkach zorganizowała poradnie kardiologiczne dla dzieci.

Doktor Rachocka prowadziła zajęcia dydaktyczne z pediatrii i kardiologii dziecięcej ze studentami wydziału lekarskiego, a także szkolenie podyplomowe lekarzy z kardiologii dziecięcej.

Doktor med. Janina Rachocka była wspaniałym człowiekiem, naszym mistrzem. Zawsze będziemy pamiętać, jak w małym pomieszczeniu, na poddaszu Kliniki Chorób Dzieci przy ul. Jackowskiego, a później w pracowni EKG w Instytucie Pediatrii przy ul. Szpitalnej, uczyła studentów i lekarzy nie tylko podstaw pediatrii, lecz także wprowadzała nich w zawilosci kardiologii dziecięcej. Podstawą każdej diagnozy stawianej przez dr Rachocką było dokładne badanie chorego dziecka, ze szczegółową analizą wywiadu klinicznego. Osłuchiwanie serca stanowiło swoistego rodzaju misterium. Uczyla dokładnej oceny nie tylko tonów i szmerów nad sercem, lecz także zasad prawidłowego opisu tętna tętniczego i żylnego oraz analizy zapisu EKG. Opisywane przez dr Rachocką badania EKG stawiane były zawsze za wzór do naśladowania. Kiedy wróciła ze stażu kardiologicznego w Szwecji, opowiadano, że koledzy zazdrościli jej umiejętności badania klinicznego, gdyż jak nikt inny potrafiła na jego podstawie ocenić rodzaj wady serca i jej istotność hemodynamiczną.

Doktor Rachocka była zawsze skrupiona na małym pacjencie i jego rodzicach – badała dziecko bardzo dokładnie, potrafiła wyjaśnić rodzicom zawile problemy związane z rodzajem wady serca, podawaniem leków oraz przekazać zalecenia dotyczące jego codziennego życia, aktywności ruchowej, udziału w zajęciach wychowania fizycznego. Pamiętamy jej słowa – „dziecko z wadą serca musi się dobrze uczyć, a nie ciężko pracować”.

Jako zastępca dyrektora ds. klinicznych potrafiła rozmawiać o trudnych problemach związanych z funkcjonowaniem szpitala klinicznego. W trudnych czasach przemian, nie tylko w służbie zdrowia, dr Rachocka uczyła nas tolerancji oraz poszanowania odmiennych poglądów. Z wielkim szacunkiem traktowała kolegów lekarzy i z życzliwością leczyła ich rodziny.

W 1976 r. otrzymała nagrodę zespołową ministra zdrowia i opieki społecznej za wybitne osiągnięcia w kardiologii dziecięcej i kardiologii chirurgii. Za wzorową pracę w służbie zdrowia została wyróżniona Odznaką Honorową Miasta Poznania. Została także odznaczona Złotym Krzyżem Zasługi i Krzyżem Kawalerskim.

Doktor Rachocka urodziła dwoje dzieci – córkę Dorotę i syna Marcina.

Doktor Rachocka była skromnym, rzetelnym i uczciwym człowiekiem. Nie lubiła wielkich laudacji i zaszczytów. Dla grona kardiologów dziecięcych i pediatrów, którzy z nią pracowali, pozostanie niedoścignionym wzorem do naśladowania.

Cześć Jej pamięci.

UCZNIOWIE DR MED. JANINY RACHOCKIEJ

OPRACOWANIE:

ALDONA SIWIŃSKA I ALICJA KRZYŻANIAK

Róża Kubiak z domu Samul



Urodziła się w 1935 r. w małej kurpiowskiej wsi Kozioł, pięknie położonej nad rzeką Pisą. Była jedna z sześciorga rodzeństwa. Po ukończeniu liceum w Pieszku przyjechała i rozpoczęła studia na wydziale lekarskim tutejszej akademii medycznej. Do studiowania i w Poznaniu namówiła ją strasza siostra, śp. Hania Rytelewska, która studiowała tutaj stomatologię.

2 maja 1959 r. podczas zabawy studenckiej poznała swojego męża, Jurka Kubiaka, wówczas studenta Wyższej Szkoły Muzycznej. Na ślubnym kobiercu stanęła 20 października 1962 r. Prze-

PERYSKOP onet.pl

raz częściej depresja nie jest związana z tragedią życiową, taką jak np. utrata dziecka. Te „gigantyczne liczby” napędzane są w dużym stopniu przez współczesny styl życia – szybkie tempo, brak równowagi między pracą a wypoczynkiem, przeciążenie obowiązkami. Doktor Mazurek-Patejuk zwróciła uwagę, że jednym z podstawowych objawów przy rozpoznawaniu depresji – obok smutnego, depresyjnego nastroju – jest anhedonia. Jest to brak lub utrata zdolności do odczuwania przyjemności i satysfakcji, do przeżywania radości z tego, co do tej pory ją przynosiło, jak np. zapach porannej kawy, uprawianie ogrodu, zabawa z wnucami. – *Towarzyszy temu brak spontaniczności w wyrażaniu takich emocji, jak złość czy radość. Stany emocjonalne wyrażane przez osobę, która nie odczuwa przyjemności, są bardzo przygaszone, mają jeden szary, monotony koloryt* – tłumaczyła specjalistka. – *Anhedonia bardzo ogranicza funkcjonowanie, ponieważ sprawia, że ludzie nie mają motywacji do tego, by pracować, starać się. Jest to bardzo trudne również dla bliskich chorego, bo nie potrafią zrozumieć, dlaczego wycofuje się on z życia, dlaczego coś, co zawsze sprawiało mu przyjemność, przestaje go cieszyć* – mówiła dr Mazurek-Patejuk.

Zaznaczyła, że anhedonia jest objawem, który może pozostać po leczeniu depresji, a wówczas stanowi zapowiedź tego, że depresja może nawrócić. – *O ten objaw trzeba pacjentów pytać* – podkreśliła. Jak ocenił prof. Łoza, wzrost liczby osób z depresją wiąże się również ze znacznym wydłużeniem się średniej oczekiwanej długości życia ludzi. – *Na początku XX wieku, gdy wynosiła ona 30 lat, ryzyko depresji było znacznie niższe. (...) jeszcze 50 lat temu analizowano, czy w ogóle jest sens produkować leki przeciwdepresyjne* – powiedział psychiatra. Jak wyjaśniła, im dłużej żyjemy, tym większe jest ryzyko zachorowania na chorobę przewlekłą, a depresja często pojawia się przy chorobie somatycznej i wtedy cierpienie pacjenta się podwaja. – *Nie zapominajmy jednak, że depresja jest uleczalna. Leki przeciw*

PERYSKOP onet.pl

depresji są dla pacjenta jak kolderka, w której trzeba się wygrzać, dając szansę na wprowadzenie zmian w życiu. A im dłużej je stosujemy, tym ich skuteczność wzrasta – tłumaczył. Niestety, co najmniej połowa osób cierpiących na depresję nie zgłasza się do lekarza. – Ludzie nie chcą tego rozpoznania – ocenił prof. Łoza.

Nadciąga „tsunami” zachorowań na nowotwory

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) ostrzega, że nadciąga „tsunami” zachorowań na nowotwory. W 2025 r. liczba przypadków tej choroby wzrośnie z 14 mln do 19 mln rocznie, w 2030 r. – do 22 mln, a w 2035 r. – aż do 24 mln – prognozują autorzy „World Cancer Report 2014”. Dyrektor agencji WHO, Międzynarodowej Agencji Badań nad Nowotworami (*International Agency for Research on Cancer, IARC*), dr Chris Wild, uważa, że głównym powodem „nowotworowego tsunami” jest wzrost liczby ludności oraz starzenie się społeczeństw. – *Niepokojące jest, że gwałtownie rosną również koszty leczenia chorób nowotworowych, które nawet w krajach najbogatszych wymykają się spod kontroli* – dodaje. Zdaniem dr. Wilda w tej sytuacji kluczowe znaczenie ma profilaktyka, która pozwala zapobiec co drugiemu przypadkowi raka. Niestety, w ocenie ekspertów działania w tym zakresie są wciąż niewystarczające, wręcz zaniedbywane. Według przygotowanego przez IARC „World Cancer Report 2014”, najważniejsze działania profilaktyczne to zaprzestanie palenia tytoniu, lepsza ochrona przed infekcjami, głównie dzięki upowszechnieniu szczepień, zmniejszenie spożycia alkoholu i cukru oraz walka z nadwagą i otyłością. Wśród czynników, które mogą przyczynić się do zachorowania, wymienią się nadmierne opalanie się oraz zanieczyszczenie powietrza, a także inne szkodliwe dla zdrowia czynniki środowiskowe. Jeden z ekspertów IARC – dr Bernard Stewart z University of New South Wales w Australii – uważa, że bez odpowiednio rozwiniętej profilaktyki nie będzie można

żyć ze sobą pięknych 51 lat. Owocem ich miłości jest syn Włodzimir, który poszedł w ślady mamy i został lekarzem, oraz córka Agata, która z kolei poszła w ślady ojca i związała swoje życie ze sztuką.

W swojej 50-letniej praktyce lekarskiej niósła ofiarną pomoc ludziom, zdobywając wielki szacunek i wdzięczność swoich pacjentów. Była prawdziwym lekarzem z powołania. Praca i rodzina były sensem jej życia.

Była osobą pełną energii i pomysłów. Miała wiele zainteresowań i pasji, które realizowała. Uwielbiała podróże, kochała przyrodę, a wolne chwile spędzała w swoim ukochanym ogrodzie.

Wiele lat była delegatem na zjazd izby lekarskiej. Aktywnie zaangażowana w pomoc potrzebującym kolegom. Brała czynny udział w życiu Kościoła, współtworzyła Katolickie Stowarzyszenie Lekarzy Polskich.

Jej dewizą w życiu było benedyktyńskie „módl się i pracuj”. Była wspaniałą, kochającą żoną, opiekuńczą, troskliwą i wymagającą matką, bardzo dbającą o rozwój swoich dzieci.

Zmarła 3 października 2013 r. Pozostanie w naszych sercach pełną humoru, uroczą, cudowną kobietą. Będzie nam jej bardzo brakowało. Bardzo dziękuję wszystkim za przybycie na pożegnanie naszej niezapomnianej Róży.

Wspomnienie o Marii Kruszyńskiej-Rosada

Trudno pogodzić się z odejściem osoby pełnej pasji życia, planów zawodowych i prywatnych, jaką była nasza koleżanka Maria Kruszyńska-Rosada.

Urodziła się 24 lutego 1947 r. w Nowych Skalmierzycach. Od 1951 r. wraz z rodzicami i braćmi mieszkała w Poznaniu. Tu ukończyła II LO im. Generałowej Zamoyskiej i Heleny Modrzejewskiej i w 1971 r. studia na Akademii Medycznej. Pracę zawodową rozpoczęła w Ludwikowie, w Sanatorium Chorób Płuc i Gruźlicy, a następnie kontynuowała w gabinecie stomatologicznym w Szkole Podstawowej w Mosinie oraz w przychodni spe-

cialistycznej na poznańskiej Wildzie. W 1987 r. została zatrudniona w Zakładzie Stomatologii Dzieci i Młodzieży Instytutu Stomatologii Akademii Medycznej w Poznaniu, początkowo na etacie asystenta, a po obronie pracy doktorskiej „Wpływ niektórych fluorojodopolimerów na zawartość fluoru w powierzchniowej warstwie szkliwa zębów badanych *in vitro*” na etacie adiunkta. Od 2002 r. zajmowała stanowisko starszego wykładowcy.

Stomatologia dziecięca była specjalnością, której poświęciła swoją działalność naukową, dydaktyczną, leczniczą i organizacyjną. Jej zainteresowania naukowe skupiały się głównie wokół prognozowania choroby próchnicowej zębów oraz jej zapobiegania. Szczególną uwagę zwracała też na promocję zdrowia jamy ustnej. Nieukończona praca habilitacyjna miała być poświęcona ocenie ryzyka występowania próchnicy u małych dzieci. Była autorem ponad 150 publikacji. Wnikliwość, rzetelność i duże poświęcenie pracy dydaktycznej, którą się pasjonowała, powodowały, że zarówno studenci, jak i specjalizujący się pod jej opieką lekarze korzystali z ogromnego zasobu wiedzy, którym w szczególnie sposób potrafiła się dzielić. Wymagająca wiele od innych, ale również od siebie. Zarażała swoim entuzjazmem. Jej zajęcia pamiętają nie tylko studenci, lecz także współpracownicy.

Współtworzyła programy nauczania dla słuchaczy higieny stomatologicznej w Medycznym Studium Zawodowym nr 2, a także w Wielkopolskiej Szkole Medycznej. W Klinice Stomatologii Dziecięcej przez cały okres pracy zajmowała się organizowaniem zajęć dydaktycznych. Układała plany zajęć i brała udział w tworzeniu programów nauczania z przedmiotu stomatologia dziecięca i fizjologia narządu żucia. Miała też istotny wkład w nauczanie na kierunkach higiena dentystyczna i technika dentystyczna na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu.

Uczestniczyła w pracach Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, organizując spotkania i konferencje. Wiele lat swojego życia poświęciła działalności w Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej jako członek Okręgowej Komisji Rewizyjnej II kadencji, członek Komisji Stomatologicznej, członek Komisji Kształcenia, zastępca Okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej.

Pamiętała o ważnych datach, wydarzeniach, momentach w życiu innych, dodając otuchy, ale czasami też krytycznie i rzeczowo oceniając sytuację. Zawsze otwarta na pytania i problemy studentów, a także młodych lekarzy, wspierała ich swoim doświadczeniem nie tylko na uczelni.

Wspólna kawa i ulubione tiramisu, przygotowywane przez starszą córkę, gromadziły po zajęciach lekarzy i pielęgniarki. Potrafiła swój prywatny czas poświęcać sprawom innych, pomagając w wielu, nie tylko zawodowych, sytuacjach. Mimo ciężkiej choroby starała się być obecna w życiu kliniki i nawet będąc w szpitalu, przygotowywała publikacje, rozliczała pensum. Wszyscy czekaliśmy na jej powrót, w który bardzo chcieliśmy wierzyć...

Humanistka o dużej wiedzy historycznej. Kochała podróże, w ostatnich latach zwiedziła m.in. Brazylię, Dominikanę i Kubę. Wakacje 2013 r. planowała spędzić na wyspach greckich, nie

stety, nie zdążyła... Zmarła 31 marca 2013 r. w czasie świąt wielkanocnych... Żegnali ją pogrążeni w żałobie najbliżsi: mąż, córki i troje wnucząt, licznie przybyli współpracownicy i ci, którzy ją znali i być może chcieli powiedzieć „dziękuję” za poświęcony czas, pomoc, radę i serce, w którym było wiele miejsca dla innych...

DR N. MED. ANETA OLSZEWSKA
PROF. DR HAB. MARIA BORYSEWICZ-LEWICKA

Podziękowania

Chciałbym podziękować prof. Jackowi Łuczakowi za osobistą opiekę oraz całemu zespołowi Hospicjum Palium za pomoc i opiekę w chorobie oraz w ostatnich dniach życia mojej mamy, lek. Bogny Etter-Betkowiak.

Dziękuję też prof. Krokowiczowi i zespołowi lekarzy oddziału chirurgii ogólnej i Kolorektalnej w Poznaniu oraz lekarzom Centrum Onkologii w Poznaniu

MOTYLE DLA HOSPICIJUM

1%

Twój Dar posłuży wsparciu
działalności i rozbudowie
Hospicjum Palium
dla dzieci i dorosłych
na osiedlu Rusa 25a
w Poznaniu

prof. Jacek Łuczak
Prezes PTOP Oddział w Poznaniu
www.hospicjum-palium.pl

Polskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej Oddział w Poznaniu
Numer KRS 00000 31654

PERYSKOP

powstrzymać „nowotworowego tsunami”. Jego zdaniem, poza zaprzestaniem palenia tytoniu ważne jest ograniczenie spożycia cukru. Jest on jednym z powodów plagi otyłości, który w znacznym stopniu zwiększa ryzyko zachorowania na nowotwory. Podczas *Gastrointestinal Cancers Symposium 2014*, które niedawno odbyło się w San Francisco, alarmowano, że otyłość może stać się wkrótce groźniejszym czynnikiem ryzyka zachorowania na nowotwory aniżeli palenie papierosów. – *Jeśli nie powstrzymamy epidemii otyłości, w niedalekiej przyszłości stanie się ona głównym czynnikiem ryzyka raka, który zastąpi nikotynizm* – powiedział przewodniczący sympozjum prof. Nipun B. Merchant z *Vanderbilt University Medical Center (USA)*. Wiele osób nie zdaje sobie jednak sprawy, jak groźnym czynnikiem ryzyka rozwoju raka jest nadmierna tusza. Sondaż przeprowadzony wśród ponad 2 tys. Brytyjczyków na zlecenie Światowej Fundacji Badań nad Rakiem (*World Cancer Research Fund, – WCRF*) wykazał, że nie wie o tym aż 49% ankietowanych. Co trzeci badany uważa, że głównym powodem nowotworów są predyspozycje genetyczne, co w ocenie specjalistów nie jest prawdą. Geny są odpowiedzialne jedynie za 10% przypadków zachorowań. Prawdą jest jedynie, że do powstania choroby nowotworowej doprowadzają zaburzenia genetyczne, ale mogą je wywołać czynniki środowiska, sprzyja im również styl życia, szczególnie palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu i nadmierne objadanie się.

Nadużywanie alkoholu sprzyja rozwojowi czerniaka

Nie tylko nadmierne opalanie się, ale również nadużywanie alkoholu może zwiększyć podatność organizmu na raka skóry – twierdzą włoscy badacze na łamach „*Journal of Dermatology*”. Doktor Eva Negri z uniwersytetu w Mediolanie twierdzi, że alkohol (etanol) przekształca się w organizmie w aldehyd octowy, który sprawia, że skóra staje się bardziej podatna na promieniowanie ultrafioletowe. Specjalistka przyznaje jed-

PERYSKOP

onet.pl

nak, że główną przyczyną czerniaka, najgroźniejszego raka skóry, jest nadmierne opalanie się. Nadużywanie alkoholu może być jedynie dodatkowym czynnikiem zwiększających ryzyko zachorowania na ten typ nowotworu. Badaczka powołuje się na 16 badań, jakie przeprowadzono w tym zakresie. Wynika z nich, że drink dziennie zwiększa ryzyko zachorowania na czerniaka o 20%. Groźba choroby jest tym większa, im więcej spożywamy alkoholu: 50 g etanolu dziennie, czyli tyle, ile jest w dwóch piwach, podnosi prawdopodobieństwo zachorowania na ten typ raka skóry o 55%. Według dr. Negri, narażenie na nadmierne promieniowanie słoneczne w połączeniu z nadużywaniem alkoholu może osłabić działanie układu odpornościowego, czego efektem jest większa podatność na raka. – *W komórkach skóry może wtedy powstać więcej uszkodzeń, co sprzyja przekształceniu się ich w komórkę nowotworową* – podkreśla. Sarah Williams z *Cancer Research UK* podkreśla, że najbardziej niekorzystne jest zbyt intensywne opalanie się. Zimą zwykle nie grozi nam poparzenie skóry, jednak osoby, które się opalają, powinny pamiętać, że nawet o tej porze należy chronić skórę przed zbyt intensywnym promieniowaniem słonecznym. Specjalistka dodaje, że warto ograniczyć spożycie alkoholu, ponieważ zwiększa on ryzyko zachorowania na inne choroby nowotworowe, takie jak nowotwór przełyku.

Cały świat czeka na dziecko z przeszczepionej macicy

Dziewięciu pacjentkom ze Szwecji z powodzeniem przeszczepiono macice od spokrewnionych z nimi kobiet. Teraz jednej z nich wszczepiono zapłodnioną komórkę jajową – podaje mirror.co.uk. Zabieg ten daje nadzieje tysiącom par, które nie mogą mieć dzieci. – *Najlepszy scenariusz jest taki, że za dziewięć miesięcy pojawi się dziecko* – powiedział dr Mats Brännström, odpowiedzialny za innowacyjny zabieg. – *Sukces będzie ważnym dowodem na to, że ta dostępna procedura jest w stanie leczyć bezpłodność* – dodał. Embrion został

Dawka informacji

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

Pięć nominacji profesorskich

Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej Bronisław Komorowski wręczył 29.01.2014 r. w Belwederze akty nominacyjne 19 nauczycielom akademickim oraz pracownikom nauki. W gronie tym znalazło się 5 przedstawicieli Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu. Tytuły naukowe profesora otrzymali: Magdalena Figlerowicz, Paweł Hrycaj, Tomasz Kotwicki, Danuta Ostalska-Nowicka, Mariola Ropacka-Lesiak. Serdecznie gratulujemy!

WWW.UMPEDU.PL

500 rezydentur

W postępowaniu kwalifikacyjnym na specjalizację lekarskie i lekarsko-dentystyczne, przeprowadzanym w okresie od 1 do 31 marca 2014 r., minister zdrowia przyznał 500 miejsc rezydentur. We wszystkich województwach najwięcej rezydentur przyznano w priorytetowych specjalizacjach dziecięcych: pediatrii, stomatologii dziecięcej, psychiatrii dzieci i młodzieży oraz neonatologii. W każdej z tych dziedzin, jeśli wojewoda zgłosił takie zapotrzebowanie, przyznane zostały 2 rezydentury na województwo (w przypadku zgłoszenia mniejszego zapotrzebowania, liczba rezydentur została przyznana zgodnie z wnioskiem). Łącznie we wszystkich priorytetowych specjalizacjach dziecięcych minister przyznał 73 miejsca rezydentur (a we wszystkich priorytetowych, łącznie z dziecięcymi – 160). Łącznie na wszystkie województwa przyznano 500 miejsc rezydentur. Ponieważ co roku największa grupa lekarzy ubiega się o rozpoczęcie specjalizacji po zakończeniu stażu podyplomowego (czyli w jesiennym postępowaniu kwalifikacyjnym), na marcowe postępowanie kwalifikacyjne przeznaczona jest mniejsza liczba miejsc rezydentur.

KRZYSZTOF BĄK
WWW.MZ.GOV.PL

16 litrów krwi

Dziś, pierwszy raz w tym roku, w Wielkopolskim Urzędzie Wojewódzkim została zorganizowana zbiórka krwi. Tym razem akcja była poświęcona małym pacjentom Kliniki Onkologii, Hematologii i Transplantologii Pediatricznej Szpitala Klinicznego im. K. Jonschera w Poznaniu. Z krwiodawcami spotkał się wicewojewoda wielkopolski Przemysław Pacia.

Już przed 9.00 na antresoli urzędu pojawili się pierwsi krwiodawcy. Łącznie udało się dziś zebrać ponad 16 litrów krwi, a do bazy dawców szpiku trafiły kolejne nazwiska. Zbiórkę zorganizowali: Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, Drużyna Szpiku i Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu.

WWW.POZNAN.UW.GOV.PL

Unijna dyrektywa transgraniczna

367 mln zł – tyle, zdaniem Ministerstwa Zdrowia, będzie musiał wydać NFZ na leczenie Polaków za granicą. Najwięcej będą kosztowały wizyty i badania ambulatoryjne oraz wyjazdy do sanatoriów. Tak wynika z opublikowanego wczoraj przez resort projektu ustawy wprowadzającej unijną dyrektywę transgraniczną. Ustawa przed wejściem w życie będzie jeszcze musiała przejść całą ścieżkę sejmową,

Andrzej Piechocki

a i tak jest już o cztery miesiące spóźniona. Polska miała termin do 25 października 2013 r., by określić szczegółowe zasady leczenia za granicą. Podstawową określiła Komisja Europejska: chory leczy się w dowolnym kraju UE, a jego ubezpieczyciel zwraca mu pieniądze do tej wysokości, jaką by zapłacił w kraju. Różnicę dopłaca pacjent z własnej kieszeni.

Z projektu wynika, że resort zdrowia nie zmienił zdania i – zgodnie z zapowiedziami – wprowadza restrykcyjny wymóg uzyskiwania zgody od NFZ na większość zdrowotnych wyjazdów za granicę. Dotyczyć to będzie m.in. leczenia szpitalnego, badań genetycznych, tomografii czy rentgena. Chorzy będą mieli zielone światło głównie na podstawowe leczenie czy badania, takie jak wizyty u specjalistów czy badanie krwi. W ich przypadku nie trzeba będzie pytać NFZ o zgodę. Potem jedynie trzeba będzie przywieźć rachunek i wnioskować o refundację.

KLARA KLINGER
WWW.DZIENNIK.PL

Niebieską, zygzakowatą czcionką

Ministerstwo Zdrowia na początku roku zmieniło identyfikację wizualną, w tym logotyp oraz layout strony internetowej. Ekspertcy pytani przez Wirtualnemedi.pl zgodnie krytykują logo, ale zaznaczają też, że polskie instytucje rządowe nie mają ujednoliconego systemu identyfikacji.

W nowym logotypie Ministerstwa Zdrowia oprócz nazwy resortu i godła Polski znalazł się duży symbol MZ zapisany niebieską, zygzakowatą czcionką. W niektórych wersjach znaku oprócz tego symbolu jest tylko znacznie mniejsza nazwa resortu.

Logo to główna część nowej identyfikacji wizualnej ministerstwa, obejmującej też wzory dokumentów, wizytówek i gadżetów promocyjnych. Jednocześnie w nowej wersji, na razie beta, został uruchomiony serwis internetowy resortu.

WWW.WIRTUALNEMEDIA.PL

Nie przyniosły poprawy

Zbyt długie kolejki do lekarzy, za niski zasiłek dla bezrobotnych i niekorzystne zmiany dotyczące prawa do tego zasiłku wytknął Polsce Europejski Komitet Praw Społecznych (ECSR) w opublikowanym dzisiaj raporcie (dotyczy on lat 2008–11 – dop. red.). – *Niektóre przypadki naruszeń Europejskiej Karty Społecznej przez Polskę mają już całkiem długą historię. Szczególnie negatywnie oceniamy m.in. sytuację w ochronie zdrowia w Polsce ze względu na długie kolejki do lekarzy* – powiedział główny sprawozdawca ECSR Colm O'Conneide na konferencji prasowej w Brukseli.

Według ECSR, Polska nie gwarantuje równego dostępu do opieki zdrowotnej, bo czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty, niektóre badania i zabiegi jest zbyt długi. W raporcie podano kilka konkretnych przykładów. Np. średni czas oczekiwania na operację wymiany stawu kolanowego wynosił w 2011 r. 281 dni w pilnych przypadkach oraz 451 dni, gdy zabieg nie był pilnie potrzebny. Na protezę dentystyczną czeka się w Polsce średnio ok. 104 dni. Według raportu, podejmowane przez polskie władze działania, które pomogłyby skrócić kolejki do lekarzy, nie przyniosły oczekiwanej poprawy.

WWW.GAZETA.PL, PAP

Dla skutecznego monitoringu

Nie milną echa po piątkowej śmierci 3-letniego chłopca. Urząd Marszałkowski prosi, by zgłaszali się kolejni źle potraktowani przez szpital pacjenci. Od kilku dni opisujemy przypadki pacjentów, którzy zostali odesłani ze szpitala dziecięcego przy ul. Krysiewicza. W piątek zmarł chłopiec, którego rodzice szukali pomocy w szpitalu, ale prawdopodobnie nie dostali się do lekarza (pielęgniarka odesłała ich do po-

PERYSKOP onet.pl

przeniesiony zaledwie kilka miesięcy po tym, gdy obywatelce Szwecji przeszczepiono macicę. Kobieta urodziła się z zespołem Mayera-Rokitansky'ego-Küstera-Hausera, który charakteryzuje się wrodzonym brakiem pochwy i macicy. – *To jest nowy rodzaj operacji* – powiedział dr Mats Brännström agencji Associated Press. – *Nie mamy żadnego podręcznika, do którego moglibyśmy zajrzeć* – tłumaczy lekarz. Kobiety urodziły się bez macicy lub straciły ją w wyniku postępującego raka. Większość z nich jest w wieku ok. 30 lat i wszystkie są częścią eksperymentalnego projektu, który ma na celu sprawdzenie, czy przeszczepiona macica może dać kobietom nadzieję na posiadanie własnego potomstwa. Brännström potwierdził, że dziewięć pacjentek, które uczestniczą w projekcie, ma się dobrze. – *Zaledwie po sześciu tygodniach po transplantacji stwierdzono, że większość przeszczepów przyjęła się, a macice funkcjonują bez zarzutu. Jedna z operowanych kobiet dostała lekkiej infekcji, ale żaden z biorców lub dawców nie wymagał intensywnej opieki po operacji* – powiedział lekarz. – *Wszystkie opuściły szpital w ciągu kilku dni. Podczas operacji nie jest możliwe połączenie jajowodów z macicą, więc kobiety nie będą w stanie zająć w ciążę w sposób naturalny. Jedyнным sposobem będzie zapłodnienie in vitro. Zarodki zostały zamrożone przed operacjami, teraz lekarze planują umieścić je w macicach. Nazwiska osób uczestniczących w projekcie nie zostały ujawnione. Doktor Brännström jest kierownikiem oddziału położnictwa i ginekologii na Uniwersytecie w Göteborgu i to on wyszedł z inicjatywą niezwykłych przeszczepów. W przyszłym miesiącu on i jego koledzy zamierzają przeprowadzić pierwsze w historii medycyny warsztaty dotyczące przeszczepów macicy. Planują oni również opublikowanie sprawozdania naukowego, które podsumuje ich wysiłki.*

Niektórzy eksperci wyrażają obawy, czy zabiegi te mieszczą się w ramach lekarskiej etyki. Zarzucają szwedzkim lekarzom, że namawiają żyjących dawców do uczestniczenia

PERYSKOP onet.pl

w eksperymencie, który nie ma na celu ratowania życia człowieka.

Eksperci ds. płodności okrzyknęli projekt przełomem, ale nadal nie wiadomo, czy dzieci urodzą się zdrowe. – *Głównym problemem dla mnie jest to, czy dziecko będzie miało wystarczająco dużo pokarmu z łóżyska i czy przepływ krwi będzie wystarczająco dobry* – skomentował jeden z brytyjskich lekarzy. Na świecie odnotowano dwie podobne próby przeszczepu macicy – w Turcji i w Arabii Saudyjskiej – ale w obu wypadkach nie udało się doprowadzić do poczęcia, a macice pochodziły od martwych dawców. Naukowcy w Wielkiej Brytanii oraz na Węgrzech także planują podobne operacje, ale wysiłki w Szwecji są najbardziej zaawansowane.

Przełom w leczeniu schizofrenii

Naukowcy pracujący w ramach europejskiego projektu badawczego SchizDX opracowali metodę diagnozowania schizofrenii na podstawie wyników badań krwi. Oznacza to przełom w leczeniu tej wciąż tajemniczej choroby, która dotyka około procenta populacji i bez odpowiedniej terapii farmakologicznej i psychoterapii skazuje chorych na izolację i całkowicie pozbawia ich samodzielności. – *Schizofrenię diagnozuje się na podstawie wywiadu z pacjentem. Pyta się go, czy słyszy głosy albo czy wydaje mu się, że ludzie wokół chcą go schwytać. Jeśli ktoś na oba pytania odpowie przecząco, lekarz nie ma innych narzędzi* – tłumaczy prof. Sabine Bahn, psychiatra z Uniwersytetu w Cambridge. – *Myszę, że badanie krwi pozwoli zdjąć odium z chorych na schizofrenię. Dziś chorobę psychiczną kojarzymy jedynie z mózgiem. Przez to wydaje się abstrakcyjna. Jeśli natomiast jej ślady znajdujemy we krwi, staje się czymś bardziej konkretnym. Ponadto, jeśli kolejne badanie krwi wykaże poprawę, chory ma namacalny dowód, że zdrowieje* – dodaje Bahn.

Cichy zabójca – może być zarażonych 700 tys. Polaków

Eksperci szacują, że nawet 700 tys. Polaków może być zarażonych wiru-

radni). W środę opisywaliśmy sytuację chłopca, który mimo iż źle się czuł i wymiotował w szpitalnej izbie przyjęć, nie został przyjęty przez lekarzkę mimo nalegań.

Leszek Sobieski, szef departamentu zdrowia Urzędu Marszałkowskiego prosi, by wszystkie rodziny, które zostały źle potraktowane przez szpital zgłaszały oficjalne skargi. – *Umożliwi to nam prowadzenie skutecznego monitoringu oraz wprowadzenie koniecznych zmian. Celem urzędu jest zoptymalizowanie pracy szpitala, ale zmiana organizacji pracy musi być uzasadniona realnymi zdarzeniami* – mówi. Szef departamentu zapowiada również, że zwróci się do Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z prośbą o przeprowadzenie szkoleń zawodowych z zakresu deontologii medycznej, czyli zasad postępowania moralnego lekarzy w stosunku do pacjentów.

KARC

WWW.GLOS Wielkopolski.PL

Nowy oddział ma 40 łóżek

24 stycznia br. wicemarszałek Wojciech Jankowiak uczestniczył w otwarciu nowego Oddziału Opieki Paliatywno-Hospicyjnej w Szpitalu w Puszczykowie. Oddział mieści się w nowym pawilonie połączonym ze szpitalem podziemnym tunelem. Do dyspozycji oddanych zostało 16 sal jedno- i trzyosobowych, w których znajduje się 40 łóżek.

Nowy oddział został dostosowany do potrzeb pacjentów w stanie terminalnym, a jego remont kosztował ponad 5 milionów złotych. Szpital ma również nową pracownię rezonansu magnetycznego do diagnozowania chorych, którzy trafiają na szpitalny oddział ratunkowy. Wyremontowana została także kaplica szpitalna. Poświęcenia oddziału i kaplicy dokonał arcybiskup Stanisław Gądecki. W uroczystości wzięły udział także m.in. starosta poznański oraz profesor Jacek Łuczak, dyrektor Hospicjum Palium – laureat Nagrody Marszałka Województwa Wielkopolskiego im. Ryszarda Kapuścińskiego.

Sto procent kapitału zakładowego Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „Szpital w Puszczykowie im. prof. Stefana Tytusa Dąbrowskiego” Sp. z o.o. posiada Powiat Poznański.

WWW.UMWW.PL

60 godzin non stop

W 2013 r. Okręgowy Inspektorat Pracy w Poznaniu przeprowadził 27 kontroli wielkopolskich lecznic – szpitali, przychodni, ambulatoriów. – *Najistotniejsze dotyczyły naruszeń przepisów o czasie pracy* – przyznaje Jacek Strzyżewski, rzecznik OIP. – W dziewięciu placówkach chodziło o naruszenie normy dobowej, w sześciu – tygodniowej. Ponadto m.in. w 11 lecznicach nie zapewniono personelowi obowiązkowego 11-godzinnego odpoczynku na dobę, a w trzech miejscach tygodniowego wymiaru odpoczynku. Jak długo pracowali zatem rekordziści? Jak wykazały kontrole, w dwóch przypadkach wielkopolscy lekarze pracowali ponad 60 godzin bez odpoczynku, w pięciu – ponad 55 godzin, a 10 medyków było w pracy non stop przez 48 godzin. Jak to w ogóle możliwe?

– *Bardzo często lekarz pracuje w danym szpitalu na podstawie kilku różnych form zatrudnienia* – tłumaczy J. Strzyżewski. – *I na przykład po 24-godzinnym dyżurze w ramach kontraktu, zostaje jeszcze na oddziale na osiem godzin w ramach umowy o pracę. A potem idzie jeszcze np. do przyszpitalnej przychodni – znów na kontrakt. Nikogo w środowisku to nie dziwi, bo tak dzieje się od lat* – dodaje.

I wszystko zgodnie z przepisami, które dopuszczają możliwość wykonywania pracy na kilku rodzajach umów. Także, co bardzo istotne, w kilku różnych miejscach. A to oznacza, że wyniki PIP, która może sprawdzać pracowników tylko w jednej, kontrolowanej lecznicy, nie do końca odzwierciedlają rzeczywistość. Dwie trzecie lekarzy (dane z raportu Polskiej Akademii Nauk i Naczelnej Izby Lekarskiej za 2012 r.) pracuje bowiem w więcej niż jednej placówce. Często prowadzą jeszcze prywatny gabinet.

PAULINA JĘCZMIONKA

WWW.GLOS Wielkopolski.PL

List do redakcji

GRATULUJEMY CI, ANIELE!

W Filharmonii Narodowej 12 stycznia br. dziesięciorgu lekarzom i dziesięciorgu farmaceutom nadano niezwykle prestiżowe nagrody Aniołów Medycyny i Aniołów Farmacji. Tylko dziesięciorgu! Tym najlepszym i najbardziej na nie zasługującym. Niezwykle satysfakcjonująca była dla nas wieść, że jednym z nagrodzonych był dr med. Krzysztof Tuszyński, nasz przyjaciel. Owa nagroda będąca wyrazem zawodowego prestiżu, nadawana lekarzom wyróżniającym się wyjątkowo przyjaznym i troskliwym podejściem do chorego, podejściem, które może być dla pacjenta źródłem dodatkowej siły w walce z chorobą, nabiera wyjątkowo unikatowego charakteru. W Starym Testamencie anioł to posłaniec. Niesienie choremu nie tylko dobrej wieści, ale udzielenie mu dobrej rady, wspomnienie go dobrym czynem – to posłannictwo.

Nie byliśmy jednak specjalnie zdziwieni werdyktem jury. Krzysztof jest znany nie tylko w środowisku poznańskim ze szczerzej, bezinteresownej rady i pomocy każdemu, kto tej rady oraz pomocy oczekuje, ze swojego szeroko pojętego altruizmu. Krzysztofie, miej nadal w Twym sercu zapalone zielone światło! Warto przypomnieć słowa starego pocziwego Mikołaja Reja:

Że dobrym być potrzeba i któż tego nie wie?

Lecz dobry owoc rośnie nie na każdym drzewie

RENATA I ANDRZEJ KIERZKOWIE, WROCŁAW

**Serdecznie zapraszamy do udziału
w**

XII Ogólnopolskiej Wystawie Malarstwa Lekarzy, która odbędzie się od 25 do 30 maja 2014 roku w Klubie Lekarza w Łodzi

Na coroczną Ogólnopolską Wystawę Malarstwa Lekarzy Komisja Kultury Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi zaprasza już po raz dwunasty, także w maju, kontynuując tym samym tradycję wiosennych wernisaży.

Koleżanki i kolegów lekarzy zainteresowanych udziałem w wystawie prosimy o dostarczenie swych dzieł do Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi (93-005 Łódź, ul. Czerwona 3) do 12 maja.

Obrazy mogą być wykonane w dowolnych technikach i formatach oraz opatrzone następującymi danymi: tytuł, imię i nazwisko autora, rodzaj jego specjalizacji, miejscowość zamieszkania. Przyjmujemy maksymalnie dwie prace od jednego autora ze względu na ograniczenia powierzchni wystawienniczej.

Kontynuując tradycję zapoczątkowaną podczas ubiegłorocznej edycji wystawy, planujemy przeprowadzenie konkursu, w którym prace oceni jury złożone z trojga profesjonalistów.

Wernisaż wystawy odbędzie się 25 maja 2014 r. (niedziela) o godzinie 17.00 w Klubie Lekarza w Łodzi przy ul. Czerwonej 3, a Wystawa potrwa do 30 maja.

**Serdecznie zapraszamy autorów
i wszystkich zainteresowanych twórczością lekarzy.**

Kontakt: Iwona Szelewa, tel. 42 683 17 01, faks 42 683 13 78, e-mail: biuro@oil.lodz.pl

PERYSKOP

onet.pl

sem HCV. WZW typu C, czyli wirusowe zapalenie wątroby typu C jest groźną chorobą spowodowaną właśnie tym wirusem, który często powoduje spustoszenie w wątrobie przez wiele lat, zanim się ujawni – czytamy na stronie Polskiego Radia. Prof. Anna Piekarska tłumaczy, że jest to jeden z licznych wirusów, powodujących zapalenie wątroby. – *Jego cechą jest to, że w większości przypadków zarażenie powoduje przewlekłą chorobę. Część pacjentów potrafi sobie poradzić z tym zakażeniem na bardzo wczesnym etapie i wyeliminować je, jednak w większości wypadków organizm sobie z nim nie radzi* – wyjaśnia. Jak tłumaczy prof. Piekarska, człowiek w ogóle może nie wiedzieć, że jest zarażony, a nieleczenie zakażenia może doprowadzić do dramatów. Do zakażenia wirusem HCV może dojść podczas bezpośredniego kontaktu z zakażoną krwią nosiciela. Nie ma możliwości zakażenia się od nosiciela podczas normalnych kontaktów codziennych, a nawet poprzez kontakty seksualne prawdopodobieństwo zakażenia jest niskie i wynosi 3% w 25-letnim współżyciu monogamicznym.

Soczewka może pomóc cukrzykom w mierzeniu poziomu glukozy

Inteligentna soczewka kontaktowa może pomóc cukrzykom w mierzeniu poziomu glukozy. Prototyp urządzenia skonstruowali inżynierowie firmy Google. Dla wielu diabetyków pomiar poziomu cukru to męczarnia. Trzeba nakłuwać palec i wpuszczać kroplę krwi do specjalnego urządzenia, nawet kilka razy dziennie. Soczewka kontaktowa może to zmienić: wystarczy włożyć ją do oka, a mikroskopijny komputer zmierzy poziom cukru we łzach. – *Ten obwód scalony wygląda jak brokat umieszczony między dwiema warstwami soczewki kontaktowej* – mówi BBC wynalazca Brian Otis. Przyznaje, że to na razie prototyp, który nie jest gotowy do sprzedaży. Podobne urządzenia dla diabetyków, które nie wymagają krwi, zaprezentowały też inne firmy, na przykład izraelska Cnoga i amerykańska Infratec.

Lekarze – patroni wielkopolskich ulic

Kulińskiego

Podpułkownik doktor Stanisław Kuliński (1885–1938) – lekarz zasłużony dla Wągrowca

Urodzony 15 października 1885 r. w Unisławiu koło Krotoszyna jako najstarszy syn Józefa, ziemianina, i Elżbiety z Naglerów. W latach 1895–1903 kształcił się w gimnazjum w Krotoszynie, po czym odbył roczną ochotniczą służbę wojskową w Poznaniu. Naukę kontynuował w latach 1905–1907 w gimnazjum w Międzyrzeczu, gdzie zdał maturę. Medycynę studiował we Wrocławiu i Freiburgu. 10 maja 1913 r. w Klinice Chorób Kobięcych Uniwersytetu we Wrocławiu uzyskał stopień doktora medycyny i chirurgii na podstawie rozprawy „Nabelabfall und Nabelheilung bei Fortlassung des Bades”, po czym odbywał służbę wojskową w 1. Pułku Kirasjerów we Wrocławiu. W 1913 r. osiedlił się w Wągrowcu. W 1914 r. został zmobilizowany do 29. pułku grenadierów w Gnieźnie jako lekarz batalionu. Skierowany na front zachodni pełnił służbę w różnych jednostkach. W 1917 r. przeniesiono go do Warszawy. Skierowany do Żyrardowa pełnił obowiązki starszego ordynatora w miejscowym szpitalu wojskowym. Przez kilka tygodni od października 1918 r. na identycznym stanowisku pracował w III Szpitalu Fortecznym na zamku ujazdowskim w Warszawie. W listopadzie 1918 r. powrócił do Wągrowca, gdzie włączył się



do przygotowań niepodległościowych. Już 3 stycznia 1919 r. w utworzonej Wojskowej Komendzie Powiatu objął funkcję naczelnego lekarza. Organizował powstańczą służbę sanitarno-medyczną; pełnił obowiązki dowódcy kompanii sanitarnych w 1. Dywizji Strzelców Wielkopolskich, a następnie szefa sanitarnego Wielkopolskiej Grupy Operacyjnej podczas walk z Ukraińcami w wschodniej Małopolsce. Skierowany następnie na front litewsko-białoruski był szefem sanitarnym 17. Dywizji Piechoty. Przez krótki czas pełnił obowiązki szefa sanitarnego 2. Dywizji Piechoty Legionów. Otrzymał awans do stopnia podpułkownika. Po traktacie ryskim i demobilizacji powrócił w listopadzie 1921 r. do Wągrowca. W latach 1922–1928 był dyrektorem tamtejszego Szpitala Powiatowe-

go, kierował także Przechodnią Przeciwgruźliczą i Przeciwjagliczą oraz Stacją Opieki nad Matką i Dzieckiem. W latach 1926–1929 był przewodniczącym Rady Miejskiej w Wągrowcu. Nie stronił od działalności politycznej – w latach 1934–1938 działał w Narodowej Partii Robotniczej Prawicy. Aktywny w organizacjach kombatanckich, przewodniczył Towarzystwu Powstańców i Wojaków, był prezesem Koła Oficerów Rezerwy, działał w Kurkowym Bractwie Strzeleckim. Z jego inicjatywy postawiono w Wągrowcu w 1926 r. pomnik poległych powstańców. Za zasługi odznaczono go m.in. Krzyżem Niepodległości, Krzyżem Walecznych i Medalem Pamiątkowym za Wojnę 1918–1921. Zmarł w Wągrowcu 15 lipca 1938 r. i spoczął na miejscowym cmentarzu. Jego pamięć uczczono nadaniem jego imienia w 1982 r. ulicy w Wągrowcu oraz nazwaniem w 1984 r. Zespołu Szkół Ponadpodstawowych nr 2 im. ppłk. dr. Stanisława Kulińskiego.

Żona doktora, Maria z Nowackich (1888–1964), wspierała go w działaniach społecznych i medycznych. Organizowała Polski Czerwony Krzyż, angażowała się w opiekę nad powstańcami w szpitalach polowych. Uczestniczyła w działaniach na rzecz polonizacji urzędów i szkolnictwa. W latach 1919–1921 oraz 1933–1934 i 1938 była radną miasta, a od 1934 r. pełniła funkcję członka Zarządu Miejskiego. Brała aktywny udział w licznych lokalnych organizacjach oświatowych i charytatywnych.

Podziękowanie

Autorzy dziękują za pomoc w pozyskaniu materiałów i zdjęć Mieczysławowi Kubiszowi z Wągrowca.

PROF. NADZW. A. GRZYBOWSKI
DR MED. W. WITCZAK



BADAM SIĘ, WIĘC MAM PEWNOŚĆ

BEZPŁATNE BADANIA MAMMOGRAFICZNE co 2 lata dla kobiet w wieku 50-69 lat



MIASTO	ADRESY OŚRODKÓW	REJESTRACJA
Poznań	Wielkopolskie Centrum Onkologii ul. Garbary 15	61 8850 945
	NZO „Diagnostyka-Largo” ul. Za Groblą 3/4	61 2223 737
	Ośrodek Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów ul. Kazimierza Wielkiego 24/26	61 8501 327
	Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska ul. Szylinga 1	61 8574 048
	Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego ul. Szamarzewskiego 82/84	61 8549 555
	Wielkopolskie Centra Medyczne „Remedium” os. Stefana Batorego 80D	61 8217 600 61 8217 612
	Lux Med Diagnostyka ul. Roosevelta 18	58 666 2444 801 080 007
	NZO Centrum Medyczne HCP Sp z o.o. ul. 28 czerwca 1956 r. 194	61 8311 040
	Poznański Ośrodek Specjalistyczny Usług Medycznych Al. Solidarności 36	61 6477 735
Czarnków	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej ul. Kościuszki 96	67 3528 166 67 3528 137
	Zespół Opieki Zdrowotnej ul. Św. Jana 9	61 4264 461
Gniezno	NZO „Centrum Opieki Zdrowotnej” ul. Orchołska 66	61 4286 564
	SP Zespół Opieki Zdrowotnej Pl. K. Marcinkowskiego 8/9	65 5726 700 wew. 215 lub 272
Kępno	SP Zakład Opieki Zdrowotnej ul. Szpitalna 7	62 7827 356 62 7827 368
Konin	Wojewódzki Szpital Zespolony ul. Szpitalna 45	63 2404 199
Kościan	SP Zakład Opieki Zdrowotnej ul. Szpitalna 7	65 5120 855 wew. 324
Krotoszyn	SP Zakład Opieki Zdrowotnej ul. Floriańska 10	62 5880 389
Leszno	L. C. M. „Ventriculus” ul. Słowiańska 41	65 5208 014
	Wojewódzki Szpital Zespolony ul. Kiepury 45	65 5253 260
Międzychód	SP Zakład Opieki Zdrowotnej ul. Szpitalna 10	95 7482 011 *1221
	Szpital Specjalistyczny im. Stanisława Staszica ul. Rydygiera 1	67 2106 407
Piła	NZO „Ars Medical” Sp. z o.o. Al. Wojska Polskiego 43	67 2125 503 67 2119 900
	NZO „Pleszewskie Centrum Medyczne” Sp. z o.o. ul. Poznańska 125a	62 7420 840
Słupca	P.S. Amika Konsorcjum Medyczne ul. Warszawska 16	63 2771 777
Szamotuły	SP Zakład Opieki Zdrowotnej ul. Sukiennicza 13	61 2926 544
Śrem	Wielkopolskie Centra Medyczne „Remedium” ul. Chłapowskiego 3	61 8217 600 61 8217 612
Turek	SP Zespół Opieki Zdrowotnej ul. Poduchowne 1	63 2805 587
Września	P.S. Amika Konsorcjum Medyczne ul. Piastów 16	61 4377 745

ZADZWOŃ !

ODPOWIEMY NA WSZELKIE PYTANIA ZWIĄZANE Z PROFILAKTYKĄ RAMIĘ PIERSI

61 8850 015

Wojewódzki Ośrodek Koordynujący Populacyjny Przewodni Wydziałem Wielkopolskie Centrum Onkologii

Wielkopolskie Centrum Onkologii

61-886 Poznań, ul. Garbary 15, www.wco.onk.pl

Obowiązki lekarza – pracodawcy

Zgodnie z art. 53 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 t.j.) – dalej u.z.l.l.d., lekarz oraz lekarz dentysta wykonujący indywidualną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską, indywidualną praktykę lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską w miejscu wezwania może zatrudniać osoby niebędące lekarzami do wykonywania czynności pomocniczych (współpracy). Ponadto w przypadku gdy lekarz, lekarz dentysta wykonujący indywidualną praktykę lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską, lub grupową praktykę lekarską, lub grupową specjalistyczną praktykę lekarską, prowadzący odpowiednio staż podyplomowy, szkolenie specjalizacyjne lub szkolenia w celu uzyskania umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonego świadczenia zdrowotnego, może zatrudniać lekarza, lekarza dentystę w celu odbywania przez niego stażu podyplomowego, szkolenia specjalizacyjnego lub szkolenia w celu uzyskania umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonego świadczenia zdrowotnego (art. 53 ust. 2 u.z.l.l.d.).

W powyższych wypadkach lekarz i lekarz dentysta jest pracodawcą w rozumieniu zacytowanego powyżej przepisu art. 3 ustawy z 26 czerwca 1974 r. kodeksu pracy (Dz. U. z 1998r. Nr 21 poz. 94 t.j.) – dalej k.p..

Z racji tego, że lekarz oraz lekarz dentysta są pracodawcami w rozumieniu k.p., są oni zobowiązani do przestrzegania obowiązków, jakie na pracodawcę nakłada art. 94 k.p.: Pracodawca jest obowiązany w szczególności:

- 1) zaznajamiać pracowników podejmujących pracę z zakresem ich obowiązków, sposobem wykonywania pracy na wyznaczonych stanowiskach oraz ich podstawowymi uprawnieniami,
- 2) organizować pracę w sposób zapewniający pełne wykorzystanie czasu pracy, jak również osiąganie przez pracowników, przy wykorzystaniu

ich uzdolnień i kwalifikacji, wysokiej wydajności i należytej jakości pracy,

- 2a) organizować pracę w sposób zapewniający zmniejszenie uciążliwości pracy, zwłaszcza pracy monotonnej i pracy w ustalonym z góry tempie,
- 2b) przeciwdziałać dyskryminacji w zatrudnieniu, w szczególności ze względu na płeć, wiek, niepełnosprawność, rasę, religię, narodowość, przekonania polityczne, przynależność związkową, pochodzenie etniczne, wyznanie, orientację seksualną, a także ze względu na zatrudnienie na czas określony lub nieokreślony albo w pełnym lub w niepełnym wymiarze czasu pracy,
- 3) (skreślony),
- 4) zapewniać bezpieczne i higieniczne warunki pracy oraz prowadzić systematyczne szkolenie pracowników w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy,
- 5) terminowo i prawidłowo wypłacać wynagrodzenie,
- 6) ułatwiać pracownikom podnoszenie kwalifikacji zawodowych,
- 7) stwarzać pracownikom podejmującym zatrudnienie po ukończeniu szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe lub szkoły wyższej warunki sprzyjające przystosowaniu się do należytego wykonywania pracy,
- 8) zaspokajać w miarę posiadanych środków socjalne potrzeby pracowników,
- 9) stosować obiektywne i sprawiedliwe kryteria oceny pracowników oraz wyników ich pracy,
- 9a) prowadzić dokumentację w sprawach związanych ze stosunkiem pracy oraz akta osobowe pracowników,
- 9b) przechowywać dokumentację w sprawach związanych ze stosunkiem pracy oraz akta osobowe pracowników w warunkach niegroźących uszkodzeniem lub zniszczeniem,
- 10) wpływać na kształtowanie w zakładzie pracy zasad współżycia społecznego.

Pracodawca powinien posiadać:

- umowy z pracownikami,
- aktualne wyniki badań lekarskich,
- ewidencję szkoleń BHP,
- wymagane oświadczenia pracowników.

W wypadku zatrudniania pracowników umowy są obowiązkowe. Wśród umów dostępnych w polskim prawie są: umowa o pracę, umowa zlecenie, umowa o dzieło, umowa kontraktowa. Każda forma współpracy powinna zostać uregulowana i mieć odzwierciedlenie w umowie podpisanej pomiędzy lekarzem a wykonawcą.

Ponadto pracownik powinien posiadać aktualne badania lekarskie, które są badaniami terminowymi. Należy zatem pilnować, by nie doszło do przerwania ciągłości ważności orzeczeń lekarskich. Przy przyjmowaniu do pracy pracodawca jest obowiązany skierować pracownika na wstępne badania lekarskie, gdyż nie może on dopuścić do pracy pracownika bez aktualnego orzeczenia lekarskiego stwierdzającego brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku. Z kolei w trakcie trwania stosunku pracy pracownik podlega okresowym badaniom lekarskim.

Należy wskazać, że szkolenia BHP są również okresowe. Pracodawca jest obowiązany zapewnić przeszkolenie pracownika w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy przed dopuszczeniem go do pracy oraz prowadzenia okresowych szkoleń pracownika w tym zakresie (art. 2373 § 1 k.p.). Lekarzowi, lekarzowi dentyście nie wolno dopuścić pracownika do pracy, do której wykonywania nie posiada on wymaganych kwalifikacji lub potrzebnych umiejętności, a także dostatecznej znajomości przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Ponadto lekarze i lekarze dentyści będący pracodawcami są sami obowiązani odbyć szkolenie w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy w zakresie niezbędnym do wykonywania ciężących na nich obowiązków. Szkolenie to powinno być okresowo powtarzane. Wśród szkoleń BHP należy wymienić te, które musi posiadać pracodawca i pracownik. Uprawnienia BHP dla pracodawcy ważne są przez 5 lat. Pracownicze z kolei są ważne odpowiednio 6 lat (dla pracowników biurowych) oraz 3 lata (dla pracowników medycznych).

Oświadczenia pracownicze to wiele dokumentów podpisywanych obowiązkowo przez pracowników placówki medycznej. Oświadczenia te są podyktowa-

nie wymogami ustaw i rozporządzeń. Wśród takich dokumentów należy wymienić:

- oświadczenie dotyczące mobbingu,
- oświadczenie zgodne z ustawą o głównym inspektorze ochrony danych osobowych,
- oświadczeniami dotyczącymi posiadania czynnego prawa wykonywania zawodu,
- oświadczenie odnośnie do ponoszenia odpowiedzialności za dokumentację medyczną,
- potwierdzenie przejścia szkolenia stanowiskowego,
- zapoznanie z kartą oceny ryzyka.

Brak dokumentów zawartych w tej części skutkuje nałożeniem kary w wysokości od 1000 do 30 000 złotych przez Państwową Inspekcję Pracy.

Należy wskazać, że do obowiązków administracyjnych pracodawcy będącego lekarzem czy lekarzem dentyką zalicza się prowadzenie dokumentacji w sprawach związanych ze stosunkiem pracy oraz akt osobowych pracowników.

Uszczegółowienie realizacji tego obowiązku można znaleźć zwłaszcza w roz-

dawca bezprawnie odmawia wydania oryginału złożonego dokumentu, naraża się na odpowiedzialność odszkodowawczą.

Realizując przedmiotowy obowiązek, pracodawca musi respektować również regulacje ujęte w ustawie z 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 t.j.). W szczególności powinien zapewnić ochronę tych danych przed osobami trzecimi, zbierać tylko dane, które mogą być gromadzone zgodnie z prawem itp. Naruszenie wskazanej ustawy może skutkować odpowiedzialnością cywilną wobec pracownika oraz odpowiedzialnością karną.

Pracodawca ma także prawo gromadzenia innych informacji i dokumentów o pracowniku. Powinien on jednak włączyć tę dokumentację do akt osobowych pracownika. Pracodawca powinien przechowywać dokumenty pracowników, na podstawie których nalicza się emerytury lub renty, przez 50 lat. Zgodnie z poglądem wyrażonym w literaturze na podstawie art. 51u ustawy z 14 lipca 1983 r.

W wypadku zatrudniania pracowników umowy są obowiązkowe. Wśród umów dostępnych w polskim prawie są umowa o pracę, umowa zlecenie, umowa o dzieło, umowa kontraktowa. Każda forma współpracy powinna zostać uregulowana i mieć odzwierciedlenie w umowie podpisanej pomiędzy lekarzem a wykonawcą.

porządzeniu Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z 28 maja 1996 r. w sprawie prowadzenia przez pracodawców dokumentacji w sprawach związanych ze stosunkiem pracy oraz sposobu prowadzenia akt osobowych pracownika. Zgodnie z tą regulacją pracodawca prowadzi akta osobowe pracowników podzielone na trzy części. Pierwsza odnosi się do ubiegania się pracownika o zatrudnienie, w drugiej gromadzi się dokumenty związane z nawiązaniem stosunku pracy oraz przebiegiem zatrudnienia. W trzeciej można odnaleźć dokumenty dotyczące ustania zatrudnienia. Dokumenty powinny być ułożone w porządku chronologicznym oraz ponumerowane. Dokumenty dostarczone przez pracownika pracodawca powinien przechowywać w odpisach lub kopiach. Jeżeli prac-

o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2011 r. Nr 123 poz. 698 t.j.) również inna dokumentacja osobowa powinna być przechowywana przez 50 lat. Z kolei inne pomocnicze dokumenty związane z zatrudnieniem należy przechowywać przez okres 5 lat. Brak prowadzenia dokumentacji w sprawach związanych ze stosunkiem pracy oraz akt osobowych pracowników stanowi wykroczenie przeciwko prawom pracownika z art. 281 pkt 6 k.p. Pracodawca może też ponieść odpowiedzialność odszkodowawczą za odmowę poświadczenia zatrudnienia w warunkach szkodliwych lub w szczególnych charakterze, jeżeli wynika to nienależytego wykonania obowiązku prowadzenia dokumentacji związanej ze stosunkiem pracy i akt osobowych pracownika.

W razie upadłości lub likwidacji pracodawca powinien zapewnić przechowywanie akt osobowych oraz sfinansować dokonanie tej czynności przez podmiot prowadzący działalność w dziedzinie przechowywania dokumentacji. Jeżeli nie jest w stanie ponieść kosztów tego przechowania, to przy zachowaniu odpowiedniej procedury obowiązek ten przejmuje archiwum państwowe.

Pracodawca ponosi odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną pracownikowi wskutek odmowy poświadczenia zatrudnienia w warunkach szkodliwych lub w szczególnym charakterze, wynikającą z nienależytego wykonania obowiązku prowadzenia dokumentacji w sprawach związanych ze stosunkiem pracy i akt osobowych pracownika, określonego w art. 94 pkt 9a k.p.

Swoistą sankcją za brak prowadzenia dokumentacji, a w szczególności ewidencji czasu pracy, jest przerzucenie ciężaru dowodu braku pracy w nadgodzinach na pracodawcę nieprowadzącego tej ewidencji. Nie dotyczy to jednak sytuacji, gdy pracodawca nie ma obowiązku ewidencjonowania czasu pracy danego pracownika. Powinien jednak udostępnić pracownikowi dotyczącą go dokumentację pracowniczą. Nie wolno mu natomiast ujawniać jej osobom trzecim bez zgody pracownika, chyba że czyni to na zasadzie administratora danych, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych.

Pracodawca ma obowiązek przechowywać dokumentację w sprawach związanych ze stosunkiem pracy oraz akta osobowe pracowników w warunkach niegroźących uszkodzeniem lub zniszczeniem. Brak realizacji tej powinności jest wykroczeniem z art. 281 pkt 7 k.p. Polega ono na pozostawieniu dokumentacji w sprawach związanych ze stosunkiem pracy oraz akt osobowych pracowników w warunkach groźących uszkodzeniem lub zniszczeniem. Przechowując dokumentację, pracodawcy, powinni poświadczyć kierować się uregulowaniami rozporządzenia Ministra Kultury z 15 lutego 2005 r., w sprawie warunków przechowywania dokumentacji osobowej i płacowej pracodawców. W szczególności pomieszczenia przeznaczone do przechowywania tej dokumentacji nie powinny znajdować się w piwnicach czy strychu budynku, mają posiadać odpowiednią temperaturę i wilgotność powietrza, a także odpowiednie oświetlenie.

Czy lekarz może ponieść odpowiedzialność zawodową za czyny niezwiązane bezpośrednio z wykonywaniem zawodu?

Rozważania na tle spotkania studentów z radcą prawnym OSL WIL
prof. Jędrzejem Skrzypczakiem

Koło Naukowe Prawa Medycznego „Lege Artis” zorganizowało 24 stycznia 2014 r. na Wydziale Prawa i Administracji UAM w Poznaniu spotkanie z radcą prawnym Okręgowego Sądu Lekarskiego Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu, prof. UAM dr hab. Jędrzejem Skrzypczakiem na temat „Odpowiedzialność zawodowa lekarza – czy komuś jest jeszcze potrzebna?”. Wybór osoby prelegenta wynika z faktu, iż prof. J. Skrzypczak, doradzając na co dzień sędziom poznańskiego Sądu Lekarskiego, rozpatrującym na rozprawach i posiedzeniach sprawy lekarzy w związku z naruszeniem zasad etyki lekarskiej i przepisów o wykonywaniu zawodu, posiada ogromne doświadczenie i wiedzę w tej dziedzinie. Zaznaczyć wypada, że wspomniany gość był już czwartą, obok dr. n. med. Krzysztofa Kordela (prezesa WIL), dr. Artura de Rosier (OROZ WIL) i dr. Grzegorza Wrony (byłego przewodniczącego OSL WIL), osobą z Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, którą gościliśmy na spotkaniu Koła „Lege Artis”, lecz zarazem jedynym prawnikiem. Tak więc jednocześnie najlepszym znawcą tematu z punktu widzenia nauk prawnych, o czym świadczyła treść referatu.

Prelegent swój wykład rozpoczął od postawienia hipotezy, czy wobec możliwości wszczęcia przeciwko lekarzowi postępowania karnego (jeżeli popełniono przestępstwo), dyscyplinarnego (w sytuacji naruszenia obowiązków pracowniczych) bądź cywilnego (w celu dochodzenia zadośćuczynienia lub odszkodowania), postępowanie w sprawie odpowiedzialności zawodowej przed organami izby lekarskiej jest nadal potrzebne.



Profesor Jędrzej Skrzypczak przypomniał, że na podstawie art. 53 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2009 r. Nr 219, poz. 1708 z późn. zm.), członkowie izb lekarskich ponoszą odpowiedzialność zawodową w wypadku naruszenia zasad etyki lekarskiej lub przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza, tj. za popełnienie przewinienia zawodowego. Trafnie wskazał, że o ile sformułowanie „przepisy związane z wykonywaniem zawodu lekarza” nie budzi wątpliwości, odnosi się bowiem do odpowiednich ustaw i rozporządzeń, o tyle wyrażenie „zasad etyki lekarskiej” nie zawsze było rozumiane jednolicie. Obecnie uważa się, że chodzi przede wszystkim o katalog norm etycznych zawarty w Kodeksie etyki lekarskiej (tekst jednolity z 2 stycznia 2004 r., zawierający zmiany uchwalone 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy) – KEL. Jednakże wobec treści art. 1 ust. 1 i ust. 3 KEL oraz art. 76 KEL katalog ten nie stanowi *numerus clausus*, a zasięg podstaw odpowiedzialności zawodowej jest niemożliwy do jednoznacznego

ustalenia. Wynika to z następujących faktów. Po pierwsze, w art. 1 ust. 1 KEL zaznaczono, że zasady etyki lekarskiej wynikają z ogólnych norm etycznych. Po drugie, art. 1 ust. 3 KEL stanowi, że naruszeniem godności zawodu jest „każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu”. Po trzecie, art. 76 KEL wprowadza regułę, zgodnie z którą w wypadkach w KEL nieuregulowanych należy kierować się zasadami wyrażonymi w uchwałach władz samorządu lekarskiego, w orzecznictwie sądów lekarskich i dobrymi obyczajami przyjętymi przez środowisko lekarskie. Powyższe normy znacznie poszerzają granice podstaw odpowiedzialności, wykraczając poza normy zawarte w kodeksie. Jednocześnie dają możliwość kształtowania na bieżąco żądanych postaw etycznych medyka, pewnych wzorców orzecznictwem sądowym czy uchwałach samorządowych.

Biorąc pod uwagę powyższe, naczelną wątpliwością, szeroko dyskutowaną w judykaturze i doktrynie, jest to, czy lekarz może zostać pociągnięty do odpowiedzialności zawodowej w sytuacji, gdy narusza normy etyczne, bez związku z wykonywanym zawodem lekarza.

W odpowiedzi na to pytanie prelegent przedstawił bardzo ciekawe przykłady orzeczeń sądów lekarskich. Warto w tym miejscu wspomnieć o sprawie, która toczyła się przed Okręgowym Sądem Lekarskim w Poznaniu na gruncie poprzednio obowiązującej ustawy z 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 1989 r. Nr 30, poz. 158 ze zm.) i wydanego do niej aktu wykonawczego w postaci rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 26 września 1990 r. w sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej

lekarzy (Dz. U. z 1990 r. Nr 69 poz. 406). Kазus ten opierał się na przypadku lekarza, który chcąc sprawić prezent urodzinowy swojej żonie, odkręcił i podjął próbę kradzieży koła od malucha stojącego w nocy na parkingu strzeżonym. Został jednak przyłapany na gorącym uczynku przez stróża. Kiedy sprawa trafiła do sądu lekarskiego, zastanawiano się, czy można za taki czyn lekarza ukarać, ponieważ nie jest on związany *stricto* z wykonywaniem zawodu medycznego, a ponadto dokonany był poza miejscem i godzinami pracy. Pomimo tych okoliczności sąd ukarał lekarza, uważał bowiem, że takim zachowaniem naruszył ogólnie pojętą zasadę etyki, czym podważył zaufanie do zawodu.

Podobnego rozstrzygnięcia dokonał sąd lekarski w okresie międzywojennym. Sprawa dotyczyła lekarza, który w oberży otrzymał od pewnego Niemca, w wyniku kłótni, uderzenie dłonią w twarz. Z powodu doznanego ponizienia, w dodatku publicznie i przez osobę narodowości niemieckiej, uznano, że lekarz dopuścił się naruszenia godności stanu lekarskiego, za co został surowo ukarany przez organy samorządu. Tak

szeroko rozumiane pojęcie etyki, skutkujące ukaraniem obwinionego lekarza, obecnie wydaje się nie do przyjęcia i ma jedynie charakter anegdoty. Na sam koniec prelekcji prof. Jędrzej Skrzypczak przedstawił etapy postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej oraz katalog kar.

Podsumowując, należy stwierdzić, że istnieje możliwość pociągnięcia do odpowiedzialności zawodowej z tytułu czynów, które nie są bezpośrednio związane z wykonywaniem zawodu lekarza. Warunkiem tego jest natomiast konieczność złamania zasad etyki (lekarskiej) i podważenie zaufania do zawodu.

Odpowiadając na postawioną na samym początku spotkania hipotezę, gość zwrócił uwagę na rolę społeczną, jaką odgrywa samorząd, a w tym jego organ – sąd. Na tej podstawie uznano, że odpowiedzialność zawodowa jest jak najbardziej potrzebna. Wynika to z faktu, iż orzeczenie sądu lekarskiego stanowi pewnego rodzaju ustosunkowanie się tej grupy zawodowej do określonego czynu, stanowi możliwość jego potępienia i przedstawienia pożądanej, wzrocowej postawy lekarza, a także eliminacji

z izby lekarskiej członków, którzy nie powinni być lekarzami. Nadto prelegent przypomniał, że dokument, jakim jest postanowienie lub orzeczenie sądu lekarskiego, odgrywa coraz większą rolę w jednocześnie toczonych postępowaniach karnych i cywilnych, bowiem – podobnie jak opinia biegłego – pozwala sądowi powszechnemu w dokonaniu oceny czynu popełnionego przez lekarza, tj. czy dopuszczono się błędu w sztuce medycznej, czy doszło do tzw. niepowodzenia w leczeniu.

Spotkanie Koła Naukowego Prawa Medycznego „Lege Artis” z radcą prawnym OSŁ prof. Jędrzejem Skrzypczakiem uznano za bardzo udane i niezwykle merytoryczne. Uczestniczący w nim studenci w końcu zrozumieli, na czym polega i jaki ma przebieg nieco enigmatyczne postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy.

MICHAŁ PUK

PREZES KOŁA NAUKOWEGO

PRAWA MEDYCZNEGO „LEGE ARTIS”

ASYSTENT W KANCELARII

OKRĘGOWEGO SĄDU LEKARSKIEGO

WIL W POZNANIU

Zamek Królewski w Poznaniu



Szanowni Państwo, Zacni Obywatele!

Po latach starań społecznego Komitetu Odbudowy Zamku Królewskiego w Poznaniu ponownie ponad murami Starego Miasta dumnie wznoszą się mury zamku królewskiego, a prace wykończeniowe trwają wewnątrz budowli. Zamek otworzy swe podwoje z końcem 2014 roku. Wielka w tym zasługa władz samorządowych Poznania i województwa wielkopolskiego, wielu firm oraz licznej rzeszy mieszkańców Poznania i Wielkopolski, a także z innych regionów kraju. Ich wsparcie finansowe przyczyniło się do restytucji królewskiej. Obecnie pozyskane środki przeznaczone będą na stylowe wykończenie wnętrz zamkowych.

Apelujemy do wszystkich, którym na sercu leży sprawa poznańskiego zamku, o dobrowolne wpłaty na konto naszego Komitetu, jak niżej.

W okresie rozliczeń podatku za rok 2013 wnosimy o wpłacenie darowizny w postaci

1 % podatku dochodowego od osób fizycznych

Jak to uczynić ?

Na formularzu PIT - 37 w pozycji 131 należy wpisać KRS 0000144819, a w pozycji 132 - kwotę, którą przeznacza się na daną Organizację Pożytku Publicznego (1 % podatku lub mniejszą). Urząd Skarbowy sam przekaze deklarowaną kwotę na konto Komitetu Odbudowy Zamku Królewskiego w Poznaniu. Podobnie należy postąpić w przypadku PIT - 28 i PIT - 36.

Z góry serdecznie dziękujemy za wsparcie odbudowy najstarszej rezydencji królewskiej w Polsce.



Komitet Odbudowy Zamku Królewskiego w Poznaniu Organizacja Pożytku Publicznego ul. Kramarska 32, PL 61-765 Poznań tel. 61-663 23 42
e-mail: komitet.biuro@wp.pl www.zamek-krOLEwski.poznan.pl konto: 71 1020 4027 0000 1802 0032 8948 Biuro czynne w czwartki od 16.30 do 18.30

WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA POPIERA RESTYTUCJĘ ZAMKU KRÓLEWSKIEGO W POZNANIU

Pacjenci nie znają nazwiska swojego lekarza rodzinnego

W swojej pracy zadają każdemu pacjentowi pytanie o nazwisko jego lekarza rodzinnego. Jak myślą państwo, jaki odsetek je zna? Otóż wyniki nie są zbyt pochlebne dla lekarzy rodzinnych, ponieważ ponad 80% pytanym nie potrafi mi udzielić odpowiedzi. Pytani dlaczego, odpowiadają, że nie korzystają z jego usług, ponieważ nie lubią czekać w kolejkach, być przyjmowani w obskurnych poradniach z opryskliwymi rejestratorkami. Na uwagę, że przecież wiele się zmieniło na korzyść, szczególnie w Wielkopolsce, gdzie podstawowa opieka zdrowotna jest praktycznie w całości sprywatyzowana, odpowiadają, że wolą nie ryzykować, gdyż te krytyczne opinie słyszeli od znajomych, którzy muszą korzystać z publicznej służby zdrowia. Inni z kolei mówią, że co prawda korzystają z podstawowej opieki zdrowotnej, ale za każdym razem przyjmuje ich inny lekarz, więc nie zapamiętali jego nazwiska. Co ciekawe, i jedni, i drudzy często mówią, że znają nazwisko lekarza opiekującego się ich dziećmi w ramach POZ. Podobnie jest z młodymi osobami. One często potrafią podać nazwisko lekarza „pediatry”, który zajmował się nimi do 18. roku życia. Na uwagę, że zapewne jest to nadal ich lekarz, ponieważ system lekarza rodzinnego miał polegać właśnie na tym, że pacjentem „od narodzin aż do śmierci” zajmuje się jeden lekarz, który dzięki temu dobrze zna „wszystkie problemy zdrowotne, uwarunkowania rodzinne, środowiskowe, etc.” swojego pacjenta, odpowiadają, że po „osiemnastce” poleciono im się przepisać do innego lekarza – „dla dorosłych”. Inną prawidłowością jest to, że im mniejsza miejscowość, tym więcej osób zna swojego lekarza, szczególnie gdy ten nie pracuje w NZOZ molochu, tylko albo we własnej praktyce, albo w kameralnej przychodni, gdzie pracuje tylko kilku lekarzy, którzy także są jej właścicielami. Niestety, ostatnio wzrasta także liczba osób, które mówią, że znały nazwisko swojego lekarza, ale ten zmarł albo przestał pracować, bo przeszedł na emeryturę lub wyjechał za granicę. A nowego jeszcze nie wybrały. Oczywiście moje obserwacje to nie żadna poważna praca naukowa, tylko pewne spostrzeżenia oparte na odpowiedziach niereprezentatywnej z pewnością grupy, ale jednak coś w tym jest, ponieważ co roku badam co prawda tylko kilka tysięcy pacjentów, ale za to w różnych miejscowościach Wielkopolski. Dlatego grona lekarzy rodzinnych powinny się zastanowić, co poprawić, aby pacjenci znali swojego lekarza rodzinnego z nazwiska i by to, co głoszą na sztandarach, czyli opieka jednego lekarza

SHORT CUTS

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



znającego swojego pacjenta oraz jego rodzinę, środowisko itd., itp., było prawdą, a nie tylko pustym hasłem, którym szermują w okresach zawirowań wokół medycyny rodzinnej czy też podstawowej opieki zdrowotnej, ponieważ to nie są synonimy, o czym zapominają nawet wysokiej rangi działacze wszelkich organizacji skupiających lekarzy rodzinnych.

Gdy nie wiadomo, o co chodzi...

Ostatnimi czasy ponownie rozgorzała dyskusja nad kształtem podstawowej opieki zdrowotnej i rolą w niej lekarza rodzinnego. Kanwą do tej dyskusji są pewne pomysły ministra zdrowia. Jak to zresztą z ministrem bywa, a w konsekwencji także z posłami, dyskusja jest w zasadzie monologiem przedstawicieli władzy, którzy swoje pomysły uważają za jedyne słuszne i nie przyjmują żadnej krytyki. Podobnie jest zresztą z przedstawicielami organizacji skupiających lekarzy rodzinnych, którzy obok merytorycznych uwag, dotyczących organizacji pracy, kompetencji POZ, głoszą także hasła wysoce demagogiczne, często będące, delikatnie mówiąc, nie do końca prawdą. Nie będę w tym „ścinku” zajmował całością propozycji ministra i tym, co o nich sądzą lekarze, ponieważ w tym numerze „Biuletynu WIL” powinny znaleźć się także inne teksty. Przedmiotem moich uwag będzie, chyba najbardziej bulwersująca lekarzy rodzinnych, propozycja ministra zdrowia, by przywrócić lekarzom internistom i pediatrom możliwość pracy w podstawowej opiece zdrowotnej, a także pozwolić im na posiadanie własnych list „aktywnych” pacjentów, by tym samym mogli mieć własne przychodnie. Bowiem, o czym już niezbyt chętnie się wypowiadają prominienci organizacji lekarzy rodzinnych, pediatry i interniści ciągle pracują w POZ, tyle że są tylko najemną siłą roboczą, bez prawa do własnych pacjentów. W zasadzie nie chciałem wsadzać tego kija w mrowisko, ale by to uczynić, zdopingowały mnie teksty zamieszczone na stronie Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie. Szczególnie bulwersujący jest anonimowy tekst o „literackich zapędach internistów i pediatrów”. Zapewne w zamiarze autora/autorów (?) miało to być dowcipne wypunktowanie absurdów propozycji ministra i pokazanie, że jedynie słuszne jest zdanie PZ, KLR i innych organizacji protestujących przeciwko ponownemu wprowadzeniu

lekarzy internistów i pediatrów do podstawowej opieki zdrowotnej. Tekst zaczyna się interesująco: *Coraz częściej dostrzegany jest problem czytania bez zrozumienia tekstu. Niestety, rzadziej zauważa się problem pisania bez zrozumienia, którego przykładem niektóre publikacje na temat reformy systemu ochrony zdrowia.* Paradoksalnie przykładem takiego „pisania bez zrozumienia” jest także tekst, z którego pochodzi powyższy cytat. Zaczniemy od początku, czyli od tego, że większość lekarzy w POZ to interniści i pediatry, którzy później uzupełnili wykształcenie o umiejętności pożądaną u lekarzy rodzinnych, uzyskując tytuł specjalisty medycyny rodzinnej. Ciekawe, że obecnie ewentualnym kandydatem do pracy w POZ najwyraźniej odmawia się tej możliwości. Ba, wręcz traktuje się ich jak idiotów, którzy poza szpitalem nie mogą funkcjonować (to akurat wcześniejsza wypowiedź doktora Jacka Krajewskiego, ale często powtarzana przez innych). Najśmieszniejsze są przy tym insynuacje, że taki lekarz nie potrafi pracować w ambulatorium, bo nie był tego nauczony. Oczywiście, teraz z winy posłów, a także Narodowego Funduszu Zdrowia nie ma poradni „czysto” internistycznych czy pediatrycznych, ale praca w szpitalnej izbie przyjęć dostarcza dość „nieprzesianego” materiału ludzkiego, by takie umiejętności posiadać. Gdybym był złośliwy, w tym miejscu zauważyłbym, że są to ci pacjenci, którzy albo się nie doczekali wizyty u lekarza rodzinnego, albo wręcz (jak często podają media) są przysłani z POZ na SOR czy IP. Ale ponieważ nie jestem, to tego nie zauważę. Jeszcze śmieszniej zaczyna być, gdy czyta się stwierdzenia gremiów lekarzy rodzinnych, że przeniesienie internistów i pediatrów do POZ byłoby takim samym nieporozumieniem jak przeniesienie lekarzy rodzinnych na oddziały internistyczne i pediatryczne. Niestety, szanowni lekarze specjaliści medycyny rodzinnej, to nie działa w dwie strony, ponieważ, by zdobyć specjalizację z interny czy pediatrii, trzeba się – zgodnie z równie często przez was wspomnianą dyrektywą europejską 2005/36/WE – znacznie dłużej uczyć. Ponadto, o czym zapewne zapomnieli niektórzy lekarze rodzinni posiadający te specjalizacje, ucząc się interny czy pediatrii, posiada się wiele z tych umiejętności, których się odmawia internistom czy pediatrom, a które, podobno, są tylko charakterystyczne dla specjalizacji z medycyny rodzinnej. Jak nieco

wcześniej wspominałem, lekarze rodzinni szerują unijną dyrektywą 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych, mówiąc ustami np. dr Joanny Zabielskiej-Cieluch, że ta dyrektywa wymusza posiadanie przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej specjalizacji z medycyny rodzinnej. Ja, w odróżnieniu od wielu osób, mam taki dziwny zwyczaj, że dokładnie czytam teksty aktów prawnych, na które się powołuję. Wspomnianą dyrektywę także przeczytałem i niestety muszę panią doktor zmartwić, niczego takiego w tej dyrektywie nie ma. Po pierwsze, operuje ona pojęciem „ogólnej praktyki medycznej” i by lekarz ją zdobył, powinien uczyć się 2 lata przed 1 stycznia 2006 r., a po tym terminie 3 lata. Po drugie, i chyba najważniejsze, to zainteresowane państwo podaje w załączniku nr V pkt 5.1.4 listę dokumentów potwierdzających posiadanie kwalifikacji lekarzy ogólnych i w tym miejscu Polska określiła, że wymagany jest tytuł lekarza specjalisty medycyny rodzinnej. Żeby było ciekawiej, ustawa o świadczeniach finansowanych z funduszy publicznych w art. 5 pkt 13 określa jako lekarza POZ – obok specjalisty medycyny rodzinnej i osoby, która odbywa szkolenie w tej specjalizacji – także specjalistę II stopnia medycyny ogólnej. Jest także drugi warunek – „posiadanie umowy z NFZ”. Widać więc, że ministerstwo ma pełną swobodę, by do tej dyrektywy unijnej i ustawy wpisać także internistów i pediatrów, ponieważ dyrektywy nie są nienaruszalne, można je zmieniać – *vide*: zmiana nazwy egzaminu lekarskiego z LEP na LEK. Dlatego też anonimowemu autorowi/autorom, a także osobom wspomnianym w tym ścinku, zadedykuję zdanie dr. Korczaka: *Żyjemy pośpiesznie, niedbale, powierzchownie, partacko*, przywołane przez niego na koniec, by także skłoniło ich do refleksji. Ze swej strony na koniec chciałbym wyjaśnić tytuł tego ścinka, ponieważ do tej pory tego nie uczyniłem, trudno go również wysnuć z cytowanych powyżej wypowiedzi. Być może się mylę, ale wydaje mi się, że sedno obaw gremiów lekarzy rodzinnych tkwi w nie do końca artykułowanym lęku, że „wpuszczenie” internistów i pediatrów do POZ i umożliwienie im posiadania własnych list pacjentów spowoduje, że szpitale będą tworzyły „na bazie” swoich oddziałów poradnie podstawowej opieki zdrowotnej i odbiorą kontrakty lekarzom rodzinnym, ponieważ w konkursach NFZ uzyskują dodatkowe punkty za „kompleksowość”. I być może tego się „rodzinni” obawiają, a nie tego, że interniści czy pediatrzy nie są przygotowani do roli lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Bowiem, powtórzę to raz jeszcze, nie można stosować zamiennie terminów lekarz POZ i lekarz rodzinny. A dlaczego tak się stało, to już temat na osobne rozważania.

**Lekarze w hołdzie
Błogostawionemu Janowi Pawłowi II
Pop-oratorium Miłosierdzie Boże**

Słowa:
św. s. Faustyna
wybór tekstów narracji z
„Dzienniczka” s. M. Elżbieta Siepak
ZMBM

Muzyka:
Zbigniew Małkowicz

Wykonawcy:
Zespół Lumen
Orkiestra Kameralna „Operacja
Muzyka” przy Wielkopolskiej Izbie
Lekarskiej

Chóry

Soliści:
Marzena Małkowicz
Aleksandra Małkowicz- Figaj
Janusz Szram

Dyrygent:
Dobrochna Martenka

13 kwietnia 2014 roku
godzina 17.00, Katedra Poznańska

JEZU UFAM TOBIE

WSTĘP WOLNY

REKOLEKCJE WIELKOPOSTNE DLA MEDYKÓW

ŻYCIE OSOBISTE – ŻYCIE LEKARSKIE – ŻYCIE SPOŁECZNE

O. dr Karol Meissner OSB

Kościół Przemienienia Pańskiego, Poznań – Rynek Bernardyński

31. III – 2 IV. 2014 (poniedziałek – środa) ; 19.00

Jak być chrześcijaninem – lekarzem dziś? Jak dbać o swój wzrost wewnętrzny? Jak radzić sobie z wątpliwościami we wierze? Czy to koniec etosu lekarskiego? Jak wychowywać i przekazywać w naszych zawodach medycznych to, co najistotniejsze? Pytamy o Kościół i nasze w nim trwanie, o zmiany zachodzące w Kościele – o jego różnorodność, w której nieraz trudno jest się rozeznaczyć. W jakiej mierze jesteśmy odpowiedzialni za życie społeczne?

Wiersze



ALOJZY ADAMSKI

REANIMACJA

Jakże kruchy los człowieka –
 nigdy nie wie, co go czeka.
 Od zarania, od kolebki
 bywa słaby, to znów krzepki.
 Gdy ma jasny cel przed sobą
 bywa, że brnie „lepszą drogą”,
 lub podąży na manowce jak błędne owce.
 Niecierpliwy: „tu i teraz!” –
 żądza zysku, mir, kariera...
 Cóż – duch chciałby wyżej latać –
 (czas ucieka, nie te lata).
 Po drabinie jak się wdrapać?
 Łomot w piersi, zawrót, zapaść...
 A że człowiek się zasapie
 czy to dziwi? – HOMO SAPIENS!
 Stos problemów – wyżej uszu –
 jak nie tracić animuszu?
 Rzecz radosną chcę obwieścić –
 świetny lek! – Ród Niewieści!
 On ukoi i... dopieści.
 Nim zaszlochasz spróbuj wprzód –
 toż to balsam jest i miód.
 Jeśli krzepę pragniesz mieć –
 sił Ci doda „Słaba Płec”.



WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA

BIULETYN INFORMACYJNY WYDAWANY PRZEZ RADĘ OKRĘGOWĄ WIL W POZNANIU

ISSN 1233-2216 Nakład 14 000 egz.

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

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

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

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

ADRESY DELEGATUR WIELKOPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ:

DELEGATURA W KALISZU

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

DELEGATURA W KONINIE

62-502 Konin, ul. Makowa 2
 przewodniczący – lek. dent. Katarzyna Piotrowska
 tel./faks 63 245 66 10, tel. kom. 783 993 909
 sekretarka – Izabela Tomaszewska
konin@wil.org.pl, www.wil.konin.pl

DELEGATURA W LESZNIE

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

DELEGATURA W PILE

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

DELEGATURA OSTROWSKO-KROTOSZYŃSKA

63-400 Ostrów Wlkp., ul. Kolejowa 24A
 przewodniczący – lek. dent. Wiesław Wawrzyniak
 tel. 62 735 44 80, tel. kom. 783 993 907
delost@wp.pl-96

kolegium redakcyjne Biuletynu Informacyjnego WIL

redaktor naczelny: Andrzej Baszkowski

członkowie redakcji: Alfred Adamczewski, Andrzej Grzybowski,
Krzysztof Ożegowski, Andrzej Piechocki

Na zlecenie WIL wydany przez

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

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

ogłoszenia także na www.wil.org.pl

Pediatra

szuka pracy
na terenie Poznania
603 503 585

Nowoczesny gabinet
w Plewiskach
zaprasza do współpracy
STOMATOLOGA
608 312 810

Nowoczesny
gabinet stomatologiczny
we Wronkach
zatrudni
lekarza dentystę

Kontakt telefoniczny 500 787 602

**CHIRURG
STOMATOLOG**
podejmie współpracę
(nie NZF)
tel. 608 312 810

BIURO RACHUNKOWE

mgr Zofia Szczerkowska

60-651 Poznań, ul. gen. St. Maczka 14
tel./faks 61 840 13 71, tel. kom. 501 381 255
e-mail: biuro@filobiuro.pl, www.filobiuro.pl

Szpital
Rehabilitacyjno-Kardiologiczny
w Kowanówku
ul. Sanatoryjna 34, 64-600 Oborniki
przyjmie do pracy

**specjalistów
rehabilitacji medycznej
specjalistę reumatologii
lub ortopedii
oraz chorób wewnętrznych**

Zainteresowane osoby prosimy o kontakt:
tel. 61 297 34 32 w godzinach od 7.00 do 14.35
od poniedziałku do piątku
tel. 607 088 992 – całą dobę

Samodzielny Publiczny
Zakład Opieki Zdrowotnej
w Obornikach
ul. Szpitalna 2
SP ZOZ w Obornikach,
zatrudni lekarzy:

- specjalistę chorób wewnętrznych,
- lekarza na specjalizację z chorób wewnętrznych

do pracy na oddziale wewnętrznym
w ramach umowy o pracę
lub kontrakt oraz na dyżury

Kontakt z dyrekcją szpitala
tel. 61 297 34 617, szpital@szpital.oborniki.info

Przychodnia Medicon
w Radomiu
mieszcząca się
przy ul. Gagarina 1

**zatrudni
lekarza internistę
(POZ)**

**ze specjalizacją
lub w trakcie
specjalizacji.**

Atrakcyjne wynagrodzenie
i warunki pracy.
Tel. kontaktowy 601 280 409
lub 48 367 15 11

Sporządzam obowiązkowe
**INFORMACJE
O ODPADACH**
DLA LEARZY I GABINETÓW
obowiązujący termin urzędowy:
do 15 marca każdego roku
tel. 600 229 000

Przychodnia ARKA
w Ostrowie Wielopolskim
wynajmie gabinety prywatne
oraz pomieszczenia na działalność
medyczną
Tel. kontaktowy: 698 568 817

Samodzielny Publiczny
Zakład Opieki Zdrowotnej
w Grodzisku Wilkp.,
ul. Mossego 17
zatrudni lekarzy
**specjalistów
w dziedzinie
anestezjologii
i intensywnej terapii**

Kontakt: 61 44 36 501 sekretariat
email: szpital@spzoz-grodzisk.pl



KLINIKA PROMIENISTA

NZOZ Klinika Promienista
w Poznaniu
nawiąże współpracę
ze specjalistami:

- ANESTEZJOLOGII ● LEKARZAMI DYŻURNYMI
- oraz w zakresie ambulatoryjnych usług prywatnych
ze specjalistami:
- ANDROLOGII ● DERMATOLOGII
 - CHIRURGII NACZYNIOWEJ
 - GASTROENTEROLOGII ● PSYCHIATRII ● UROLOGII
- tel. 61 862 20 15; info@promienista.pl

Dyrekcja Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki
Zdrowotnej w Kościanie
ul. Szpitalna 7, 64-000 Kościan
zatrudni lekarzy do pełnienia dyżurów w SP ZOZ Kościan
**posiadających specjalizację
I lub II stopnia
w dziedzinie anestezjologii
i intensywnej terapii**

(umowa cywilno prawna)

Bliższych informacji udziela dyrektor SP ZOZ w Kościanie
tel. 65 512 16 40

ZAPRASZAMY NA

WWW.TOPMEDICALTRENDS.PL

TOP MEDICAL TRENDS

2014

POZNAŃ
21–23 marca

TERMIN

21–23 marca 2014 r.

MIEJSCE

POZNAŃ, Centrum Kongresowe
Międzynarodowych Targów
Poznańskich, pawilon 15

ORGANIZATORZY

wydawnictwo *Termedia*,
wydawca czasopisma
*Top Medical Trends – Przewodnik
Lekarza*

Katedra i Zakład
Medycyny Rodzinnej
Uniwersytetu Medycznego
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Polskie Towarzystwo
Medycyny Rodzinnej
– patronat naukowy

BIURO ORGANIZACYJNE

Termedia sp. z o.o.
ul. Kleberga 2
61-615 Poznań
tel./faks +48 61 656 22 00
szkolenia@termedia.pl

termedia



RADA NAUKOWA

przewodniczący

prof. Jacek WYSOCKI
rektor Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu,
prezes Polskiego Towarzystwa Wakcynologii

członkowie

prof. Zbigniew GACIONG
kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych,
Nadciśnienia Tętniczego i Angiologii
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

dr Agnieszka MASTALERZ-MIGAS

wiceprezes Polskiego Towarzystwa
Medycyny Rodzinnej

prof. Jacek SZEPIETOWSKI

kierownik Katedry i Kliniki Dermatologii,
Wenerologii i Alergologii
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu,
prezes Polskiego Towarzystwa
Dermatologicznego

prof. Kazimierz A. WARDYN

prezes Polskiego Towarzystwa
Medycyny Rodzinnej

prof. Katarzyna ŻYCIŃSKA

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego