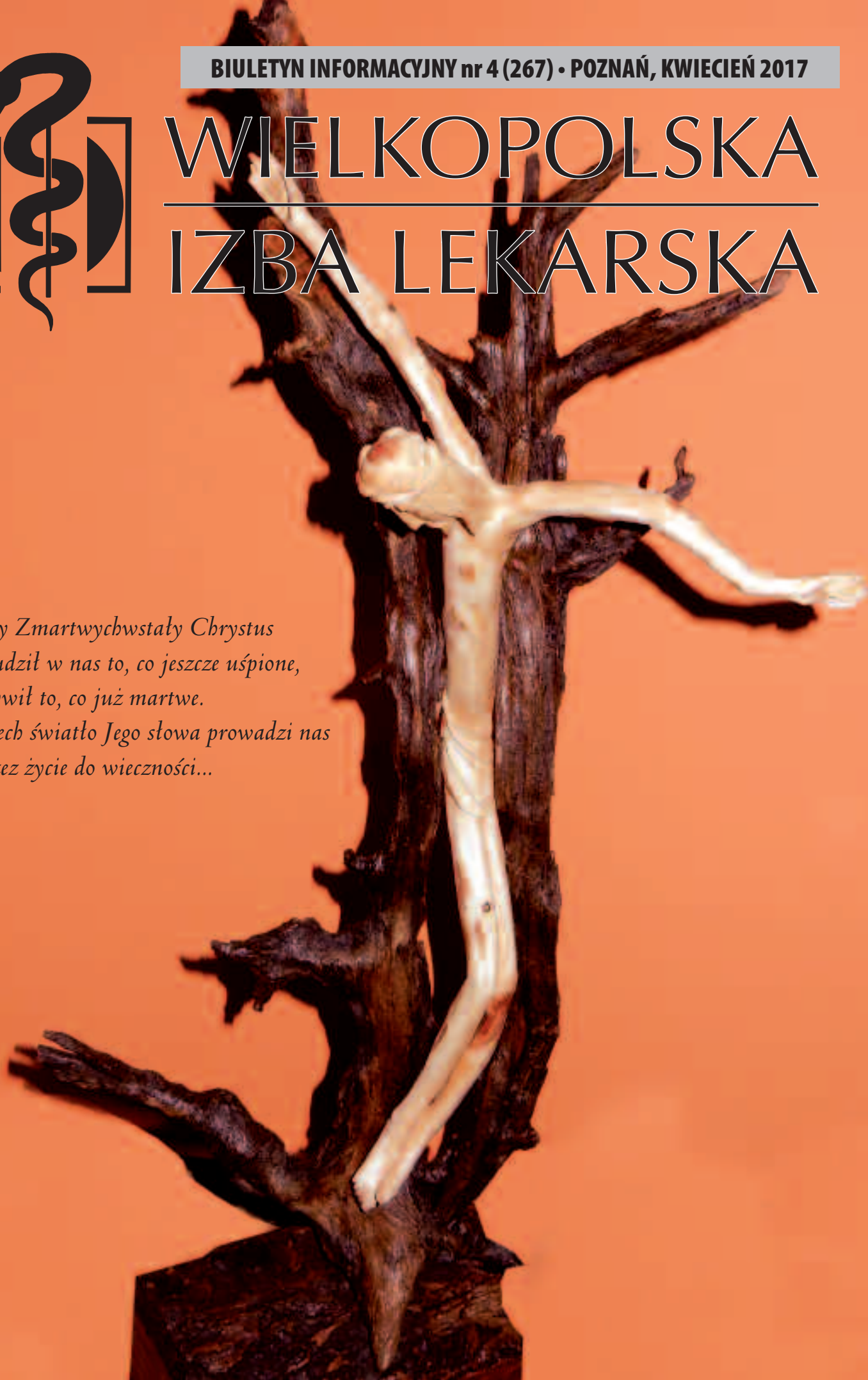




WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA

*Aby Zmartwychwstały Chrystus
obudził w nas to, co jeszcze uśpione,
ożywił to, co już martwe.
Niech światło Jego słowa prowadzi nas
przez życie do wieczności...*



Diagnoza wstępna



Spis treści

Moim zdaniem...	4
Co i gdzie kupimy, co zobaczymy?	5
Zagrożenia dla ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w Polsce w 2017 r.	6
W czternastu punktach dla posłów i prezydenta	7
Jakie bezpieczeństwo pacjentów i jakość	8
Powrót do korzeni	9
Z medycznej wokandy	10
Jubileusz 50-lecia absolutorium	11
Dawka informacji	12
Produkt spożywczy nie leczy	14
Jeszcze nie wiadomo, kto trafi na cztery lata do sieci	16
SHORT CUTS	18
XXXIX Okręgowy Zjazd Lekarzy WIL	19
Ach, co to był za bal...	20
Wernisaż Ewy Szwedy-Piczman	21
Harmonogram kursów	22
Kenia w obiektywie wolontariuszki	23
Zarządzanie profesjonalne	24
Tak minął marzec w Izbie	25
25-lecie Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio”	26
Wiersze	30

Reforma i elementy reakcyjne

Nadal żyjemy w niepewności, jak to będzie. Sytuacja w ochronie zdrowia jest nieprzewidywalna. Mają być duże zmiany, żeby nie powiedzieć rewolucyjne. Na przykład nie będzie szpitali jako takich, tylko ich sieć. W sieci nie będzie miejsca dla wszystkich, tylko dla wybranych. Na jakiej zasadzie – do końca nie wiadomo. To znaczy coś tam szpitale już wiedzą i to napawa je niepokojem, a może nawet strachem. Nie wiadomo, co będzie z oddziałami kardiologii interwencyjnej. Czy wszystkie wejdą do sieci czy tylko te przy dużych placówkach? A co z prywatnymi ośrodkami w mniejszych miejscowościach? Reforma może spowodować zamknięcie wielu placówek. A to z kolei oznacza utratę miejsc pracy. Nie tylko dla lekarzy, ale dla całego personelu... Nikt mnie nie przekona, że te zmiany nie odbiją się na i tak utrudnionym dostępie chorych do lekarza. A miało być przecież odwrotnie – łatwiej dla pacjentów i bez kolejek. Minister obiecuje, że po to jest ta cała reforma, żeby ich nie było... No ale jak się likwiduje albo zamyka placówki, albo ogranicza ich działalność, to jak ma ich nie być? Kolejki jak były, tak są. Rzekłbym że nawet pokazniejsze. Daje znać odwieczny dylemat w polskiej ochronie zdrowia: owszem, wiemy, co jest źle, ale nie mamy pojęcia, jak temu zaradzić. Albo wiemy tylko, że bez dodatkowych pieniędzy i tak nic się nie zrobi... A jak jest z forszą wiadomo... Nasi koledzy lekarze to znakomici fachowcy. Potrafią wykonywać zabiegi nieprawdopodobne, skomplikowane, czasem unikalne w skali nie tylko krajowej. To jaśniejsza strona szpitalnego życia. Ta ciemniejsza to widok leżących na korytarzach chorych i matki małych pacjentów wypraszane ze szpitali, bo takie są przepisy, że zestresowane maluchy muszą zostać same ze swoim nieszczęściem. W XXI wieku! Dobrze, że takich miejsc jest coraz mniej. Ale są.

Ciekawe, że przy okazji dyskusji o czekającej nas reformie mało albo wcale nie mówi się o wynagrodzeniach lekarskich. Kiedyś to się nazywało: honoraria doktorskie. Jakoś teraz nikt nie policzył, a jeżeli policzył, to nie ujawnił, ile w zapłatach za świadczenia wykonane przez lekarzy stanowią właśnie honoraria. Jaki procent? Dwa, pięć, dziesięć, więcej? Nie wiadomo. Za to wiadomo, że zarobki w służbie zdrowia są żałosne, lekarze pracują na kilku etatach, biorą po kilka dyżurów z rzędu... Teraz, gdy ograniczy się liczbę miejsc pracy, to tych dyżurów nie będzie gdzie brać... Lekarze uciekają zatem do innych krajów (pisze o tym w swym felietonie także Krzysztof Kordel). Lekarze są dobrze wykształceni, znają języki... Tam na nich czekają. Trzeba więc ich zatrzymać. Są nawet pomysły, jak to zrobić, np. przez odpłatne studia i obowiązek ich odpracowania... Tak to jest, jeżeli od lat przykrótką finansową koldrą staramy się przykryć całą mizérię ochrony zdrowia. Żeby tylko przy okazji reformy nie odrodziły się pomysły z lat czterdziestych, kiedy administracja lansowała demagogicznie, że praca lekarzy ma przypominać pracę przy taśmie produkcyjnej. Tylko wtedy będzie należycie wydajna. Żadne tam prywatne gabinety. Tak miała powstać powszechna służba zdrowia. Wiadomo było, że przeciwko takiej reformie protestować będą pacjenci. Ale tylko aspołeczni i elementy reakcyjne, pocieszali organizatorzy...

Andrzej Baszkowski

Moim zdaniem...



Krzysztof Kordel
prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

...najtrudniejszym okresem w roku jest przedwiośnie. Pojawia się uczucie zmęczenia po zimie i najchętniej człowiek nic by nie robił. A równocześnie poczucie obowiązku – taki atawizm, jaki u siebie zauważam. I do tego jeszcze redaktor naczelny „Biuletynu Informacyjnego WIL”, który niczym wyrzut sumienia stoi nad człowiekiem, na szczęście nie osobiście, lecz w wersji elektronicznej, i domaga się wypełnienia tekstem mojej stałej rubryki.

Latwo powiedzieć: napisz. Ale o czym, już nie powie. Dobra rada z jego strony – no przecież coś wymyślisz. No to myślę. Przychodzi mi do głowy temat, którym żyją lekarze. Mityczna sieć szpitali. Tylko co o tym napisać? Można krytycznie, że znikną z rynku szpitale, że te małe nie spełnią kryteriów, że pacjenci będą mieli dalej, że jest to walka z prywatnymi. Można i dobrze. Że będzie dla pacjenta lepiej, bo będzie mógł mieć rehabilitację, że specjalista będzie na niego czekał w opiece poszpitalnej, że będzie załatwiony szybciej.

Moim zdaniem, papier cierpliwy i wszystko przyjmie. Można by pisać, tylko jest mały szkopuł, jakim jest pełna informacja. Życie pokazuje, że politycy są mistrzami w składaniu obietnic. Historycznie patrząc, nawet w niedaleką przeszłość, jeśli coś w zdrowiu reformowano, to zawsze z myślą o pacjentach, kasy chorych nie, ponieważ lepiej zarządzać centralnie. Szybsza diagnostyka onkologiczna i planowanie leczenia. Dobre hasło, nośne społecznie i co z tego wyszło. Kolejki miały być krótsze dzięki raportowaniu wolnych miejsc. W kolejce można stać osobiście lub wirtualnie. Ale czy kolejki są krótsze?

Moim zdaniem, pojawił się kolejny aktualny temat, który wywołał wicepremier Gowin. Jak zatrzymać lekarzy w Polsce? Niech płacą za studia. Jeśli zostaną w kraju, to im pożyczkę umorzemy. Może moje myślenie jest socjalistyczne, ale jednym z atrybutów państwa prawa jest równość i brak dyskryminacji. Studia w Polsce na uczelniach państwowych są dla tych, którzy przeszli przez kwalifikację wstępną i są bezpłatne. O tym, że studia medyczne są drogie, nikogo nie muszę przekonywać, ale czy z tego faktu wynika zasada nierównego traktowania? Od czasu rewolucji francuskiej równość jest wartością powszechną. A z drugiej strony, jesteśmy specjalnie traktowani, tylko jakoś tego nie widać na kontach bankowych.

Moim zdaniem, jednym z atrybutów młodości jest niecierpliwość. Trudno się młodym dziwić, że chcieliby zarabiać więcej już i teraz. Trochę boję się o tym pisać, ale rezydent w czasach międzywojnia pracował za wikt i kwaterę. Nocował w szpitalu i był do dyspozycji przez całą dobę. Na horyzoncie miał etat i bardzo dobre zarobki. A co z życiem rodzinnym. Nie było? Lekarze żenili się po stabilizacji zawodowo-finansowej, czyli około czterdziestki. To już nie wróci. Dzisiaj czasy są inne. Nie chcą czekać. Rozumiem ich potrzeby, ale równocześnie pensja na uczelni po wielu latach pracy jest też na poziomie pensji rezydenta.

Zacząłem od przedwiośnia i zmęczenia. Już nie dyżuruję i staram się nie przynosić pracy do domu. Ale w odróżnieniu od młodszych kolegów i koleżanek mam stabilizację, której oni nie mają. Można powiedzieć, że mogą przecież dorobić, bo i my, starsi, będąc w ich wieku, tak robiliśmy. Każdy przyjmie chętnie młodego na dyżur – karetki, wieczorynki i SOR-y czekają. My też tak dorabialiśmy, to co, oni nie mogą? Mogą, bo są młodzi. No to na czym polega problem? Moje spostrzeżenia zawodowe pokazują ten problem. To pacjenci i ich roszczenia. Praca ta coraz bardziej zaczyna przypominać pole minowe. O tym, co nam zarzucają w doniesieniach do prokuratury, nie chcę pisać – nie tyle z powodu lenistwa przedwiosennego, ale bardziej w obawie przed zajęciem trzech czwartych łamów „Biuletynu Informacyjnego WIL”.

Młodzi dowiedzieli się, że więcej nie dostaną. No to mają wybór – zostać i liczyć, że będzie im niedługo lepiej, lub wybrać los wygnańca i pojechać tam, gdzie im lepiej zapłacą, ale gdzie nie będą u siebie i często dadzą im to odczuć. Siłą ich nie zatrzymamy. Na obietnicę mogą nie chcieć się nabrać. Zostaje tylko coś bardzo ważnego, ale trudnego do jednoznacznego zdefiniowania – patriotyzm i chęć pomocy rodakom. I oby tak było.

Z okazji zbliżających się Świąt Wielkiej Nocy życzę nam wszystkim, by system funkcjonował jak najlepiej, bo w spokoju lepiej się pracuje. Nam, starszym, by miał kto nas leczyć, a młodym, by szybko mogli dorównać nieco starszym.

Co i gdzie kupimy, co zobaczymy?

Media informowały: za ich ograniczoną sprzedażą była Naczelna Izba Aptekarska, przeciw – Państwowa Inspekcja Handlowa. Zmiany mają na uwadze dobro pacjentów, choć spowodują zawężenie dostępu do leków. Część z nich wycofana zostanie bowiem ze sklepów, stacji benzynowych i kiosków. A równocześnie mają nastąpić istotne zmiany na rynku reklamy.

Ministerstwo Zdrowia wskaże, jakie leki i w jakich dawkach będzie można sprzedawać poza aptekami. Celem przygotowywanego zarządzenia jest zmniejszenie ryzyka nadmiernego spożywania medykamentów bez konsultacji z lekarzem. Resort dąży do zmniejszenia obrotu pozaaptecznego, a zarazem wprowadzenia doń mniejszych opakowań. A to dlatego, że – jego zdaniem – leki te przeznaczone są do stosowania doraźnego, a nie długotrwałego. Jeśli chodzi o dawki, to na przykład paracetamol miałby być dostępny w tabletkach 300, a nie 500 mg.

„To działanie jest zsynchronizowane z nowelizacją prawa farmaceutycznego w części dotyczącej uregulowania rynku reklam leków i farmaceutyków. Wiceminister zdrowia, Krzysztof Łanda – czytamy na stronie www.money.pl – uważa, że reklamy nie powinny wprowadzać pacjentów w błąd. Trzeba zdecydowanie i skutecznie przeciwdziałać fałszywym treściom w reklamie. Chodzi o taki przekaz, który nie ma oparcia w dowodach naukowych, tworzy wymyślone choroby, których nigdy medycyna nie odnotowała, oraz obiecuje efekty, które nigdy nie nastąpią. Sprzedaż preparatów medycznych zależy często od siły reklamy. Ludzie często są oszukiwani. Kupują preparat, który zawiera mniej substancji aktywnej, a jest trzy razy droższy od innego medykamentu, tylko dlatego, że jego producent stosuje agresywną reklamę”.

Zdaniem wiceministra reklama bezwzględnie musi być oparta na dowodach naukowych, nie może swoją stylistyką wprowadzać odbiorców w błąd. A tak właśnie dzieje się, gdy ktoś w białym fartuchu i stetoskopem udaje lekarza, przekonuje, że parafarmaceutyk jest fantastyczny i w krótkim czasie przynosi ulgę, poprawę, niemal całkowite wyzdrowienie.

„Ministerstwo Zdrowia – czytamy w «Dzienniku. Gazecie Prawnej» – analizuje, jak powstrzymać Polaków przed niepotrzebnym kupowaniem leków sprzedawanych bez recepty. Polega w tej sprawie na opinii Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego. Ten zaś potwierdza, że spożywamy ich zdecydowanie za dużo – ze szkodą dla siebie. – *To poważny problem. Bez wątplenia jedną z przyczyn jest wszechobecna reklama. Najwyższy czas się tym zająć* – twierdzi Zbigniew Niewójt, p.o. główny inspektor farmaceutyczny. Jego zdaniem, nie może być tak, że obywatele dowiadują się z reklamy, iż po zastosowaniu jakiegoś preparatu w ciągu tygodnia schudną o 10 kg, bo to zwyczajne kłamstwo. Analogicznie popularne leki, np. przeciw grypowe, są przedstawiane jako remedium na wszystkie kłopoty zdrowotne, mimo że nie mają takiego działania. Konieczne jest co najmniej radykalne ograniczenie moż-



FOT. Andrzej Piechocki

liwości reklamy suplementów i leków sprzedawanych bez recepty, a nawet wprowadzenie całkowitego zakazu”.

Trzy lata temu rynek leków sprzedawanych w Polsce bez recepty, wg danych IMS Health, określała liczba 688 mln opakowań. Rok później wzrosła ona do 772 mln. Z nieoficjalnych informacji pochodzących z Sejmu wynika, że posłowie nie wykluczają takiej sytuacji: zniesiony zostaje zakaz reklamy aptek, a wprowadzony zakaz reklamy leków i suplementów diety. Ekspert rynku reklamy prognozują, że tak czy inaczej może to spowodować dlań kolosalne zmiany.

Założony termin zakończenia prac nad projektem tzw. dużej nowelizacji ustawy prawo farmaceutyczne to sierpień. Zmiany dotyczące między innymi przepisów antykoncentracyjnych i o zakazie reklamy mają być głębokie. (AP)

Z głębokim żalem i smutkiem
przyjeliśmy wiadomość o śmierci

ś. t p.

Prof. dr. hab. n. med.

Romana Meissnera

Prof. Roman Meissner był w środowisku lekarskim
postacią wyjątkową.

Cieszył się ogromnym autorytetem,
Jego opinie wysłuchiwane były zawsze z uwagą,
a często przez większość przyjmowane za własne.
Niespodziewane odejście wspaniałego człowieka
i nieodżałowanego Kolegi jest faktem,
z którym bardzo trudno się pogodzić.

Rodzinie i Bliskim, w imieniu lekarzy i lekarzy dentystów
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej,
składam wyrazy głębokiego współczucia.

Krzysztof Kordel
Prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

Zagrożenia dla ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w Polsce w 2017 r.

Od miesiący słyszymy zapowiedzi wprowadzenia opieki zintegrowanej, która ma cudownie skrócić kolejki i poprawić opiekę nad pacjentem. Czy obecny system jest dobrze zorganizowany i wydolny? Z pewnością nie.

Powołany na początku 2016 r. przez ministra zdrowia zespół ds. naprawy prawa medycznego (usuwanie tzw. absurdów prawa medycznego) opisał dziesiątki bezsensownych przepisów (opracowanie liczyło ponad 120 stron), które należałoby niezwłocznie zmienić. Wszystko wskazuje, że raport na dobre trafił do szuflad Ministerstwa Zdrowia i praca poszła na marne. Równocześnie zapowiada się wprowadzenie nieprzygotowanego i nie poddanego dyskusji ze środowiskiem lekarskim projektu opieki zintegrowanej. Program ten budzi najwięcej wątpliwości wśród lekarzy specjalistów, ponieważ właśnie w zakresie specjalistyki jest najslabiej dopracowany. Na dodatek specjalistyka w Polsce jest bardzo słabo reprezentowana społecznie. Szpitale są wspierane zarówno przez silne organizacje pracodawców (klinicznych, wojewódzkich, powiatowych, federacje szpitali itp.), jak i właścicieli, czyli samorządy oraz uniwersytety medyczne. Podstawowa opieka zdrowotna wypracowała przez lata niezwykle sprawnego reprezentanta w postaci Porozumienia Zielonogórskiego. A cóż mają specjaliści? Niewiele. W 2011 r. powstała Polska Federacja Pracodawców Prywatnych Ochrony Zdrowia ([www.http://pfpoz.pl](http://pfpoz.pl)), która zrzesza trzy związki pracodawców specjalistów z województw małopolskiego, wielkopolskiego i świętokrzyskiego. Organizacją reprezentującą interesy specjalistów w Wielkopolsce jest związek Pracodawcy Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej (pracodawcy-aos.pl).

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS) znajduje się w dość przełomowym momencie – dla większości mogącym przesądzić o niezależności zawodowej. Albo pozostaną niezależni (jak obecnie), albo będą zatrudniani przez lekarzy rodzinnych i szpitale w ramach opieki zintegrowanej. Członkowie jednej z organizacji pracodawców ochrony zdrowia, zrzeszającej przez lata na równi lekarzy rodzinnych i specjalistów, w ostatnim czasie wy-

eliminowali wszystkich specjalistów z zarządu, uzasadniając to stwierdzeniem, że specjaliści już nie są im potrzebni przy podejmowaniu decyzji, ponieważ wiedzą, co dla nich najlepsze, gdyż ich zatrudniają. Jednak to, czy takie organizacje będą w stanie skutecznie prowadzić dialog z władzami na temat przyszłości AOS w Polsce, zależy w dużej mierze od integracji i samoorganizacji samych specjalistów, którzy powinni brać przykład z lekarzy rodzinnych i wspierać reprezentujące ich związki poprzez członkostwo. W przeciwnym wypadku niska reprezentatywność specjalistów w wymienionych organizacjach uniemożliwi im skuteczne zabieganie o interesy specjalistów. Bardzo istotne jest zachowanie bezpośredniego dostępu podmiotów specjalistycznych do funduszy publicznych przeznaczonych na ochronę zdrowia, a nie tylko finansowanie specjalistyki poprzez zatrudnianie specjalistów w szpitalach lub w POZ. Stanowiska takiej treści przyjęte zostały przez Zjazdy WIL i Krajowy Zjazd Lekarzy w 2016 r. Poniżej przedstawiamy przygotowaną przez naszych ekspertów krótką analizę bieżącej sytuacji.

Nowy POZ

Świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej mają być finansowane przez lekarza POZ z tzw. budżetu powierzonego. Nie wiadomo niestety, kto (lekarz POZ czy NFZ) i na jakich zasadach (konkurs ofert, zapytania o cenę, ocena merytoryczna) będzie wybierał poradnie lub gabinety lekarza specjalisty, do których będą kierowani pacjenci z POZ. W sposób oczywisty ograniczy to ich prawo wyboru lekarza specjalisty, gdyż chorzy decydujący się na tzw. opiekę zintegrowaną w POZ nie będą mogli dalej uczęszczać do swojego dotychczasowego lekarza specjalisty, lecz do tego, którego wskaże lekarz rodzinny. Decyzję o objęciu chorego opieką zintegrowaną lub specjalistyczną na dotychczasowych zasadach podejmuje na piśmie

sam pacjent. Projekt ustawy nie precyzuje także, w których specjalnościach medycznych (zakresach) realizowana będzie opieka zintegrowana, a w których dostęp do AOS pozostanie na dotychczasowych zasadach (jest mowa o pacjentach z chorobami przewlekłymi). Ustawa w tym zakresie odsyła do projektu rozporządzenia w sprawie wykazu chorób przewlekłych oraz sposobu organizacji opieki w chorobach przewlekłych w ramach opieki zintegrowanej oraz projektu rozporządzenia dotyczącego organizacji opieki zintegrowanej oraz współpracy zespołu POZ z osobami udzielającymi świadczeniobiorcy specjalistycznych świadczeń zdrowotnych. Niestety, nie opublikowano do tej pory projektów tych rozporządzeń, co nie pozwala na jednoznaczną ocenę zaproponowanych zmian i ich wpływu na dostępność do świadczeń w AOS.

Sieć szpitali

Akty normatywne wprowadzające system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. sieć szpitali) precyzują jednoznacznie, że oddziały szpitalne zakwalifikowane do sieci będą zobowiązane do udzielania świadczeń w poradni przyszpitalnej, odpowiadającej zakresowi udzielanych świadczeń w szpitalu. Projektowane akty prawne, niestety, nie przewidują (poza tzw. siecią ogólnopolską) utrzymania finansowania w szpitalach, które znajdują się w sieci innych poradni przyszpitalnych, a które są często ważnymi miejscami diagnostyki i/lub leczenia chorób współistniejących czy następstw i powikłań pod zastosowanym leczeniem (np. w leczeniu nowotworów). Bez finansowania z pieniędzy publicznych mogą pozostać poradnie:

- neurologiczna (w ośrodkach, gdzie nie ma oddziału neurologicznego),
- kardiologiczna (w ośrodkach, gdzie nie ma oddziału kardiologicznego),
- alergologiczna, gastroenterologiczna, dermatologiczna, diabetologiczna czy leczenia bólu (być może będą dalej finansowane w placówkach realizujących świadczenia z tego zakresu na oddziale chorób wewnętrznych),
- hepatologiczna,

- proktologiczna,
- logopedyczna.

Co prawda, wydaje się, że nadal będzie istniała możliwość zakontraktowania wymienionych zakresów w ramach konkursów ofert, przeprowadzanych na podstawie nowych kryteriów oceny ofert. Jednakże należy pamiętać, iż warunkiem ich przeprowadzenia jest dokonanie przez oddział wojewódzki NFZ oceny, z której będzie wynikać, że świadczenia ambulatoryjne w ramach opieki koordynowanej w POZ oraz poradniach przyszpitalnych nie zaspokajają potrzeb zdrowotnych populacji na danym terenie.

Należy pamiętać także, iż zmienia się sposób finansowania poradni przyszpitalnych (w ramach sieci), gdyż porady specjalistyczne nie będą odrębnie finansowane przez NFZ (poza chemioterapią, programami lekowymi i świadczeniami udzielanymi na podstawie karty DiLO), za to liczba wykonanych jednostek rozliczeniowych (punktów) będzie mieć wpływ na wartość rocznego ryczałtu wyliczonego dla danej placówki.

Kryteria oceny ofert

Rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w sposób jasny i jednoznaczny potwierdza, że płatnik publiczny będzie premiował oferty składane przez duże podmioty, mające w swoich zasobach (w lokalizacji) dostęp do diagnostyki (w wybranych zakresach) i realizujące świadczenia bez udziału podwykonawców. Preferowane będą placówki mające już umowę z NFZ, które udzielają świadczenia w wielu rodzajach (w szpitalu, programach lekowych czy diagnostyce obrazowej), w pełni zinformalizowane (premiuje się prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej w postaci EDM z wystawianiem recept i skierowań za pomocą wydruku). Efektem powyższego będzie trudność w osiągnięciu dobrego wyniku w postępowaniu konkursowym przez gabinety specjalistyczne czy praktyki grupowe, które po raz pierwszy mają zamiar się ubiegać o realizację umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

PROF. NADZW. A. GRZYBOWSKI
PREZES ZWIĄZKU PRACODAWCÓW
AMBULATORYJNEJ OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ
(WWW.PRACODAWCY-AOS.PL)



FOT. ANDRZEJ PIECHOCKI

W czternastu punktach dla postów i prezydenta

W Polsce średnia długość życia kobiet wynosi 81,6 roku, a mężczyzn – 73,8 roku (dane za 2014 r.). Według prognoz demograficznych w 2035 r. co czwarty Polak będzie w wieku poprodukcyjnym. Społeczeństwo się starzeje, a to coraz natarczywiej przypomina o systemie opieki senioralnej, zwłaszcza geriatrycznej.

Jej orędowniczką, i to od lat, jest dr n. med. Anna Jakrzewska-Sawińska, wiceprezes Wielkopolskiego Stowarzyszenia Wolontariuszy Opieki Paliatywnej Hospicjum Domowe, wiceprzewodnicząca Miejskiej Rady Seniorów miasta Poznania. W Sejmie i Kancelarii Prezydenta zaprezentowała 14-punktowy program działań zmierzających do poprawy jakości opieki nad osobami starszymi. Oto on:

1. Utworzenie Centrum Geriatrii i Gerontologii w każdym województwie pod merytorycznym nadzorem uniwersytetów medycznych, których zadaniem byłoby m.in. szkolenie kadr medycznych i niemedycznych.
2. Stworzenie mapy potrzeb seniorów i budowa regionalnych programów pomyślnego starzenia.
3. Zwiększenie liczby oddziałów szpitalnych o profilu geriatrycznym i poradni geriatrycznych proporcjonalnie do potrzeb.
4. Zwiększenie nakładów finansowych na geriatrię z wyceną rzeczywistych kosztów.
5. Współpraca i współfinansowanie niektórych programów dla seniorów z budżetu samorządu lokalnego oraz budżetu państwa (NFZ, MZ, MRPiPS, Urząd Marszałkowski).
6. Tworzenie dziennych domów wsparcia dla osób z zaburzeniami funkcji poznawczych.
7. Tworzenie dziennych domów opieki medycznej.
8. Tworzenie domowej opieki geriatrycznej dla pacjentów leżących w domach, u których stwierdzono pogorszenie stanu zdrowia wymagające leczenia i kompleksowej opieki.
9. Refundacja kosztów świadczeń realizowanych przez pielęgniarki, psychologów i fizjoterapeutów oraz konsultacji psychiatry i neurologa w poradni geriatrycznej (dotychczas nieopłacanych przez NFZ).
10. Umożliwienie pracy psychologom i rehabilitantom w poradniach leczenia bólu.
11. Poszerzenie dostępu do specjalistycznej diagnostyki i leczenia dla osób starszych, dotąd dyskryminowanych w opiece zdrowotnej.
12. Uruchomienie niemedycznego transportu dla osób starszych zależnych.
13. Stworzenie cateringu dla osób starszych, dowóz do domu (tzw. obiady na kółkach) z częściową refundacją kosztów.
14. Wspieranie rozwoju systemu teleopieki nad osobami starszymi, jako wsparcie opieki bezpośredniej.

(AP)

Jakie bezpieczeństwo pacjentów i jakość?

W bieżących miesiącach Ministerstwo Zdrowia jako szczególne wyzwanie stawia przygotowanie ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjentów. W ostatnich tygodniach opublikowano założenia do tej ustawy. Sprawa wymaga wzmoczonej uwagi środowiska lekarskiego.

Wymaga też naszej czujności. Wydaje się bowiem, że gro- no lekarskie jest w dyskusji jedynie marginalnie obecne. Czytając projekt, wyczuwam bowiem wiele wątków, które są dość obce lekarskim zainteresowaniom, a nawet lekarskiemu pojmowaniu rzeczywistości. Pojawia się za to głos wyraźnej grupy tzw. administratorów jakości. Projekt zakłada nawet powołanie w szpitalach zastępców dyrektorów ds. jakości. Jakość jest oczywiście ważna, ale takie postawienie sprawy to zgroza. Wszyscy jesteśmy za nią odpowiedzialni.

Czym jest jakość i bezpieczeństwo?

Sprawę warto by zacząć od określeń. Wydaje się, że przedstawione w założeniach określenia dotyczące jakości związane są wyłącznie z nurtem formalno-prawnym. W mojej opinii wiele środowisk medycznych, ale niezupełnie lekarskich – uzurpuje sobie dla pojęcia jakości sferę perfekcji właśnie formalno – dokumentacyjnej. Wszystko w naszej działalności powinno być określone, opisane w sposób kompletny, sprawdzone. Jest to wyraz swego rodzaju pozytywizmu prawnego.

Oczywiście musimy zapewnić staranność dokumentacyjną, jednakże nie zapewnia ona – sama z siebie – ani bezpieczeństwa pacjenta, ani nie świadczy o jakości usług medycznych.

Wydaje się, że bezpieczeństwo i jakość opieki nad pacjentem to przede wszystkim:

- wykwalifikowany personel medyczny o wysokim poziomie kultury osobistej i etyki zawodowej, ustawicznie się szkolący,
- dobrze zorganizowany nadzór lekarsko-pielęgniarski,
- bezpieczeństwo farmakoterapii, procedura zwielokrotnionej kontroli leków,
- wdrożenie procedur poprawiających bezpieczeństwo pacjentów.
- kontrola zakażeń szpitalnych,
- standardy postępowania w stanach nagłych.

Można też pokusić się o próbę zdefiniowania, która ujęta powinna być z perspektywy pacjenta. Można by tak to sformułować: bezpieczeństwo pacjenta – to drugi człowiek, jego postawa, podejście, uszanowanie godności pacjenta, a nierzadko tylko rozmowa, dla pacjenta wizyta w szpitalu jest przede wszystkim spotkaniem z drugim człowiekiem, który jest lekarzem, pielęgniarką, każdym innym pracownikiem szpitala... Pewnie wszystkie procedury, rejestry zdarzeń niepożądanych są konieczne w dzisiejszym świecie, tego nie unikniemy, ale nie mogą zasłonić relacji osobowej, nie zastąpią drugiego człowieka.

Pola dyskusji

Jeśli miałbym sprecyzować podstawowe pola dyskusji o jakości, to ująłbym je jako dylemat między medycyną proceduralną a osobową. W tle pojawia się dylemat zarządzania opartego na zaufaniu czy też nieufności. Rodzą się ponadto pytania o autonomię zawodową – na ile możemy sprawy lekarskie rozstrzygać w swoim gronie? Podobnie personel pielęgniarski. Nie można nie zaznaczyć, że współczesne tendencje w zarządzaniu stawiają pod znakiem zapytania taki sposób autonomicznego rozstrzygania spraw.

Powstaje też pytanie o zmierzch ordynatury. Musimy być świadomi, że współczesne mody w wielu krajach (a także ostatnio naszym, z różnych względów) próbują osłabić osobową rolę ordynatora jako osoby, której przydzielona jest szczególna odpowiedzialność i uprawnienia.

W dyskusji na powyższe tematy nie możemy być nieobecni. Kształt ewentualnej ustawy o bezpieczeństwie pacjentów i jakości w ochronie zdrowia może stać się bowiem wyrazem pewnej ideologicznej frondy kształtującej zdeformowane oblicze medycyny.

Jakość „formalno-proceduralna” czy „osobowa”?

Nie możemy zapominać o konieczności racjonalizacji jakości formalno-proceduralnej, jednak nie może ona zasłonić jakości związanej z optymalnymi kompetencjami personelu medycznego oraz odpowiedzialnym podejściem do pacjenta.

Dlatego tak niezwykle ważna jest minimalizacja dokumentacyjna (trzeba zawsze odpowiadać na pytanie, czy dana dokumentacja jest potrzebna i sprzyja rzeczywistemu bezpieczeństwu). Ponadto ważna jest minimalizacja proceduralna (czy wdrażana procedura coś wnosi i jest niezbędna?). Ważna jest również demitologizacja: nadmierne mnożenie zabezpieczeń nie zawsze w rzeczywistości sprzyja bezpieczeństwu. Można nieraz zaobserwować, że wielorakie zabezpieczenia usypiają czujność. A troska o perfekcję proceduralno-formalną służy przede wszystkim zapewnieniu spokoju zarządzającym.

Jakość w medycynie i zapewnienie bezpieczeństwa pacjenta wynika z działalności dobrze wykształconych i odpowiedzialnych, pełnych troski (współczucia) pracowników (m.in. lekarzy, pielęgniarek, opiekunów medycznych). Regulacje organizacyjne i prawne zachowują oczywiście istotną rolę pomocniczą i mobilizującą, muszą jednak pozostać w służbie nadrzędnemu celowi.

Takie zapisy powinny być zawarte w ustawie jako klucz do bezpieczeństwa i jakości opieki nad naszymi pacjentami.

Kilka spośród zarysowanych problemów – które wymieniłem powyżej jedynie hasłowo – wypadaloby szerzej omówić. Miejmy nadzieję, że znajdzie się na to czas i przestrzeń. I że będziemy tę rzeczywistość z naszym dobrym lekarskim wycuciem kształtowali.

Powrót do korzeni...

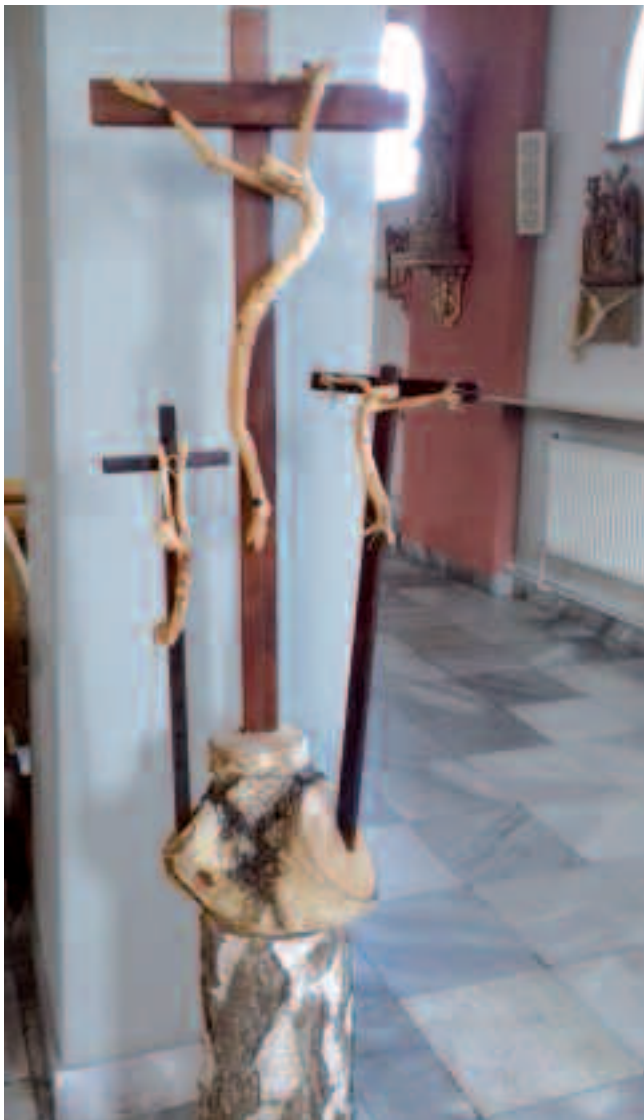
Ryszard Krawiec, urodzony w 1946 r. w Poznaniu, specjalista neurologii i radiologii. Mieszka w Puszczykowie, przez wiele lat związany z Ośrodkiem Neuropsychiatrycznym w Międzyrzeczu-Obrzyczach.

Tworzy z gałęzi drzew, przede wszystkim sosny, postać umierającego na krzyżu Chrystusa. Inspiracją są dla niego konary po wiatrolomach lub znajduwane na porębach, które poddane artystycznej korekcie ekspresyjnie obrazują mękę Jezusa. Z jego niepowtarzalnych prac można odtworzyć przejmujące studium cierpienia i umierania, z czym jako lekarz spotykał się na co dzień. Autor nie stosuje polichromii, dlatego widoczne słoje i sęki oraz naturalne przebarwienia drewna i ascetyczne, wydłużone sylwetki wzmacniają surowość obrazu. Wernisaże są też okazją do prezentowania przez niego swoich wierszy związanych z tą tematyką.



Prace artysty były wielokrotnie wystawiane, nie tylko w kraju. W czasie Wielkiego Postu trwa wystawa w Centrum Duchowości bł. Edmunda Bojanowskiego w Luboniu.

REDAKCJA



Z medycznej wokandy

Problematyczna tajemnica lekarska

O tajemnicy lekarskiej pisaliśmy w poprzednim numerze, rozważając to zagadnienie w kontekście tajemnicy lekarskiej celebrytów. Problem jest jednak – jak się wydaje – na tyle doniosły, że poświęcono mu sporo czasu podczas odbywającego się 9 i 10 marca 2017 r. w Katowicach II Kongresu Wyzwań Zdrowotnych (podczas jednej z sesji organizowanej przy współudziale NIL).

Znakomity wykład wygłosił prof. zw. dr hab. Jacek Sobczak, sędzia Sądu Najwyższego w stanie spoczynku, stawiając tezę, iż w świetle nowych regulacji odnoszących się do możliwości zwolnienia z tajemnicy po śmierci pacjenta, pewnych niewłaściwych praktyk w środowisku lekarskim, a wreszcie postępującej informatyzacji, można mówić nie o tajemnicy, ale o „jawnicy”. Dlatego chcemy kontynuować ten wątek, przywołując kolejny przypadek, który może być pretekstem do pewnych generalizacji. Dotyczy bowiem kwestii relacji prywatno-zawodowych.

Otóż w jednej ze spraw okręgowy sąd lekarski (OSL) uznał lekarza AL za winną popełnienia czynu polegającego na niedotrzymaniu obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej, w tym ujawnieniu i wykorzystaniu informacji o pacjencie ML, uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu lekarza w poradni X w Y, na potrzeby pisma procesowego do sądu okręgowego w Y z 22 stycznia 2014 r. w sprawie rozwodowej, tj. czynu stanowiącego naruszenie art. 23 Kodeksu etyki lekarskiej, i za to wymierzył jej karę upomnienia. Od powyższego orzeczenia obwiniona złożyła odwołanie, podnosząc, że jest niewinna. Wskazała, że wiedzę o zdrowiu ML uzyskiwała poza murami przychodni na kanwie relacji synowa – teściowa, jak również od swojej mamy. Obwiniona podniosła, że zawarta w piśmie procesowym do sądu okręgowego w Y z 22 stycznia 2014 r. informacja o stanie zdrowia ML ujawniona została przez adwokata, a nie przez nią. Ponadto celem podania informacji o stanie zdrowia ML było ochrona zdrowia dziecka obwinionej, gdyż stan zdrowia teściowej wykluczał ją z pełnienia funkcji



JERZY SOWIŃSKI



JĘDRZEJ SKRZYPCZAK

opiekunki. Odwołująca wskazała również, że nie wiedziała o możliwości zwolnienia jej z tajemnicy lekarskiej przez sąd. Odwołanie w przedmiotowej sprawie wniosła także pokrzywdzona ML, zaskarżając orzeczenie OSL w zakresie wymierzonej obwinionej kary. W odwołaniu wskazano, że kara upomnienia jest absolutnie nieadekwatna do poniesionych przez pokrzywdzoną konsekwencji. Zdaniem pokrzywdzonej obwiniona nie wykazała po wydaniu orzeczenia żadnej skruchy i nadal rozpowszechniała wiedzę o stanie zdrowia pokrzywdzonej ustnie i pisemnie. W odwołaniu pokrzywdzona zawnioskowała o zmianę orzeczenia OSL w zakresie kary poprzez wymierzenie obwinionej kary surowszej niż kara upomnienia, tak by obwiniona „zrozumiała, iż jako lekarz nie ma prawa przekazywać informacji uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu lekarza oraz rozpowszechniać kłamstwa, które sama wymyśliła”. Naczelny Sąd Lekarski (NSL) uznał odwołanie obwinionej za niezasadne. Jak podkreślono w uzasadnieniu orzeczenia sądu II instancji, OSL słusznie uznał jej winę, stwierdzając, iż swym postępowaniem naruszyła ona art. 23 Kodeksu etyki lekarskiej, zgodnie z którym to przepisem lekarz ma obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej, przy czym tajemnicą są objęte wiadomości o pacjencie

i jego otoczeniu uzyskane przez lekarza w związku z wykonywaniem przez niego czynności zawodowych. Okręgowy sąd lekarski słusznie nie dał wiary wyjaśnieniom obwinionej, jakoby wiedzę o stanie zdrowia pani ML uzyskała na gruncie prywatnym. Zdaniem NSL informacje medyczne o stanie zdrowia uzyskane w ramach kontaktów w gabinecie lekarskim, a zawarte w historii choroby, zobowiązywały obwinioną do zachowania tajemnicy lekarskiej, mimo że mogły one być w części powielane na gruncie prywatnym. W świetle całości ujawnionych w sprawie okoliczności popełnienie przez obwinioną zarzuconego jej przewinienia zawodowego nie budzi wątpliwości.

Również odwołanie pokrzywdzonej co do wymiaru kary uznano za niezasadne. W ocenie sądu II instancji przy wymiarze kary OSL uwzględnił miarodajne okoliczności, wynikające z zebranego materiału dowodowego sprawy. Jako okoliczność łagodzącą OSL słusznie wziął pod uwagę dotychczasową niekaralność obwinionej. Sam brak okazania skruchy przez obwinioną, na którą wskazuje pokrzywdzona, na etapie postępowania odwoławczego jest trudny do ustalenia, zwłaszcza że obwiniona nie stawiała się na rozprawie przed sądem II instancji. Sąd I instancji, który miał bezpośredni kontakt z obwinioną, wskazał w uzasadnieniu, iż obwiniona taką skruchę wyraziła. W zaistniałej sytuacji powoływana w odwołaniu pokrzywdzonej okoliczność nie może być więc samoistnym powodem podwyższenia kary za przypisany obwinionej czyn. Zdaniem NSL wymierzona obwinionej kara upomnienia będzie stanowiła dla niej wystarczającą przestrożę przed ewentualnymi dalszymi naruszeniami tajemnicy lekarskiej. Naczelny Sąd Lekarski podkreślił przy tym, że oczywiście pozostaje, iż w przypadku kolejnych przewinień godzących w obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej może zostać przeprowadzone kolejne postępowanie dotyczące odpowiedzialności zawodowej.

Jak z powyższego wynika, należy zachować szczególną ostrożność przy przekazywaniu danych objętych tajemnicą lekarską. Absolutnie niedopuszczalne jest wykorzystywanie takich danych w relacjach prywatnych, jak w opisywanej powyżej sprawie.



Jubileusz 50-lecia absolutorium

24 września br. w Centrum Kongresowo-Dydaktycznym Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu odbyła się doniosła jubileuszowa uroczystość 50-lecia ukończenia studiów medycznych na Wydziale Lekarskim oraz Oddziale Stomatologii rocznika 1961–1966. W uroczystości udział wzięło 84 absolwentów lekarzy oraz 24 lekarzy stomatologów, absolwentów ówczesnej Akademii Medycznej.

Swą obecnością uroczystość zaszczylicili: prorektor ds. studenckich prof. dr hab. Edmund Grzeško-wiak, dziekani Wydziałów Lekarskich I i II: prof. dr hab. Ewa Wender-Ożegowska i prof. dr hab. n. med. Zbigniew Kra-siński, oraz prodziekan dr hab. nauk med. Justyna Opydo-Szymaczek, którzy kolejno zabrali głos. Przedstawili interesująco zarówno historię, jak i dzisiejszą działalność uczelni medycznej oraz plany rozwojowe na przyszłość.

W imieniu absolwentów lekarzy głos zabrał starosta roku kol. Jerzy Atler, który wspominał naszych nauczycieli – profesorów, którzy cieszyli się wśród studentów ogromnym autorytetem. W roku

1966 absolutorium uzyskało 209 osób a absolwenci ukończyli 206 specjalizacji, niektórzy po kilka. Najwięcej specjalizacji – z interny zrobiły 33 osoby, z pediatrii – 18, ginekologii i położnictwa – 14, z chirurgii – 22, okulistyki i neurologii po 9. Doktoraty uzyskało 31 osób, 11 osób zostało profesorami medycyny i zostało kierownikami klinik. Prof. Bogdan Miśkowiak przez 6 lat był dziekanem Wydziału II, a prof. Henryk Wysocki prodziekanem. Wiele koleżanek i kolegów sprawowało funkcję ordynatorów, kierowników przychodni i wydziałów zdrowia oraz innych odpowiedzialnych stanowisk w służbie zdrowia.

Skromniej przedstawia się dorobek absolwentów stomatologów, który przedstawił kol. Wojciech Kulesza. Absolutorium w roku 1966 uzyskało 69 osób, 13 osób uzyskało I stopień specjalizacji, 8 osób zrobiło dwójki, a tytułu doktora nauk medycznych uzyskały 3 osoby.

Zdecydowana większość kolegów pracowała lub dalej pracuje w Wielkopolsce, tylko 3 osoby wyjechały za granicę.

Wszyscy zgromadzeni jubileuszyści otrzymali okolicznościowy list z życzeniami od Stowarzyszenia Absolwentów Uniwersytetu Medycznego, potwierdzający ukończenie 50 lat temu studiów medycznych piękny certyfikat opatrzony Wielką Pieczęcią UM oraz Przysięgę



Hipokratesa w jęz. polskim i greckim, ufundowaną przez zmarłego już stomatologa kol. Wojtkę Szkudlińskiego.

Wieczorem na spotkaniu koleżeńskim w Hotelu Edison w Baranowie przy winie i kolacji wspomnieniom i rozmowom nie było końca. Ustalono, że to wzruszające, bardzo nostalgiczne spotkanie koleżeńskie odbędzie się za 3 lata. Do zobaczenia, trzymajcie się!

WOJCIECH KULESZA

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.

Najpierw lekarze i lekarze dentyści

Katarzyna Głowała, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, przyznała, że resort nie ma w tej chwili pieniędzy na sfinansowanie kształcenia specjalizacyjnego w zawodach mających zastosowanie w ochronie zdrowia. W pierwszej kolejności chce... podnieść pensje lekarzy i lekarzy dentyistów.

– *Kwestia wynagrodzeń w ochronie zdrowia nie była uregulowana w ostatnich kilku latach i są duże żądania ze strony rezydentów, stażystów, lekarzy, żeby się tym zająć. W związku z tym chcielibyśmy w pierwszej kolejności podnieść płace w tym zakresie* – powiedziała wiceminister Katarzyna Głowała 2 marca podczas posiedzeniu senackiej Komisji Zdrowia.

– *Minister zdrowia jest jak najbardziej za tym, żeby umożliwić specjalizowanie się bezpłatnie albo żeby przynajmniej znaleźć tyle pieniędzy, żeby młodym ludziom, którzy zapewne nie grzeszą groszem, ułatwić zdobycie pożytecznej oraz potrzebnej krajowi specjalizacji. Chcę tę kwestię uregulować* – przyznała Katarzyna Głowała i dodała: – *Myszę, że jest to decyzja, która zostanie podjęta w przyszłości.*

Zaznaczyła jednak, że w tym roku nie ma na to pieniędzy, a Ministerstwo Zdrowia chce najpierw uregulować kwestie wynagrodzeń lekarzy i lekarzy dentyistów.

WWW.TERMEDIA.PL

Studia w Kaliszu, praca w Poznaniu

Do Poznania przyjechały z Ukrainy. Chcą skończyć studia pielęgniarские, po których rozpoczną pracę w Centrum Medycznym HCP. Przyjazd do Polski to dla nich wielka awantura, czyli po ukraińsku – przygoda. Dychawica, astma, odra – 26 uczestników kursu języka polskiego powtarza głośno nazwy chorób.



Kursanci to 24 kobiety i 2 mężczyzn, którzy do Poznania przyjechali z obwodu czernihowskiego. Czernihów to miasto w północnej części Ukrainy, które liczy ok. 300 tys. mieszkańców, leży 150 km od Kijowa i 1250 km od Poznania. Grupa absolwentów średnich szkół medycznych przybyła do Polski na początku grudnia.

Ukraińcy podjęli studia licencjackie w Wyższej Szkole Zawodowej w Kaliszu. Czeka ich trzy lata nauki, podczas których ich pobyt w Polsce finansuje fundacja. Opłaca noclegi i wyżywienie, Ukraińcy otrzymują także niewielkie kieszonkowe. Zgodnie z umową zawartą z Centrum Medycznym HCP w Poznaniu, po skończonej nauce absolwenci na trzy lata podejmą pracę w tej placówce. – *Problem z zatrudnieniem pielęgniarek dotyczy nie tylko naszego szpitala* – mówi Lesław Lenartowicz, prezes CM HCP w Poznaniu. – *Średni wiek polskiej pielęgniarki to 52 lata. Młodzi ludzie nie garną się do tego zawodu. Niemal każda pielęgniarka pracuje na więcej niż jeden etat, a i tak zapewnionych jest niewiele ponad 80% etatów pielęgniarских.*

MARTA ŻBIKOWSKA
WWW.GLOS WIELKOPOLSKI.PL

Z budżetu państwa

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł wziął udział w briefingu dotyczącym szczepień przeciw pneumokokom. Rozszerzenie Programu Szczepień Ochronnych (PSO) o obowiązkowe szczepienie dzieci przeciwko *Streptococcus pneumoniae* było jednym z priorytetów ministra. Wprowadzenie tych szczepień dla wszystkich nowo narodzonych dzieci pozwoli zmniejszyć zachorowalność wśród najmłodszych. Poprawi również odporność środowiskową oraz zmniejszy ryzyko występowania antybiotykooporności.

„Robimy duży krok naprzód” – podkreślił Radziwiłł. Przypomniał, że dotychczas rodzice dużej części dzieci podejmowali indywidualne decyzje dotyczące tych szczepień i ponosili w związku z tym duże wydatki. Udało się sfinansować te szczepienia z budżetu państwa. „Mogę zapewnić, że szcze-

Andrzej Piechocki

pionki, które są do naszej dyspozycji, to szczepionki nie tylko skuteczne, ale również o najwyższym wskaźniku bezpieczeństwa, pochodzące – wbrew zgierkowi, który powstawał – z krajów UE i zarejestrowane w procedurze centralnej w Europejskiej Agencji Leków.”

WWW.MZ.GOV.PL

W obszarze e-zdrowia

21 lutego w Sali Sesyjnej Urzędu Marszałkowskiego w Poznaniu Leszek Wojtasiak, członek Zarządu Województwa Wielkopolskiego, otworzył konferencję „Wielkopolskie e-zdrowie”. Spotkanie poświęcone było działaniom podejmowanym przez samorząd województwa wielkopolskiego w obszarze e-zdrowia w zakresie informatyzacji podmiotów leczniczych oraz budowania platformy regionalnej. Wśród zaproszonych gości byli przedstawiciele zarówno wojewódzkich, jak i pozostałych podmiotów leczniczych, a także członkowie Wielkopolskiej Izby Lekarskiej oraz działający w zakresie podstawowej opieki medycznej.

WWW.UMWWW.PL

Tylko w jednym

Spośród 19 przeanalizowanych rodzajów nowotworów tylko w jednym, raku jajnika, polscy pacjenci mogą mieć pewność, że ich leczenie będzie zgodne z aktualną wiedzą medyczną – wynika z raportu przygotowanego dla onkologicznej fundacji Alivia dzięki wsparciu Pracodawców RP. Pacjenci w naszym kraju nie mają też dostępu – lub jest on znacznie ograniczony – do 70% leków występujących w międzynarodowych standardach leczenia. Wynika to m.in. z przeciągających się procedur oceny i wpisywania ich na listy leków refundowanych. Jak wskazano w raporcie, średnie terminy przekraczają nawet te maksymalne ustalone w polskich przepisach. A ze względu na wysokie koszty terapii onkologicznych i relatywnie niskie dochody Polaków nie stać ich na samodzielny zakup.

ALEKSANDRA KUROWSKA
WWW.GAZETAPRAWNA.PL

Kluczowy błonnik

Eksperti z Amerykańskiego Towarzystwa Kardiologicznego twierdzą, że dieta uboga w gluten sprzyjać może rozwojowi cukrzycy. Jak informuje Polskie Radio, przez 30 lat naukowcy obserwowali prawie 12 tys. ludzi. U osób, które spożywały najwięcej glutenu, ryzyko zachorowania na cukrzycę było 13% mniejsze, niż u tych, którzy spożywali go najmniej. Autorzy badań twierdzą, że kluczowym elementem jest w tym przypadku błonnik. Osoby, które spożywają mniej glutenu, ograniczają jednocześnie spożycie błonnika, który chroni przed cukrzycą.

ADA MICHALAK

WWW.RPPL

Ideą jest integracja

Wojewoda wielkopolski Zbigniew Hoffmann był współorganizatorem spotkania parlamentarzystów Wielkopolski oraz władz regionu i miasta Poznania. Spotkanie poświęcone było projektowi powstania Centralnego Zintegrowanego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

Podczas spotkania rektor Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego prof. dr hab. Andrzej Tykarski zaprezentował uczestnikom ideę budowy Centralnego Zintegrowanego Szpitala Klinicznego. Szpitale kliniczne zapew-

niają pacjentom specjalistyczną opiekę, ale również stanowią miejsce zdobywania praktyki dla studentów. Intencją Uniwersytetu Medycznego jest zintegrowanie dwóch klinicznych szpitali i stworzenie jednego, centralnego obiektu. Uczestnicy spotkania podpisali list intencyjny na rzecz realizacji przedsięwzięcia. „Ideą poznańskiego Uniwersytetu Medycznego jest integracja wybranych szpitali klinicznych i stworzenie jednego centralnego obiektu spełniającego nie tylko najwyższe standardy jakości opieki i bezpieczeństwa, ale także będącego miejscem przyjaznym dla pacjentów” – czytamy w liście.

WWW.POZNAN.UW.GOV.PL

Fotel do dializ na lotnisku

9 marca, w Światowym Dniu Nerek, w hali odlotów na poznańskim lotnisku Ławica pojawiło się stanowisko do dializ. Nietypowy widok miał uświadomić ludziom, że diagnoza „niewydolne nerki” może spotkać nas równie nieoczekiwanie jak fotel do dializ na lotnisku.

Akcja równolegle została przeprowadzona w Warszawie oraz w Krakowie. W taki sposób nefrologicy chcieli uświadomić Polakom, że większość z nas może się nawet nie domyślać, że mają problemy z nerkami. Inicjatorami akcji były środowiska związane z nefrologią.

WWW.EPOZNAN.PL



PERYSKOP onet.pl

Janusz Skowronek

Doniesienia opracowane na podstawie internetu z serwisów – www.onet.pl, www.wp.pl i www.rp.pl

Za 15 lat co drugi Europejczyk będzie dotknięty alergią

Wzrasta zachorowalność na alergię, które za 15 lat będzie odczuwał co drugi Europejczyk. Jedynie na alergię pokarmowe cierpi już 7 mln mieszkańców naszego kontynentu – alarmowali eksperci na konferencji naukowej w Warszawie.

Głównym tematem spotkania specjalistów z całego kraju były alergie pokarmowe, ale przedstawiono najnowsze dane dotyczące wszystkich rodzajów alergii. Wynika z nich, że najbardziej są one rozpowszechnione w krajach uprzemysłowionych, w tym również w Polsce.

Kierownik Ogólnopolskiego Centrum Dietetyki Instytutu Żywności i Żywienia w Warszawie dr Lucyna Pachocka powiedziała, że choroby alergiczne są już na 4 miejscu pod względem częstości występowania, zaraz po chorobach układu krążenia, schorzeniach układu oddechowego i nowotworach. Na całym świecie na alergię cierpi już co najmniej 20–30 proc. populacji, a liczba chorych z tego powodu podwaja się co 10 lat.

Najtrudniejsza sytuacja jest w obu Amerykach, szczególnie w USA, Kanadzie i Brazylii. – *W Stanach Zjednoczonych, podobnie jak i w innych najbardziej rozwiniętych krajach, przewiduje się, że już w 2020 r. odsetek osób cierpiących na jakąś chorobę alergiczną zwiększy się do ponad 50 proc.* – powiedziała dr Pachocka.

Zaprezentowane na konferencji badania przeprowadzone w 2008 r. na 23 tys. Polaków sugerują, że w naszym kraju 40 proc. osób wykazuje objawy alergii (tyle osób je zadeklarowało). Testy alergiczne wykazały, że prawie 40 proc. Polaków miało dodatni wynik testów skórnych na powszechnie występujące alergeny, głównie roztocza, trawy i brzozę.

Produkt spożywczy nie leczy

29 marca 2016 r. Najwyższa Izba Kontroli poinformowała na swojej stronie internetowej, że bada, czy warty ponad trzy miliardy złotych rynek suplementów diety jest właściwie regulowany. Wcześniejszy panel ekspertów wykazał bowiem, że nadzór nad tymi produktami jest pozorny, a konsumenci z powodu agresywnej promocji powszechnie myślą suplementy z lekami. 9 lutego 2017 r. NIK poinformowała o wynikach kontroli.

Pierwsze opinie były zgodne: przerażające, zatrważające. Obszerny raport ukazuje rozmaite niebezpieczeństwa i bierną postawę organów państwa, a także ostrzega, że taki stan może rodzić zagrożenie dla zdrowia, a nawet życia konsumentów. Suplementy diety są produktami spożywczymi, które dosłownie zalewają rynek. Dość powiedzieć, że w rejestrze prowadzonym przez GIS od 2007 r. jest ich ponad 24,5 tys. Przeciętnie każdego miesiąca do sprzedaży kieruje się ok. 500 nowości. Każdy Polak rocznie kupuje przeciętnie sześć opakowań, na co wydaje ok. 100 zł. Reklama, której tak łatwo ulega, nierzadko akcentuje ich uzdrawiające właściwości, na dodatek niemal natychmiastowe. Sprzedaży sprzyja także nieograniczona dostępność.

Konsumenci tymczasem na ogół nie odróżniają suplementów diety od leków bez recepty. Według badań TNS z 2014 r. aż 41% badanych przypisywało im właściwości lecznicze, których te produkty nie mają, 50% było przekonanych, że są one kontrolowane tak jak leki, a ponad 30%, że sprawdza się je pod względem skuteczności działania.

„W obecnym stanie prawnym – czytamy w raporcie NIK – każdy może wprowadzić suplement na rynek, deklarując jedynie jego skład organom sanitarnym w drodze tzw. notyfikacji. Teoretycznie istnieją szanse, że produkt, który trafia na rynek, zostanie zbadany, jednak w praktyce skala rynku przekracza aktualne możliwości kontrolne inspekcji sanitarnej. Kontrole, które prowadzi inspekcja, dotyczą zaledwie części rynku, a same postępowania mogą trwać nierzadko – jak wykazała kontrola NIK – nawet kilka lat. W licznych przypadkach sprzedawane suplementy diety nie są badane. Ochrona konsumentów staje się wówczas fikcją”.

Tymczasem konsumenci na ogół nie odróżniają suplementów diety od leków bez recepty. Według badań TNS z 2014 r. aż 41% badanych przypisywało im właściwości lecznicze, których te produkty nie mają, 50% było przekonanych, że są one kontrolowane tak jak leki, a ponad 30%, że sprawdza się je pod względem skuteczności działania.

Kontrola NIK nie pozostawia wątpliwości. Rynek suplementów diety w Polsce ocenia jako obszar wysokiego ryzyka zdrowotnego, niedostatecznie zdiagnozowanego i nadzorowanego przez służby państwowe odpowiedzialne za bezpieczeństwo żywnościowe.

„Na jedenaście badań – czytamy w raporcie – w czterech próbkach suplementów diety z grupy probiotyków (36% badanych) stwierdzono obecność nieokreślonych szczepów drobnoustrojów. Również w czterech próbkach stwierdzono niższą niż deklarowana na opakowaniu liczbę bakterii probiotycznych. Co więcej, w jednej próbce wykryto bakterie chorobotwórcze *Enterococcus faecium*, czyli tzw. bakterie

kałowe, które mogą powodować zagrażające życiu zakażenia. W związku z tą sprawą NIK poinformowała głównego inspektora sanitarnego o stwierdzeniu bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia konsumentów działania zmierzające do wycofania skażonej partii produktu. Do 3 lutego 2017 r. z wprowadzonej do obrotu partii tego suplementu w liczbie 165 327 opakowań (ponad 1,65 mln kapsułek) wycofano z obrotu jedynie 16 317 opakowań (163 tys. kapsułek). W wyniku zawiadomienia skierowanego przez prezesa NIK do prokuratora generalnego prokuratura wszczęła postępowanie w zakresie czynu polegającego na wprowadzeniu do obrotu zafałszowanego suplementu diety, szkodliwego dla zdrowia lub życia człowieka.

Na 56 badanych próbek stabilności liczby żywych bakterii nie miało aż 50 próbek (89%). Wraz z upływem czasu, jeszcze w okresie przydatności do spożycia, następował dynamiczny spadek liczby żywych komórek bakterii. Zdarzało się, że liczba żywych, korzystnych dla zdrowia bakterii w części próbek spadła miliardkrotnie. Na przykład w jednym z suplementów ważnym do lutego 2016 r. z deklarowanej liczby bakterii $2,5 \times 10^9$ w lutym 2015 r. było $2,3 \times 10^7$, w sierpniu 2015 r. – jedynie $2,3 \times 10^1$, a w lutym 2016 r. – mniej niż 10^1 . Wśród badanych suplementów diety były też i takie, które z deklarowanej liczby 2×10^9 czy 4×10^8 bakterii na rok przed upływem terminu ważności posiadały mniej niż 10 bakterii. Ponadto jeden z probiotycznych suplementów diety zakażony był grzybami”.

Raport wskazuje też przykłady ewentualnego niekorzystnego wpływu na spożywających suplementy diety:

- przedawkowanie witaminy A może mieć działanie teratogenne,
- nadmiar miedzi może powodować uszkodzenia wątroby,
- wysokie dawki fluoru – fluorozę,
- nadmiar żelaza – hemochromatozę,
- w trakcie kuracji antynowotworowej podanie przetworów zielonej herbaty zaburza leczenie przeciwnowotworowe,
- u osób chorych na epilepsję przyjmowanie preparatów z Ginkgo biloba powoduje redukcję skuteczności leków przeciwpadaczkowych,
- pacjenci leczeni przeciwkrzepliwie warfaryną nie powinni stosować suplementów diety z zieloną herbatą czy żeń-szeniem, które obniżają skuteczność przeciwkrzepliwą leku.

Odpowiedzialnością za taki stan rzeczy obarcza się przede wszystkim Główny Inspektorat Sanitarny. Na nim bowiem przede wszystkim spoczywa kontrola rynku suplementów. Tymczasem wprowadzenie suplementu diety do obrotu wymaga jedynie powiadomienia GIS, w którym podaje się m.in. nazwę i postać produktu, proponowaną kwalifikację, skład jakościowy i ilościowy oraz wzór oznakowania w języku polskim. Dodatkową niekorzystną okolicznością jest bezpłatność notyfikacji.

Kontrolerzy NIK uważają, że nie bez winy jest i minister zdrowia, który „nierzetelnie wypełniał obowiązki związane z nadzorem nad przestrzeganiem prawa żywnościowego w odniesieniu do suplementów diety”. Najwyższa Izba Kontroli uznała za zasadne wystąpienie do prezesa Rady Ministrów i ministra zdrowia o pilne uregulowanie spraw związanych z obrotem i reklamą suplementów diety. (AP)

PERYSKOP **onet.pl**

Z badań TNS OBOP z 2010 r. wynika, że w 30 proc. polskich rodzin występują choroby alergiczne, a 67 proc. wszystkich alergików to kobiety. Aż 75 proc. osób cierpiących na alergię to mieszkańcy miast.

Prof. Maciej Kaczmarski z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku powiedział, że coraz częściej występują alergię pokarmowe, przez specjalistów nazywane obecnie nietolerancją pokarmową związaną z mechanizmami odpornościowymi (co odróżnia ją od innych nietolerancji pokarmowych). Według danych przedstawionych przez eksperta, cierpi na nie 6 proc. dzieci, głównie do 5. roku życia, oraz 3 proc. dorosłych.

– *Podjeżdżę się, że częstość występowania alergii, w tym szczególnie nadwrażliwości pokarmowej, może być jednak większa, bo wciąż nie zawsze jest ona rozpoznawana* – podkreśliła dr Pachocka. Jako przykład podała astmę. Z badań o nazwie Epidemiologia Chorób Alergicznych w Polsce (ECAP) wynika, że tylko 30 proc. cierpiących na nią pacjentów miało poprawną diagnozę.

Na świecie rośnie liczba hospitalizowanych z powodu alergii. Polska nie jest pod tym względem wyjątkiem. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), z powodu alergii pokarmowych IgE-zależnych (czyli takich, w których przeciwciała IgE jest odpowiedzialne za reakcję alergiczną) może cierpieć już ponad 20 proc. populacji świata. Większość z nich (60 proc.) to kobiety, a częstotliwość ich występowania wśród dzieci do 5. roku życia zwiększyła się dwukrotnie w ostatniej dekadzie.

W tym czasie 7-krotnie zwiększyła się na świecie liczba przyjęć na ostry dyżur z powodu zagrażającej życiu ciężkiej reakcji anafilaktycznej, do której może doprowadzić uczulenie na jad owadów błonkoskrzydłych oraz niektóre pokarmy (głównie orzeszki ziemne).

W USA stwierdzono, że w co trzeciej rodzinie przynajmniej u jednej osoby występują działania niepożądane po spożyciu posiłku, wiele z nich może być związanych z alergiami pokarmowymi.



PERYSKOP **onet.pl**

Prof. Kaczmarek określił, że tak jak dawniej nadal powodem 90 proc. alergii pokarmowych są: mleko krowie, kurze jaja, orzechy (zwłaszcza orzeszki arachidowe), białka pszenicy i soi oraz mięsa ryb, mięczaków i skorupiaków. Najczęstszymi ich objawami są nudności, wymioty, biegunki i stany zapalne przewodu pokarmowego, a także stany zapalne skóry (atopowe i opryszczkowe), pokrzywka, duszności, nieżyt nosa i zatok oraz obrzęki.

– *Większość dzieci, bo aż 85 proc., wraz z wiekiem wyrasta z najczęściej występujących uczuleń, takich jak na mleko krowie i kurze jaja. Gorzej jest z uczuleniem na pozostałe alergeny pokarmowe, które rzadziej występują, ale tylko 20 proc. maluchów po jakimś czasie przestaje na nie reagować* – wyjaśniał prof. Kaczmarek.

Czy badanie krwi wykryje schizofrenię?

Test wykrywający stres oksydacyjny może pomóc psychiatrom w szybszej diagnozie pacjentów – pisze „Rzeczpospolita”.

Jak podaje dziennik, o tym, że jest to możliwe, są przekonani naukowcy z Uniwersytetu Maryland. Opracowali oni laboratoryjną wersję testu i sprawdzili jego działanie na niewielkiej grupie ludzi.

– *Mamy nadzieję, że nasza nowa technika umożliwi szybsze stawianie diagnozy i, co za tym idzie, skuteczniejsze leczenie* – mówi jeden z pomysłodawców Gregory Payne z Wydziału Bioinżynierii Uniwersytetu Maryland.

Dziennik pisze, że zespół dr Eun-kyoung Kim wykorzystał do tego wiedzę o testowaniu pokarmów. Naukowcy użyli soli irydu do stworzenia eksperymentalnego testu osocza – test miał odpowiedzieć na pytanie o obecność substancji wskazujących na stres oksydacyjny. Stres oksydacyjny to nadmierne wytwarzanie reaktywnych form tlenu i niemożność organizmu szybkiej detoksykacji.

Stres oksydacyjny ma znaczenie przy rozwoju miażdżycy, parkinsona i alzheimera, a także schizofrenii. Już kilka lat temu dr Xiang Yan

Jeszcze nie wiadomo, kto trafi na cztery lata do sieci

– *Rząd przyjął bardzo ważną ustawę, popularnie nazywaną ustawą o sieci szpitali. Zobowiązaliśmy się do tego w kampanii wyborczej. Obecny system nie spełnia oczekiwań pacjentów. To nie jest łatwa reforma, ale jesteśmy do niej dobrze przygotowani* – zapewniła na konferencji prasowej premier Beata Szydło.

Jej zdaniem, jeśli zmiany nie zostaną szybko przyjęte, to kolejne miesiące będą tylko pogłębiać zły stan obecnego systemu. Miałyby one obowiązywać nie, jak planowano, od 1 lipca 2017 r., ale od 1 października. Mają m.in. zapewnić lepszą dostępność do świadczeń i to niezależnie od ubezpieczenia. Szpitale obowiązane będą gwarantować całodobową podstawową opiekę medyczną, podobnie

może nakłady wzrosną w przyszłym roku. „Dzięki sieci – czytamy na www.wp.pl – wkraczamy na drogę porządkowania systemu opieki zdrowotnej. To koniec z podziałem chorych na lepszych i gorszych. Zjawiskiem bardzo wstydlwym dla systemu, ale często spotykanym, było poszukiwanie lepszych pacjentów, bardziej atrakcyjnych, na których można zarobić, i unikanie nieprzynoszących zysku. To jest

Minister zdrowia zapewniał w trakcie konferencji prasowej, że ustawa nie zlikwiduje żadnego szpitala, zwłaszcza jeśli jest on jedyną placówką w powiecie. Z kolei te, które nie wejdą do sieci, będą mogły brać udział w konkursach na świadczenia nieobjęte systemem.

jak przychodnie utworzone przy szpitalnych oddziałach ratunkowych. Pieniądze mają precyzyjniej trafiać do pacjentów. Po utworzeniu sieci szpitali będą one finansowane ryczałtowo, ale także w zależności od ich aktywności.

Minister zdrowia zapewniał w trakcie konferencji prasowej, że ustawa nie zlikwiduje żadnego szpitala, zwłaszcza jeśli jest on jedyną placówką w powiecie. Z kolei te, które nie wejdą do sieci, będą mogły brać udział w konkursach na świadczenia nie objęte systemem. Dąży się do wyeliminowania niepotrzebnych hospitalizacji. Zdaniem Konstantego Radziwiła ustawa ma uporządkować system szpitali, tym bardziej że jest on bardzo chaotyczny. Przewiduje się podział szpitali w zależności od tego, jaki obszar obsługują. I tak oddzielne kategorie stworzą jednostki onkologiczne, pediatryczne i resortowe.

Przy tej okazji minister odwołał się do zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia, abyśmy na ochronę zdrowia przeznaczali 6% PKB. Nie ma ustawy gwarantującej zbliżanie się do tego poziomu. By

zjawisko haniebne. Ono nie może być kontynuowane” – mówił minister.

Ze względu na liczne kontrowersje i obawy wyrażane w związku z planami wprowadzenia podstawowego zabezpieczenia szpitalnego resort zorganizował konferencję prasową. O szczegółach sieci szpitali mówili minister Konstanty Radziwiłł i wiceminister Piotr Gryza. Na stronie www.mz.gov.pl znajdujemy ich odpowiedzi na najczęściej zgłaszane uwagi:

„Przy ustalaniu wysokości ryczałtu, w pierwszym okresie – prawdopodobnie będą to okresy kwartalne – za podstawę będzie służyć aktywność tego szpitala w poprzednim okresie, czyli takie elementy, jak liczba wykonanych i sprawozdanych świadczeń. Będzie on też (w niewielkim stopniu) zależny od aktywności i jakości świadczeń w danym szpitalu (na bonusy mogą liczyć m.in. placówki, które posiadają certyfikat akredytacyjny Centrum Monitorowania Jakości i udzielają świadczeń ambulatoryjnych w poradniach przyszpitalnych). Lekarze nie będą musieli się skupiać



na rozliczaniu każdej procedury. Dzięki temu będą mieli więcej czasu dla pacjentów.

Część szpitali będzie otrzymywała wynagrodzenie na dotychczasowych zasadach – za wykonane świadczenie (np. w przypadku świadczeń z zakresu opieki kompleksowej, chemioterapii, radioterapii, operacji zaćmy). W ramach ryczałtu szpital otrzyma pieniądze nie tylko na hospitalizację, ale także na opiekę poszpitalną w poradniach specjalistycznych

riów. Wykaz tych, które znajdują się w sieci, zostanie opublikowany do 27 czerwca 2017. Ustawa wprowadzająca sieć będzie obowiązywać od 1 października. W związku z tym wszystkie umowy wygasające 30 czerwca zostaną aneksowane. Żeby zmiana systemowa przebiegała łagodnie, w dwóch zakresach świadczeń – tzn. opieki psychiatrycznej i ambulatoryjnej, ale tej, która nie wchodzi do PSZ – dotychczasowe umowy zostaną aneksowane do połowy przyszłego roku. Konkur-

Tymczasem, jak czytamy na stronie www.termedia.pl: „Polskę ogarnęła moda na fuzje szpitalne. Wszystko po to, by ratować jednostki spoza przyszłej sieci, i po to, by uzyskiwać ryczałtową premię za oferowanie kompleksowej opieki zdrowotnej”. Pierwsze czytanie projektu ustawy sieciowej odbyło się 8 marca na forum sejmowej Komisji Zdrowia.

przyszpitalnych i – jeśli trzeba – także na rehabilitację pacjenta poszpitalnego.

Procentowe szacunki dotyczące pieniędzy, które trafią do szpitali w sieci (91%) oraz poza nią (9% na kontrakty), wynikają z obliczeń dotyczących funduszy przekazanych w 2015 r. Zasady dostępu do sieci będą takie same dla placówek publicznych i prywatnych. Lista jednostek sieciowych będzie ustalana na cztery lata. Placówka będzie mogła z niej wypaść, jeśli nie będzie spełniała kryte-

ry na te świadczenia zostaną przeprowadzone po kilku miesiącach funkcjonowania sieci”.

Tymczasem, jak czytamy na stronie www.termedia.pl: „Polskę ogarnęła moda na fuzje szpitalne. Wszystko po to, by ratować jednostki spoza przyszłej sieci, i po to, by uzyskiwać ryczałtową premię za oferowanie kompleksowej opieki zdrowotnej”. Pierwsze czytanie projektu ustawy sieciowej odbyło się 8 marca na forum sejmowej Komisji Zdrowia.

PERYSKOP onet.pl

Yhang z Baylor Medical College zauważył, że pacjenci ze schizofrenią mają wyższe stężenie tioredoksyny (hamującej działanie reaktywnych form tlenu) w osoczu. W dodatku biomarker ten był łatwo wykrywalny u osób doświadczających pierwszego epizodu psychozy, do tego nieleczonych wcześniej środkami antypsychotycznymi - podaje gazeta.

O szkodliwym micie medycyny

Pseudonaukowa teoria, że szczepionki powodują autyzm, to jeden z najbardziej szkodliwych mitów nowoczesnej medycyny – ocenia dr hab. Ewa Augustynowicz z Zakładu Badań Surowic i Szczepionek NIZP-PZH. Tę teorię, wykorzystywaną przez ruchy antyszczepionkowe, obalono w licznych badaniach.

Augustynowicz powiedziała, że ta „przedziwna teoria” jest rozpowszechniana od niemal dwudziestu lat, kiedy to w 1998 r. Andrew Wakefield wraz ze współpracownikami w czasopiśmie „The Lancet” opublikował artykuł, w którym zasugerował czasowy związek pomiędzy podaniem szczepionki przeciw odrze, śwince i różyczce (MMR) a wystąpieniem objawów autyzmu.

– Ta informacja została bardzo głośno i szybko podchwycona przez przeciwników szczepień. Jednocześnie w krótkim czasie po publikacji okazało się, że badania zostały niewłaściwie przeprowadzone i nieetycznie zinterpretowane, a autorzy dopuścili się, delikatnie mówiąc, bardzo dużego nadużycia – powiedziała Augustynowicz.

General Medical Council (GMC) w maju 2010 r. uznało, że Wakefield prowadził badania „nieuczciwie”, „w sposób wprowadzający w błąd” i utracił on prawo wykonywania zawodu w Wielkiej Brytanii za złamanie zasad etyki zawodowej. Kilka miesięcy wcześniej „Lancet” formalnie wyciął artykuł Wakefielda z zasobów swojego archiwum.

– Na przestrzeni lat ta pseudonaukowa teoria urosła do jednego z największych mitów nowoczesnej medycyny. A przecież te badania nie miały nic wspólnego z faktami naukowymi i rzeczywistością – podkreśliła

PERYSKOP **onet.pl**

Augustynowicz. Zaznaczyła, że przeciwnicy szczepień od początku bezwzględnie wykorzystywali ten nigdy niepotwierdzony związek autyzmu ze szczepieniem, jako koronny argument przeciw szczepieniom.

– *Ta teoria w krótkim czasie przyniosła fatalne skutki, bo nie tylko w Wielkiej Brytanii, ale także w innych krajach europejskich, na przestrzeni kolejnych dziesięciu lat ok. 5 mln rodziców zdecydowało, że nie zaszczepi dzieci przeciwko odrze, śwince i różyczce. W efekcie w latach 2004, 2005, 2011 i później wybuchły epidemie odry, podczas których zachorowało kilkadziesiąt tysięcy osób m.in. we Francji, Holandii i Wielkiej Brytanii – powiedziała.*

Dramatyczne skutki tego szkodliwego poglądu widoczne są również w ostatnich miesiącach w Rumunii czy we Włoszech, gdzie odnotowano epidemie odry wywołane niechęcią rodziców do szczepień dzieci.

Augustynowicz przypomniała, że już wkrótce po publikacji Wakefielda przeprowadzono dziesiątki wiarygodnych badań naukowych w tym zakresie i żadne z nich nie wykazało związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy autyzmem a szczepionką MMR.

– *Jedne z najcenniejszych są wyniki badania opublikowanego w 2015 r., które zostało przeprowadzone wśród dzieci należących do grupy zwiększonego ryzyka chorób ze spektrum autyzmu, ponieważ ich starsze rodzeństwo chorowało na autyzm. Okazało się, że nawet w przypadku takich dzieci podanie szczepionki MMR nie zwiększa częstotliwości występowania autyzmu – zaznaczyła Augustynowicz.*

Ekspertka zwróciła uwagę, że szczepionka przeciw odrze, śwince i różyczce podawana jest w tym samym czasie, gdy u dzieci zwykle diagnozuje się pierwsze objawy autyzmu. Stąd też często rodzice wstrząśnięci informacją o chorobie dziecka, wskazują właśnie na szczepionkę MMR jako na jej przyczynę.

Szczepienia chronią nie tylko zaszczepione dzieci, ale również te, które nie mogą być szczepione, ponieważ mają obniżoną odporność oraz niemowlęta, które są jeszcze zbyt małe na podanie szczepionki.

SHORT CUTS

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



Prima Aprilis

Pierwszy kwietnia to dzień, w którym zgodnie z tradycją można robić różne żarty. Ich jakość jest różna, poczynając od nieśmiertelnej „plamy”, którą ktoś gdzieś ma rzekomo mieć, a kończąc na zmyślonych wiadomościach agencyjnych, zazwyczaj nie najwyższych lotów.

Dlatego dość karkołomna wydawała się decyzja zorganizowania kolejnego, już XXXIX Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej właśnie w tym dniu. Zjazd był co prawda nie wyborczy, tylko „budżetowy”, ale zawsze pewna doza niepewności pozostawała, czy aby jego decyzje zostaną potraktowane poważnie, a nie w kategorii żartu. Być może właśnie dlatego zjazdowa Komisja Uchwał i Wniosków nie miała wiele pracy, gdyż wpłynęły tylko dwa projekty apeli, które zresztą Zjazd przyjął. I to nie był żart. Pomimo że niektóre działania pana prezydenta Andrzeja Dudy należałoby traktować także w charakterze żartów i to niestety nie primaaprilisowych, tym razem jego decyzji należy przyklasnąć, co zresztą uczynili obecni na sali zjazdowej lekarze i lekarze dentyści. Ci drudzy powinni być zresztą szczególnie usatysfakcjonowani, gdy dwoje spośród ich grona zostało odznaczonych wysokimi odznaczeniami państwowymi: Krzyżami Orderu Odrodzenia Polski. Krzyż Oficerski otrzymała dr n. med. Anna Serafinowska-Kielczewska, a Krzyż Kawalerski dr n. med. Andrzej Baszkowski – mój szef, czyli redaktor naczelny „Biuletynu Informacyjnego Wielkopolskiej Izby Lekarskiej”. W tym miejscu pozwolę sobie pogratulować obojgu odznaczeń, nie głosząc tradycyjnej przy takiej okazji formułki, że „te odznaczenia są wyrazem uznania dla całego środowiska”. Nie, tym razem osoby, które je otrzymały, ciężko „zapracowały” na ich otrzymanie i trzeba docenić fakt, że pomimo iż obecna (podobnie, zresztą, jak poprzednie) władza, delikatnie mówiąc, nie lubi lekarzy, to jednak osobom pilotującym „ordery” udało się przekonać decydentów, że te Krzyże trzeba przyznać i to jeszcze za życia odnacza-

nych. Jak się okazuje, środowisko lekarskie pomimo ciężkiej i odpowiedzialnej pracy nadal ma ochotę do żartów.

Takim „żartem”, tym razem z danych demograficznych mówiących, że lekarze żyją średnio prawie dziesięć lat krócej niż reszta społeczeństwa (hm... ciekawe dlaczego?!), była uroczystość uhonorowania nestorów, czyli lekarzy którzy ukończyli 90. rok życia. Na sali obrad było obecnych kilkunastu przedstawicieli ponad pięćdziesięcioosobowej grupy lekarzy, którzy w tym roku osiągnęli ten wspaniały wiek. Z przyczyn oczywistych nie odśpiewano im tradycyjnych „Stu lat”, gdyż byłoby to wysoce niestosowne. Choć lekarzy to zapewne nie zaskoczy, ale dla reszty naszego społeczeństwa może być intrygujące: wielu z nich nadal wykonuje zawód lekarza, a nawet wykładowcy akademickiego i to nie jest żart primaaprilisowy. By jednak delegaci nie zapomnieli, że dzień zjazdu to jednak dzień, w którym czyni się różne żarty, jednym z punktów Zjazdu był panel poświęcony zmianom w ochronie zdrowia, przechrzczonej na Narodową Służbę Zdrowia. Zmianom już uchwalonym przez Sejm, Senat i podpisanym przez prezydenta oraz tym zapowiadanim, planowanym lub tylko takim, o których snuje się różne spekulacje. Niestety, słuchając wypowiedzi osób, które brały udział w panelu, a były to osoby, które niejedną korytarz sze-



roko rozumianej władzy, schodziły w Warszawie, odnosiło się wrażenie, że nasi obecni władcy Rzeczypospolitej szykują nam kolejny żart i na koniec powiedzą: Prima Aprilis, choć może być to już jesień. Po raz kolejny okazuje się, że władza nie ma poczucia nie tylko humoru, lecz także rzeczywistości. Efekty braku tychże odczuujemy zapewne już niebawem. W odróżnieniu od innych piszących, nie napiszę, że żal mi pacjentów... Nie, nie żal. Może jak „suweren” przekona się, co mu jego faworyci zgotowali, jak go to zaboli, to jednak dojdzie do wniosku, że dla większości osób zajmujących obecnie eksponowane stanowiska państwowe należy przygotować miejsca resocjalizacyjne w zakładach mniej lub bardziej zamkniętych.

Jakby atmosfery absurdu było w naszym kraju mało, to okazało się, że powyższy ścinek piszę na być może nielegalnym komputerze. O przepraszam... urządzeniu do gier. Okazuje się bowiem, że uchwalona przez Sejm i Senat oraz podpisana przez „żartownisia” pana prezydenta nowa ustawa hazardowa, która weszła w życie 1 kwietnia, jest na tyle nieprecyzyjna lub jak kto woli, wprowadza tak szeroką definicję „urządzenia do gier”, że każdy komputer (i to nie jest żart primaaprilisowy) może zostać uznany za takie urządzenie, co wiąże się z obowiązkiem zarejestrowania go w urzędzie celno-skarbowym, ponieważ praktycznie z każdego komputera można połączyć się z Internetem i korzystać z gier, w tym także hazardowych tam dostępnych. Podobnie mogą zresztą być potraktowane laptopy czy smartfony. Ktoś powie, że to nadinterpretacja. Być może, ale... Wszyscy – no dobrze – dostatecznie długo żyjący pamiętają powiedzenia stalinowskiego prokuratora Andrieja Wyszyńskiego: „Dajcie mi człowieka, a paragraf się znajdzie”. I ten zapis także może być wykorzystany wtedy, gdy obecna władza, czerpiąca „szerokimi garściami” z doświadczenia stalinowskich i innych totalitarnych reżimów, dojdzie do wniosku, że taka interpretacja zapisów ustawy hazardowej może się przydać.

I to już koniec porcji żartów, nie tylko primaaprilisowych. A Państwu, którzy dobrnęli do tego miejsca, życzę wszelkiej pomyślności z okazji nadchodzących Świąt Wielkanocnych, by wydarzenie sprzed dwóch tysięcy lat, które one upamiętniają, dało nam nadzieję, że obecne czasy „ciemności” miną i powróci normalność, gdzie wszystko jest tym czym powinno być, a nie tylko projekcją chorych wizji z umysłów rządzących.

XXXIX Okręgowy Zjazd Lekarzy WIL

1 kwietnia 2017 r. obradował XXXIX Okręgowy Zjazd Lekarzy WIL. Obrady otworzył prezes Krzysztof Kordel. Powitał delegatów i zaproszonych gości. Krótko przedstawił sytuację w naszej izbie.

Pod względem finansowym jest ona dobra. Nie mamy żadnych zobowiązań, niespłaconych kredytów. Przeciwnie – zgromadziliśmy kwoty, które możemy wykorzystać na planowane inwestycje. Izba finansuje wiele kursów i szkoleń, które cieszą się wśród kolegów wielkim powodzeniem. W WIL działa jedyna w Polsce orkiestra kameralna – „Operacja Muzyka”, śpiewa chór lekarzy, działa koło malujących lekarzy.

Grzegorz Wrona poprowadził część, w której koleżanki i koledzy zostali uhonorowani odznaczeniami i wyróżnieniami. Prezydent RP odznaczył kol. Annę Serafinowską-Kiełczewską Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski, a kol. Andrzeja Baszkowskiego Krzyżem Kawalerskim.

Najlepszym sportowcem ubiegłego roku uznana została kol. Katarzyna Grabowska. Najlepsze wyniki w nauce uzyskali lek. dent. Jolanta Miszkiel i lek. Anna Szeliga.

Zasłużonymi dla WIL uznani zostali Piotr Tarasiewicz, Radosław Stempun, Karina Buxakowska, Stanisław Sobisz i Roman Handschuh.

Honorową Odznakę WIL otrzymała Maria Połczyńska.

Ponadto koleżanki i koledzy, którzy ukończyli 90. rok życia, otrzymali serdeczne życzenia od prezesa WIL i 2000 zł gratyfikacji. Kolega Dzieciuchowicz, życząc seniorom dalszych spokojnych, pozbawionych chorób i kłopotów lat życia, zaapelował do pracujących nadal kolegów o opiekę nad naszymi nestorami, którzy nie zawsze dają sobie radę ze zdrowiem i codziennymi trudnościami.

Najważniejsza część zjazdu dotyczyła spraw finansowych. Wszyscy delegaci otrzymali na dyskietce wszelkie informacje dotyczące realizacji budżetu na rok 2016 i zaplanowany budżet na rok bieżący. Skarbnik Izby, kol. Skro-

bisz, w swoim wystąpieniu podkreślił wielką dyscyplinę finansową dysponujących finansami organów Izby, co pozwoliło osiągnąć doskonały wynik budżetowy. Mamy nadwyżkę finansową, która pozwoli rozpocząć po akceptacji Zjazdu budowę budynku D, z salą konferencyjną i pomieszczeniami biurowymi. Zjazd po wysłuchaniu opinii Okręgowej Komisji Rewizyjnej o udzielenie absolutorium Okręgowej Radzie Lekarskiej absolutorium udzielił.

Zjazd zatwierdził również sprawozdania z rocznej działalności organów izby: ORL, OROZ, OSL, OKR.

Bardzo niewesoła była dyskusja nad sytuacją w ochronie zdrowia. Wielokrotnie ją omawiano i krytykowano. Nie inaczej było i na Zjeździe. Szpitale motają się w sieci. Nie wiedzą, na które

Aktualne jest stare powiedzenie, że jak ktoś nie wie, co zrobić, to robi reformę...

z nich łaskawym okiem spojrzą urzędnicy z pałacu na Miodowej, a które skazą na zatracenie. Podobnie jest w tak zwanej otwartej służbie zdrowia. Jak będzie ona zorganizowana, do końca nie wiadomo. Wiadomo, że coraz bardziej brakować będzie lekarzy. Młodzi bardzo chętnie wyfruwają z Polski. Średnia wieku lekarzy jest coraz wyższa. Podobnie jest z pielęgniarkami. Na ostrzeżenia samorządu nikt nie zwraca uwagi. Bogiem jest reforma wymyślona przez urzędników. Aktualne jest stare powiedzenie, że jak ktoś nie wie co zrobić, to robi reformę...

AB

Szczegółowe informacje o Zjeździe, a także o przyjętych tam dokumentach zamieszczone będą w internecie.



Ach, co to był za bal...

Przepiękna Sala Biała w Bazarze, toalety pań wykwintne i olśniewające, panowie – jak ktoś powiedział – wygoleni do zieloności, przeważnie na czarno i w muchach, znakomite jedzenie, perfekcyjna obsługa kelnerska... 25 lutego 2017 r. odbył się wyjątkowy, Trzeci Bal Lekarzy, coraz bliższy tradycji dawnych bali sprzed lat, gdy bale lekarzy należały do najelegantszych w mieście...

Czwarty już za rok...





Wernisaż Ewy Szwedy-Piczman

Marcowa wystawa obrazów zorganizowana w siedzibie Wielkopolskiej Izby Lekarskiej należy do bardzo udanych. Wernisaż zgromadził wielu zainteresowanych gości, panowała przychylna i życzliwa dla autorki atmosfera wreszcie, co najważniejsze, można było obejrzeć kilka ciekawych obrazów.

Ewa Szweda-Piczman, specjalista chirurg stomatolog, odkryła swą pasję malarską 15 lat temu, kiedy przy WIL powstało Koło Malujących Lekarzy, pracujące ostatnio pod kierunkiem dr Lidii Kot. W swoich pracach stosuje różne techniki malarskie, ostatnio najczęściej sięga po akryle. Zaskakuje w obrazach różnymi pomysłami kompozycyjnymi. Brała udział w kilku wystawach oraz plenerach malarskich. Jak sama twierdzi, malarstwo otworzyło przed nią zupełnie inną sferę zainteresowań, a wykonane prace dostarczają jej wiele osobistej satysfakcji.

AB



Harmonogram kursów

Lp.	Temat kursu i prowadzący	Data i miejsce	Tematyka szczegółowa	Liczba punktów	Opłata	Sposób zapisu
1	Kurs komputerowy	19.04.2017 (I dzień) godz. 9.00–13.00 20.04.2017 (II dzień) godz. 9.00–13.00 sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37	Poziom zaawansowany	8	50 zł	61 852 58 60 wewn. 220 lub 601 799 706
2	Funkcjonalne i estetyczne uzupełnienia protetyczne o minimalnej inwazyjności dr hab. n. med. Mariusz Pryliński	28.04.2017 godz. 18.00–21.00 sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37	Estetyka przedniego odcinka łuku zębowego Kompozycja twarzowa, twarzowo-zębowa, zębowa i dziąsłowa Metody wizualizacji nowego uśmiechu Rodzaje licówek i mostów adhezyjnych Kondycjonowanie dożebowej powierzchni licówek mostów adhezyjnych	3	50 zł kaucja	odz@wil.org.pl lub 601 799 706
3	Natychmiastowa pomoc w stanach zagrożenia życia dr n. med. Rafał Surmacz, dr n. med. Paweł Panieński, mgr pielęgniarstwa Ryszard Szpunar, mgr Tomasz Magdziak, mgr Karol Juszkowiak, mgr Marcin Rybakowski, lek. med. Michał Szemień	5.05.2017 godz. 10.00–16.00 sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37	Wykłady oraz ćwiczenia o tematyce: • zapobieganie zatrzymaniu krążenia • stany zagrożenia życia w gabinecie • algorytm ALS • resuscytacja i defibrylacja • stymulowane przypadki kliniczne	5	200 zł	odz@wil.org.pl lub 601 799 706
4	Natychmiastowa pomoc w stanach zagrożenia życia dr n. med. Rafał Surmacz, dr n. med. Paweł Panieński, mgr pielęgniarstwa Ryszard Szpunar, mgr Tomasz Magdziak, mgr Karol Juszkowiak, mgr Marcin Rybakowski, lek. med. Michał Szemień	6.05.2017 godz. 10.00–16.00 sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37	Wykłady oraz ćwiczenia o tematyce: • zapobieganie zatrzymaniu krążenia • stany zagrożenia życia w gabinecie • algorytm ALS • resuscytacja i defibrylacja • stymulowane przypadki kliniczne	5	200 zł	odz@wil.org.pl lub 601 799 706
5	Kurs komputerowy	13.05.2017 (I dzień) godz. 9.00–13.00 20.05.2017 (II dzień) godz. 9.00–13.00 sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37	Poziom podstawowy	8	50 zł	61 852 58 60 wewn. 220 lub 601 799 706
6	Choroba Alzheimera oraz farmakoterapia geriatryczna w codziennej praktyce lekarza POZ Prof. dr hab. n. med. Katarzyna Wieczorowska-Tobis, dr n. med. Andrzej Józwiak	16.05.2017 godz. 18.00–21.00 sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37	Diagnostyka zaburzeń funkcji poznawczych w codziennej praktyce Kiedy można rozpoznać otępienie, np. w chorobie Alzheimera Farmakoterapia geriatryczna, interakcje leków	2	50 zł kaucja	odz@wil.org.pl lub 601 799 706
7	Kliniczno-laboratoryjne przyczyny uszkodzeń uzupełnień ceramicznych oraz możliwości ich wewnątrzustnej naprawy dr hab. n. med. Mariusz Pryliński	19.05.2017 godz. 18.00–20.00 sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37	Przyczyny uszkodzeń metalowo-ceramicznych Przyczyny uszkodzeń uzupełnień jednolicie ceramicznych Wewnątrzustna naprawa uzupełnień ceramicznych Trybochemiczne przygotowanie powierzchni podbudowy ceramiki i stopu metalu	2	50 zł kaucja	odz@wil.org.pl lub 601 799 706
8	Kurs komputerowy	24.05.2017 (I dzień) godz. 9.00–13.00 25.05.2017 (II dzień) godz. 9.00–13.00 sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37	Poziom podstawowy	8	50 zł	61 852 58 60 wewn. 220 lub 601 799 706
9	Włókna szklane – czy naprawdę warto je stosować? Praktyczne podsumowanie kilku lat pracy dr n. med. Iwona Kuroń-Opalińska	27.05.2017 godz. 10.00–14.30 sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37	Współczesna wiedza na temat włókien Gradacja postępowania terapeutycznego w stom. rekonstrukcyjnej Zasady odbudowy zębów Przypadki kliniczne Odbudowa zęba jednokanałowego	4	290 zł (członkowie WIL)	odz@wil.org.pl lub 601 799 706
10	Kurs komputerowy	3.06.2017 (I dzień) godz. 9.00–13.00 10.06.2017 (II dzień) godz. 9.00–13.00 sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37	Poziom średniozaawansowany	8	50 zł	61 852 58 60 wewn. 220 lub 601 799 706
11	ALS ADVANCE LIFE SUPPORT Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne dla osób dorosłych dr n. med. Paweł Panieński, mgr Marcin Rybakowski, mgr Ryszard Szpunar, mgr Karol Juszkowiak	10.06.2017 (I dzień) godz. 8.30–18.30 11.06.2017 (II dzień) godz. 8.00–16.30 sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37	Wykłady oraz ćwiczenia o tematyce: • dostęp dożylny • wentylacja przyrządowa • intubacja • możliwość generowania zaburzeń rytmu serca • wykonanie defibrylacji	12	950 zł (członkowie WIL) 1.150 zł (pozostałe osoby)	odz@wil.org.pl lub 601 799 706



Kenia w obiektywie wolontariuszki

8 lutego w szpitalu św. Wojciecha przy ul. Krzywoustego 114 w Poznaniu otwarto wystawę fotografii Danuty Witkowskiej. Autorka oprócz fotografowania zajmuje się wolontariatem w Fundacji „Redemptoris Missio”, pomagającej potrzebującym pomocy w najbardziej i najodleglejszych zakątkach świata. Jej zdjęcia przeniosły nas do Kenii, nazywanej Afryką w miniaturze. Spotykamy w tym kraju wszystkie krajobrazy Czarnego Łądu – od ośnieżonych górskich szczytów po białe, piaszczyste plaże, spalone słońcem pustynie, różne typy lasów, nieprzebyte busz, otwarte równiny, jeziora i wybrzeże Oceanu Indyjskiego. Turyści, którym udało się odwiedzić Kenię, obiecywali, że tu wrócą... Oprócz

piękną przyrody autorka uwieczniła na zdjęciach biedę ludności, codzienne życie mieszkańców i uśmiechnięte mimo wszystko dzieciaki... Potrzeby są ogromne. Właściwie brakuje wszystkiego. Począwszy od odzieży, szalików, czapek po przybory szkolne, lekarstwa, materiały opatrunkowe i higieniczne, no i personel pielęgniarski oraz lekarski. Wszelką pomoc, w ramach możliwości, stara się zapewnić fundacja.

Na otwarcie wystawy przybyli zaproszeni goście i lekarze szpitala. W Kenii przebywała też dr n. med. Karolina Mrówka – specjalistka medycyny podróźniczej i tropikalnej, która poświęciła swój czas na leczenie i pomaganie miejscowej ludności. Doktor na co dzień podpowiada, jak się przygotować do dalekich podróży. Podkreśla, że ważne są stosowne szczepienia i higiena oraz profilaktyka w każdym zakątku świata.

Na koniec warto wspomnieć o pięknej architekturze szpitala. Zarówno o bryle zewnętrznej, jak i wewnątrz, a także o wyposażeniu nowej placówki leczniczej, o którą wzbogaciła się mapa medycznego Poznania.

AB



Zarządzanie profesjonalne

Zachowania pacjenta w gabinecie medycznym i stomatologicznym

Cechy pacjenta i efekty, które buduje jako klient

Pacjent dawno już urosł do rangi klienta – i to nie tylko ten wymagający. Niektórzy dziwią się dlaczego. Przecież słowo „pacjent” nie jest tożsame ze słowem „klient”.

Są lekarze, którzy nadal nie uznają podejścia ekonomicznego i zamykają się na wszelkie doniesienia o zachowaniach konsumenckich swoich pacjentów. Trudno jednak polemizować z tym, że czasy się zmieniły i pacjent realnie zarządza swoimi pieniędzmi, wpłacając je pośrednio – do ZUS czy KRUS – lub wprost do kasy gabinetu, wnosząc opłatę, np. za badanie.

Cechy pacjenta

Wśród zachowań konsumenckich jest wiele takich, które mogą utrudniać bieżące administrowanie gabinetem. Warto je znać, by móc odnosić sukcesy, nie tylko medyczne.

Wśród cech pacjenta będącego klientem wyróżnia się m.in. następujące:

1. **Pacjenta cechuje wybieralność.** Może dokonywać wyborów, nie zawsze racjonalnych i skutecznych, a czasami wręcz działających na jego niekorzyść. Pacjent wybiera i robi, co chce.
2. **Pacjent kieruje się opinią innych pacjentów,** która nie zawsze jest słuszna, często nie dotyczy lekarza, lecz miejsca leczenia bądź odwrotnie. Inni pacjenci wyrażają raczej opinie negatywne niż pozytywne, co wynika z ludzkich skłonności do narzekania *versus* niskich chęci do chwaleń.
3. **Pacjent kieruje się pierwszym wrażeniem** przy uznaniu lekarza za specjalistę lub fachowca, a gabinetu czy kliniki za godne miejsce leczenia.

Dr Magdalena Szumska zaprasza na studia po dyplomie dla kierowników i zarządzających gabinetami o tematyce
Zarządzanie – Prawo – Marketing – Wizerunek.
Lista wykładowców i tematyka: www.MMA.szumska.pl

TECHNIKI PRACY Z TRUDNYM FINANSOWO PACJENTEM w gabinecie lekarskim i dentystycznym. Upusty i windykacja.

W prywatnych gabinetach pojawiają się różne typy trudnych pacjentów-klientów. Dla niektórych lekarzy najtrudniejszym z nich jest pacjent rozmawiający o pieniądzach. W artykule w poprzednim wydaniu przedstawione zostały metody radzenia sobie z pacjentem upustowym, a także sposoby reagowania, kiedy pacjent nie reguluje płatności.

Doktor n. ekon. Magdalena Szumska od 2001 r. współzarządza jednostkami medycznymi. Badawczo i wdrożeniowo interesuje się problematyką zarządzania i marketingu oraz relacjami w usługach medycznych, z nastawieniem na prawolubność i doskonałe wyniki jednostek medycznych. Ukończyła z najwyższą oceną studia na Uniwersytecie Ekonomicznym w Poznaniu na Wydziale Zarządzania, a następnie Institut de Gestion de Rennes IGR-IAE na Université de Rennes we Francji; doktoryzowała się w 2004 r. Autorka kilkudziesięciu publikacji, w tym książek i podręczników dla lekarzy, zarządzających i personelu średniego. Wprowadziła pojęcie trudnego pacjenta w medycynie. Ekspert w zakresie zarządzania jednostkami medycznymi.



4. **Pacjent oczekuje efektu leczenia,** który rozumie jako namacalny i przez niego akceptowany wynik postępowania lekarza lub zespołu medycznego.
5. **Pacjent pragnie,** by lecząc ciało, personel medyczny i pomocniczy zajął się również jego potrzebami psychicznymi – oczekuje również efektu psychologicznego.
6. **Wysoką jakość pacjent rozumie na swój sposób,** czyli jako profesjonalizm, indywidualne podejście oraz miłą i sympatyczną obsługę. Dzieje się tak, ponieważ zazwyczaj nie potrafi rozdzielić jakości medycznej od niemedyckiej.
7. **Pacjent niczego nie musi** i na ogół wie, że nikt go do niczego nie może zmusić, również do ochrony własnego zdrowia. Zabraniając cegokolwiek pacjentowi, trzeba mieć dobre narzędzia wpływu na niego – albo psychologiczne, albo prawne, a często jedno i drugie.
8. **Pacjent jest homo oeconomicus,** czyli istotą potrafiącą podejmować decyzje ekonomiczne, szacując czy licząc według swoich wyobrażeń i branych pod uwagę czynników. Aby podjął ostatecznie decyzję, musi w łatwy sposób pojąć, dlaczego ceny wizyt u różnych lekarzy nie są takie same. Warto pamiętać, że pacjent reaguje nie tylko na różnice cen, ale również na podwyżki, obniżki czy koszty dotarcia do gabinetu zarówno finansowe, jak i niematerialne, np. energia własna, czas czy stres.
9. **Pacjent ma swoje upodobania,** wymagania, oczekiwania – i ma do tego wszystkiego prawo. Będąc po stronie usługobiorcy, ma również prawo reagować w sposób dla siebie nieprzewidywalny czy trudny dla personelu medycznego, choć – z zasady – nie wolno mu przekraczać ustalonych norm zachowań ani łamać prawa.

Są to najważniejsze cechy pacjentów wpływające na ich zachowania w ośrodkach zdrowia. Bez względu na wielkość, sposób prowadzenia wizyt (odpłatne lub nieodpłatne) dziedzinę medycyny – cechy pacjentów pozostają stałe.

Efekty, które buduje pacjent

Pacjenci, udając się do lekarza, regulują ruch pieniądza. To ważny czynnik pozwalający na utrzymanie się każdego ośrodka zdrowia. Pacjenci sami wpływają na strumień pieniędzy dla gabinetów medycznych i dentystycznych. Mądry zarządzający gabinetem ma to na uwadze, nawet wówczas gdy pacjent jest

roszczeniowy czy nadmiernie wyedukowany w internecie. Pacjenci, którzy akceptują lekarza i miejsce leczenia, stają się lojalnymi wobec nich zarówno w sytuacji poszukiwania konsultacji ze specjalistą w przyszłości, jak i w wypadku składania rekomendacji innym osobom zainteresowanym usługami. Można wyróżnić trzy efekty, którymi pacjenci zarządzają i od których zależy liczba wizyt. Są to efekty decyzji, lojalnościowy i polecenia.

1. **Efekt decyzji** – pojawia się w momencie podjęcia decyzji o skorzystaniu z usługi medycznej. Każda z osób, zanim uda się do lekarza czy lekarza dentysty, musi wybrać co najmniej miejsce zrealizowania usług, a nierzadko również dokonuje wyboru lekarza, pielęgniarki, położnej czy technika, który wykona usługę. Efekt decyzji jest podtrzymywany w momencie realizacji usługi. Lekarz przeprowadza badanie, a w tym czasie pacjent myśli: „tak, tu mi się podoba” albo „czy ja naprawdę muszę stać bosymi stopami na tej zimnej podłodze?”. Podejmuje raz jeszcze decyzję, umacniając swoje postanowienie o skorzystaniu z danych usług medycznych lub przeciwnie – postanawiając, że nigdy nie wróci do tego gabinetu, szpitala, lekarza.
2. **Efekt lojalnościowy** – pojawia się po zakończeniu świadczenia usługi i zwykle pozostaje poza wpływem lekarza i ośrodka medycznego. Pacjent dokonuje rewizji swojej decyzji, najczęściej w odroczeniu w czasie, i dochodzi do wniosku, że np. mimo wstępnego zainteresowania i pozostawionych w gabinecie planów leczenia, więcej tam nie wróci. Na wszelkie decyzje w przyszłości mogą wpływać m.in. ludzie z jego najbliższego otoczenia (rodzina), opinie zasłyszane lub przeczytane, pochodzące z obcych źródeł (np. Znany Lekarz, forum), odczucia i odbiór swojego ciała oraz kondycji psychicznej po dłuższym czasie. Na efekt lojalnościowy lekarz ma nikły wpływ poza gabinetem, a w szczególności po upływie znacznego czasu. Można jednak dbać o efekt lojalnościowy poprzez profesjonalizację usług, począwszy od prowadzenia wartościowej strony internetowej, przez doskonałą obsługę recepcyjną, udogodnienia w dojeździe czy dostępie do internetu, a na najlepszej opiece medycznej z diagnostyką i szerokim wsparciem specjalistów różnych dziedzin na miejscu skończywszy.
3. **Efekt polecenia** – efekt, na który lekarz czy ośrodek ma najmniejszy wpływ, gdyż pojawia się poza gabinetem, najczęściej w sposób spontaniczny, nieprzymuszony. Zadowolony pacjent poleca lekarza czy lekarza dentystę jako dobrego i wartego wydania pieniędzy albo też poczekania w długiej kolejce. Efekt polecenia jest niezwykle wartościowy, oparty na przekazywaniu dobrej opinii w bliskim i dalekim otoczeniu pacjentów. Co ważne, odruch polecenia dobrego lekarza jest bliski Polakom, co koniecznie trzeba mieć na uwadze. Można go wzmacniać np. poprzez tworzenie projektów edukacyjnych czy udział w już gotowych – takich jak np. zapisanie ośrodka medycznego do współpracujących z programem dużej rodziny. Polecenie działa słabo, jeśli jest wymuszane lub stymulowane nagrodami zapowiedzianymi. O wiele lepiej, gdy usługi medyczne są polecane bezinteresownie, z troski o zdrowie drugiej osoby, a nie o zasobność własnego portfela czy doktora.

ARTYKUŁ POCHODZI Z MEDICAL MAESTRO MAGAZINE, VOL. 13,

WWW.MEDICALMAESTRO.PL

Tak minął marzec w Izbie

- 3.03 – posiedzenie Komisji ds. Kształcenia WIL
szkolenie „Trudny pacjent w gabinecie lekarskim” w delegaturze konińskiej
- 4.03 – kurs współorganizowany z firmą Pozyttron „Rentgenodiagnostyka stomatologiczna”
certyfikowany przez ERC kurs ALS – Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne u osób dorosłych (I dzień)
- 5.03 – certyfikowany przez ERC kurs ALS – Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne u osób dorosłych (II dzień)
- 6.03 – szkolenie dla stażystów z bioetyki
szkolenie „Promocja, finanse i zarządzanie praktyką lekarską”
- 7.03 – szkolenie dla stażystów z bioetyki
posiedzenie Komisji ds. Konkursów WIL
wernisaż prac malarskich Ewy Szwedy-Piczman w Klubie Lekarza WIL w Poznaniu
- 8.03 – szkolenie dla stażystów z bioetyki
posiedzenie Komisji Socjalnej WIL
- 9.03 – posiedzenie Komisji ds. Emerytów i Rencistów WIL
- 10.03 – szkolenie zewnętrzne w siedzibie WIL w Poznaniu
szkolenie „Nowoczesne metody zabezpieczenia zębów filarowych” w delegaturze konińskiej
- 11.03 – posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej WIL
posiedzenie Kapituły Odznaczeń Zasłużony dla WIL
posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej WIL
posiedzenie kapituły odznaczenia Wielkopolski Lekarz z Sercem
- 13.03 – posiedzenie Komisji ds. Etyki Lekarskiej WIL
spotkanie okolicznościowe lekarzy seniorów
- 14.03 – kurs dla stażystów z prawa medycznego
- 15.03 – kurs dla stażystów z prawa medycznego
posiedzenie Komisji Bioetycznej
- 16.03 – kurs dla stażystów z prawa medycznego
posiedzenie Komisji ds. Młodych Lekarzy WIL
- 17.03 – kurs dla stażystów z prawa medycznego
szkolenie diabetologiczne w delegaturze kaliskiej
- 18.03 – konferencja organizowana przez Komisję ds. Młodych Lekarzy – „Wieczorynka, czyli pierwsza praca niemal każdego lekarza” (II edycja)
kurs komputerowy (I dzień)
szkolenie współorganizowane z firmą Poldent – „3 kroki do sukcesu w endodoncji”
- 19.03 – szkolenie współorganizowane z firmą Poldent – „3 kroki do sukcesu w endodoncji”
- 20.03 – spotkanie okolicznościowe lekarzy seniorów
- 21.03 – kurs dla stażystów z prawa medycznego
- 22.03 – kurs dla stażystów z prawa medycznego
- 23.03 – kurs dla stażystów z prawa medycznego
- 24.03 – kurs dla stażystów z prawa medycznego
- 25.03 – kurs komputerowy (II dzień)
szkolenie dla lekarzy dentystów „Nowa jakość wycisków pod protezy stałe”
- 28.03 – spotkanie okolicznościowe lekarzy seniorów
- 30.03 – posiedzenie Komisji ds. Kultury, Sportu i Rekreacji WIL
spotkanie koła lekarzy seniorów
- 31.03 – warsztaty ekonomiczne dla indywidualnych praktyk lekarskich w delegaturze kaliskiej
szkolenie „Trudny pacjent w gabinecie lekarskim” w delegaturze kaliskiej
szkolenie współorganizowane z firmą Poldent – „3 kroki do celu. Zakrecona endodoncja, czyli jak sprawić aby kanały stały się bardziej proste. Sekrety skutecznego kształtowania i dezynfekcji kanałów”

25-lecie Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio”

W bieżącym roku mija 25 lat od powstania w 1992 r. Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio”. Rocznicą będzie obchodzona uroczystie. W niedzielę 23 kwietnia 2017 r. odbędzie się w Auli Uniwersyteckiej doroczny Koncert, 22. już z kolei, poświęcony Fundacji.

W niedzielę 4 czerwca 2017 r. o godzinie 10.00 w Katedrze Poznańskiej odprawiona zostanie uroczysta msza święta z tej okazji, koncelebrowana przez metropolitę poznańskiego ks. abp. Stanisława Gądeckiego. W dniach 15–16 września Fundacja będzie brać czynny udział w Konferencji z okazji 55-lecia Katedry i Kliniki Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych UM pt. „Zagadnienia wielodyscyplinarne medycyny podróży i choroby tropikalne i pasożytnicze a zdrowie międzynarodowe”.

Fundacja sięga korzeniami głęboko do lat 30. XX wieku. Wówczas to pod patronatem prof. Adama Wrzosa i przy czynnym udziale ówczesnej studentki medycyny Wandy Błęńskiej przy Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Poznańskiego działało Koło misjologiczne. Zostało ono szczegółowo opisane przez ks. dr. misjologii Ambrożego Andrzejaka, współzałożyciela Fundacji. Jego tradycje, poza Fundacją, rozwija

Liczba lekarzy wysyłanych dla wspomnienia ośrodków medycznych na misjach przekracza kilkadziesiąt osób. Jednakże działalność Fundacji w zasadzie oparta jest na pracy kilkudziesięciu wolontariuszy, głównie studentów medycyny; ich wkład to ponad 3000 godzin przepracowanych rocznie. Dzięki Fundacji kilkudziesięciu z nich odbyło praktyki wakacyjne w ośrodkach medycznych na misjach.

dzisiaj też Koło Misyjne im. dr h.c. Wandy Błęńskiej przy Wydziale Teologicznym UAM.

Okoliczności powstania Fundacji były dość złożone. Ówczesna Klinika Chorób Pasożytniczych i Tropikalnych już w latach 70. miała bliski kontakt z ks. Bolesławem Poćwiardowskim z Chludowa, prowincjałem werbistów, który przysyłał do niej „nielegalnie” chorych misjonarzy. Do Poznania wróciła, po ponad 40-letniej posłudze misyjnej w Ugandzie, dr Wanda Błęńska, szukająca kontaktu z młodzieżą akademicką. W wyniku 7-letniej pracy w Światowej Organizacji Zdrowia w Genewie prof. Zbigniewowi Pawłowskiemu stały się bliskie problemy ochrony zdrowia w krajach rozwijających się. Ksiądz dr Ambroży Andrzejak, misjolog, był gorącym orędownikiem kontynuowania przedwojennej tradycji pomocy misjom na Wydziale Lekarskim. Student medycyny Norbert Rehlis okazał się sprawnym organizatorem nowo powstającej organizacji. Nie bez znaczenia było duże zainteresowanie młodzieży akademickiej problemami egzotycznymi

przedstawianymi w Klinice w ramach Tygodni Medycyny Tropikalnej. Formalnie fundatorami Fundacji „Redemptoris Missio”, powstałej przy Klinice Chorób Pasożytniczych i Tropikalnych Uniwersytetu Medycznego byli ks. dr A. Andrzejak, prof. Z. Pawłowski i student N. Rehlis. Metropolita Poznański ks. abp Jerzy Stroba co prawda powątpiewał w powodzenie planowanej „świeckiej” organizacji, ale nie odmówił jej błogosławieństwa. Obecnie Fundacja korzysta z ogromnej życzliwości i poparcia metropolity poznańskiego ks. abp. Stanisława Gądeckiego i Komisji ds. Misji Episkopatu.

Celem Fundacji „Redemptoris Missio” była i pozostaje działalność na rzecz misjonarzy i ośrodków misyjnych w kraju i za granicą, w szczególności w zakresie udzielania pomocy medycznej oraz pobudzanie, zwłaszcza wśród studentów, wrażliwości wobec ludzkiego cierpienia i umożliwienie udzielania pomocy potrzebującym.

W ciągu 25 lat działalność Fundacji ulegała stałemu rozwojowi i poszerzaniu pomocy. Na przykład po sukcesach gabinetu stomatologicznego w ośrodku dla trędowatych ojca Mariana Żelazka w Puri, w Indiach, założonego przez lek. stom. A. Tarajkowską, zrodził się program „Dentysta w Afryce” realizowany od kilku lat w Kamerunie i w Tanzanii. W Fundacji z powodzeniem działają dwa inne programy: „Kardiolog w Afryce” i „Położna w Afryce”. Dzięki pomocy osobowej i finansowej Fundacji oraz uzyskanych za jej pośrednictwem funduszy z Ministerstwa Spraw Zagranicznych przy misji w Kiabakari, w Tanzanii powstał jeden z najnowocześniejszych w tym kraju ośrodków pomocy medycznej. Przez kilka lat opiekowali się nim wolontariusze Fundacji, a dzisiaj prowadzą go pielęgniarki tanzańskie. Po pozytywnych doświadczeniach wyprawy chirurgów poznańskich, pod kierunkiem prof. Michała Drewsa, w Bangassu w Republice Środkowoafrykańskiej, Fundacja przygotowuje zespół chirurgów do jednej z misji oblatów w Kamerunie. Ale Fundacja działa nie tylko w ośrodkach misyjnych. Podjęła się pomagać krajom niemisyjnym potrzebującym pomocy humanitarnej, na przykład w Afganistanie, poprzez Dowództwo Operacyjne Polskich Sił Zbrojnych, oraz w Nepalu, odbudowując przy współpracy z Fundacją Mała Polska ośrodek zdrowia zniszczony przez trzęsienie ziemi. Fundacja, w ramach swoich możliwości, otwarta jest na współpracę z chętnymi osobami i innymi instytucjami charytatywnymi w kraju i za granicą. Członkostwo *Medicus Mundi Polonia* w *Medicus Mundi International*, zapoczątkowane w 1994 r., pozwala na rozeznanie potrzeb pomocy w krajach biednych i w racjonalnym udzieleniu tej pomocy poprzez misje, działające najczęściej w rejonach peryferyjnych. Na życzenie niektórych misji pomoc Fundacji rozszerzona została także na potrzeby edukacyjne np. w programie „Zaczarowany ołówek” lub adopcji szkół albo indywidualnych uczniów w Afryce.

Z biegiem lat Katedra i Klinika Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, pod kierunkiem prof. Jerzego Stefaniaka, który jest równocześnie przewodniczącym Rady Fundacji, stała się wiodącym w kra-

Przepraszam

W artykule „Co tam, panie, w polityce?“, zamieszczonym w poprzednim wydaniu, wspomniałem o Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio” i jej głównym inicjatorze, profesorze Zbigniewie Pawłowskim. Niestety, popełniłem błąd, który w żadnym razie nie powinien się przydarzyć. Z największą serdecznością przepraszam Pana Profesora i pozostaję z wyrazami najwyższego szacunku oraz życzeniami jak najlepszego zdrowia.

Marek Walkiewicz

ju ośrodkiem klinicznym leczącym misjonarzy oraz szkolącym ich w unikaniu chorób, zwłaszcza tropikalnych. Dzieje się to w ramach bliskiej współpracy z Centrum Formacji Misyjnej w Warszawie. Dla osób prowadzących Papieskie Dzieło Misyjne Fundacja „Redemptoris Missio” jest uznanym świeckim partnerem, z uwagi na jej szerokie kontakty medialne – i nie tylko – ze społecznością gotową pomagać potrzebującym. Jednym z obowiązków wolontariuszy po praktyce medycznej na misjach, organizowanych przez Fundację, jest przekazywanie swoich doświadczeń młodzieży w szkołach i na uczelniach.

Liczba lekarzy wysyłanych dla wspomnienia ośrodków medycznych na misjach przekracza kilkadziesiąt osób. Jednakże działalność fundacji w zasadzie oparta jest na pracy kilkadziesiątu wolontariuszy, głównie studentów medycyny; ich wkład to ponad 3000 godzin przepracowanych rocznie. Dzięki Fundacji kilkadziesiątu z nich odbyło praktyki waka-

cyjne w ośrodkach medycznych na misjach. Wiele inicjatyw Fundacji powstało w wyniku ich kreatywności. Wpływ pracy w Fundacji na ich osobisty „sposób na życie” jest obecnie podsumowywany i będzie opublikowany w książce poświęconej 25-leciu Fundacji, opracowywanej na wrześniową konferencję. Fundacja współpracowała ze studentami i lekarzami spoza Poznania, głównie z Krakowa i z Warszawy. Znosi się na to, że w Warszawie powstanie filia Fundacji „Redemptoris Missio”. Jej dalszy rozwój i rozprzestrzenianie w dużej mierze zależy od dziania odmłodzonego Zarządu Fundacji, wybranego we wrześniu 2016 r. Obecnym prezesem Fundacji jest mgr Justyna Janiec-Palczewska.

Z okazji 25-lecia Fundacji „Redemptoris Missio” zachęcamy do zapoznania się z jej stroną internetową www.medicus.ump.edu.pl lub jej publikacjami *Raport, Medicus Mundi Polonia, Annales Missiologici Posnanienses*. Finansowo Fundacja działa dzięki datkom ponad 3000 sympatyków i sponsorów. Ich liczba i szczodrość będą warunkować dalszy rozwój Fundacji w kolejnych latach.

PROF. ZBIGNIEW PAWŁOWSKI, PROF. JERZY STEFANIAK, LEK. STOM.
ANNA TARAJKOWSKA

Fundacja Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio”

ul. Grunwaldzka 86

60-311 Poznań

www.medicus.ump.edu.pl medicus@ump.edu.pl

eERUM.pl
Elektroniczny Rejestr Usług Medycznych

to proste
i w pełni funkcjonalne oprogramowanie dla lekarza, przychodni i pielęgniarki.

- ✓ elektroniczna dokumentacja medyczna,
- ✓ terminarz on-line,
- ✓ e-rejestracja,
- ✓ e-skierowania,
- ✓ e-recepty,
- ✓ e-wyniki,
- ✓ praca z dowolnego miejsca, poprzez sieć internet,
- ✓ rozliczenia z NFZ

i wiele innych funkcjonalności.

Aby zostać użytkownikiem naszego systemu, złóż zamówienie na www.erum.pl lub napisz do nas: biuro@erum.pl lub zadzwoń tel: 58 309 14 40

Już od **49.90** zł/mies.

**Absolwenci Wydziału Lekarskiego
i Oddziału Stomatologii AM w Poznaniu
rocznika 1952–1957 /58.**

Zapraszamy na spotkanie z okazji

**60-lecia
ukończenia studiów.**

Spotkanie przy współpracy
z Wielkopolską Izbą Lekarską organizujemy
9 września 2017 (sobota)

w restauracji „Meridian” w Poznaniu
przy ul. Litewskiej 22.

Szczegółowe informacje (program, koszty, wpłaty)
o tej uroczystości zostaną rozesłane do wszystkich
Koleżanek i Kolegów, których adresy ma Komitet
Organizacyjny. Absolwenci, którzy do 15 czerwca br.
nie otrzymają tych informacji, a chcą wziąć udział
w uroczystości, proszeni są o dokonanie zgłoszenia
do 30 czerwca br. na adres: Wielkopolska Izba Lekarska,
61-734 Poznań, ul. Nowowiejskiego 51, tel. 61 851 87 58,
61 852 58 60 wew. 180 (sekretariat), e-mail: izba@wil.org.pl

W imieniu Komitetu Organizacyjnego:
Anna Kierzkowska tel. 606 976 879,
Bogumiła Zaniewska-Gawrońska tel. 61 824 12 91

Serdecznie zapraszamy do udziału

w

**XV Ogólnopolskiej
Wystawie Malarstwa Lekarzy,**

która odbędzie się w dniach

21–26 maja 2017 roku

w Klubie Lekarza w Łodzi

Na coroczną Ogólnopolską Wystawę Malarstwa Lekarzy Komisja Kultury
Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi zaprasza już po raz piętnasty – 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 (ul. Czerwona 3, 93-005 Łódź) do 8 maja.

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

Wernisaż Wystawy odbędzie się 21 maja 2017 r.
(niedziela) o godzinie 17.00 w Klubie Lekarza w Łodzi
przy ul. Czerwonej 3, a Wystawa potrwa do 26 maja br.

Kontakt: Iwona Szelewa, tel. 42 683 17 01, faks 42 683 13 78,
adres internetowy: biuro@oil.lodz.pl



**Prywatna Lecznica
CERTUS zatrudni**

**Internistę
do pracy w szpitalu
i ambulatorium
(także osoby
w trakcie specjalizacji)**

Prosimy o kontakt pod
nr telefonu 507 003 855,
kierownik.dp@certus.med.pl

**Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział
w Ostrowie Wielkopolskim**

zaprasza chętnych lekarzy do zgłoszenia
swojej oferty współpracy i aplikowania
na stanowisko

lekarza orzecznika w ZUS.

Zapraszamy lekarzy medycyny z tytułem
specjalisty (w szczególności: choroby
wewnętrzne, chirurgia, neurologia, psychiatria,
medycyna pracy, medycyna społeczna).

Oferujemy zatrudnienie w ramach umowy
o pracę, niepełny wymiar czasu pracy
oraz możliwości rozwoju zawodowego
i osobistego, w tym studia podyplomowe.

Kontakt: tel. 62 735 74 52 lub 62 735 72 80.

Pilnie zatrudnimy

Lekarza stomatologa

Dobre warunki finansowe
i organizacyjne.

Poznań, ul. Marcelesińska 96/201
tel. 608 78 55 60
www.persona.pl

**8-letni gabinet
stomatologiczny**

oraz kompletne
wyposażenie gabinetu

sprzedam

tel. 501 465 676

Gabinet
stomatologiczny
w Poznaniu
nawiąże współpracę

**Z LEKARZEM
STOMATOLOGIEM**

(umowa z NFZ)

tel. kontaktowy 602 105 133

Joanna Działo
lecznica hospicyjna
w Łodzi

1%

**Twój Dar pozwoli walczyć
działalność i rozbudowę
Hospicjum Paliom
dla dzieci i dorosłych**
na osiedlu PŁASKA DŁUGA
w Poznaniu

Joanna Działo

Numer KRS: 00000 31554

OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W GDAŃSKU ZAPRASZA NA

**VIII OGÓLNOPOLSKIE
REGATY ŻEGLARSKIE
LEKARZY
W KLASIE PUCK**

ORGANIZATOR:
OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W GDAŃSKU Komisja Kultury
Sportu i Rekreacji

WSPÓŁORGANIZATOR:
Harcerski Ośrodek Morski

BIURO REGAT:
Harcerski Ośrodek Morski
84-100 Puck, ul. Żeglarzy 1
Tel. 58 673 21 50,
hom@hompuck.org

Informacji udziela:
Marcin Szczęśniak tel. 603 696 160
– organizator regat
Sławomir Dębicki 501 674 698
58 673 21 50 sprawy techniczne
– Komendant HOM

Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie
zaprasza na

**XIII OGÓLNOPOLSKIE
MISTRZOSTWA IZB LEKARSKICH
w Żeglarstwie w klasie OMEGA**

Morzyczyn, jezioro Miedwie,
16–18.06.2017r.

Niezmiernie na miło zaprosić na XIII Ogólnopolskie Mistrzostwa Izb Lekarskich w Żeglarstwie w klasie OMEGA, które odbędą się w urokliwej letniskowej wsi Morzyczyn nad Jeziorem Miedwie w gminie Kobylanka, 24 km od Szczecina.

Regaty rozgrywane będą 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 elektronicznych formularzy dostępnych na stronie: www.oil.szczecin.pl zakładka Sport, kultura i rekreacja przesłanych w terminie do 9 maja 2017 r.

NOCLEG: Hotel 104, Stargard, <http://osir.stargard.pl/hotel-104/informacje>
WPISOWE: 1350 zł od załogi.

W ramach wpisowego załoga otrzymuje dwa noclegi oraz pełne wyżywienie dla 3 osób.

Wpłaty (wpisowe) należy dokonać na konto:

ING Bank Śląski 98 1050 1559 1000 0022 1716 8034 z dopiskiem „REGATY – OIL”

Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie,
ul. Marii Skłodowskiej-Curie 11, 71-332 Szczecin,
tel. 91 48 74 936 wew. 116, e-mail ksidor@oil.szczecin.pl

Osoby do kontaktu:

Halina Teodorczyk, tel. 604 41 68 64, adres e-mail: halte@wp.pl
Halina Ey-Chmielewska, tel. 601 576 160 adres e-mail: eychmielewska@wp.pl
Kamila Sidor biuro OIL w Szczecinie
tel. 91 48 74 936 wew. 116, adres e-mail: ksidor@oil.szczecin.pl

**Wydział Stomatologiczny
Gdańskiej Akademii Medycznej
w latach 1987–1992
Z okazji 25 rocznicy
uzyskania dyplomu
lekarza stomatologa
11 listopada 2017 r.
w ZAMKU GNIEW**

odbędzie się spotkanie.

Zjazd obejmuje:

- uroczystą kolację z atrakcjami,
- nocleg w hotelu ze śniadaniem.

Koszt 350,00 PLN od osoby
(mile widziane osoby towarzyszące).

Wpłaty prosimy kierować na konto:

Bank Zachodni WBK S.A. 1 Oddział w Toruniu
nr 41 1090 1506 0000 0001 3411 1058.

Termin zgłoszeń i wpłat do 30.06.2017 r.

Koleżanki i Koledzy, jeżeli macie zdjęcia z okresu studiów, prosimy o przesłanie ich na adres e-mail: amgstomgniew@o2.pl.

Dodatkowe informacje:

Piotr Skrzat 601 680 626
Dorota Skrzat 603 944 468

**INTERREGIO 2017 POZNAŃ – OLSZTYN
II KONFERENCJA MIĘDZOŚRODKOWEGO SPOTKANIA POLSKICH CHIRURGÓW DZIECIĘCYCH
1-3.06.2017 | Mikorzyn**

Szanowni Państwo,
Koleżanki i Koledzy,

W imieniu dr. n. med. Wojciecha Choińskiego i własnym chęcią chciałbym zaprosić Państwa do udziału w II Konferencji Międzyośrodkowego Spotkania Polskich Chirurgów Dziecięcych INTERREGIO 2017 POZNAŃ–OLSZTYN, które odbędzie się w dniach od 1 do 3 czerwca 2017 w Mikorzynie, nieopodal Konina.

Podczas konferencji zostaną przedstawione interesujące przypadki z zakresu przede wszystkim chirurgii dziecięcej (w tym chirurgii noworodka, urologii dziecięcej, neurochirurgii, traumatologii, onkologii, torakochirurgii itd.). Liczymy na to, że interesująca dyskusja uczestników konferencji z gronem ekspertów wzbogaci Państwa doświadczenia i wiedzę. Jednocześnie w trakcie Warsztatów odbędą się organizowane wspólnie z Aesculap Akademią trzy szkoły omawiające zagadnienia: portów naczyniowych u dzieci, leczenie ran przewlekłych i dezynfekcję oraz techniki chirurgicznego zaopatrywania ran. Oprócz wykładów, w programie szkół znajdują się przede wszystkim zajęcia praktyczne.

Oprócz naukowego charakteru konferencji warto podkreślić możliwość uprzyjemnienia wolnego czasu relaksem w pięknej scenarii Mikorzyna co będzie niewątpliwą zaletą spotkania zwłaszcza dla miłośników sportów wodnych.

Jako koordynator II Międzyośrodkowego Spotkania Polskich Chirurgów Dziecięcych INTERREGIO 2017 chciałbym zapewnić, iż dołożę wszelkich starań, aby Konferencja spełniła Państwa wszystkie oczekiwania.

Do zobaczenia w Mikorzynie,
Przemysław Mańkowski

Ośrodek Szkoleniowo-Wypoczynkowy „Wityng”

Mikorzyn 1A, 62-561 Ślesin

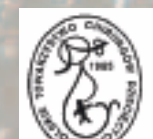
Rejestracja

<https://poland.aesculap-academy.com/go/>

Kontakt:

Paulina Dymkowska
Aesculap Chifa Sp. z o.o.
ul. Tysiąclecia 14
64-300 Nowy Tomyśl
E-Mail: paulina.dymkowska@bbraun.com

PATRONATY



Wiersze



RYSZARD KRAWIEC

KSEROKOPIA NADZIEI

Nie dowierzam pamięci komputerów
Choć chwalimy się elektroniczną erą.
Wolę dowód, zapis na kartce papieru
I do tego kopię, jak mówimy: ksero.

Jest w dziejach kopia (to wyjątek)
Na płótnie, sprzed dwu tysięcy lat,
Ciała umęczonego w Wielki Piątek
Chrystusa, która frapuje cały świat:

ACHEIROPOITEOS

Obraz nie ręką ludzką uczyniony
Tak po grecku zwą go plastycznie:
Ksero Chrystusa, który był męczony.
Dowód, że TO zdarzyło się faktycznie.

Przeniknąłeś Jezu to ostatnie okrycie,
Zostawiając trwały ślad swoją Osobą
Na Całunie. I otuchę dla nas na życie
POTEM, z najbliższymi. A może z Tobą?

Tajemnicze było powstanie Całunu –
Jedni czczą to płótno, inni się śmieją,
Media czasem narobią trochę szumu...
Ale to ksero Świętego Oryginału, który
jest Naszą Nadzieją.

WIELKOPOLSKA
IZBA LEKARSKABIULETYN INFORMACYJNY WYDAWANY
PRZEZ RADĘ OKRĘGOWĄ WIL W POZNANIU

ISSN 1233-2216 Nakład 14 000 egz.

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

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

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

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

ADRESY DELEGATUR
WIELKOPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ:

DELEGATURA W KALISZU

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

DELEGATURA W KONINIE

62-510 Konin, ul. Liliowa 9
przewodniczący – lek. 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
sekretarka – Małgorzata Szyliniec
tel./faks 67 212 04 87, tel. kom. 783 993 910
pila@wil.org.pl, www.delegaturapilska.poznet.pl

DELEGATURA OSTROWSKO-KROTOSZYŃSKA

63-400 Ostrów Wlkp., ul. Sienkiewicza 14
przewodniczący – lek. dent. Wiesław Wawrzyniak
tel. 62 735 44 80, tel. kom. 783 993 907
delost@wp.pl-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.



znajdź nas na Facebooku

Specjalistyczny Gabinet Stomatologiczny w Żółkowie
Implant-Dent.pl podejmie współpracę
z lekarzem dentystą.
Żółków 16B, 63-210 Żerków, pow. Jarocin
Kontakt: tel. 691 847 294
e-mail: gabinet@implant-dent.pl
www.implant-dent.pl

OGŁOSZENIA
także na
www.wil.org.pl

80 m² do wynajęcia, Poznań Naramowice, na parterze budynku wolno stojącego, w którym na piętrze przyjmują kosmetolog, dietetyk, specjaliści medycyny estetycznej. 3 gabinety umeblowane, w tym jeden z łazienką + recepcja + hall + łazienka + wc dla klientów, własny parking.
Cena 5000 zł brutto, w tym wszystkie media. Kontakt 668 494 955

LIKWIDACJA GABINETU

STOMATOLOGICZNEGO

ODSPRZEDAM

CAŁY

LUB NA CZĘŚCI

516 516 112

poniżej link ze zdjęciami

www.tinyurl.com/gabinet-stomatologiczny

PILNIE

Przychodnia
Lekarza Rodzinnego
zatrudni na cały lub część etatu
lekarza rodzinnego
Prosimy o kontakt pod numerami telefonów:
601 832 821 lub 606 909 102

Sprzedam
sprzęt
gabinetu lekarskiego
10 km od Piły
z możliwością kontraktu
tel. 604 52 49 51

W związku z dynamicznym rozwojem „Szpital Powiatowy we Wrześni” sp. z o. o. zatrudni
lekarza specjalistę w dziedzinie chorób wewnętrznych do pracy na Oddziale Chorób Wewnętrznych z intensywnym nadzorem kardiologicznym oraz lekarza specjalistę z zakresu neurologii na Oddział Neurologiczny i Udarowy

Oferty proszę składać na adres:
„Szpital Powiatowy we Wrześni” sp. z o. o. ul. Słowackiego 2, 62-300 Września
lub w formie elektronicznej na adres sekretariat@szpitalwrzesnia.home.pl,
telefon kontaktowy 61 437 05 90
Prosimy o dopisanie klauzuli: „Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych przy realizacji procesu rekrutacji zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. D.Z. U. Z.2002r nr 101 poz. 926 z późn. zm.).”

U S G
VOLUSON PRO 730
■ 4 SONDY (w tym 3/4D)
■ PRINTER, NAGRYWARKA DVD, DRUKARKA
■ JEDEN UŻYTKOWNIK
■ SERWIS TECHNICZNY 11.2016
■ STAN B. DOBRY
tel. 888 665 120

Zatrudnię
lekarza
stomatologa

do pracy na NFZ i prywatnie
w okolicy
Ostrowa Wielkopolskiego
tel. 693 821 723

Zapraszamy!

Zapewniamy
bardzo dobre warunki pracy
i pacjentów

N.Z.O.Z. PRZYCHODNIA STOMATOLOGICZNA
+ KA-DENT
STOMATOLOGIA
we Wschowie
ZATRUDNI
lekarza stomatologa
umowa z NFZ oraz prywatnie
(oferujemy dobre warunki pracy)
kontakt z kierownikiem - 509 502 611
www.kadent.com.pl

Szpital Miejski im. Franciszka Raszei
w Poznaniu
zatrudni
lekarza anestezjologa
do pracy
na Oddziale Anestezjologii
i Intensywnej Terapii

Informacji udziela Ordynator Oddziału
tel. +48 61 224 53 57 lub +48 61 224 53 67

Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego
im. Oskara Bielawskiego w Kościanie
zatrudni:

w oddziałach psychiatrycznych w **Siekowie** i **Wonieściu**

lekarzy rezydentów specjalizujących się
w dziedzinie psychiatrii

Poza wynagrodzeniem zasadniczym oferujemy dodatek szpitalny
w wysokości 1500 zł.

List motywacyjny, CV oraz dokumenty potwierdzające kwalifikacje
proszę przesyłać na adres: Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny,
Plac Paderewskiego 1A, 64-000 Kościan, wsnk@wsn.koscian.pl
tel. 65 511 51 08

Kandydaci proszeni są o dołączenie w dokumentach aplikacyjnych klauzuli
o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych.

Sąd Okręgowy w Poznaniu
poszukuje
lekarzy medycyny
do pełnienia funkcji
stałych biegłych sądowych
i lekarzy sądowych

w okręgu Sądu Okręgowego w Poznaniu.

Pełnienie obu funkcji jest odpłatne.

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

Hyundai i30

Nowy ideał samochodu.



Move on. Hyundai i30 Nowej Generacji.

Jak powstaje ideał samochodu? Ponadczasowy design to tylko punkt wyjścia. Doskonałe prowadzenie zapewnia wyjątkowy komfort jazdy. Wygodny dostęp do multimediiów, inteligentne systemy bezpieczeństwa i szeroka gama wydajnych, turbodoładowanych silników odpowiadają na potrzeby współczesnego trybu życia. To dlatego Hyundai i30 Nowej Generacji działa na wyobraźnię. Rzeczywistość nieustannie się zmienia, a wczorajsze myślenie o motoryzacji jest już nieaktualne. Wybierz nowy ideał samochodu – czas na Hyundai i30 Nowej Generacji.

Grupa Karlik

Poznań - Malta

ul. abpa A. Baraniaka 4

tel. 602 402 391 / www.karlik.hyundai.pl

Poznań - Baranowo

ul. Poznańska 22

tel. 660 578 048 / www.karlik.hyundai.pl



5-letnia Gwarancja Bez Limitu Kilometrów Hyundai dotyczy jedynie tych samochodów Hyundai, które były sprzedane Klientowi końcowemu przez Autoryzowanego Dealera Hyundai na warunkach opisanych w książce gwarancyjnej. Szczegóły oferty i programu gwarancyjnego, w tym wyłączeń gwarancji, dostępne są u Autoryzowanych Dealerów Hyundai. Średni poziom spalania paliwa w cyklu mieszanym dla zaprezentowanego modelu Hyundai i30 wynosi od 3,6 do 5,6 l / 100 km, średnia emisja CO₂ wynosi od 95 do 130 g/km.