



BIULETYN INFORMACYJNY nr 8-9 (247-248) • POZNAŃ, SIERPIEŃ-WRZESIEŃ 2015

WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA

Nasza galeria

Autorką pracy z okładki jest Natalia Juskiewicz, studentka Wydziału Rzeźby na Uniwersytecie Artystycznym w Poznaniu. Monochromatyczny rysunek powstał z udziałem wielu narzędzi rysunkowych, takich jak ołówek, węgiel, tusz i farba akrylowa. Każda z geometrycznych plam barwnych odznacza się odmienną specyfiką odbicia światła, tworząc tym samym niepowtarzalny charakter rysunku.



VI KONGRES TOP NEPHROLOGICAL TRENDS AKTUALNOŚCI NEFROLOGICZNE

POZNAŃ, 9–10 października 2015 r.

PRZEWODNICZĄCY KOMITETU NAUKOWEGO

prof. dr hab. n. med. Andrzej Oko

PRZEWODNICZĄCA KOMITETU ORGANIZACYJNEGO

dr hab. n. med. Ilona Idasiak-Piechocka

PARTNERSTWO MERYTORYCZNE I NADZÓR NAUKOWY

Katedra i Klinika Nefrologii, Transplantologii
i Chorób Wewnętrznych
Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu,

Oddział Poznański
Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego

ORGANIZATOR

Wydawnictwo Termedia

WWW.TERMEDIA.PL



III OGÓLNOPOLSKA KONFERENCJA PUŁAPKI CODZIENNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

POZNAŃ, 23–24 października 2015 r.

TERMIN

23–24 października 2015 r.

MIEJSCE

Poznań
IBB Andersia
pl. Andersa 3

KIEROWNIK NAUKOWY

prof. dr hab. n. med. Leszek Czupryniak

ORGANIZATOR

Wydawnictwo Termedia

WWW.TERMEDIA.PL



XXVII SYMPOZJUM SEKCJI ALERGOLOGICZNEJ V SYMPOZJUM SEKCJI IMMUNODERMATOLOGII POLSKIEGO TOWARZYSTWA DERMATOLOGICZNEGO

WARSZAWA, 6–7 listopada 2015 r.

TERMIN

6–7 listopada 2015 r.

MIEJSCE

Warszawa, Airport Hotel Okęcie, ul. 17 Stycznia 24

ORGANIZATORZY

Wydawnictwo Termedia

PARTNERSTWO MERYTORYCZNE I NADZÓR NAUKOWY

Sekcja Alergologiczna Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego
Sekcja Immunodermatologii Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego
Klinika Dermatologii i Immunodermatologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

KIEROWNIK NAUKOWY

prof. dr hab. n. med. Cezary Kowalewski

KOMITET ORGANIZACYJNY

prof. dr hab. n. med. Cezary Kowalewski prezydent Sekcji Alergologicznej
Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego
prof. dr hab. n. med. Elżbieta Waszczykowska prezydent Sekcji Immunodermatologii
Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego
prof. dr hab. n. med. Katarzyna Woźniak
dr hab. n. med. Agnieszka Żebrowska
dr n. med. Agnieszka Kalińska-Bienias
dr n. med. Bartłomiej Kwiek

WWW.TERMEDIA.PL

Diagnoza wstępna

Spis treści

Wczasy na głodniaka



No i po wakacjach, urlopach i innych okazjach do leniuchowania. Czas wracać do codzienności. A tu nowy minister spotkał się dwa razy z lekarzami z NRL. Była okazja do przedstawienia problemów organizacyjnych i finansowych gnębiących lekarzy. Który to już raz piszę „przedstawienie naszych problemów”? Dziesiąty? Setny? I jakie są tego efekty? Niewielkie. A problemy w większości pozostają te same. To świadczy o tym, jak niewielką mamy siłę przebicia. Niestety... Minister przedstawił się jako człowiek energiczny, człowiek czynu, dążący do załatwienia spraw, a nie ich odwlekania. A była mowa o kolejkach, pakiecie onkologicznym, że zgodnie z naszymi przewidywaniami kolejki do onkologów być może się zmniejszyły, ale w innych specjalnościach wzrosły, no bo przecież pieniądze pozostały te same, tylko inaczej są podzielone. Podobnie jak w stomatologii, gdzie minister stawia na opiekę nad dziećmi w szkole, ale znów bez dodatkowego finansowania, czyli kosztem leczenia dorosłych. Mowa była także o szkoleniu podyplomowym, o tym, że bez sensu jest stawianie indywidualnym praktykom lekarskim takich samych wymogów organizacyjnych (np. sale seminaryjne, biblioteki) jak dużym placówkom. Poruszanych spraw było więcej. Relacjonuję tylko kilka. Minister zapowiedział kolejne spotkanie za miesiąc. Z doświadczenia wiemy, że od rozmów i deklaracji słownych ważniejsze są konkretne działania, zapisane decyzje i ustalone terminy ich realizacji. A tego nie mamy.

Może więc rozpisać referendum? Teraz na nie moda. Na przykład, czy potrzebna jest służba zdrowia, bo przecież kosztuje coraz więcej. Tymczasem okazuje się, że jedno referendum już nie wystarczy, mają być dwa. Dla mnie jest to sprawa nie do końca poważna. Zwłaszcza że pytania mają dotyczyć także kwestii już rozstrzygniętych w parlamencie. Po co więc do nich wracać? Mamy w Polsce demokrację parlamentarną, a wygląda na to, że niektórzy chcą stworzyć demokrację referendalną albo jeszcze lepiej – plebiscytową. Przepraszam, ale dla mnie to pachnie trochę polską anarchią. Jak nie uda się czegoś załatwić w parlamencie, to próbujemy referendum. Jeżeli już, to powinno ono dotyczyć spraw zasadniczych: konstytucji, sojuszków wojskowych itp., a nie kwestii, czy dzieci nadają się do szkoły od 6 lat!

No, ale postępowania naszych rodaków są czasem zadziwiające. Na przykład – żeby na koniec wrócić na chwilę do wakacji – jadą na tak zwane wczasy odchudzające, a dostać się na nie nie jest łatwo, i płacą ciężkie pieniądze, żeby nie dawano im jeść...

Andrzej Baszkowski

Moim zdaniem...	4
Z ministrem o stomatologii	5
Oferta szkoleń z zakresu przeciwdziałania zranieniom	5
„...i przełoży się na ograniczenie ryzyka pomyłki”	6
Modne słowo: sukcesja. Czy dotyczy to również lekarzy?	7
Najpierw skala i zakres potrzeb	8
Łączą nie tylko u nas...	9
Zgoda na leczenie pacjenta w podeszłym wieku	10
Jednorazowo jedno opakowanie	14
SHORT CUTS	16
Moje miejsce	17
Wizyta lekarska – popis siły?	18
Trzykrotna medalistka	19
Wyzwanie i sprostanie zarządzaniu gabinetem	20
Harmonogram kursów na okres wrzesień – grudzień 2015 r.	21
Zarządzanie profesjonalne	22
Jeden adres, cztery piętra	22
Serwis prawny dla członków Wielkopolskiej Izby Lekarskiej	23
Biuletyny informacyjne dla stomatologów i nie tylko...	23
Dawka informacji	24
Lekarze – patroni wielkopolskich ulic	25
Światowy Dzień Serca w lesie	26
List otwarty do „Biuletynu WIL”	27
Wycieczka do Warszawy	28
Apel o pisanie pamiętników lekarzy	29
Wiersze	30

Moim zdaniem...



Krzysztof Kordel
prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

...w zarabianiu pieniędzy nie ma niczego złego, jednakże pod warunkiem, że robi się to uczciwą pracą. Jak cywilizacja stara, tak chęć łatwego zarobku istniała zawsze. Wszyscy doskonale wiemy, że wśród nas mogą się pojawić oszuści i że trzeba na nich uważać. Od wielu lat wszystkie media donoszą o tzw. sposobie na wnuczka. I co? Metoda mimo ostrzeżeń jest skuteczna.

Dlaczego o tym piszę? Z bardzo prostej przyczyny, ponieważ coraz częściej tą łatwowierną babcią czy dziadkiem okazuje się lekarz. W ostatnim czasie właśnie lekarze okazują się dobrym celem oszustów wykorzystujących coś, co nazywam biegunką legislacyjną. Liczba i jakość zmian prawnych regulujących zasady wykonywania zawodu podsuwa dobry pomysł, by skorzystać z niewiedzy lekarza. Wszyscy znają pojęcie rejestru praktyk lekarskich i to właśnie zaczęli wykorzystywać oszuści. Do lekarzy zaczęły docierać pisma z firmy nazywającej siebie rejestrem (celowo nie podaję nazwy, bo jest takich firm kilka), z których wynika, że mamy obowiązek zarejestrowania się w tym rejestrze, bo inaczej nie możemy praktykować. Warunkiem jednak jest wpłacenie niewielkiej kwoty, np. 200 zł. Oczywiście, że praktyka musi być zarejestrowana, ale wyłącznie w rejestrze ministra zdrowia, a organem rejestrowym jest izba lekarska, a dla NZOZ wojewoda. Gdyby dokładnie przeczytać pismo, to najmniejszym drukiem jest napisane, że pismo jest ofertą handlową. Dowcip polega na tym, że doktor nie ma czasu i może taką kwotę zapłaci. Czysty zysk dla oszusta.

Doktor wie, że istnieje coś takiego jak certyfikaty. Otóż problem polega na tym, że powinien też wiedzieć, które z nich są mu, a zwłaszcza do czego, potrzebne. Otóż lekarz potrzebuje dokumentów wydawanych przez Centrum Egzaminów Medycznych, które potwierdzają jego kwalifikacje. Potrzebuje też potwierdzenia udziału w doskonaleniu zawodowym (konferencje, kursy i warsztaty). I tutaj znów trzeba uważnie zapoznać się z treścią certyfikatu. Ważne są tylko te, w których będzie uwaga o punktach edukacyjnych wydanych zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia dotyczącym kształcenia podyplomowego. A może warto, zanim wydasz pieniądze na szkolenie, zatelefonować do izby lekarskiej i sprawdzić, czy

kształcący podmiot ma stosowną rejestrację i może takie punkty przyznawać. Nie sprawdziłeś, wydałeś pieniądze i dostałeś nic niewarty papier. Jeśli ma ładną szatę graficzną, może nieźle wyglądać na ścianie gabinetu lub poczekalni.

Zmieniające się przepisy dotyczące wymagań dla praktyk lekarskich w niektórych wypadkach istotnie wymagają uzyskiwania zezwoleń i certyfikatów. Dobrym przykładem jest zaświadczenie związane z ochroną radiologiczną. Z kolei wiele przepisów nakazuje wdrożenie w praktyce takiej czy innej procedury, np. profilaktyki zakłuc, czy wdrożenia polityki bezpieczeństwa ochrony danych osobowych. Otóż tego typu wdrożenia nie wymagają odbywania szkoleń, które kończą się „egzaminem” i wydaniem certyfikatu. Coraz częściej odbieracie telefony lub przychodzą pisma. Moim zdaniem, jeśli pojawia się konieczność dokonania opłaty, zanim zapłacisz, wejdź do Krajowego Rejestru Sądowego i poczytaj, z kim masz do czynienia. A jeśli zapłaciłeś, poproś o certyfikat sponsora, najlepiej z wizerunkiem jelenia lub, co dzisiaj coraz bardziej popularne, z porożem łosia.

Zmieniające się przepisy nakładają na lekarza zakup sprzętu medycznego czy też stosownego oprogramowania. I tutaj pojawia się kolejne pole dla naciągania. Prawo mówi, że masz mieć dany sprzęt i najczęściej określa zakres wymagań jakościowych. Dowcip polega na tym, że lekarz wie, że powinien mieć, ale nie przeczytał, jaki. Tak naprawdę potrzebujesz czegoś prostego, a wciśnięto ci np. kasę fiskalną z łącznością z NASA lub z wodotryskiem.

Zjawisko naciągactwa nasila się z bardzo prostego powodu. Sumy, które wyłudzano, są najczęściej stosunkowo niewielkie i lekarz macha na nie ręką. Kto zechce się przyznać, że został zrobiony w trąbę (babcię, dziadka)? Zresztą kto może koleżeństwu zabronić robienia ze swoimi pieniędzmi tego, na co macie ochotę.

A może warto zatelefonować do izby. A może warto wejść na stronę internetową albo chociażby otworzyć „Biuletyn Informacyjny WIL”. A może warto przeczytać otrzymane pismo od dechy do dechy i to ze zrozumieniem.

Proszę o kontakt w sprawie propozycji, jakie otrzymujecie, podobnych do tych, o których napisałem.

Zgodnie z hasłem – izba nic nie robi – uprzejmie informuję, że zawiadomiłem prokuraturę o podejrzeniu popełnienia przestępstwa oszustwa w znanych mi wypadkach.

Z ministrem o stomatologii

Spotkanie z ministrem zdrowia Marianem Zembalą, które odbyło się podczas posiedzenia Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL) 5 sierpnia 2015 r., było okazją, do poruszenia wielu ważnych tematów. Pozwolę sobie krótko wspomnieć o sekwencji stomatologicznej. Chociażby dlatego, że ta specjalność spychana jest coraz częściej na margines spraw związanych z ochroną zdrowia. Reakcje na nasze wypowiedzi dotyczące aktualnych problemów dentystyki zarówno ministra, jak i obecnego na spotkaniu prezesa NFZ wskazują, że obaj panowie pojęcie o nich mają dość mgliste. Niestety, nic nie traci na aktualności powiedzenie śp. Andrzeja Fortuny, że stomatologia w Polsce jest niszcząca.

Przedstawiliśmy najważniejsze dla nas sprawy: brak ważnego dla nas rozporządzenia o stosowaniu promieniowania jonizującego, organizację szkolenia podyplomowego, współpracę (?) z NFZ, zaprzestanie kształcenia asystentek stomatologicznych.

W pierwszej sprawie minister zadeklarował, że rozporządzenie będzie rychło podpisane i sprawę powinniśmy

traktować jako załatwioną. Jest to ważny dokument, bo pozwoli bardziej liberalnie traktować rentgeny w gabinetach stomatologicznych, co niewątpliwie ułatwi nam życie. Na razie jednak – czekamy.

W drugiej kwestii minister zgodził się, że inaczej powinny być traktowane starania o akredytacje dużych jednostek i indywidualnych praktyk lekarskich. Śmieszne są wymogi, aby warunkiem uzyskania akredytacji przez IPL było zorganizowanie przez nie sal fantomowych i bibliotek.

Współpraca z NFZ aż nadto często naznaczona jest świadomością Funduszu, że jest monopolistą, a lekarz uciążliwym petentem, który powinien wiedzieć, że jeśli chce dostać pieniądze z NFZ, powinien być cichy, potulny i spolegliwy. Co z tego że na Polaka rocznie przypada 45 zł? Na konferencji prasowej jeden z dziennikarzy zapytał, co za te pieniądze należy zrobić. Odpowiedziałem zgodnie z prawdą, że wszystko... To między innymi dlatego wielu stomatologii nie traktuje poważnie.

Wgląda na to, że ministerstwo postawiło na opiekę stomatologiczną nad dziećmi. Najlepiej w szkole i wykony-

wanej przez asystentki. Chodzi więc zapewne o profilaktykę. Pominiecie w programie lekarzy jest nie do przyjęcia przez samorząd. Andrzej Cisło spytał, skąd będą na to pieniądze. Odpowiedź niestety jest prosta. Zabierze się je z ogólnej puli na stomatologię, czyli pomysły ministerstwa realizowany będzie pieniędzmi przeznaczonymi pierwotnie na leczenie dorosłych. Andrzej Cisło poruszył także kwestię niewspółmierności kar nakładanych przez Fundusz do wagi przewinienia. Minister powiedział, że również zwrócił na to uwagę.

Mowa też była o współczynniku korygującym na leczenie dzieci. Wreszcie poruszony został problem likwidowania kształcenia asystentek. Szkoły powinny zostać. Zadbać tylko należy o właściwy nadzór nad ich kształceniem.

Na koniec zabiegaliśmy o spotkania zarówno z ministrem, jak i prezesem NFZ w celu szczegółowego omówienia spraw stomatologicznych. Prezes NRL zobowiązał się do pomocy przy spotkaniu z ministrem. Prezes NFZ natomiast w rozmowie ze mną wyraził już zgodę na takie spotkanie.

ANDRZEJ BASZKOWSKI

Oferta szkoleń z zakresu przeciwdziałania zranieniom

W związku z docierającymi do Wielkopolskiej Izby Lekarskiej sygnałami, że do lekarzy prowadzących praktyki lekarskie oraz podmioty lecznicze kierowane są oferty telefoniczne dotyczące prowadzenia szkoleń z zakresu zapobiegania narażeniu na zranienie i niwelowania jego skutków, składane przez różne firmy prywatne (firmy szkoleniowe), wskazujemy, co następuje.

Zgodnie z § 7 ust. 1 rozporządzenia ministra zdrowia z 6 czerwca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych (Dz. U. z 2013 r. poz. 696) pracodawca zatrudniający personel przy wykonywaniu tego rodzaju prac ma obowiązek m.in. systematycznie szkolić pracowników.

Uwaga: przez pracowników rozumie się także osoby fizyczne wykonujące pracę na innej podstawie niż stosunek pracy, doktorantów, studentów i uczniów niebędących pracownikami oraz wolontariuszy, a także osoby prowadzące pod nadzorem pracodawcy lub w miejscu wyznaczonym przez pracodawcę działalność gospodarczą na własny rachunek.

Program szkolenia obejmować powinien w szczególności zagadnienia dotyczące:

1) prawidłowego postępowania z ostrymi narzędziami, w tym narzędziami zawierającymi rozwiązania chroniące przed zranieniem;

2) potencjalnego zagrożenia dla życia i zdrowia spowodowanego zranieniem ostrym narzędziem oraz kontaktem z krwią lub innym potencjalnie zakaźnym materiałem biologicznym;

3) środków, które należy podjąć w celu zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami, obejmujące standardowe środki ostrożności, bezpieczne systemy pracy, prawidłowe stosowanie i procedury usuwania ostrych narzędzi i odpadów oraz znaczenie uodpornienia przy użyciu szczepionek;

4) wyposażenia i stosowania środków ochrony indywidualnej odpowiednich dla rodzaju i stopnia narażenia;

5) procedur postępowania poekspozycyjnego;

6) procedur zgłaszania oraz prowadzenia wykazu zranień ostrymi narzędziami i sprawozdawczości w tym zakresie;

7) okoliczności i przyczyn zranień ostrymi narzędziami, w tym wyników analiz w tym zakresie zawartych w raporcie o bezpieczeństwie i higienie pracy w podmiocie leczniczym w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Szkolenie takie powinno być prowadzone na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Gospodarki i Pracy z 27 lipca 2004 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy (Dz. U. z 2004 r. Nr 180 poz. 1860). Przepis § 4 ust. 1 tego rozporządzenia stanowi, że szkolenie takie może być prowadzone przez pracodawców lub na ich zlecenie przez jednostki organizacyjne prowadzące działal-

ność szkoleniową w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy. Nadmienić należy, że aby przeprowadzić szkolenie dla pracowników, pracodawca winien sam odbyć szkolenie w jednostce organizacyjnej opisanej powyżej.

W związku z powyższym lekarze nie mają obowiązku korzystać z ofert kierowanych przez firmy szkoleniowe, gdyż po uzyskaniu odpowiednich kwalifikacji mogą szkolić pracowników samodzielnie. Muszą jednak zrealizować obowiązek przeszkolenia swoich pracowników, jak też sami winni odbyć odpowiednie szkolenie. Niewykonanie takiego obowiązku w ogóle może skutkować nałożeniem grzywny na podstawie art. 283 § 1 kodeksu pracy. Nie jest natomiast konieczne uzyskiwanie np. certyfikatów oferowanych przez poszczególne firmy szkoleniowe. Nieskorzystanie przez lekarza z konkretnej oferty nigdy nie jest związane z odpowiedzialnością karną.

Należy mieć na uwadze, że oferty kierowane drogą elektroniczną lub telefoniczną często są przedstawiane w taki sposób, że np. podanie pewnych danych przez lekarza może skutkować zawarciem umowy. W związku z powyższym Wielkopolska Izba Lekarska zaleca zachowanie szczególnej ostrożności w rozmowach z przedstawicielami firm szkoleniowych. W wypadku jakichkolwiek wątpliwości dotyczących kontaktów z firmami szkoleniowymi i ofert składanych przez takie firmy, prosimy o kontakt z Biurem Pomocy Prawnej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

„...i przełoży się na ograniczenie ryzyka pomyłki”

O tej tragicznej pomyłce i oczekiwanych zmianach w procedurach chirurgicznych informowało wiele mediów. W maju 2015 r. w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu, wiodącej, wielospecjalistycznej jednostce opieki zdrowotnej województwa dolnośląskiego, której organem założycielskim jest Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, 57-letniemu pacjentowi zamiast chorej nerki usunięto zdrową.



Nie mamy wątpliwości, że doszło do błędu w sztuce lekarskiej. To jest kardynalny błąd – mówił wówczas na konferencji prasowej prof. Romuald Zdrojowy, szef Kliniki Urologii i Onkologii Urologicznej. Reakcja Ministerstwa Zdrowia była niemal natychmiastowa. Zapowiedziane zostały zmiany w rozporządzeniu dotyczącym prowadzenia okołooperacyjnych kart kontrolnych (OKK) w zakresie rodzajów dokumentacji medycznej i sposobów jej przetwarzania. Dane Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wskazują, że stosowanie karty w znaczącym stopniu zmniejsza prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań pooperacyjnych oraz ryzyko zgonu. Procedurę tę przyjęło ponad 100 tys. szpitali na całym świecie. Według danych WHO w placówkach prowadzących taką dokumentację ryzyko popełnienia błędów zmniejszyło się o ponad 33%, a ryzyko zgonu pacjenta o 50%.

W Polsce do tej pory karty nie były obowiązkowe, ale zalecane przez Ministerstwo Zdrowia. Prowadzą je 102 szpitale mające certyfikat akredytacyjny Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. W przeprowadzonej w tych placówkach ankiecie 64% respondentów wskazało, że dzięki temu zmniejszyła się liczba powikłań u pacjentów.

Rekomendacja resortu z 11 sierpnia 2011 r. również miała związek z tragiczną pomyłką (w lipcu 2011 r. w Centrum Onkologii w Warszawie 45-letniemu pacjen-

towi usunięto zdrową nerkę). Wówczas pojawiła się propozycja, aby przed każdą operacją na ciele pacjenta flamastrem zaznaczać organ kwalifikowany do wycięcia. Nie zdecydowano, wbrew zapowiedziom, o wprowadzeniu obowiązku wypełniania OKK na oddziałach zabiegowych. Ewa Kopacz, ówczesna minister zdrowia, w „Komunikacie w sprawie stosowania okołooperacyjnej karty kontrolnej podczas zabiegów chirurgicznych” apelowała: „Okołooperacyjna karta kontrolna powinna być wprowadzona we wszystkich oddziałach i jednostkach zabiegowych w Polsce. Karta powinna być podpisana przez koordynatora, którym może być lekarz anestezjolog prowadzący znieczulenie do zabiegu, a także przez członków zespołu operacyjnego, tj. lekarza chirurga prowadzącego zabieg lub pierwszą asystę oraz pielęgniarkę anestezjologiczną przygotowującą chorego do znieczulenia i zajmującą się nim po znieczuleniu. Okołooperacyjna karta kontrolna powinna być załączona do dokumentacji pacjenta i stanowić część historii choroby. Celem wprowadzenia karty jest maksymalne zminimalizowanie możliwości wystąpienia zdarzenia niepożądanego, zgonów pacjentów lub komplikacji pooperacyjnych. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia opublikowało formularz karty oraz wytyczne jej wprowadzania. Szpitale zostały zaproszone do poprawy bezpieczeństwa zabiegów chirurgicznych poprzez stosowanie

okołooperacyjnej karty kontrolnej. Rozwiązanie zostało pozytywnie przyjęte i opiniowane przez Towarzystwo Chirurgów Polskich, Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Towarzystwo Promocji Jakości oraz konsultanta krajowego w dziedzinie chirurgii ogólnej”.

Teraz wraca się do tej sprawy. 30 czerwca opublikowany został projekt rozrządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Od 24 lipca 2015 r. jest on dostępny w „Dzienniku Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej”, a w życie ma wejść 1 września 2015 r. W jego uzasadnieniu czytamy m.in.:

■ „Proponuje się określenie sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej w przypadku, gdy ustalenie rozpoznania onkologicznego jest zależne od wyniku badania diagnostycznego (np. histopatologicznego, cytologicznego), zleconego w trakcie pobytu pacjenta w szpitalu (w związku z wykonywanym zabiegiem diagnostyczno-lecznym), ale którego wynik nie jest znany w dniu wypisu ze szpitala i wystawienia karty informacyjnej z leczenia szpitalnego. W takim przypadku rozpoznanie ustalone przy wypisie nie zawsze odpowiada ostatecznemu rozpoznaniu ustalёнemu na podstawie wyniku badania histopatologicznego. Proponuje się zatem wprowadzenie obowiązku uzupełnienia historii choroby (już po wypisaniu pacjenta)

o rozpoznanie onkologiczne ustalone na podstawie wyniku badania diagnostycznego.

■ Proponuje się wprowadzenie okołoooperacyjnej karty kontrolnej jako dokumentacji medycznej prowadzonej na bloku operacyjnym. Celem prowadzenia karty jest zapewnienie, by przed rozpoczęciem operacji, w jej trakcie i po zakończeniu zostały wykonane wszystkie niezbędne czynności, co pozwoli na uporządkowanie oraz ujednolicenie stosowanych procedur i przełoży się na ograniczenie ryzyka pomyłki.

■ Proponuje się także wprowadzenie zmiany przepisu dotyczącego wystawienia karty informacyjnej z leczenia szpitalnego. Obecne przepisy wymagają na karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego podpisu lekarza wypisującego oraz lekarza kierującego oddziałem, co powoduje trudności praktyczne w sytuacji nieobecności lekarza kierującego oddziałem. Dla usprawnienia procedury wypisu pacjenta ze szpitala proponuje się umożliwienie podpisania karty informacyjnej z leczenia szpitalnego przez innego lekarza upoważnionego przez lekarza kierującego oddziałem (oprócz lekarza wypisującego).

Okołoooperacyjna karta kontrolna, poinformowano 9 lipca 2015 r. w Zabrzu podczas konferencji z udziałem ministra zdrowia Mariana Zembali, poprawia wyniki leczenia. Minister zachęcał kolegów lekarzy do stosowania OKK opracowanej na podstawie formularza *Surgical Safety Checklist* zalecanego przez Światową Organizację Zdrowia. Jego zdaniem, po należyтым wdrożeniu i w warunkach dobrej organizacji pracy jej wypełnienie powinno zająć zaledwie kilka minut. Mówiono też, że karta w żadnym razie nie zastępuje kompetencji, staranności, świetnej organizacji pracy na bloku operacyjnym i świetnego sprzętu. Jest po prostu jednym z wielu zabezpieczających narzędzi.

Karta, co sprecyzowano już kilka lat temu, ma zapobiegać występowaniu tzw. zdarzeń niepożądanych podczas zabiegów chirurgicznych, czyli:

- przeprowadzenia operacji u innego niż planowano pacjenta,
- przeprowadzenia innej niż planowano operacji lub nieprawidłowego przeprowadzenia operacji,
- przeprowadzenia operacji na zdrowej części ciała – w wypadku narządów parzystych.

ANDRZEJ PIECHOCKI
FOT. ANDRZEJ PIECHOCKI

Modne słowo: sukcesja. Czy dotyczy to również lekarzy?

Wielu lekarzy, z którymi współpracuję (także z Wielkopolskiej Izby Lekarskiej), często zadaje mi pytanie „Czy sukcesja mnie dotyczy? Czy to nie temat przede wszystkim dla przedsiębiorców?”. Żeby odpowiedzieć na to pytanie, podam najpierw moją definicję sukcesji. Otóż jest to prawne oraz finansowe zabezpieczenie siebie oraz swoich bliskich – zarówno za życia, jak i na wypadek śmierci. Na gruncie prywatnym oraz zawodowym. Innymi słowy, sukcesja to odpowiedź na poniższe pytania:

■ **Kiedy, komu i na jakich zasadach przekazać firmę lub praktykę? Czy w ogóle mam sukcesora (następcę)?**

■ **Co będzie dziś, gdyby wczoraj mnie zabrakło? Oraz wychodzące z tego pytania pytanie kolejne: CO MA BYĆ dziś, gdyby wczoraj mnie zabrakło?**

Dobrze przeprowadzony plan sukcesji to kompleksowość – skorelowane z sobą rozwiązania prawne, finansowe oraz bardzo często ubezpieczeniowe. Przykład – spisujemy testament. I często słyszymy, że to wystarczy, że już mamy wszystko poukładane. Nic bardziej mylnego, gdyż dopiero teraz mogą się zacząć problemy. Na przykład z zachowkiem, o konflikcie w rodzinie nie wspominając. Nie mówię, że testament to zły pomysł – wręcz przeciwnie, większość z nas powinna z tego instrumentu prawnego korzystać. Tyle że testament bardzo często niesie z sobą ryzyko zachowku. Czyli osoba obdarowana musi się liczyć z koniecznością spłaty osób pominiętych. Dlatego razem z testamentem powinno pójść zabezpieczenie finansowe. Sytuacja inna – prowadzimy spółkę. Cywilną, jawną czy z ograniczoną odpowiedzialnością. I pewnego dnia dowiadujemy się, że nasz wspólnik postanowił się z nami rozstać – wyjść ze spółki. Pytanie – skąd weźmiemy pieniądze na jego spłatę? A gdyby nasz wspólnik zmarł? Skąd wziąć pieniądze na spłatę jego spadkobierców?

Największa liczba lekarzy prowadzi jednoosobową działalność gospodarczą. Oznacza to, że działamy na własnym NIP. Dopóki żyjemy – żyje nasza firma. Nie ma nas – nie ma firmy. A bardzo często zostają długi spadkowe (kredyty, leasingi, podatki, pracownicy, dotacje). I potężny problem dla rodziny, która zostaje z koniecznością spłaty wcześniej zaciągniętych zobowiązań. Czy tak ma być?

Żeby uniknąć zagrożeń, o których pisałem powyżej (i wielu innych), należy się zabezpieczyć. Najlepszym rozwiązaniem jest wprowadzenie rozwiązań sukcesyjnych – kompleksowych. Dlatego odpowiedź na pytanie, czy sukcesja mnie dotyczy, jest oczywista – tak, zdecydowanie tak. I nie warto z tym czekać – im wcześniej podejmiemy decyzję, że chcemy swoje sprawy majątkowe, spadkowe czy finansowe poukładać – tym lepiej. A bardzo często taniej.

Zapraszam na spotkania, które jesienią będę prowadził dla lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. Zapraszam również do kontaktu indywidualnego.

WOJCIECH ŁĄGIEWKA,
PRAWNIK

PEŁNOMOCNIK ZARZĄDU DS. KLUCZOWEGO KLIENTA
PROTECTA FINANCE SP. Z O.O.
TEL. 604 961 730

E-MAIL: WOJCIECH.LAGIEWKA@PROTECTA.PL

Najpierw skala i zakres potrzeb



Komisja Europejska przyznała Polsce 12 mld zł na inwestycje w system ochrony zdrowia. Minister podzieli je wespół z wojewodami, marszałkami i oddziałami NFZ.

Światowa Organizacja Zdrowia w tej dziedzinie nie ma dobrych wiadomości. Ostatnio daje o sobie znać niepokojące zjawisko drastycznego wzrostu liczby zachorowań na nowotwory. W 2025 r. ma ich być 19 mln; dla porównania dwa lata temu zanotowano 15 mln.

Z badań opublikowanych na łamach czasopisma „JAMA Oncology” wynika, jak informuje www.wp.pl, że „liczba przypadków prawie wszystkich typów nowotworów zwiększyła się w ciągu ostatnich dwóch dekad. Zaobserwowano 9-procentowy wzrost zachorowania na raka szyjki macicy i aż 217-procentowy na raka prostaty. Jedyną odmianą, która zmniejszyła się w okresie badań, był chłoniak Hodgkina (ziarnica złośliwa) – o 10%. Eksperti twierdzą, że ogólny wzrost liczby przypadków raka jest związany ze zwiększającą się średnią długością życia. Nie od dziś wiadomo, że ryzyko wystąpienia choroby nowotworowej rośnie wraz z wiekiem. Nie bez znaczenia pozostaje także epidemia otyłości i wzrost złych nawyków żywieniowych. Rak jest częściej diagnozowany u mężczyzn niż u kobiet”.

Gdy idzie o zagadnienia demograficzne i politykę ludnościową, jednym z organów doradczych premiera RP jest Rządowa Rada Ludnościowa (RRL). Zajmuje się ona także problematyką umieralności, gdyż – wraz z urodzeniami i migracjami – stanowi ona o sytuacji demograficznej naszego kraju. Raz w roku publikuje szczegółowy w tych sprawach raport.

„Choroby nowotworowe – można przeczytać w raporcie z 2014 r. – od wielu lat stanowią w Polsce drugą przyczynę zgonów, w wyniku której umiera rocznie przeciętnie 96 tys. osób (25% wszystkich zgonów), przy czym ogólna liczba zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe będzie systema-

tycznie rosnać, stając się w niedalekiej przyszłości pierwszą przyczyną zgonów przed 65. rokiem życia – zarówno mężczyzn, jak i kobiet. Przyrost liczby zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe w Polsce w ostatnim półwieczu wynika również ze starzenia się ludności Polski, jak z częstego narażenia populacji na czynniki rakotwórcze, przede wszystkim związane ze stylem życia Polaków. W populacji mężczyzn trendy zachorowalności na nowotwory złośliwe ogółem determinują nowotwory płuca (20% zachorowań), natomiast w populacji kobiet nowotwory piersi (również 20% zachorowań). Liczba nowych zachorowań u mężczyzn do 2025 r. będzie rosła (do ok. 92 tys.). Wśród kobiet spodziewany jest wzrost zarówno liczby zachorowań (do ok. 84 tys. w 2025 r.), jak i współczynników (z 189 w 2006 r. do 215 na 100 tys. populacji w 2025 r.)”.

Epidemiolodzy i onkolodzy alarmują. Wskazują na trzy ostatnie dekady, w których liczba zachorowań na nowotwory złośliwe wzrosła w Polsce ponaddwukrotnie. Według raportu Krajowego Rejestru Nowotworów, w 2012 r. odnotowano 152 900 przypadków zachorowań na raka i 94 700 zgonów.

Głównym celem walki z rakiem, czytamy na stronie internetowej Wielkopolskiego Centrum Onkologii, jest wczesne wykrywanie nowotworów, które ma na celu wykrycie raka w fazie bezobjawowej wykrywalnej (nim ujawni się klinicznie), co realizowane jest poprzez:

- 1) kształtowanie społeczeństwa w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów, m.in. poprzez samokontrolę piersi i zgłaszanie się na profilaktyczne badania skriningowe,
- 2) szkolenie personelu medycznego,
- 3) rutynowe badania wykrywcze, wykonywane przez lekarzy w codziennej pracy,
- 4) tworzenie specjalnych programów wykrywczych (badań skriningowych).

W „Biuletynie WCO” nr 11 „Nowotwory złośliwe w Wielkopolsce w 2012 roku” czytamy, że „Wielkopolska jest regionem wysokiego ryzyka zachorowania na nowotwory. W 2012 r. pod względem współczynników standaryzowanej zachorowalności Wielkopolskie zajmowały 3. pozycję wśród 16 województw. Natomiast 8. pod względem współczynników standaryzowanych umieralności. Zakładając tylko jednoprocentowy roczny wzrost liczby nowych przypadków oraz stopniowe wydłużanie życia pacjentów (spowodowane wczesną diagnostyką oraz lepszą skutecznością leczenia), każdego roku liczba pacjentów, którymi opiekuje się onkologia, wzrasta o kilkanaście procent”.

W tym kontekście szczególnego znaczenia nabiera decyzja Komisji Europejskiej, która przyznała Polsce 12 mld zł na inwestycje w system ochrony zdrowia. 25 czerwca 2015 r., po powrocie z Brukseli, minister zdrowia prof. Marian Zembala zapowiedział, że wespół z wojewodami, marszałkami i oddziałami NFZ najpierw precyzyjnie określone zostaną skala i zakres potrzeb.

ANDRZEJ PIECHOCKI
FOT. ANDRZEJ PIECHOCKI

Łączą nie tylko u nas...



Fuzje szpitali nie są nowym zjawiskiem. Zwykle przemawiają za nimi sprawy finansowe i organizacyjne. Ostatnio nie ma miesiąca, abyśmy nie czytali czy słyszeli informacji na ten temat. Oto kilka przykładów:

- 5 maja 2015 r. – „Szpital Pucki będzie połączony ze Specjalistycznym Szpitalem w Wejherowie – taką propozycję złożył starosta Jarosław Biały”. (www.puck.naszemiasto.pl)
- 3 lipca 2015 r. – „Powołanie zespołu, który zbada zasadność łączenia szpitala dziecięcego z wojewódzkim na kieleckim Czarnowie, zapowiedział wiceprzewodniczący Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego Andrzej Prus z Prawa i Sprawiedliwości”. (www.kielce.gazeta.pl)
- 3 lipca 2015 r. – „Marszałek województwa pomorskiego chce połączyć Wojewódzkie Centrum Onkologii i szpital „Copernicus” w Gdańsku. Po połączeniu w szpitalu na Zaspie miałby powstać oddział onkologiczny, a na bazie WCO mógłby powstać ośrodek leczenia raka piersi”. (www.gdansk.tvp.pl)
- 6 lipca 2015 r. – „Personel Wojewódzkiego Centrum Onkologii w Gdańsku jest przeciwny fuzji, protestuje przeciw łączeniu WCO z dwoma szpitalami”. (www.rynekzdrowia.pl)
- 14 lipca 2015 r. – „Połączenie Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej (COZL) i szpitala im. Jana Bożego w Lublinie ma rozwiązać problem braku kontraktu na nowe procedury medyczne dla rozbudowanego COZL”. (www.rynekzdrowia.pl)
- 14 lipca 2015 r. – „Na najbliższej sesji Sejmiku nie pojawi się uchwała w sprawie przyłączenia Centrum Rehabilitacji w Osiecznej do Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Lesznie. Zarząd województwa wstrzymał procedurę – poinformował Departament Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego”. (www.elka.pl)

■ 21 lipca 2015 r. – „Radni sejmiku – czytamy w artykule Marty Żbikowskiej („Polska. Głos Wielkopolski”) – podjęli już uchwałę o woli połączenia ze Szpitalem Wojewódzkim przy ul. Juraszów w Poznaniu dwóch placówek: Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego przy ul. Grobla oraz Ośrodka Rehabilitacyjnego dla Dzieci w Kiekrzu (na zdjęciu). Obie zapowiadane zmiany budzą zarówno obawy, jak i nadzieje pracowników placówek. – *Jesteśmy w trudnej sytuacji finansowej, na razie jeszcze się trzymamy, ale powoli dochodzimy do ściany* – przyznaje Maciej Walczak, dyrektor Ośrodka Rehabilitacyjnego w Kiekrzu. – *Od pięciu lat mamy taki sam kontrakt z NFZ, a nasze koszty regularnie rosną. Połączenie może nam pomóc pokonać trudności finansowe. Obawiam się jedynie marginalizacji naszego ośrodka w tak dużym zakładzie, jak Szpital Wojewódzki. – Nie planuję żadnej rewolucji, zmian kadrowych, ani zwolnień* – zapewnia Jacek Łukomski, dyrektor Szpitala Wojewódzkiego. – *Pracownicy nie mają się czego obawiać. Co połączenie może oznaczać dla małych pacjentów? – Przy Szpitalu Wojewódzkim powstanie nowy szpital dziecięcy, gdzie znajdą się łóżka rehabilitacyjne* – mówi Leszek Wojtasiak. – *W zależności od tego, jak połączymy funkcje rehabilitacyjne w nowej placówce, w przyszłości zdecydujemy, czy rehabilitacja dziecięca zostanie w Kiekrzu*. Obawy wśród pracowników budzi także plan przyłączenia do szpitala przy Lutyckiej Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego przy ul. Grobla w Poznaniu. – *To są raczej obawy wynikające z niewiedzy* – tłumaczy Jacek Sobczak, kierownik zakładu przy Grobli. – *To, że nasza lokalizacja musi ulec zmianie, wiedzieliśmy od dawna*”.

ANDRZEJ PIECHOCKI
FOT. ANDRZEJ PIECHOCKI

Z medycznej wokandy



JERZY SOWIŃSKI



JĘDRZEJ SKRZYPCZAK

Okres wakacyjny to zwykle sezon ogórkowy, ale także więcej czasu na rozmowy i dyskusje, także współautorów tej rubryki, o wielu pasjonujących kwestiach, m.in. dotyczących prawa medycznego. Bezpośrednią inspiracją do napisania poniższego tekstu był poselski projekt ustawy o ludziach starszych i wiele niezwykle inspirujących i uroczych dyskusji z neurologami, za które zwłaszcza niżej podpisany prawnik szczególnie pragnie podziękować.

Zgoda na leczenie pacjenta w podeszłym wieku

Wprawdzie rzeczony dokument w swych zamierzeniach ma regulować jedynie zakres monitorowania i przedstawiania informacji o sytuacji osób starszych, a więc niewiele, ale zasługuje na uwagę co najmniej z dwóch powodów.

Pojawia się tu po raz pierwszy kategoria ludzi starszych, którą projekt definiuje... jako osoby, które ukończyły 60. rok życia. Zastanawiające, chociażby w kontekście polskich debat dotyczących wieku emerytalnego. Co także interesujące, projektodawcy starali się zdefiniować pojęcie polityki senioralnej rozumianej jako ogół działań organów administracji publicznej oraz innych organizacji i instytucji, które realizują zadania i inicjatywy kształtujące warunki godnego i zdrowego starzenia się.

Po drugie – jak się wydaje – to bodaj pierwsza próba dostrzeżenia pewnego zjawiska, z którym będziemy mieli do czynienia w coraz większym stopniu, ze względu na proces starzenia się polskiego społeczeństwa. Zakres normowania tego dokumentu jest niewielki, bo sprowadza się jedynie do instytucjonalizacji monitorowania sytuacji osób starszych, nie przyznając tej kategorii osób żadnych uprawnień ani nawet nie odnosząc się do szczególnych sytuacji w udziałem takich osób, w tym wynikających z prawa medycznego. Od razu trzeba zastrzec, że szanse na przyjęcie tego dokumentu są obecnie w zasadzie żadne, z uwagi na koniec kadencji Sejmu. Jest jednak nadzieja, że projekt (być może w innej już postaci) powróci w kolejnej odsłonie polskiego parlamentaryzmu, bo problem jest istotny i to z wielu powodów.

Dla prawnika właściwie jedyną kwestią godną uwagi jest byt prawny, a więc pewien obszar stosunków społecznych regulowanych przez prawo. Nie oznacza to, że we wszystko powinien wkraczać ustawodawca. Jednak kiedy faktycznie jest taka potrzeba, a nie ma regulacji w tym obszarze, to mówi się wówczas o tzw. luce prawnej. I wydaje się, że w kwestii statusu prawnego osób starszych mamy do czynienia właśnie z taką właśnie luką.

Swego czasu jeden ze współautorów zajmował się bliżej kwestią uzyskania zgody od osób starszych, czego efektem był cykl artykułów naukowych, m.in. w „Medycznej Wokandzie”. Wydaje się jednak, w kontekście powyższych uwag, że warto powrócić do tematu, a przynajmniej – z uwagi na ramy

publikacji – zasygnalizować go. Truizmem są twierdzenia, że jednym z podstawowych obowiązków lekarza w związku z prowadzonym leczeniem, a jednocześnie prawem pacjenta, jest uzyskanie zgody na leczenie od dobrze poinformowanego pacjenta, działającego z odpowiednim rozeznaniem, w pełni świadomego swojej sytuacji. Jest to z jednej strony element tzw. zgody uświadomionej, a z drugiej, prawa do informacji. Należy podkreślić, że informacja udzielona pacjentowi powinna być sformułowana w sposób dla niego zrozumiały. Praktyka medyczna, jak również prawnicza wskazuje, że w wypadku osób w podeszłym wieku procedura uzyskiwania zgody pacjenta na leczenie może rodzić wiele wątpliwości i problemów. Obowiązujące akty normatywne dotychczas nie posługiwały się kategorią osoby starszej lub w podeszłym wieku. A przecież wiek odgrywa istotną rolę, jeżeli chodzi o ocenę

...w wypadku osób w podeszłym wieku procedura uzyskiwania zgody pacjenta na leczenie może rodzić wiele wątpliwości i problemów. Obowiązujące akty normatywne dotychczas nie posługiwały się kategorią osoby starszej lub w podeszłym wieku. A przecież wiek odgrywa istotną rolę, jeżeli chodzi o ocenę zdolności do wyrażenia zgody na leczenie, ale dotyczy to jednak osób do 16. roku życia...

zdolności do wyrażenia zgody na leczenie, ale dotyczy to – w świetle obowiązujących regulacji – jednak osób do 16. roku życia (a w niektórych wypadkach, np. przeszczepu szpiku i zgody na aborcję, już od 13. roku życia). Mimo to z uwagi na stan zdrowia u takich pacjentów starszych mogą się pojawić różnego typu zaburzenia w sferze poznawczej, np. zaburzenia świadomości, otępienia i zaburzenia depresyjne. Co szczególnie ważne, choć sytuacje takie występują stosunkowo często, mogą być nierozpoznane w procesie leczniczym. Trudno się zatem dziwić, że w takich wypadkach mogą się pojawiać istotne wątpliwości co do tego, czy pacjent w sposób w pełni świadomy wyraził zgodę na leczenie. Skoro lekarze

mają wątpliwości, to tym bardziej prawnicy. Kwestie te – co do zasady – regulowane są przez normy prawne, które posługują się jednak innymi kategoriami pojęciowymi, takimi jak osoba niezdolna do zrozumienia znaczenia informacji, osoba nieprzytomna, osoba ubezwłasnowolniona.

Zakwalifikowanie przypadku do danej kategorii powoduje, że należy zastosować odpowiednią procedurę uzyskania zgody na leczenie, przy czym zaliczenie do jednej z powyższych grup osób ma charakter kategoriyczny, natomiast medycyna pełna jest zwykle płynnych, niedookreślonych sytuacji, które mogą w konsekwencji budzić rozbieżności w ocenach co do tego, czy uzyskana zgoda była w istocie właściwa.

Przed wszystkim wypada wspomnieć o powinności lekarza właściwego poinformowania pacjenta. Obowiązek ten został *expressis verbis* sformułowany w art. 31 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, jak również w art. 9 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w Kodeksie etyki lekarskiej (KEL). Zakres przedmiotowy, a więc zakres udzielanej pacjentowi przez lekarza informacji, obejmuje wiadomości o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Wskazuje się, że w zakresie przekazywanych informacji o możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych powinny znaleźć się także dane dotyczące np. metod, które nie są dostępne w kraju, lub tych, które nie są finansowane z pieniędzy publicznych. Należy przy tym podkreślić, że sposób przekazywania takich informacji pacjentowi powinien być przystępny dla pacjenta, a nie dla osoby, która taki komunikat formułuje. Warto także zauważyć, że w świetle cytowanych przepisów pacjent po uzyskaniu informacji ma prawo przedstawić lekarzowi swoje zdanie w tym zakresie (tak art. 16 KEL i 31 lekarskiej ustawy zawodowej).

Na marginesie trzeba odnotować, że ustawa o prawach pacjenta gwarantuje ponadto prawo do informacji o prawach pacjenta. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych powinien udostępnić taką informację w formie pisemnej, poprzez umieszczenie jej w swoim lokalu, w miejscu ogólnodostępnym. Powyższego wymogu – co rozumiałe – nie stosuje się do wykonywanych wyłącznie w miejscu wezwania indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich, indywidualnych praktyk pielęgniarstwa, położnych i indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarstwa, położnych. Ponadto w myśl art. 12 tej ustawy, pacjent ma prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, w tym o profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, realizowanych przez ten podmiot.

Należy też dodać, że zgodnie z art. 18 KEL lekarz leczący nie może sprzeciwiać się, by chory zasięgał opinii o stanie swego zdrowia i postępowaniu lekarskim u innego lekarza. Co więcej, na życzenie pacjenta powinien ułatwić mu taką konsultację. Ponadto – zgodnie z art. 10 ustawy o prawach pacjenta – w wypadku, gdy lekarz odstępuje od leczenia, rezygnując ze współpracy z pacjentem (możliwość taką przewiduje art. 38 ustawy zawodowej lekarskiej). Nie dotyczy to oczywiście przypadków, gdy zwłoka w udzieleniu pomocy le-

karskiej mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki (tak art. 30 uzlił), pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny mają prawo do dostatecznie wczesnej informacji o zamiarze odstąpienia przez lekarza od leczenia pacjenta i wskazania przez tego lekarza możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.

Zakres podmiotowy, a więc krąg podmiotów, które uprawnione są do uzyskania takiej informacji, obejmuje oczywiście samego pacjenta lub osobę przez niego upoważnioną (takie upoważnienie może pochodzić także od przedstawiciela ustawowego). Należy szczególnie podkreślić, chodzi w tym wypadku o każdego pacjenta, który jest zdolny (w sensie psychofizycznym, a nie prawnym) do otrzymania takiej informacji, a nie tylko o osobę, która ma taką możliwość w świetle obowiązujących norm prawnych, np. ma zdolność do czynności prawnych. W każdym wypadku lekarz powinien rozstrzygnąć, czy osoba taka (np. z dysfunkcjami poznawczymi)

...sposób przekazywania takich informacji pacjentowi powinien być przystępny dla pacjenta, a nie dla osoby, która taki komunikat formułuje. Warto także zauważyć, że w świetle cytowanych przepisów pacjent po uzyskaniu informacji ma prawo przedstawić lekarzowi swoje zdanie...

ma odpowiednie zdolności percepcyjne (psychofizyczne), aby nastąpił właściwy odbiór informacji przez pacjenta. O ile kategoria „pacjent nieprzytomny” jest w zasadzie zrozumiała, o tyle w kontekście opisywanej tu problematyki, kategoria „pacjent niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji” może budzić ogromne wątpliwości w praktyce, ale i w doktrynie. Wskazuje się w literaturze, że może chodzić o osobę nietrzeźwą, pod wpływem silnego bólu lub mocno oddziałujących leków na psychikę. Z pewnością do tej kategorii można zaliczyć osoby z dysfunkcją poznawczą. Pojawia się też pytanie, kto jest uprawniony do rozstrzygnięcia tej kwestii, tzn. czy może tego dokonać każdy lekarz, który przekazuje taką informację, czy np. tylko specjalista w zakresie oceny stanu psychicznego, tj. psychiatra. Wydaje się jednak, że każdy lekarz jest do tego uprawniony, choć zapewne jeżeli możliwe jest uzyskanie takiej opinii od lekarza psychiatry, zawsze warto z takiej możliwości skorzystać. Powyższe przesłanki będą rozstrzygające także do oceny, czy wskazanie przez pacjenta kręgu osób, które można informować (np. członków rodziny, osoby bliskie, inne osoby), będzie prawnie skuteczne. Jest to o tyle istotne, że przekazanie informacji osobie nieupoważnionej należy traktować jako nieuprawnione ujawnienie tajemnicy lekarskiej. A to może rodzić odpowiedzialność prawną lekarza.

Należy wspomnieć, że jeżeli pacjent jest nieprzytomny lub niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji, lekarz powinien udzielić informacji przedstawicielowi ustawowemu, a w razie jego braku lub gdy porozumienie się z nim jest niemożliwe – opiekunowi faktycznemu pacjenta. Paradoksalnie pacjent ma jednak także prawo żądać, aby lekarz nie udzielił mu informacji o jego stanie zdrowia. Trzeba podkreślić, że w tym wypadku żądanie takie musi być sformułowane w sposób wyraźny i jasny, co oznacza, że lekarz nie może tylko domniemywać czy niejako domyślać się takiej woli chorego. Chodzi najczęściej o złe diagnozy, których chory może się bać, bądź chęć pozostawania w nieświadomości co do rzeczywistego stanu swojego zdrowia. Trzeba jednak pamiętać, że w każdym momencie osoba taka może zmienić swoje oświadczenie woli i wówczas lekarz będzie zobligowany do udzielenia takich treści. Należy podkreślić, że także w tym wypadku lekarz powinien ocenić, czy takie oświadczenie pochodzi od osoby działającej z odpowiednim rozeznanieniem, zdolnej do zrozumienia znaczenia informacji. W razie wątpliwości należy przekazać odpowiedni zakres informacji. Zupełnie innym przypadkiem jest sytuacja opisana w art. 31 ust. 4 ustawy zawodowej lekarskiej. Zgodnie z tym przepisem w sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomysłne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli wg oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. Ustawa nakazuje jednak, aby w takich przypadkach lekarz przekazał taką informację przedstawicielowi ustawowemu pacjenta lub osobie przez niego upoważnionej. Jest to o tyle zadziwiająca i krytykowana konstrukcja, że po pierwsze, ustawowa przesłanka „dobro pacjenta” może być różnie rozumiana, po drugie, ocena lekarza także zawiera w sobie kryterium subiektywne (musi być ono jednak oparte na racjonalnych przesłankach), a po trzecie, z dużym prawdopodobieństwem należy przesądzić – zważywszy na rodzaj takiej informacji (niepomysłnej) – że reakcja takiej osoby będzie zapewne na tyle charakterystyczna, że pacjent z pewnością domyśli się, iż rokowania nie są dobre. Podkreślić trzeba, że na żądanie pacjenta lekarz musi udzielić mu żądanej informacji. Z uwagi na powyższe zastrzeżenia należy sugerować, aby z tej możliwości korzystać tylko w sytuacjach, które nie budzą nawet najmniejszych wątpliwości. Powyższe rozwiązanie nie upoważnia w żadnym stopniu jednak lekarza do zastosowania tzw. kłamstwa terapeutycznego, a więc przekazania nieprawdziwych informacji. W tym wypadku możliwości percepcji informacji przez pacjenta są bez znaczenia, skoro to lekarz – w świetle tego przepisu – decyduje, czy skorzystać z tej możliwości. Co niezwykle ważne, bez względu na stan psychiczny i możliwości zrozumienia informacji, w razie niepomysłnej dla chorego prognozy lekarz powinien poinformować o niej chorego z taktem i ostrożnością (art. 17 KEL). Należy dodać, że dodatkowe szczegółowe regulacje dotyczące obowiązku informowania znajdują się także w rozmaitych odrębnych aktach normatywnych, których nie sposób tu wszystkich wymienić, choć wcześniejsze odesłanie do tekstu zamieszczonego w „Medycznej Wokandzie” uspokaja, że czytelnik poszukujący takiej odpowiedzi może ją znaleźć w innej publikacji.

Podkreślić ponadto trzeba, że lekarz leczący nie może sprzeciwiać się, aby chory zasięgał opinii o stanie swego zdrowia

i postępowaniu lekarskim u innego lekarza. Co więcej, zgodnie z art. 18 KEL na życzenie pacjenta powinien ułatwić mu taką konsultację. Z kolei w wypadku popełnienia przez lekarza poważnej pomyłki lub wystąpienia nieprzewidzianych powikłań w trakcie leczenia lekarz powinien poinformować o tym chorego oraz podjąć działania dla naprawy ich następstw (art. 21 KEL). Warto podkreślić, że obowiązek udzielenia informacji pacjentowi obciąża lekarza i to na nim spoczywa ciężar dowodu wykonania tego obowiązku. Jako dowód wykonania tej powinności powinny służyć wpisy w historii choroby, wręczone informacje pisemne (potwierdzone stosownym oświadczeniem i podpisem pacjenta), ale także zeznania świadków. Jak już wyżej sygnalizowano, właściwa informacja dla pacjenta to niezbędny element tzw. uświadomionej zgody na leczenie. Brak właściwego poinformowania oznaczać może bezskuteczność zgody. Dotyczy to także tzw. zgody blankietowej, np. w sytuacji przyjmowania do szpitala i wyrażenia zgody na wszelkie proponowane leczenie, w tym operacyjne, w trakcie hospitalizacji. Jak stanowi art. 32 ust. 1 lekarskiej ustawy zawodowej, lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, jedynie po wyrażeniu zgody przez pacjenta.

W razie niez uzyskania zgody na proponowane postępowanie lecznicze lekarz powinien nadal, w miarę możliwości, otaczać

W razie niez uzyskania zgody na proponowane postępowanie lecznicze lekarz powinien nadal, w miarę możliwości, otaczać pacjenta opieką lekarską, ale nie może, poza przypadkami szczególnymi wskazanymi w ustawach, podjąć się leczenia.

pacjenta opieką lekarską, ale nie może, poza przypadkami szczególnymi, wskazanymi w ustawach, podjąć się leczenia. Jeżeli nie można uzyskać zgody pacjenta, bo jest on niezdolny do świadomego wyrażenia zgody (a więc np. ze względu na zaburzenia poznawcze), wówczas należy zwrócić się do jego przedstawiciela ustawowego (jeżeli takiego ma), a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe, uzyskać stosowne zezwolenie sądu opiekuńczego. Wyjątkowo tylko istnieje możliwość przeprowadzenia interwencji medycznej bez zgody pacjenta i z pominięciem powyższej procedury. A mianowicie badanie lub udzielenie pacjentowi tzw. innego świadczenia zdrowotnego (czyli nie zabiegu chirurgicznego i ryzykownej metody diagnostycznej) bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym, a tym bardziej uzyskać zezwolenie sądu opiekuńczego. Taką decyzję lekarz powinien w miarę możliwości skonsultować z innym lekarzem, odnotowując te okoliczności w dokumentacji medycznej pacjenta. Jak

widać, powyższy wyjątek dotyczy dwóch możliwych sytuacji. Zastosowanie tej procedury jest dopuszczalne jeżeli pacjent ze względu na wiek bądź ze względu na stan zdrowia nie może osobiście wyrazić zgody.

Pierwsza sytuacja dotyczy jednak wyłącznie pacjenta nieletniego, a nie w podeszłym wieku. Natomiast druga, a mianowicie stan zdrowia, który uniemożliwia w sposób właściwy wyrazić zgodę, odnosić może się już z pewnością do pacjentów w podeszłym wieku, z upośledzeniem funkcji poznawczych. Oczywiście w praktyce mogą pojawić się wątpliwości, czy pacjent jest jeszcze (sytuacje graniczne) zdolny do wyrażenia samodzielnie zgody w sposób właściwy. Należy jednak przyjąć, że powyższe należy traktować jako wyjątek, a jako taki – zgodnie z powszechnie obowiązującymi regułami prawnymi – nie można traktować rozszerzająco i np. stosować co do każdego pacjenta w podeszłym wieku. Ograniczyć taką możliwość należy jedynie do sytuacji niebudzących cienia wątpliwości i pod warunkiem że nie można uzyskać zgody innego podmiotu, o którym mowa była wyżej. Przepisy opisują także postępowanie w sytuacji, gdy trzeba przeprowadzić zabieg chirurgiczny lub zastosować metodę leczenia lub diagnostykę stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta. O ile zasadniczo zgoda może być udzielona w dowolnej formie, a więc ustnie lub nawet przez fakty dorozumiane, tzn. poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym, o tyle zupełnie inaczej będzie w wypadku zabiegu chirurgicznego albo metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta. Otóż wtedy osoba uprawniona zgodę wyraża w formie pisemnej. W tym wypadku lekarz może wykonać zabieg lub zastosować metodę, o której mowa powyżej, wobec pacjenta ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia pisemnej zgody po uzyskaniu zgody jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma takiego przedstawiciela lub gdy porozumienie się z nim jest niemożliwe – po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego. Z kolei w sytuacjach nagłych, gdy nie można uzyskać zgody wg powyższych procedur (np. nie można czekać z zabiegiem), zgodnie z art. 34 ust. 7 lekarskiej ustawy zawodowej można podjąć leczenie bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź zgody właściwego sądu opiekuńczego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Wtedy lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza i to w miarę możliwości tej samej specjalności.

O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy oraz dokonuje odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej pacjenta. Pewne wątpliwości mogą pojawić się w sytuacji, jeżeli pacjent uprzednio wcześniej złożył oświadczenie woli, z którego wynika, że nie zgadza się na określony zabieg lub inną czynność medyczną i zrobił to w formie pisemnej lub aktu notarialnego (np. żąda, żeby go nie ratować, pozwolić mu umrzeć), a obecnie jest nieprzytomny lub niezdolny do świadomego wyrażenia własnej woli. Wydaje się, że lekarz powinien to uszanować. Chyba że z powodu stanu psychicznego (np. ze względu na dysfunkcje poznawcze) w momencie jego składania oświadczenia to można uznać za wadliwe. Oczywiście

Wyjątkowo tylko istnieje możliwość przeprowadzenia interwencji medycznej bez zgody pacjenta i z pominięciem powyższej procedury. A mianowicie badanie lub udzielenie pacjentowi tzw. innego świadczenia zdrowotnego (czyli nie zabiegu chirurgicznego i ryzykowej metody diagnostycznej) bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej.

w praktyce sytuacje takie będą zawsze budzić wątpliwości, bo jak lekarz miałby ocenić, jaki był stan psychiczny chorego w momencie sporządzania takiego dokumentu. Tym bardziej że forma aktu notarialnego mogłaby uprawdopodobniać, że osoba taka działała przed notariuszem z odpowiednim rozeznaniam. A przecież nawet to także można kwestionować.

W art. 35 lekarskiej ustawy zawodowej unormowano tzw. wyjątek terapeutyczny. Pod tym pojęciem należy rozumieć sytuację, gdy w trakcie wykonywania zabiegu chirurgicznego albo stosowania metody leczniczej lub diagnostycznej wystąpią okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, a nie ma możliwości niezwłocznie uzyskania zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, lekarz ma prawo, bez uzyskania tej zgody, zmienić zakres zabiegu bądź metody leczenia lub diagnostyki w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności.

W takim wypadku istnieje obowiązek, o ile jest to oczywiście możliwe, zasięgnięcia opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności, oraz dokonania odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej, a po zakończeniu zabiegu poinformowania pacjenta lub jeżeli to jest niemożliwe – jego przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego albo sąd opiekuńczy. Dodatkowo należy zaznaczyć, że w wielu przepisach szczegółowych zamieszczono rozwiązania, które można określić jako przymus leczenia. Oznacza to, że lekarz może podjąć leczenie nie tyle bez zgody, ale nawet wbrew woli pacjenta. Są to jednak sytuacje wyjątkowe i pod żadnym pozorem nie można ich stosować rozszerzająco.

Jak wynika z powyższego, zastosowanie powyższych procedur prawnych w praktyce może rodzić wiele wątpliwości. W każdym wypadku należy jednak pamiętać, że obowiązuje zasada zawarta w preambule do KEL, a mianowicie *salus aegroti suprema lex esto*. Paradoksalnie dobro pacjenta nie zawsze będzie oznaczać poprawę stanu zdrowia. Niekiedy bowiem, w sytuacji braku zgody na leczenie, paradoksalnie zaniechanie leczenia będzie musiało być traktowane jako zachowanie na rzecz dobra pacjenta. W tym kontekście w praktyce mogą pojawić się wątpliwości, czy w wypadku pacjentów w podeszłym wieku z dysfunkcjami poznawczymi (co przecież jest kategorią zróżnicowaną) zgoda lub brak zgody zostały udzielone w sposób właściwy. A należy pamiętać, że działanie lekarza bez zgo-

Janusz Skowronek

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

Szczepionka przeciw eboli

Eksperymentalny preparat ma stu-procentową skuteczność – informuje Światowa Organizacja Zdrowia. Szczepionka VSV-EBOV została opracowana przez kanadyjskie Narodowe Laboratorium Mikrobiologiczne. Łączy ona zwierzęcy wirus VSIV z fragmentami wirusa ebola. W warunkach rzeczywistych szczepionka została przetestowana w Gwinei. Za każdym razem, gdy wykrywano nową osobę zakażoną wirusem ebola, lekarze poddawali szczepieniu najbliższe jej osoby. Od kwietnia do lipca tego roku zidentyfikowano ok. 100 pacjentów. Natychmiast zaszczepiono 2014 osób – w tej grupie nie było żadnych kolejnych przypadków eboli. W grupie 1498 osób, którą zaszczepiono 21 dni później, zidentyfikowano 16 przypadków tej śmiertelnej choroby. Światowa Organizacja Zdrowia szacuje końcową skuteczność szczepionki na 75–100%.

Wokół obiecującego preparatu narastają jednak kontrowersje. Kanadyjska Agencja Zdrowia Publicznego sprzedała licencję na szczepionkę chroniącą ludzi niewielkiej firmie NewLink Genetics za 205 tys. dolarów. Firma miała być odpowiedzialna za organizację pierwszych testów z udziałem ludzi. NewLink odsprzedała prawo do komercyjnego wykorzystania preparatu firmie Merck za 50 mln dolarów.

Testy szczepionki na malarię

Europejska Agencja Leków dała zielone światło dla testów pierwszej szczepionki przeciw malarii. Preparat został opracowany z myślą o najuboższych mieszkańcach Afryki. Chodzi o szczepionkę o nazwie Mosquirix, znaną wcześniej pod

Znowelizowana została ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Nowe jej zapisy, od 1 lipca 2015 r., zobowiązują farmaceutów do limitowania sprzedaży niektórych leków, a także do odmowy ich wydania osobie niepełnoletniej. W tym drugim przypadku wystarczy podejrzenie, że mogą być one użyte w celu pozamedycznym lub stanowić zagrożenie dla zdrowia i życia.

Za nieprzestrzeganie tych ograniczeń grozi bardzo wysoka kara pieniężna, sięgająca kwoty pół miliona. Decyzję w tej sprawie podejmować będzie wojewódzki inspektor sanitarny. Czy rzeczywiście skutecznie ograniczy to dostępność tych leków? Zdania są podzielone. Sceptycy argumentują w bardzo prosty sposób: wystarczy odwiedzić nie jedną, a kilka aptek.

O jakie leki chodzi? O te, które zawierają kodeinę, dekstrometorfan i pseudofedrynę. Te substancje znajdują się w składach popularnych syropów na kaszel czy tabletek na katar (na zdjęciu na pierwszym planie leki objęte nowelizacją). Ustawa definiuje nowe substancje psychoaktywne, czyli środki odurzające lub leki psychotropowe, których działanie, w przypadku zażycia w większej ilości, przyrównuje się do tak zwanych dopalaczy. Najczęściej ich amatorzy sięgają po te, które zawierają między innymi etylofenidat. To substancja stosowana w przemyśle chemicznym, charakteryzująca się silnym działaniem psychostymulującym. W składzie dopalaczy, jak wykazują badania laboratoryjne, znaleźć można także tłuczone oraz mielone... szkło świetłówek. Po to, aby ranić nos i w ten sposób zwiększać stopień ich wchłaniania.

Dotychczasowy zakaz ich produkowania i sprzedaży został teraz rozszerzony także na nowe substancje psychoaktywne. „Zakazany też ma być także – można przeczytać na stronie www.sejm.gov.pl – import środków z obu tych kategorii. Za kontrolę przestrzegania zakazu produkowania i sprzedaży tych substancji odpowiedzialna będzie Państwowa Inspekcja Sanitarna, a importu – Służba Celna. Za wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu dopalaczy ma grozić kara pieniężna od 20 tys. do 1 mln zł.

Dodatkowo w załącznikach do nowelizacji zostało uwzględnionych wiele nowych

substancji, które stwarzają bezpośrednie zagrożenie dla życia i zdrowia ludzi. W celu wzmocnienia ochrony przed uzależnieniem od narkotyków osób zagrożonych wykluczeniem społecznym zadania dotyczące przeciwdziałania narkomanii zostały rozciągnięte na jednostki organizacyjne wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej oraz asystentów rodziny, rodziny zastępcze i prowadzących rodzinne domy dziecka. Z powodu konieczności zabezpieczenia obywateli przed niebezpiecznymi substancjami, przy ministrze zdrowia ma zostać utworzony zespół do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych. Członkami zespołu będą eksperci z zakresu nauk chemicznych, farmakologii, toksykologii klinicznej, psychiatrii, nauk społecznych i prawnych. Zespół będzie przedstawiał szefowi resortu zdrowia rekomendacje w zakresie umieszczenia określonych substancji w wykazach środków odurzających, substancji psychotropowych oraz nowych substancji psychoaktywnych”.

Ministerstwo Zdrowia informuje na swojej stronie internetowej, że „mając na uwadze potrzebę szybkiego obejmowania kontrolą kolejnych niebezpiecznych substancji i roślin psychoaktywnych, opracowało we współpracy z Głównym Inspektoratem Farmaceutycznym i Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii drugi projekt nowelizacji ustawy zmierzający do wypracowania szybkiej ścieżki obejmowania kontrolą tymczasową substancji, co do których zachodzi podejrzenie, że mogą być niebezpieczne dla zdrowia publicznego. Zgodnie z projektem, gdy na rynku pojawi się nowa substancja psychoaktywna, Minister Zdrowia będzie miał możliwość (w drodze rozporządzenia) zawiesić ją w obrocie na 18 miesięcy w celu kontroli. Jeżeli ekspertyzy i badania potwierdzą szkodliwość danej substancji, zostanie ona na stałe wycofana z rynku i zakazana.

Gdy przepis wejdzie w życie, będzie nowatorski w skali europejskiej i światowej. Pozwoli skuteczniej walczyć z substancjami psychoaktywnymi zalewającymi nie tylko polski rynek. Z handlem tzw. dopalaczami zmagają się z lepszym lub gorszym efektem wszystkie państwa Unii Europejskiej. *Smart shops* – sklepy handlujące dopalaczami – istnieją w większości krajów Europy. Najwięcej jest ich w Wielkiej Bry-



tanii, Niemczech i Holandii. Jak do tej pory żaden z krajów europejskich nie zdelegalizował działalności tych sklepów”.

Od 1 lipca 114 substancji, traktowanych do tej pory jako toksyczne, uznaje się za narkotyki. A to oznacza, że kara za ich posiadanie i dystrybucję jest taka, jak w przypadku narkotyków. Handel nimi jest zatem zabroniony, ścigany z urzędu i zagrożony karą pozbawienia wolności tak jak handel narkotykami. Nowelizacja ustawy ogranicza też możliwość przywozu do Polski tak zwanych środków zastępczych dla środków psychotropowych oraz nowych substancji psychoaktywnych. Doprecyzowana została definicja zieleńki innych niż włókniste, za zbiór którego grozi kara pozbawienia wolności do lat trzech, natomiast za uprawę mogącą dostarczyć znaczną ilość zieleńki – od 6 miesięcy do 8 lat.

Przepisy są przejściowe, ponieważ „do 1 stycznia 2017 r. minister zdrowia, jak informuje Polska Agencja Prasowa, ma określić wykaz substancji o działaniu psychoaktywnym oraz maksymalny poziom ich zawartości w produkcie leczniczym. Poziom ten ma być wystarczający do przeprowadzenia skutecznej terapii (w ramach tzw. samoleczenia), w dopuszczalnym okresie bezpiecznego leczenia jednej osoby. Wówczas jednorazowo będzie można kupić leki zawierające konkretny, maksymalny poziom. Większe dawki będzie mógł przepisać lekarz”.

Problem tak zwanych dopalaczy dał ostatnio o sobie znać ze wzmoczoną siłą – ponad 600 osób hospitalizowanych w kilku województwach (także w wielkopolskim), kilka ofiar śmiertelnych. Na oddział toksykologii Szpitala im. F. Raszei tylko w ciągu dwóch dni (8–9 lipca) przywiezionych zostało 12 osób. Zatrucia, wobec braku antidotum, leczy się objawowo. – *Jeśli pacjent trafia do nas z bardzo wysokim ciśnieniem, próbujemy je obniżyć* – tłumaczy toksykolog Dorota Klimaszek na łamach „Gazety Wyborczej” (Sylvia Sałacka „Bardzo rośnie liczba zatruć po dopalaczach, 11–12 lipca 2015 r.). Jeśli jest silnie pobudzony – podajemy mu leki uspokajające. Pilnujemy, żeby nie za-

chłynał się własnymi wymiocinami, nie wyskoczył przez okno. Uzupełniamy gospodarkę wodno-elektrolitową. Bo ludzie odurzeni przez kilka dni potrafią nie jeść, nie pić i odwadniają się. Tylko tyle możemy zrobić dziś na toksykologii.

– *Co piąty pacjent* – mówi dr Eryk Matuskiewicz – *po wyjściu z toksykologii wymaga zwykle jeszcze długiego leczenia psychiatrycznego, bo cierpi na depresję, omamy. Większość chorych, często nawet po jednorazowym zażyciu dopalaczy – kwalifikuje się do leczenia odwykowego”.*

„W ostatnich dniach w kraju odnotowano wiele przypadków zatrucia narkotykami – tzw. dopalaczami. Do szpitali trafiły osoby z ostrym zatruciem organizmu. Apelujemy i ostrzegamy, aby nie kupować i nie zażywać takich substancji. Producenci i sprzedawcy dopalaczy kierują się przede wszystkim zyskiem, nie obchodzi ich ludzkie życie! Sprzedając dopalacze, sprzedają śmierć!” alarmuje Ministerstwo Zdrowia. I podaje numery telefonów, pod którymi można szukać pomocy, a które przekazane zostaną do wszystkich resortów, urzędów wojewódzkich i powiatów. Oto one:

- 800 060 800 – bezpłatna, całodobowa infolinia Głównego Inspektora Sanitarnego. Przeznaczona dla rodziców, którzy mają wątpliwości, czy ich dzieci zażywają dopalacze. Na infolinię GIS można także przekazywać informacje, które mogą ułatwić służbom dotarcie do osób handlujących tymi nielegalnymi substancjami,
- 116 111 – telefon zaufania dla dzieci i młodzieży. Dostępny codziennie w godzinach 12.00–20.00, prowadzi go Fundacja Dzieci Niczyje,
- 800 100 100 – bezpłatny telefon dla rodziców i nauczycieli w sprawach bezpieczeństwa dzieci,
- 800 12 12 12 – bezpłatny dziecięcy telefon zaufania Rzecznika Praw Dziecka, czynny od poniedziałku do piątku w godzinach 8.15–20.00.

ANDRZEJ PIECHOCKI

FOT. ANDRZEJ PIECHOCKI

nazwą RTS, S/AS01. Produkuje ją koncern GlaxoSmithKline. Firma nie podaje, ile będzie kosztować szczepienie, jednak podkreśla, że nie zamierza zarabiać na tym preparacie.

Mosquirix okazał się najbardziej wydajny w ochronie dzieci w Afryce. Jego skuteczność wśród dorosłych jest niższa. Dlatego GSK nie zamierza oferować – przynajmniej na razie – tej szczepionki osobom podróżującym do krajów zagrożonych malarią.

Mosquirix jest pierwszą szczepionką przeciw malarii, która zostanie poddana regularnym testom Europejskiej Agencji Leków (EMA) w celu sprawdzenia profilu bezpieczeństwa oraz efektów jej stosowania.

Naukowcy i lekarze oceniają korzyści płynące z jej stosowania w porównaniu z ewentualnymi negatywnymi efektami ubocznymi. W specjalnym komunikacie EMA podkreśla, że szczepionka nie będzie sprzedawana w krajach Unii Europejskiej.

Mosquirix jest przeznaczony do szczepienia dzieci w wieku od 6 tygodni do 17 miesięcy w regionach, gdzie występuje malaria powodowana przez zarodźce *Plasmodium falciparum*. Chroni również przed wirusowym zapaleniem wątroby typu B.

Preparat testowano w siedmiu krajach Afryki – Burkina Faso, Gabonie, Ghanie, Kenii, Malawi, Mozambiku i Tanzanii. Jak na standardy znanych szczepionek dla dzieci Mosquirix oferuje skromną ochronę przed zachorowaniem. U dzieci w wieku od 5 do 17 miesięcy ochrona jest najmocniejsza i wynosi 56% w ciągu roku. U młodszych dzieci – w wieku 6–12 tygodni – efektywność szczepionki to tylko 31%. W obu grupach wiekowych ochrona wyraźnie spada po upływie roku od zaszczepienia.

Pierwsze testy RTS, S rozpoczęły się jeszcze w 1998 r. W eksperymentach w Afryce wzięło udział w sumie 16 tys. dzieci. Finansowe wsparcie zapewniła Fundacja Billa i Melindy Gatesów.

EMA zgodziła się jednak na testy preparatu, bo w tej chwili nie ma dla niego żadnej alternatywy. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia, malaria zabija ok. 600–700 tys. ludzi rocznie. Ponad pół miliona

PERYSKOP

onet.pl

spośród ofiar tej choroby to mieszkańcy Afryki. Aż 80% z nich to dzieci w wieku do 5 lat. Najlepsze obecnie dostępne leki to preparaty bazujące na artemizynie. Lekarze zalecają podróżnym zabezpieczanie się przed komarami przenoszącymi pasożyty za pomocą siatek – moskitier, oraz środków ochrony skóry.

Uniwersalny lek na choroby mózgu

Przypadkowe odkrycie może przyczynić się do stworzenia skutecznej terapii chorób Parkinsona i Alzheimer. Testy z udziałem pacjentów rozpoczną się już w przyszłym roku.

Tak szybka ścieżka do pierwszych testów klinicznych jest najlepszym dowodem na to, jak bardzo są potrzebne leki przeciw chorobie Alzheimer, Parkinsona czy rzadziej występującej, ale groźnej Creutzfeldta-Jakoba. Łączy je nieprawidłowa struktura białek odkładających się w postaci płytek w mózgach osób chorych. Teraz się wydaje, że naukowcy znaleźli jeden sposób, aby te nieprawidłowe złogi rozbić. Ma w tym pomóc wirus, odkryty... pół wieku temu w ściekach. To bakteriofag (wirus atakujący bakterie) o nazwie M13. Od dawna naukowcy badają jego możliwości, nie tylko w medycynie, ale również do budowy nanostruktur, baterii nowego typu czy w fotowoltaice. Spostrzeżenie, że M13 potrafi się przyklejać do białek o nieprawidłowej budowie, pozwala jednak wykorzystać jego cechy w walce z chorobami neurodegeneracyjnymi.

Naukowcy wykorzystali zdolność M13 do „rozpoznawania” nieprawidłowych białek – działa to jak system naprowadzania na cel. Przymocowali do niego przeciwciała, dzięki któremu organizm jest w stanie samodzielnie pozbyć się płytek. Firma nazywa tę technologię GAIM – *General Amyloid Interaction Motif*.

Jeżeli wirusowy lek zostanie zgodę na badania kliniczne, w pierwszej kolejności otrzymają go pacjenci w początkowej fazie choroby Alzheimer, u których stwierdzono płytki β -amyloidu oraz tzw. splątki neurofibrylarne białka tau. Jeżeli okaże się sku-

SHORT CUTS

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



Niepożądane zdarzenia medyczne – czyli całe szczęście, że nie wydarzyło się to w Polsce – nie do końca wakacyjna „niestworzona historia” bez happy endu.

Schemat wydarzeń zazwyczaj jest bardzo podobny. Podekscytowani dziennikarze tej czy innej stacji telewizyjnej albo też tej czy innej gazety bądź portalu internetowego informują o błędzie (kolejnym błędzie), do którego doszło w tej czy innej placówce medycznej. Narracja jest zwykle jednostronna, sprawca zdarzenia wskazany i *a priori* uznany za winnego, niemalże zbrodni z premedytacją (ale bez premedykacji), oczywiście bez prawa do obrony. Dyrekcja placówki albo milczy, albo od razu stwierdza, że „podsądny” jest zawieszony w czynnościach lub wręcz już nie pracuje, ponieważ dostał wypowiedzenie. Jeśli sprawa dotyczy publicznej placówki, to wkrótce dowiadujemy się, że minister, ewentualnie wojewoda, wysłał już tam „wysoką” komisję, a Narodowy Fundusz Zdrowia od razu mówi o karach bądź zerwaniu kontraktu i oczywiście także wysła kontrolę. Często swoje trzy grosze wtrąca też pani Rzecznik Praw Pacjenta, przy czym jej wypowiedzi porażają dyletantstwem i są zazwyczaj jak strzał kulą w płot. Te wszystkie działania wzbudzają wzmogłą aktywność na wszelkiej maści forach internetowych, przy czym większość wypowiedzi nie nadaje się do przytoczenia ze względu na obraźliwy język bądź nawoływanie do przemocy wobec lekarza (lekarzy). Jeśli nic nowego, atrakcyjnego medialnie się nie wydarzy, to sprawa żyje w mediach ok. 2 tygodni, następnie dziennikarze znajdują nową ofiarę. Potem sprawa toczy się „za zamkniętymi drzwiami” najróżniejszych komisji, często także sądów, latami i w efekcie gdy na koniec okazuje się, że to jednak nie zbrodnia lekarza, tylko niekorzystne zdarzenie medyczne, które statystycznie ma prawo się wydarzyć z taką bądź inną częstotliwością, nawet przy dochowaniu jak największej staranności, to nikt poza zainteresowanymi lekarzami nie dowiaduje się o takim rozstrzygnięciu, no chyba że konkurencyjna stacja telewizyjna lub gazeta chce dopieć konkurentom i wtedy podaje tę informację na piątej stronie petitem. Niby wszystko jest w porządku, tylko lekarz ma zszarganą opinię, często musi zmienić miejsce zamieszkania i pracy, a tak odległy wyrok uniewinniający niczego mu nie daje poza gorzką satysfakcją.



Pochodną tego sposobu przedstawiania zdarzeń medycznych czy to niekorzystnych, czy też tylko potencjalnie niekorzystnych jest to, że w Polsce praktycznie (w odróżnieniu od teorii) nie ma takiego rejestru, a nawet jeśli gdzieś faktycznie funkcjonuje, to zgłaszalność tychże faktów przez lekarzy czy pielęgniarki jest znikoma, ponieważ każdy zgłaszający boi się, że zaraz będzie miał na karku, jeśli nie prokuratora lub rzecznika odpowiedzialności zawodowej, to przynajmniej kancelarię reprezentującą pacjenta, którego zdarzenie dotyczyło. Ten stan rzeczy jest niestety efektem zaniedbań naszych ustawodawców, którzy jasnym i niepozostawiającym miejsca na interpretację zapisem prawnym zwolniliby osobę zgłaszającą zdarzenie z odpowiedzialności. Ciekawe, że w odniesieniu do ochrony zdrowia ten system nie funkcjonuje, podczas gdy doskonale sprawdza się w różnego rodzaju firmach przemysłowych, gdzie taka informacja jest cenna i wykorzystywana, by w przyszłości uniknąć podobnych zdarzeń, a osoby zgłaszające mało tego, że nie są karane, to jeszcze często nagradzane, gdyż przyczyniły się po optymalizacji procesu produkcji i jej bezpieczeństwa, co bezpośrednio przekłada się na wyniki finansowe. Tłumaczenie decydującym, że podobne rozwiązania funkcjonujące z powodzeniem w wielu europejskich krajach pozwalają analizować zdarzenia, eliminować miejsca, procedury niebezpieczne bądź mogące być przyczyną błędów w efekcie się opłacają, a nadmierna penalizacja szkodzi – jak na razie przypominają gadanie dziada do obrazu (przepraszam wrażliwszych za ewentualne skojarzenia).

Pochodną takiego podejścia do tematu jest problem wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych. Zamiast skutecznego narzędzia mającego zrekomensować finansowo pacjentowi niekorzystne zdarzenie medyczne w miarę prosto i szybko, otrzymaliśmy niedoskonały quasi-sąd, z którego działania nikt nie jest zadowolony, a niektóre propozycje odszkodowań mogą służyć za materiał do skeczy kabaretowych. Taki stan rzeczy jest efektem majstrowania posłów dyletantów nad systemem, który z powodzeniem funkcjonuje w Szwecji. Niestety, dla naszych sejmowych orłów rozwiązanie, że to państwo ponosi koszty odszkodowań, było za proste i nie do przyjęcia, dlatego postanowiono, że to placówka wypłaca te odszkodowania i może w związku z tym dowolnie je kształtować, co przy braku zakazu dochodzenia przez pacjenta zadośćuczynienia na innej drodze powoduje po pierwsze przewlekłość spraw, konieczność stwierdzenia winy placówki, a nie tylko samego faktu zaistnienia niekorzystnego zdarzenia. Równocześnie nasz pomysłowy parlament postanowił zobligować placówki szpitalne do posiadania obowiązkowego ubezpieczenia od takich roszczeń, w efekcie jedyne ubezpieczenie zaproponował jeden zakład ubezpieczeń – na warunkach, które są tak niekorzystne, że jak stwierdził jeden z dyrektorów dużego szpitala – nie stać go na nie i nabędzie je tylko wtedy, jak go ustawa do tego zmusi. Na szczęście po raz kolejny jej wejście w życie ma być przesunięte i być może w tym czasie, przy dobrej woli ustawodawcy, da się coś zmienić, by spełniała swoją funkcję, nie rujnując szpitali.



Że może być inaczej, gdy wydarzy się niekorzystne zdarzenie medyczne, mogliśmy się ostatnio przekonać przy okazji głośnego zgonu, który wydarzył się w jednej z klinik jednej z naddunajskich stolic. Po pierwsze nie było papli lekarzy lub innych przedstawicieli kliniki, którzy dziennikarzom opowiadaliby o szczegółach pobytu pacjenta. Nie było nagonki prasowej na klinikę i jej lekarzy, choć konkurencja na tamtym rynku jest duża i cios w renomę placówki niewątpliwie był duży. Jednakże wszyscy zachowali umiar w wypowiedziach, podkreślając, że takie rzeczy mogą się zdarzyć i statystyki mówią, że przeżywalność w podobnych sprawach jest taka a taka i lekarze nie mają na nią wielkiego wpływu. Niestety, to inny świat i inna kultura, a może właściwie ciągłość kultury – nie tylko mediów – czego u nas brak z powodu wiadomej wszystkim „przerwy w życiorysie”. Wyobraźcie sobie Państwo teraz, co by było, gdyby do tego zdarzenia doszło w jednej z polskich klinik. Media miałyby używanie przez wiele tygodni, a komisje różnych szczebli nie mogłyby się przepchać przez drzwi kliniki, gdyż tak dużo by ich było. Do tego doszłyby wypowiedzi różnych ekspertów, którzy co prawda nie znając szczegółów sprawy, poza dziennikarskimi relacjami, nie zostawiliby na kolegach, których to zdarzenie by dotyczyło, suchej nitki. Pojawiłyby się też różne teorie spiskowe, tak niesamowite i krwawe, że bajki braci Grimm przy nich to niewinne historie dla pensjonarek.

I to już tyle, w ramach odskoku od naszej rzeczywistości polecam prawdziwe bajki braci Grimm nie tylko na wakacyjne wieczory i nie tylko dla dzieci bądź wnuków.

Nina Szmyt

Moje miejsce

Od lat to samo miejsce, miejsce niepojęte,
z krzywymi chodnikami na wąskich uliczkach,
magiczne, ukochane, tak ważne, że święte,
za którym zewsząd tęsknię i gdzie zawsze wrócę.

I choćbym przemierzała wszystkie strony świata,
tysiące miast zjeżdżała i portów tysiące,
zawsze tutaj powrócę, tak jak ptak przylata
do gniazda, aby spocząć na znajomej łące.

2006

Nina Szmyt ur. w 1944 r. w Śremie. Całe życie związana ze Śremem, gdzie przez 35 lat uczyła języka polskiego.

Ukończyła filologię polską na Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Od kilku lat jest członkiem ZLP w Poznaniu. Debiutowała na początku lat sześćdziesiątych drobnymi wierszami na łamach ówczesnych czasopism lokalnych i młodzieżowych. Pierwszy samodzielny tomik *Uwierzyć w motyle* ukazał się w 1996 r. Następne to: *Twe biblijne imię* w 1999 r., *Balkon z ławką* w 2003 r., *Trzy One* w 2005 i 2006 r., *Cmentarze* w 2006 r., *Wiersze niektóre* w 2007 r., *Stara fotografia* w 2008 r., *Różowa łąka* w 2012 r.

PERYSKOP

onet.pl

teczny, w następnej kolejności dostaną go pacjenci z chorobą Parkinsona, a później cierpiący na inne schorzenia, w których stwierdza się odkładanie złogów nieprawidłowych białek (amyloidoza). Niezwykłe właściwości bakteriofaga M13 sprawiają, że może być on również przydatny do walki z chorobami prionowymi – np. tak zwanym nowym wariantem choroby Creutzfeldta-Jakoba.

Ale nie wszyscy lekarze są przekonani, że bakteriofagi są sposobem na choroby neurodegeneracyjne. Nie ma bowiem pewności, że wyczyszczenie części złogów przywróci sprawność umysłu czy zatrzyma postępującą degenerację mózgu. Bo naukowcy ciągle spierają się o to, czy nieprawidłowe złogi występujące u chorych rzeczywiście są przyczyną zaburzeń.

– *Podawanie pacjentom leku, który, powiedzmy, o 30% zredukuje nieprawidłowe płytki, ale nie zapobiegnie uszkodzeniom neuronów, mija się z celem* – uważa Michel Goedert z Laboratorium Biologii Molekularnej w Cambridge komentujący wyniki.

– *Jeszcze za wcześnie wyrokować, że poprawa zdolności poznawczych myszy przełoży się na rzeczywistą poprawę u ludzi cierpiących na demencję* – mówi magazynowi „New Scientist” Simon Ridley z Alzheimer Research UK. – *Ale ponieważ to bardzo poważna choroba i wielkie wyzwanie medyczne, należy sprawdzić wszystkie opcje.*

Naukowcy są ostrożni w optymizmie, ponieważ dotychczasowe wysiłki w poszukiwaniu leku na chorobę Alzheimera przyniosły mierne rezultaty. – *Od zawsze powtarzaliśmy, że jesteśmy pięć lat od naprawde efektywnej terapii* – mówi Steven Ferris z Centrum Medycznego Uniwersytetu Nowego Jorku, który poszukuje leku od 40 lat. Przypomina, że na razie 123 leki na alzheimera, które były skuteczne w laboratorium, okazywały się nieprzydatne w leczeniu.

Drugi w Polsce Ośrodek Chorób Rzadkich

– *To tylko kropla w morzu potrzeb. W Polsce na takie dolegliwości cierpi ok. 2 mln osób, które mimo deklaracji*

PERYSKOP

onet.pl

rzędu nie doczekały się do dzisiaj rozwiązań systemowych. Na świecie występuje ok 6 tys. rzadkich chorób. W Polsce cierpi na nie ok. 6% społeczeństwa, czyli nawet 2 mln osób.

Dla większości pacjentów nie wynaleziono dotychczas leków, dlatego tak ważny jest dostęp do wysokospecjalistycznej opieki medycznej i rehabilitacji. Są tacy, którzy mogliby być leczeni, ale w Polsce leczenie jest nierefundowane – mówi Wirtualnej Polsce Mirosław Zieliński, prezes Krajowego Forum na Rzecz Terapii Chorób Rzadkich.

Statystyki pokazują skalę problemu, dlatego w Gdańsku zdecydowali się działać. 1 lipca została uruchomiona placówka, w której chorzy na rzadkie choroby będą mogli otrzymać kompleksową pomoc. W jednym miejscu są specjaliści z kilkunastu różnych dziedzin oraz niezbędny sprzęt diagnostyczny. Podobny ośrodek działa od trzech lat w Krakowie. Do tej pory był jedyną tego typu placówką w Polsce. Zgłaszają się do niego osoby mające problem z diagnostyką. Często bowiem lekarze pierwszego kontaktu oraz specjaliści mają problemy z postawieniem właściwej diagnozy.

– *Przed wszystkim brakuje w Polsce rozwiązań systemowych, podobnych jak przy chorobach onkologicznych. Z niezrozumiałych przyczyn Ministerstwo Zdrowia nie wdraża Narodowego Planu dla Chorób Rzadkich, strategii, która została opracowana już dwa lata temu. Utrudniony dostęp do diagnostyki, leczenia oraz opieki sprawiają, że osoby z chorobami rzadkimi i ich rodziny są często pozostawione same sobie. W wypadku chorób rzadkich powinny funkcjonować specjalne ośrodki specjalizujące się w diagnostyce i leczeniu, tylko w ten sposób pacjenci będą mogli być leczeni na poziomie porównywalnym jak osoby z bardziej powszechnymi chorobami* – dodaje Zieliński.

Początkowo, wg założeń klinika ma przyjmować w ciągu roku 100 dziecięcych pacjentów. Szpital zdecydował się na nadanie priorytetu dzieciom, ponieważ ustalenie rozpoznania we wczesnym etapie rozwoju choro-

Wizyta lekarska – popis siły?

Chciałbym wywołać temat wizyt lekarskich. Są one tak naturalną częścią życia naszych oddziałów szpitalnych, że może niektórych zadziwi, że warto pochylić się nad problemami z nimi związanymi. Ale kontestować sprawy nawet – wydawałoby się najbardziej oczywiste – jednak warto.

Osobiście w moim lekarskim życiu – od samego początku – miałem i mam pozytywne doświadczenia dotyczące wizyt lekarskich, jednakże uważam, że refleksja w tym zakresie jest niezbędna i dość nawet pilna.

Pierwszym impulsem do refleksji była odmowa poddania się wizycie przez jednego z młodych hospitalizowanych pacjentów. Poprosił odważnie i w dość zaskakującym momencie na początku wizyty w swojej sali, by nie omawiać w sposób publiczny spraw związanych z jego chorobą w obecności innych pacjentów oraz osób z personelu medycznego niezwiązanych bezpośrednio z jego leczeniem. Spotkałem się także – jako osoba współzarządzająca szpitalem – ze skargami pacjentów kontestujących charakter wizyt lekarskich, zarzucając krępujące wypowiedzi prowadzących wizytę, a także wyrażanie uwag świadczących o rozdziwkiach wśród lekarzy.

Kolejnym impulsem była wypowiedź podczas jednego z wykładów pielęgniarskich (znów nieco się narażę?!), że wizyta to taki archaiczny pokaz lekarskiej siły, którego zmierzchu trzeba w najbliższych latach się spodziewać. Czy rzeczywiście?

Wiemy, że – w zależności od charakteru oddziału oraz sposobu zarządzania – wizyty przyjmują różne formy. Od chirurgicznego zwięzłego przeglądu pacjentów oddziału po trwające godzinami internistyczne dywagacje. Na drogach naszej lekarskiej edukacji na pewno doświadczyliśmy, że wizyty mogą mieć niezwykle istotne znaczenie edukacyjne. Pod warunkiem oczywiście, że nie polegają na mamrotaniu ordynatorowi do ucha przez kolejnych lekarzy prowadzących ani na formowaniu orszaku z ogonem daleko poza salą chorych, gdzie jakakolwiek percepcja spraw jest niemożliwa. Ten element edukacyjny – obok organizacyjnego – pomagającego okiełznać sprawy łatwe i trudne pacjentów oddziału w sposób systematyczny jest zapewne elementem usprawiedliwiającym formułę wizyty.

Nie można jednak nie zwrócić uwagi na fakt, że podczas takiego „obchodu” niezwykle trudne jest zachowanie intymności pacjentów oraz praw im przynależnych – w sposób jednoznaczny i bezwzględny wymagających zachowania. Warunki powyższe spełnia się w przypadku niezwykle inteligentnego emocjonalnie prowadzenia wizyty. Na wielu oddziałach w taki sposób udaje się taką formułę dobrze ukształtować. Nauczyliśmy się także – w celu zachowania tajemnicy – pewnego sposobu wypowiadania unikającego naruszenia tajemnicy czy intymności przy zachowaniu skutecznej komunikacji w zespole, jednak bez zrozumienia komunikatu przez osoby postronne. Warto dodać, że rozsądnie prowadzona wizyta ma na pewno szansę przynoczyć pacjentom poczucia bezpieczeństwa w odniesieniu staranności pochylenia się nad ich zdrowotnymi problemami. Najbardziej rozsądną formułą staje się omawianie stanu pacjentów w odrębnej sali po zakończonej wizycie, bez skrępowania i naruszenia praw pacjenta.

Przewidywać jednak można, że w najbliższych latach – ze względu na wzrastającą wrażliwość związaną z uszanowaniem praw pacjentów – stanie się faktycznie niemożliwe omawianie spraw pacjentów w obecności osób postronnych, niezwiązanych bezpośrednio z leczeniem: zarówno innych pacjentów, jak i szerszego grona medyków.

Warto podjąć więc refleksję i przemyśleć praktyczne aspekty prowadzonych wizyt. A także ćwiczyć się w zachowaniu wrażliwości w stosunku do pacjentów, jak również współpracowników. Warto, byśmy dokonali tego szybko sami my – lekarze. Jeśli tego nie uczynimy, to zajmą się tym coraz liczniej obecni w zarządzaniu szpitalami choćby specjaliści od organizacji, jakości lub inni ambitni – często w sposób instrumentalny posługujący się argumentami związanymi z prawami pacjentów. Nie dajmy się „nadziać na widelec” w kolejnej sprawie, by potem narzekać, że w naszych szpitalach poddawani jesteśmy administracyjnej opresji.

SZCZEPAN COFTA



Srebrne medalistki Pucharu Narodów, od lewej: Grażyna Martini-Kamińska, Joanna Gałuszka-Garnuszek, Małgorzata Pawelec-Wojtalik, Bożenna Kędzierska i Agata Wojciuk.

Fot. z archiwum dr Małgorzaty Pawelec-Wojtalik

Trzykrotna medalistka

Doktor Małgorzata Pawelec-Wojtalik na trzech kontach – swoim, Wielkopolskiej Izby Lekarskiej i Polski – zapisała międzynarodowy triumf. Z turnieju tenisowego w Rotterdamie wróciła z tarczą. Trzykrotnie stała na podium. Jej kolekcję wzbogaciły medale: złoty, srebrny i brązowy.

We wrześniu 2014 r. lekarze rywalizowali w Nusa Dua na południowym wybrzeżu indonezyjskiej wyspy Bali. W lipcu 2015 r. medycy z wielu krajów skrzyżowali rakiety na kortach w Rotterdamie w ramach 45th *World Medical Tennis Society (WMTS) Congress and Championship*.

Sesje naukowe kongresu (w tym roku cztery), tradycyjnie już, połączone zostały z turniejem tenisowym w czterech kategoriach (singiel, debel, mikst, Puchar Narodów), także wiekowych. Mocnym atutem reprezentacji Polski była dr Małgorzata Pawelec-Wojtalik z Poznania. Startowała w czterech kategoriach: gra pojedyncza, podwójna (w parze z Bożenną Kędzierską), Puchar Narodów (w drużynie wraz z Grażyną Martini-Kamińską, Joanną Gałuszką-Garnuszek, Bożenną Kędzierską i Agatą Wojciuk), mikst (z Marcinem Wrońskim). W pierwszych trzech zdobyła medale, odpowiednio: brązowy, złoty, srebrny.

Turniej o statusie mistrzostw świata lekarzy ma wieloletnią tradycję, pierwszy odbył się w 1971 r. w Monte Carlo. Gospodarzami kolejnych mają być Peru i Turcja.

ANDRZEJ PIECHOCKI

Ogólnopolska Wystawa Fotograficzna Lekarzy „Wokół nas...”

W Klubie Lekarza w Łodzi przy ul. Czerwonej 3 odbędzie się w październiku, tradycyjnie jak co roku, powakacyjna Ogólnopolska Wystawa Fotograficzna Lekarzy tym razem pod hasłem – „Wokół nas...” – realizację tego tematu pozostawiamy inwencji i wyobraźni lekarzy i lekarzy dentystów chcących wziąć udział w tegorocznej Wystawie.

Wernisaż wystawy planowany jest na 18 października 2015 r. o godz. 17.

Wystawa potrwa do 23 października br.

Zapraszamy do udziału w prezentacji zdjęć Koleżanki i Kolegów nie tylko z łódzkiej OIL, ale ze wszystkich okręgowych izb w Polsce. Prace prosimy nadsyłać na nasz adres nie później niż do 9 października br. Fotogramy winny być nie mniejsze niż w formacie A5, wykonane w technikach dowolnych, opatrzone następującymi informacjami: imię i nazwisko, specjalizacja i miejscowość zamieszkania autora, a także ewentualnie tytułem.

Kontakt: Iwona Szelewa, sekretariat Okręgowej Izby Lekarskiej,
93-005 Łódź, ul. Czerwona 3, tel. +48 42 683 17 01

by pozwalała ograniczać jej skutki. Dorośli będą przyjmowani z czasem. Wynika to również z systemu finansowania szpitala. Placówka na działalność ośrodka nie otrzymała oddzielnego kontraktu NFZ. Dlatego wszystkie porady będą się odbywać w ramach umów na opiekę pediatryczną.

Należy mieć nadzieję, że limit przyjęć się zwiększy, ponieważ już teraz trójmiesięczna służba zdrowia ma kilkumiesięczne opóźnienie, np. w kolejce do szpitalnej konsultacji okulistyckiej czeka się od 56 do 219 dni w zależności od placówki.

Terapia genowa wrodzonej wady słuchu

Naukowcy usunęli defekt DNA skutkujący głuchotą. Wykorzystali do tego... wirusy wprowadzane do uszu. Eksperyment przeprowadzono na razie na zwierzętach. Lekarze są przekonani, że metoda ta wejdzie do użytku w ciągu 10 lat. Przy użyciu tej techniki będzie można usunąć wrodzone wady słuchu u co najmniej 6% dzieci. Sukces jest dziełem specjalistów ze szwajcarskiej *Ecole Polytechnique Federale* w Lozannie i amerykańskiego *Boston Children's Hospital*. Zespół skoncentrował się na genie *TMC1*, który u ludzi odpowiada za 4–8% przypadków wrodzonych wad słuchu. Jednak ta sama technika może zostać użyta do usuwania innych wad w DNA człowieka.

Mutacje w *TMC1* powodują, że tzw. komórki rzęśate w uchu wewnętrznym nie zamieniają dźwięku w impulsy elektryczne, które rozumie mózg nasz. Skutkuje to niemal całkowitą głuchotą. Myszy, które poddawano eksperymentalnej terapii, nie słyszały dźwięków o natężeniu 115 decybeli – porównywalnym z natężeniem generowanym przez pracującą piłę łańcuchową albo podczas koncertu rockowego.

Naukowcy muszą teraz się upewnić, że terapia jest bezpieczna i daje trwałe efekty. Zabieg miałby być jednorazowy – na całe życie. Trzeba też zbadać, w jaki sposób u osób poddanych takiej terapii zmienia się postrzeganie dźwięku.

Zarządzanie profesjonalne

Zarządzanie w gabinecie lekarskim i dentystycznym jest wyzwaniem dla wielu lekarzy, szczególnie jeśli w grę wchodzi zatrudnianie personelu pomocniczego i stała współpraca z innymi lekarzami. Większość właścicieli mniejszych i większych placówek medycznych po prostu nie miała szans poznać ekonomii czy zasad zarządzania podczas formalnego procesu kształcenia i poznaje je dopiero poprzez własne doświadczenia. Nie zawsze z korzyścią dla siebie i pacjentów, ponieważ popełnia wiele błędów podczas uczenia się na własnym przykładzie. Zatem zapotrzebowanie na gotową wiedzę w zakresie ekonomii, zarządzania, marketingu i komunikacji z zespołem i pacjentem wydaje się duże i jako takie naturalne.

Rozpoczynając cykl artykułów o tematyce szeroko pojętego zarządzania, przybliżę Państwu wiele pożytecznych wskazówek, które można zastosować w gabinetach, przychodniach czy większych placówkach. Na co dzień przekazuję je lekarzom menedżerom na ich własne życzenie. Zalecenia nie są proste, bo lekarze nie chcą słuchać DEFINICJI, tylko otrzymywać ROZWIĄZANIE i to dotyczące ich konkretnej praktyki oraz prawdziwej i unikatowej sytuacji zarządczej. Zagadnienia, które będę przybliżać stopniowo, dotyczą zarządzania i jego funkcji (planowanie pracy, organizowanie przedsiębiorstwa, motywowanie lub angażowanie ludzi, kontrola właścicielska) oraz zasobów, jakimi się dysponuje (finanse, sprzęt i materiały, informacja, ludzie). Nieodłączny przy zarządzaniu jest marketing, widziany wyłącznie w granicach prawa i przyjętych norm. Marketing rozumiem jednoznacznie jako reagowanie na potrzeby pacjentów (nazywanych przez ekonomistów konsumentami czy klientami) i/lub tworzenie tych potrzeb. Wszystko po to, aby pacjent otrzymał to, czego oczekuje. Marketing z kolei nie może istnieć bez solidnego zaplecza komunikacyjnego, bezpiecznego etycznie oraz prawnie. Zapewne są wśród czytelników i tacy lekarze, którzy chętnie poznaliby metody „mówienia bezboleśnie wprost tak, by dotarło, ale nie zraniło” – w tym pomoże poznanie komunikacji biznesowej. Komunikacja powinna obejmować wszystkie osoby biorące udział w procesie leczenia i profilaktyki zdrowia, stając się narzędziem o skali 360°. Personel, rodzina, pacjent, udziałowcy – wszyscy chętnie będą czerpać zyski dzięki jej jasności i skuteczności.

Kto prawidłowo rozumie pojęcia zarządzania, marketingu i komunikacji w przedsiębiorstwie, ten ma ułatwienie w stosowaniu różnorodnych metod i technik. Winna jestem dodać, że ekonomia, jako ogromna nauka, podobnie jak medycyna, podzielona na różne dziedziny wiedzy specjalistycznej, dostarcza wiedzy również o finansach. Zrozumienie choćby podstawowych wskaźników i zjawisk określonych liczbami (np. wyrażającymi pieniądze), pozwala kształtować myślenie menedżerów w ochronie zdrowia. Nic już potem nie jest takie samo. Zmiany pojawiają się nieodwracalnie po to, aby móc pracować lżej, choć niekoniecznie mniej. Sięgnijmy po tę wie-

dr n. ekon. Magdalena Szumska – ekspert w zakresie zarządzania jednostkami medycznymi. Doktoryzowała się w 2004 r. z coachingu jako metody zarządzania zasobami ludzkimi w polskich szpitalach na Uniwersytecie Ekonomicznym w Poznaniu. Ukończyła Institut de Gestion de Rennes IGR-IAE (Université de Rennes). Jest wykładowcą i doradcą biznesowym. Realizuje badania naukowe z zarządzania i marketingu. Autorka ponad stu publikacji z dziedziny zarządzania i relacji z klientem-pacjentem. www.szumska.pl



Wyzwanie i sprostanie zarządzaniu gabinetem

dę z zakresu ekonomii nawet wrywkowo, aby choć częściowo poukładać swoje miejsce pracy działające na rynku usług medycznych. Ekonomia pokaże nam elegancko, że wartości przedstawione wskaźnikowo, odpowiednio zinterpretowane, mogą pozytywnie wpłynąć na decyzje zarządcze i wyniki finansowe.

Wiedząc już, jak rozumieć zarządzanie, marketing, komunikację i ekonomikę, zachęcam do przyjrzenia się podstawowej kwestii, którą przekazują ekonomiści z pasją, wiedzą i doświadczeniem. Oto motto, które – mam nadzieję – będzie towarzyszyć państwu w pracy: czas to pieniądz. Są bowiem tylko dwie podstawowe wartości, które można policzyć: czas i pieniądze, i są one wobec siebie komplementarne. Dobry menedżer pamięta, że za pieniądze można kupić czas drugiej osoby, np. personelu pomocniczego, i dzięki temu pracować mniej tam, gdzie jest to mało opłacalne, a w czym może nas zastąpić osoba do pomocy. Dobry menedżer wie też, że czas z kolei można wymienić na pieniądze, przykładowo oddając go do dyspozycji innym, wyspecjalizowanym ośrodkom zdrowia i w ten zamierzony sposób realizować tylko część procedur. Pozostaje jedynie pytanie, co się opłaca, w jakiej ilości, kto ma nas wesprzeć i komu powierzymy siebie jako lekarza.

Wszystko jest kwestią jakości (*quality*) i ilości (*quantity*), jak to mówią ekonomiści. Dodają oni też, że wszystko jest w głowach decydentów, bo każdy z nas jest *homo oeconomicus*. Bez wiedzy z zakresu ekonomii w obszarze zarządzania, marketingu, komunikacji, prawa i etyki oraz ekonomiki, czas i pieniądz mogłyby się okazać wartością zmarnowaną, a ilość i jakość – rzuconą na pastwę niewidzialnej ręki rynku. Chyba jednak lepiej mieć kontrolę nad własnym powołaniem.

Życzę państwu dobrego gospodarowania czasem i finansami.

DR N. EKON. MAGDALENA SZUMSKA

W następnym odcinku: Granice marketingu w zarządzaniu podmiotem medycznym. Etycznie, w zgodzie z prawem, finansowo korzystnie.

Harmonogram kursów na okres wrzesień – grudzień 2015 r.

Informujemy, że na bieżąco oferta kursów będzie poszerzana, dlatego że część zaplanowanych kursów, z uwagi na okres wakacyjny, nie ma jeszcze ostatecznie ustalonych terminów oraz dokładnych lokalizacji. Mamy nadzieję, że spotka się ona z zainteresowaniem. W przypadku zainteresowania organizacją szkolenia w tematyce, która nie została uwzględniona, prosimy o kontakt mailowy z Ośrodkiem Doskonalenia Zawodowego WIL: odz@wil.org.pl.

LP	TEMAT KURSU I PROWADZĄCY	Data i miejsce	Tematyka szczegółowa	Liczba punktów	Opłata	Sposób zapisu
1	„Substancje psychoaktywne – nie tylko dla pediatry” – dr n. med. Paweł Panieński, mgr Marcin Rybakowski, lek. Eryk Matuszkiewicz, dr n. med. Magdalena Łukasik-Głębocka	19.09.2015 godz. 10.00–15.00 sala konferencyjna Poznań, al. Niepodległości 37	• Co to są substancje psychoaktywne? • Jak rozpoznać zatrucie substancjami psychoaktywnymi? • Symptomatologia zatruc substancjami psychoaktywnymi • Leczenie zatruc substancjami psychoaktywnymi • Resuscytacja dziecka zatrutego substancjami psychoaktywnymi	5	50 zł kaucja	odz@wil.org.pl
2	Kurs komputerowy	19.09.2015 (I dzień) godz. 09.00–13.00 26.09.2015 (II dzień) godz. 09.00–13.00 sala konferencyjna nr 2 Poznań, al. Niepodległości 37	poziom podstawowy	8	50 zł	61 852 06 57 wewn. 220 lub 601 799 706
3	Kurs komputerowy	22.09.2015 (I dzień) godz. 09.00–13.00 23.09.2015 (II dzień) godz. 09.00–13.00 sala konferencyjna nr 2 Poznań, al. Niepodległości 37	poziom podstawowy	8	50 zł	61 852 06 57 wewn. 220 lub 601 799 706
4	Kurs komputerowy	06.10.2015 (I dzień) godz. 09.00–13.00 07.10.2015 (II dzień) godz. 09.00–13.00 sala konferencyjna nr 2 Poznań, al. Niepodległości 37	poziom średnio zaawansowany	8	50 zł	61 852 06 57 wewn. 220 lub 601 799 706
5	„Orzekanie o wypadkach przy pracy i ustalaniu% uszczerbku na zdrowiu” – dr n. med. Krzysztof Tuszyński	07.10.2015 godz. 18.00–21.00 sala konferencyjna Poznań, al. Niepodległości 37	• Warunki BHP, ryzyko zdrowotne • Choroby zawodowe • Wypadek przy pracy, w drodze do pracy i z pracy, bez związku z pracą • Dokumentacja	3	50 zł kaucja	odz@wil.org.pl
6	„Orzekanie o niepełnosprawności (bez wypłaty renty)” – dr n. med. Krzysztof Tuszyński	14.10.2015 godz. 18.00–21.00 sala konferencyjna Poznań, al. Niepodległości 37	• Przepisy • Niepełnosprawność – definicje i cele orzecznicze • Ulgi w zatrudnianiu osób niepełnosprawnych • Ulgi podatkowe	3	50 zł kaucja	odz@wil.org.pl
7	Kurs komputerowy	17.10.2015 (I dzień) godz. 09.00–13.00 24.10.2015 (II dzień) godz. 09.00–13.00 sala konferencyjna nr 2 Poznań, al. Niepodległości 37	poriome średniozaawansowany	8	50 zł	61 852 06 57 wewn. 220 lub 601 799 706
8	„Orzekanie o długotrwałej niezdolności do pracy (renty)” – dr n. med. Krzysztof Tuszyński	21.10.2015 godz. 18.00–21.00 sala konferencyjna Poznań, al. Niepodległości 37	• Orzekanie lekarskie – podstawowe informacje • Długotrwała niezdolność do pracy – przepisy, formularze i procedury • Świadczenia rehabilitacyjne, rehabilitacja lecznicza • Rodzaje rent	3	50 zł kaucja	odz@wil.org.pl
9	Kurs komputerowy	26.10.2015 (I dzień) godz. 09.00–13.00 27.10.2015 (II dzień) godz. 09.00–13.00 sala konferencyjna nr 2 Poznań, al. Niepodległości 37	poziom zaawansowany	8	50 zł	61 852 06 57 wewn. 220 lub 601 799 706
10	Kurs komputerowy	04.11.2015 (I dzień) godz. 09.00–13.00 05.11.2015 (II dzień) godz. 09.00–13.00 sala konferencyjna nr 2 Poznań, al. Niepodległości 37	poziom średnio zaawansowany	8	50 zł	61 852 06 57 wewn. 220 lub 601 799 706
11	„Przewlekły kaszel” – dr hab. n. med. Szczepan Cofta, dr n. med. Piotr Dąbrowski	12.11.2015 godz. 18.00–21.00 sala konferencyjna Kalisz, ul. Poznańska 64	• Uwarunkowania laryngologiczne • Przyczyny pulmonologiczne • Uwarunkowania czynnościowe	3	50 zł kaucja	odz@wil.org.pl
12	„Udar mózgu” – prof. dr hab. n. med. Radosław Kaźmierski	18.11.2015 godz. 17.00–20.00 sala konferencyjna Poznań, al. Niepodległości 37	• Nowoczesna diagnostyka • Współczesne metody leczenia • Profilaktyka	3	50 zł kaucja	odz@wil.org.pl
13	Kurs komputerowy	21.11.2015 (I dzień) godz. 09.00–13.00 28.11.2015 (II dzień) godz. 09.00–13.00 sala konferencyjna nr 2 Poznań, al. Niepodległości 37	poziom zaawansowany	8	50 zł	61 852 06 57 wewn. 220 lub 601 799 706
14	„Radiologia w stanach nagłych” – dr n. med. Wojciech Kociemba	26.11.2015 godz. 17.00–21.00 sala konferencyjna Poznań, al. Niepodległości 37	• Zdjęcia przeglądowe klatki piersiowej – systematyka oceny, najczęstsze patologie • Zdjęcia kostne – ocena zmian pourazowych, częste pułapki diagnostyczne • Pacjent urazowy – schematy diagnostyczne • Pacjent z deficytem neurologicznym – schemat diagnostyczny • Metody obrazowania – RTG, USG, TK i MR – zalety i wady metod, podstawowe wskazania i przeciwwskazania, jakich informacji nie uzyskamy, stosując dane metody	4	50 zł kaucja	odz@wil.org.pl
15	„Patologia układu żylnego kończyn dolnych” – prof. dr hab. n. med. Marcin Gabriel	30.11.2015 godz. 17.00–20.00 sala konferencyjna Poznań, al. Niepodległości 37	• Przewlekła niewydolność żylna • Choroba zakrzepowo-zatorowa • Kompresjoterapia	3	50 zł kaucja	odz@wil.org.pl
16	Kurs komputerowy	01.12.2015 (I dzień) godz. 09.00–13.00 02.12.2015 (II dzień) godz. 09.00–13.00 sala konferencyjna nr 2 Poznań, al. Niepodległości 37	poziom podstawowy	8	50 zł	61 852 06 57 wewn. 220 lub 601 799 706
17	„Odrębność w leczeniu chorób układu sercowo-naczyniowego u pacjentów w wieku podeszłym” – dr hab. n. med. Katarzyna Pawlacyk-Gabriel	03.12.2015 godz. 17.00–20.00 sala konferencyjna Poznań, al. Niepodległości 37	• Nadciśnienie tętnicze • Choroba niedokrwienna serca • Miażdżyca tętnic kończyn dolnych	3	50 zł kaucja	odz@wil.org.pl
18	„Podstawowe zasady postępowania z zatrutym dzieckiem” – dr n. med. Paweł Panieński, mgr Marcin Rybakowski, lek. Eryk Matuszkiewicz, dr n. med. Magdalena Łukasik-Głębocka	05.12.2015 godz. 10.00–15.00 sala konferencyjna Poznań, al. Niepodległości 37	• Specyfikacja ostrych zatruc u dzieci – najczęstsze przyczyny, substancje mało toksyczne i bardzo toksyczne • Podstawowe zasady diagnostyki ostrych zatruc – jak wybrać materiał do badań i testy • Podstawowe zasady leczenia ostrych zatruc, zasady stosowania odtrutek specyficznych • Resuscytacja dziecka z ostrym zatruciem	5	50 zł kaucja	odz@wil.org.pl
19	„Wstęp do badań klinicznych – fakty i mity” – lek. Justyna Kosmowska-Jurasz	05.10.2015 (I termin) godz. 18.00–21.00 16.11.2015 (II termin) godz. 18.00–21.00 07.12.2015 (III termin) godz. 18.00–21.00 sala konferencyjna Poznań, al. Niepodległości 37	• Historia badań klinicznych – rys historyczny • Podział i struktura badań klinicznych – omówienie poszczególnych faz, bezpieczeństwo pacjenta • Produkt badany, badania dodatkowe • Obowiązujące przepisy • Miejsce lekarza/badacza: prawa i obowiązki	2	50 zł kaucja	odz@wil.org.pl

Zarządzanie profesjonalne

Zgodnie z zapowiedziami oddajemy do dyspozycji członków Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nową, rozszerzoną wersję platformy internetowej. Znajduje się ona na stronie internetowej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej (www.wil.org.pl) w zakładce „LOGOWANIE”.

Za pomocą platformy internetowej, poprzez numer prawa wykonywania zawodu oraz odpowiednie hasło (przy pierwszym logowaniu jest to nr PESEL), można dokonywać wiele czynności ułatwiających wymianę informacji pomiędzy lekarzem a Wielkopolską Izbą Lekarską oraz uzyskać wiele przydatnych w codziennej praktyce lekarskiej szablonowych wzorów dokumentów opracowanych przez kancelarię prawną oraz innych specjalistów w danych dziedzinach. Baza zasobów jest na bieżąco powiększana.

Szczegółowy opis zawartości platformy internetowej oraz instrukcja z jej korzystania znajdują się również na stronie internetowej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w zakładce „Platforma Internetowa”.

Oczywiście platforma jest na tyle rozwojowym narzędziem, że w przyszłości mieć będzie wiele dodatkowych opcji i funkcji takich jak m.in.:

- możliwość przekazania skanu polisy OC,
- możliwość sprawdzenia swoich danych w rejestrze lekarza (w chwili obecnej istnieje możliwość jedynie ich aktualizacji),
- możliwość sprawdzenia konta w zakresie składek członkowskich,



- możliwość opłacenia składek członkowskich, opłat za specjalistyczne szkolenia, zmian w rejestrze praktyk za pomocą instrumentów szybkiej płatności,
- w odleglejszej przyszłości możliwość elektronicznego złożenia wniosku oraz odbycie szkolenia metodą e-learningu.

W razie pytań i sugestii dotyczących platformy internetowej prosimy o kontakt.

MAREK SAJ
ADMIN@WIL.ORG.PL

Jeden adres, cztery piętra

Dyrektor Witold Draber nie kryje zadowolenia. Od 3 sierpnia 2015 r. wszystkie wydziały Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej, którą od kilku lat kieruje, są w jednym miejscu.



Nowa siedziba znajduje się w Poznaniu przy ul. Gronowej 22 (tel. 61 64 67 851). Do tej pory, i to od 61 lat, instytucja, pod względem lokalowym, była rozproszona. Ostatnio funkcjonowała pod dwoma adresami: ul. Sieroca 10 i ul. Chwaliszewo 75. Pod pierwszym kiedyś były nawet laboratoria i biblioteka Akademii Medycznej. Dzisiaj oddziały PSSE zajmują cztery piętra. I tak na przykład:

- epidemiologia (drugie),
- higiena żywności i nadzór sanitarny (czwarte),
- administracja i oświata zdrowotna (piąte),
- higiena komunalna i higiena dzieci i młodzieży (jedenaste).

– Nasze nowe miejsce – mówi państwowy powiatowy inspektor sanitarny, dyrektor PSSE dr n. med. W. Draber – z wielu powodów, na przykład dobrego dojazdu, parkingu, przestronności, jest bardzo dogodne dla petentów. Umożliwia wysoką jakość ich obsługi. Zdecydowanie poprawiły się też warunki pracy naszego zespołu. Przy tej okazji warto wspomnieć, że wszelkie sprawy lekarzy związane na przykład z ich działalnością i praktykami, załatwiamy teraz na jedenastym piętrze (tel. 61 64 67 800).

ANDRZEJ PIECHOCKI
FOT. ANDRZEJ PIECHOCKI

Serwis prawny dla członków Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

Wielkopolska Izba Lekarska informuje, że również przez najbliższe 2 lata będzie możliwość bezpłatnego korzystania z aplikacji prawnej Lex Prawo i Zdrowie (40 jednoczesnych dostępów on-line) dla członków Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. W obecnym okresie abonamentowym do dyspozycji użytkowników będzie nowy moduł Lex Navigator w Ochronie Zdrowia.

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

Największymi zaletami produktu są:

- schematy procedur i praktyczne wskazówki aktualne względem obowiązujących przepisów,
- praktyczne wskazówki na bieżąco uzupełniane o najnowsze kluczowe orzecznictwo oraz kolejne praktyczne wskazówki,
- monografie podzielone na fragmenty tak, aby użytkownik szybciej dotarł do istotnych dla niego informacji,
- wysoka jakość merytoryczna opracowania ze względu na zaangażowanie wyłącznie praktyków specjalizujących się w prawie ochrony zdrowia.

W produkcie zawarto najważniejsze i najczęściej stosowane w praktyce działalności podmiotów leczniczych procedury z takich dziedzin, jak:

- zawieranie i realizacja umów z NFZ,
- zamówienia na świadczenia zdrowotne (subkontrakty),
- kontrola działalności leczniczej,
- prowadzenie i udostępnianie dokumentacji medycznej,
- zakładanie i rejestracja działalności leczniczej,
- postępowanie przed wojewódzkimi komisjami ds. zdarzeń medycznych,
- obowiązki personelu medycznego w związku z rozpoznaniem zakażeń i chorób zakaźnych,
- procedury szpitalne związane z obsługą pacjenta (prawa pacjentów, lekarzy),
- postępowanie z odpadami medycznymi i komunalnymi w szpitalach.

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

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

Aby móc korzystać z programu, należy skontaktować się mailowo (admin@wil.org.pl) w celu wypełnienia oświadczenia o woli przystąpienia do listy użytkowników programu.

Jednocześnie informujemy o możliwości odbycia szkolenia w zakresie obsługi programu w celu osiągnięcia jak największych korzyści z funkcjonalności oprogramowania. W sprawie szkolenia proszę o kontakt: admin@wil.org.pl.



Biuletyny informacyjne dla stomatologów i nie tylko...

Informacje zawarte na stronie Komisji Stomatologicznej WIL (wildent.org.pl) są posortowane według tematów i zagadnień.

Jest też jednak tak, że czasem sprawy dzieją się niemal równocześnie, trudno przydzielić jednym jakieś pierwszeństwo nad innymi, a z układu strony wynika, że wieści nowsze wypierają starsze. Ponadto, co niezmiernie ważne – część ważnych informacji znajduje się na tej witrynie, część na innych witrynach branżowych (Infodent24.pl; autonomia-dent.pl), część na głównej stronie izby, na stronach NIL, część interesujących materiałów to typowy przegląd prasy. Aby zebrać je w jednym miejscu, przydatny jest biuletyn, przygotowywany przez KS WIL. Jego aktualność będzie oczywiście przemijająca, ale na stronie www.wildent.org.pl/biuletyny zamieszczony jest spis wydanych dotychczas biuletynów. Zawsze będzie można do dowolnego numeru wrócić.

W numerze 3.:

- spotkanie z ministrem Zembalą w NRL,
- odwołana akcja medialna stomatologów,
- czy lekarze są bezbronni wobec portali,
- restrykcje w nowych ogólnych warunkach umów,
- NFZ ogłasza propozycje preferencji dla gabinetów leczących dzieci.

ANDRZEJ CISŁO,
WICEPREZES ORL WIL,
PRZEWODNICZĄCY
KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ

Dawka informacji

Andrzej Piechocki

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.

ANDRZEJ PIECHOCKI

Rusza terapia protonowa

Minister zdrowia Marian Zembala ocenia, że refundacja NFZ powinna na początek objąć leczenie kilku, kilkunastu rodzajów nowotworów za pomocą terapii protonowej. W połowie października w Krakowie zacznie działać pierwszy w Polsce ośrodek oferujący taką terapię. – *Dobrze się stało, że mamy możliwości leczenia także z wykorzystaniem tej formy terapii, ale dotyczy ona tylko pewnych grup, a nie każdego rodzaju nowotworów* – wyjaśniał dziennikarzom 7 sierpnia podczas wizyty w Krakowie.

Na pytanie PAP, czy finansowanie przez NFZ terapii protonowej będzie możliwe od początku przyszłego roku, minister odpowiedział: – *Gdy będzie oceniane 6 czy 8 (rodzajów nowotworów – przyp. PAP), prawdopodobieństwo finansowania jest wielkie. Jeśli będą to 84 rodzaje, nie da się, bo trzeba to obiektywnie zweryfikować.*

Przypomnijmy, że niedawno przygotowany został przez ekspertów raport dla MZ zawierający wskazania, w jakich przypadkach należy sięgać po tę metodę leczenia. Profesor Rafał Dziadziuszko, konsultant krajowy w dziedzinie radioterapii onkologicznej, wskazywał, że specjaliści nie mają wątpliwości, że terapia ta powinna być stosowana do leczenia kilkunastu rodzajów nowotworów, m.in. wybranych nowotworów głowy i szyi (zlokalizowanych w podstawie czaszki), niektórych nowotworów mózgu, starannie wyselekcjonowanych przypadków raka prostaty, wybranych rodzajów nowotworów wieku dziecięcego. Terapia nie będzie natomiast rekomendowana do leczenia raka piersi.

WWW.RYNEKZDROWIA.PL

Rezydentury w SIR

4 sierpnia 2015 r. w siedzibie Ministerstwa Zdrowia odbyło się szkolenie z obsługi realizowanego przez CSIOZ – Systemu Informatycznego Rezydentur (SIR). System jest nowoczesnym rozwiązaniem do obsługi umów rezydenckich, który umożliwia ich elektroniczną obsługę, zawieranie i realizację. Ma na celu stworzenie stabilnego środowiska do usprawnienia i zautomatyzowania procesu realizacji umów rezydenckich poprzez gromadzenie, analizę i przetwarzanie danych. Szkolenie było wstępem do ogólnopolskiego pilotażu SIR, którego przeprowadzenie zaplanowano na okres od 10 sierpnia do 30 października 2015 r. W testach SIR udział weźmie 50 wytypowanych zakładów opieki zdrowotnej z całej Polski zatrudniających lekarzy rezydentów.

Efektem prac będzie udostępnienie SIR 1 kwietnia 2016 r. w wersji produkcyjnej dla wszystkich użytkowników końcowych systemu: merytorycznych departamentów Ministerstwa

Zdrowia odpowiadających za obsługę umów rezydenckich, a także blisko 700 zakładów opieki zdrowotnej z całej Polski zatrudniających lekarzy rezydentów.

WWW.MZ.GOV.PL

Rekonstrukcja z żołądka

To była pierwsza taka operacja w Poznaniu. W Wielkopolskim Centrum Onkologii w poniedziałek lekarze usunęli mężczyźnie choremu na raka fragment przełyku i zrekonstruowali go tkankami z żołądka. Operacja była możliwa dzięki specjalistycznemu sprzętowi wypożyczonemu z Holandii. Zostanie on w Poznaniu do końca sierpnia. Urządzenie umożliwia wykorzystanie światła laserowego i zobaczenie, które tkanki są odpowiednio ukrwione. A to bardzo istotne. – *Jeżeli tkanki są źle ukrwione, to mamy do czynienia ze złym procesem gojenia, a zły proces gojenia to różne powikłania* – tłumaczy dr hab. n. med. Dawid Murawa z Wielkopolskiego Centrum Onkologii. – *Ta metoda służy temu, abyśmy nie mieli nieszczelności zespolenia, która w przypadku nieszczelności przełyku wiąże się z dużym ryzykiem śmiertelności u pacjentów lub z długim, trudnym leczeniem* – dodaje. Pacjent przeszedł już chemioterapię, która umożliwiła przeprowadzenie operacji.

KAT

WWW.EPOZNAN.PL

Z zastosowaniem techniki 4K

W dniach 22–24.07.2015 r. Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu gościła 3 inżynierów z Tokio, w obecności których przeprowadzono 12 operacji (mikrolaryngoskopie i operacje endoskopowe zatok przynosowych). W każdej z nich posługiwaliśmy się supernowoczesnym sprzętem wykorzystującym technikę 4K. Testowana aparatura, która ma zapewnić znacznie lepszą jakość wizualizacji obrazu, bardzo nam ułatwiała przeprowadzenie zabiegu, dając niebywałej jakości obrazy śródoperacyjne. Odbyło się wiele spotkań z gośćmi z Japonii, podczas których omawiano różne aspekty nowych technik operacyjnych z wykorzystaniem najnowszych rozwiązań technicznych.

WWW.OWL.AMPEDU.PL

Ułatwi dostęp

14 sierpnia 2015 r. podpisano umowę, a pod koniec roku powinien zacząć działać elektroniczny system zarządzania usługami medycznymi. Kosztuje aż 24 mln zł, ale dzięki niemu pacjenci placówek zdrowia podlegających Urzędowi Marszałkowskiemu Województwa Poznańskiego będą mieli ułatwiony dostęp do dokumentacji medycznej. Na tym nie koniec. Łatwiej ma się też pracować lekarzom. Oni również będą mieli dane o pacjencie w jednym miejscu. Poza tym elektroniczny system sprawi, że przebieg badania, podawane leki, wykonywane zabiegi będą od razu wpisywane do systemu. System pozwoli też na lepszy niż obecnie nadzór nad działaniami ratownictwa medycznego.

ROBERT DOMŻAŁ

WWW.GLOSIELKOPOLSKI.PL

Lekarze – patroni wielkopolskich ulic

Józef Englert (1903–1944?) chirurg i dyrektor szpitala w Rawiczu

Englerta

Józef Englert urodził się 30 listopada 1903 r. we wsi Murzynowo Kościelne, która obecnie należy do powiatu średzkiego. Pochodził z rodziny nauczycielskiej, ojciec Józef przez ponad 20 lat był dyrektorem szkoły, a matka Pelagia – nauczycielką. Po ukończeniu gimnazjum w Rogoźnie został studentem Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Poznańskiego. Studia lekarskie ukończył w 1927 r. Przez kolejne 7 lat zdobywał specjalizację z chirurgii w Szpitalu Miejskim im. Józefa Strusia w Poznaniu. Po otrzymaniu tytułu doktora medycyny przeniósł się do Rawicza, gdzie początkowo pracował jako asystent na oddziale chirurgicznym, by następnie objąć funkcję dyrektora szpitala. Podczas pracy w Rawiczu mieszkał przy ul. Wały Kościuszki 27. Funkcję dyrektora szpitala pełnił do wybuchu II wojny światowej. Po rozpoczęciu wojny Englert w pomagał mieszkańcom jako lekarz przychodni. W 1944 r. wraz z rodziną został wysiedlony do Włocławka, gdzie leczył rannych żołnierzy Armii Krajowej. Za prowadzoną działalność podziemną został aresztowany i osadzony w więzieniu w Radogoszczy koło Łodzi. Było to więzienie męskie, w którym grupowano więźniów i przesyłano do obozów koncentracyjnych lub innych więzień. W styczniu 1945 r. Niemcy, aby pozbyć się niewygodnych dowodów przed nadejściem Armii Czerwonej, zdecydowali o likwidacji więzienia. W trakcie rozstrzeliwania więźniów wybuchł bunt. Aby zakończyć likwidację, podpalono więzienie, a uciekających więźniów rozstrzeliwano. Spłonęła wtedy cała dokumentacja. Z grupy 1500 więźniów przeżyło tylko ok. 30. Nie ma dokładnych danych o losach

Józefa Englerta. Niektóre źródła podają, że zginął podczas tego ludobójstwa. Pojawia się też wątek opuszczenia więzienia z grupą dzieci, która deportowana była w głąb Rzeszy. Podczas deportacji grupę mieli przejąć żołnierze Armii Czerwonej, którzy z kolei transport skierowali na wschód. Z powojennych relacji Radia Wolna Europa wynikało, że Józef Englert znajdował się w Łagrach w okolicy Workuty. Ze względu na ciężkie warunki klimatyczne (Workuta leży 160 km za kołem polarnym) i ciężką pracę, śmiertelność wśród więźniów sięgała 30% rocznie, powroty praktycznie się nie zdarzały. Próby znalezienia Józefa Englerta poprzez PCK się nie powiodły.

Józef Englert ożenił się z Marią Makowską, miał trzech synów. Ulica dr. Jó-



zefa Englerta znajduje się w Rawiczu, jest prostopadła do ul. Młyńskiej i równoległa do ulicy dr. Stanisława Dzieciuchowicza.

DR N. MED. TOMASZ KAZAŁO
PROF. NADZW. DR HAB. ANDRZEJ GRZYBOWSKI
AUTORZY DZIĘKUJĄ P. ANNIE HAMROL
ZA POMOC W ZDOBYCIU MATERIAŁÓW

Polskie Towarzystwo Terapii Motywującej
zaprasza wszystkich pracowników ochrony zdrowia w Polsce na

Konferencję Naukowo-Szkoleniową

SPOSÓB NA „TRUDNEGO PACJENTA”. DIALOG MOTYWUJĄCY W OPIECE ZDROWOTNEJ

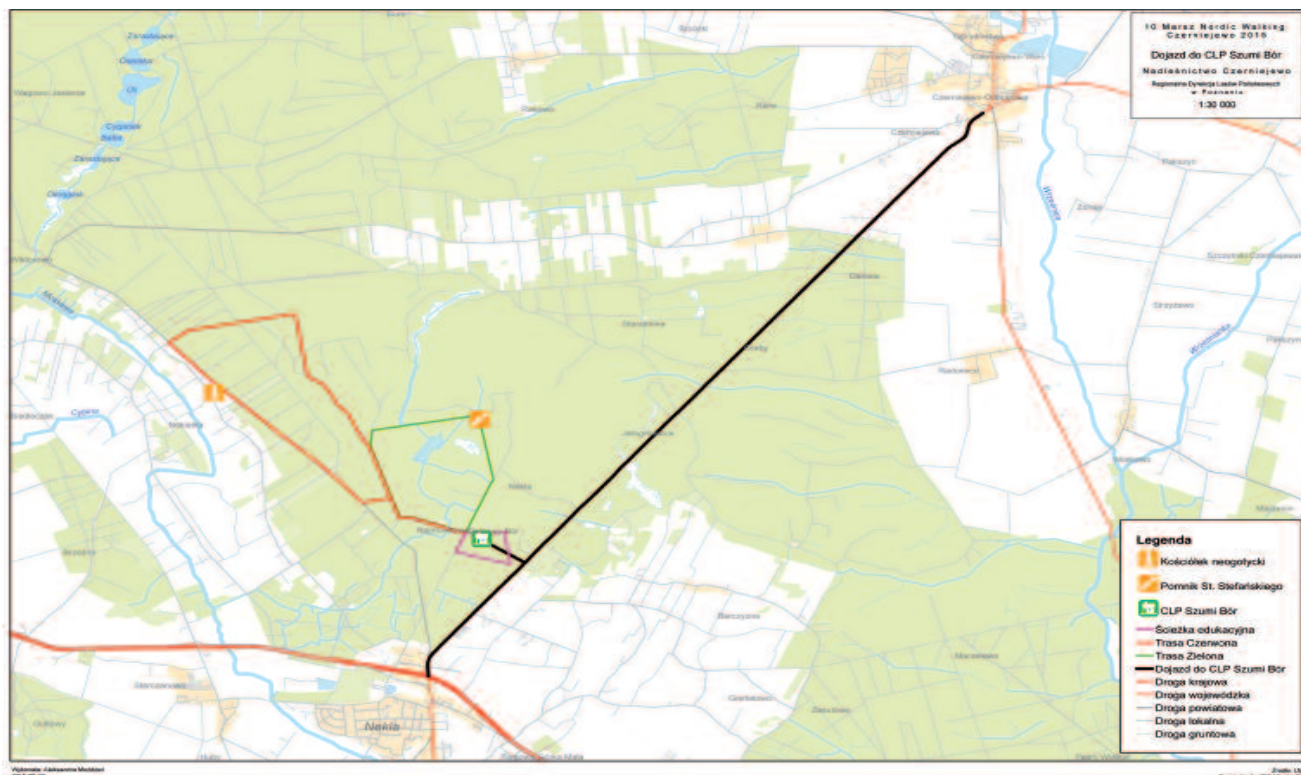
17–18 października 2015 r.

Poznań, Hotel Mercure, ul. Roosevelta 20

Uczestnicy konferencji będą mieli okazję dowiedzieć się na wykładach i doświadczyć na warsztatach, jak skuteczny jest dialog motywujący w pracy z pacjentem niezmotywowanym i nieprzestrzegającym zaleceń lekarskich. Przekonają się, jak efektywny jest dialog motywujący, gdy istnieje potrzeba zachęcenia pacjenta do wdrażania farmakoterapii, systematyczności w dbaniu o zdrowie, rezygnacji z używek, wprowadzania zdrowego stylu życia czy stosowania szczepień ochronnych.

Więcej informacji i zapisy: www.pttm.org.pl

Program konferencji obejmuje nie tylko wykłady polskich specjalistów i gości zagranicznych, ale też trzy dwugodzinne warsztaty praktyczne.



Czarniejewo – niedziela 27 września 2015 r. Światowy Dzień Serca w lesie

W niedzielę 27 września o godzinie 10.00 do nadleśnictwa Czarniejewo leśnicy i kardiolodzy, dbając o zdrowie i kondycję fizyczną, zapraszają ponownie swoich przyjaciół, miłośników lasu i rekreacji, na wędrowkę po lesie. W programie nordyckie spacerowanie z kijkami. Informacji o lesie i przyrodzie udzielają leśnicy, o zdrowiu i diecie mówią fachowcy. Okazją do spotkania w lesie jest Światowy Dzień Serca oraz kampania Lasom Przyjazny. Spotkanie w lesie z kijkami ma charakter jubileuszowy, spotykamy się już bowiem po raz dziesiąty.

Spacer z kijkami ma przybliżyć mieszkańcom las. Przypominamy, że *nordic walking* (NW) to sport, który pozwala trenować i utrzymywać w dobrej kondycji całe ciało: serce, mięśnie, stawy – bez przeciążania go.

W trakcie spaceru atrakcyjną przyrodniczo i widokowo trasą towarzyszą nam leśnicy, informując o ciekawostkach przyrodniczych i kulturowych. Ścieżki tegorocznej edycji prowadzi nas będą przez jeden z bardziej urokliwych zakątków Nadleśnictwa Czarniejewo. Urozmaicona okolica pod względem siedliskowym oraz gatunkowym – zarówno florystycznym, jak i faunistycznym, pozwala w pełni się cieszyć z obcowania z naturą. Swoją wędrowkę zaczniemy przy ośrodku edukacyjnym Centrum Leśnej Przygody „Szumi Bór”. Do wyboru będą trzy trasy. Najdłuższa z nich (7,5 km) zaprowadzi nas leśnymi duktami do starego, neogotyckiego kościółka olenckiego w miejscowości Nekiółka, przy którym przewidziano napoje regeneracyjne. Średnią trasą (4,2 km) dojdziemy do pomnika upamiętniającego Stanisława Stefanickiego – jednego z leśniczych Leśnictwa Dzikowy Bór, na którego terenie będziemy się znajdować. Z kolei najkrótsza trasa (1,6 km) przebiega przez ścieżkę dydaktyczną, co pozwoli poszerzyć swoją wiedzę dotyczącą lasu. Bogactwo przyrodnicze Nadleśnictwa Czarniejewo zostało dostrzeżone i objęte różnorodnymi formami ochrony przyrody. Należy tu wspomnieć

o projektowanym obszarze Natura 2000 Grądy w Czarniejewie, strefach ochrony ptaków (bociana czarnego, kani rudej oraz bielika), licznych rezerwach, w tym pobliskim Okrągłaku. Przemierzając leśne trakty, będziemy mogli zobaczyć, dotknąć i poczuć przyrodę u progu jesieni.

W załączeniu mapka z zaznaczonym dojazdem do miejsca startu. Przewidziane są trzy trasy: „Dla najmłodszych/najstarszych” o długości 1,6 km, „Zielona” długa na 4,2 km i najdłuższa 8-kilometrowa „Czerwona”. W każdym wypadku wskazane obuwie terenowe. Dla głodnych przygotowano po spacerze zdrowy, leśny posiłek zgodnie z najlepszą dla serca dietą paleolityczną myśliwych i zbieraczy.

Zapewniamy ograniczoną liczbę kijków nordyckich do spacerów po lesie i instruktorów dyscypliny. Wskazany strój spacerowy na każdą pogodę. Spotykamy się o godz. 9.30–10.00 w Ośrodku Edukacyjnym Centrum Leśnej Przygody „Szumi Bór” w pobliżu leśniczówki Dzikowy Bór Nadleśnictwa Czarniejewo w miejscowości Rajmundowo, którego koordynaty GPS to: N 52.38 1990 E 17.41 9644. Natomiast zakończenie treningu i spaceru przewidywane jest mniej więcej na godz. 13.00, kiedy to rozpocznie się posiłek regeneracyjny.

Organizatorami aktywnego spotkania w lesie są Polskie Towarzystwo Leśne Oddział Wielkopolski, Zakład Rehabilitacji Kardiologicznej AWF w Poznaniu, Polskie Towarzystwo Kardiologiczne Oddział w Poznaniu, Lasy Państwowe – Nadleśnictwo Czarniejewo.

Z uwagi na możliwości organizacyjne prosimy o potwierdzenie udziału do 21.09.2015 r. na adres:
franciszek.fiutak@poznan.lasy.gov.pl,
tel. 61 4 27 30 41 lub biuro@lasomprzyjazny.pl

DALSZE INFORMACJE:

JERZY FLISKOWSKI – POLSKIE TOWARZYSTWO LEŚNE
PIOTR DYLEWICZ – KATEDRA REHABILITACJI KARDIOLOGICZNEJ
FRANCISZEK FIUTAK – NADLEŚNICTWO CZARNIEJEWO

List otwarty do „Biuletynu WIL”

Zadwoleńm pragnę poinformować Pana Redaktora oraz Szanownych Czytelników o inicjatywie Polskiego Towarzystwa Lekarskiego i jej efektach. Mianowicie: 8 listopada 2014 r. odbyło się jesienne plenum Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Lekarskiego (ZGPTL) w Warszawie, w którym uczestniczyły Ewa Kapała, Barbara Siwińska, Anna Gendaszyk-Tiszer. Na propozycję dr Beaty Zawadowicz – prezesa Zarządu Okręgu PTL w Częstochowie – postanowiono, że wyznaczone grobowce lekarzy na Rossie w Wilnie zostaną odrestaurowane przez członków Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. Natychmiast zgłosiliśmy udział śremskiego Koła PTL w tym szaczącym działaniu. Doktor Dariusz Zybort z Wilna, obecny na zjazdach naukowych w Polsce i zaprzyjaźniony z Zarządem Okręgu Częstochowskiego Towarzystwa Lekarskiego zaproponował do restauracji trzy grobowce, w których są pochowani:

- Jan Fryderyk Wolfgang, botanik, farmakolog, profesor Uniwersytetu Wileńskiego (1776–1853),
- Kazimierz Sylwanowicz, lekarz psychiatra, uczestnik rewolucji 1905 roku, zmarł w 1908 r.,
- Anicet Reniger, lekarz powstaniec 1831 r., urodzony w 1804 r. w Lublinie, studiował na Uniwersytecie Stefana Batorego w Wilnie.

Warto przypomnieć sylwetkę Aniceta Renigera, lekarza i powstańca 1831 r. Urodził się w 1804 r. w Lublinie. Studiował na Uniwersytecie Stefana Batorego w Wilnie. Stopień kandydata medycznego i chirurgii uzyskał w 1831 r. Po wybuchu powstania przyłączył się do powstańców. Jako lekarz obecny był w bitwach pod Plemborkiem, Szawłami i Nowym Miastem, w stopniu lekarza 2. klasy przekroczył granicę pruską i został internowany w obozie Langallen. W 1832 r. uzyskał pozwolenie powrotu do kraju, gdzie praktykował w okolicach Wilna. Od 1838 r. w sezonie letnim był lekarzem zdrowym w Druskiennikach. W 1842 r. został pierwszym bibliotekarzem Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego. Piastując to stanowisko do 1848 r. uporządkował liczącą 5 tys. tomów bibliotekę i sporządził dwa katalogi.

Na początku 1840 r. założył w swoim mieszkaniu w Wilnie nielegalną polską bibliotekę, następnie włączył się do działalności konspiracyjnej. W 1846 r. aresztowany i skazany na 15 lat katorgi, zesłany do kopalni srebra w Nercyńsku. Gdy wybuchła epidemia cholery rozkuto go i kazano leczyć chorych. Po 10 latach na skutek amnestii powrócił na Litwę. W listopadzie 1856 r. został ponownie bibliotekarzem Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego i obowiązki te pełnił aż do śmierci. Zmarł 24 grudnia 1877 r.

Z radością informuję, że jako pierwszy został odrestaurowany właśnie grobowiec Aniceta Renigera (na zdjęciu), znajdujący się przy głównej alejce cmentarza na Rossie, nieopodal grobu Władysława Syrokomli. Udział Koleżanek i Kolegów śremskiego Koła PTL to 400 euro przekazane na ten cel.

BARBARA SIWIŃSKA
PREZES ZARZĄDU KOŁA



Panu dr. n. med. **Krzysztofowi Tuszyńskiemu**

Członkowi Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
wyraży głębokiego współczucia
w imieniu lekarzy i pracowników
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
z powodu śmierci

ŻONY **Małgorzaty Fengler-Tuszyńskiej**

Prezes
Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
Krzysztof Kordel

*Z głębokim smutkiem i żalem
pragniemy złożyć na ręce
Pani Doktor Ireny Woyda-Płoszczycy
wyraży głębokiego współczucia
z powodu śmierci
córci Anny*

Wspólniczka i Pracownicy
Przychodni Lekarza Rodzinnego
„Vita” s.c.

Pani dr med. Karinie Kapczuk składamy wyrazy współczucia z powodu śmierci

taty

zespół Pracowni
Ginekologii Wieku Rozwojowego i Seksuologii
Kliniki Ginekologii Katedry Perinatologii
i Ginekologii Uniwersytetu Medycznego
w Poznaniu

Pograżeni w ogromnym smutku zawiadamiamy,
że 12 czerwca 2015 r. zmarła nasza Przyjaciółka
Śp. lekarz stomatolog

Jolanta Szafarowicz-Hryniewska

Koleżanki i Koledzy ze Studiów
Wydziału Stomatologii Akademii Medycznej w Poznaniu

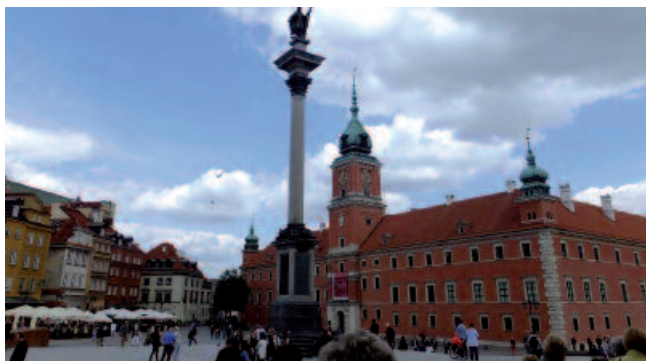
Wycieczka do Warszawy



Uczestniczyliśmy w pięknej, atrakcyjnej wycieczce do Warszawy, którą zorganizowała Wielkopolska Izba Lekarska. Mieszkaliśmy w centrum stolicy, co umożliwiło dodatkowe spacery „na miasto”. A Warszawa, nasza stolica, zrobiła na nas ogromne wrażenie – piękne ulice, dużo zieleni, ogromne biznesowe budynki... Czas wypełniony był zwiedzaniem: Zamek Królewski, spacer po starówce, Łazienki, muzeum Powstania Warszawskiego... Długie chodzenie i czas na osobiste refleksje. W drodze do Wilanowa zobaczyliśmy Świątynię Opatrzności Bożej. W ostatnim dniu pobytu w stolicy zwiedziliśmy nowo otwarte Muzeum Historii Żydów w Polsce. Zastosowano tu bogate środki multimedialne – mała synagoga, uliczka żydowska to tylko niektóre fragmenty tego unikalnego i nowoczesnego Muzeum.

Dziękujemy organizatorom za wspaniałą imprezę, która dostarczyła wszystkim wielu niezapomnianych wrażeń.

BOGUMIŁA ZANIEWSKA-GAWROŃSKA



**Areszt Śledczy
w Poznaniu
zatrudni w wymiarze
pełnego etatu**

pracownika cywilnego,
lekarza z I lub II stopniem
specjalizacji z zakresu
chorób wewnętrznych
na stanowisko asystenta Szpitala
i Ambulatorium z Izłą Chorych.

Osoby zainteresowane proszę
o kontakt z dyrektorem Szpitala
pod numerem telefonu:
61 856 84 20

NZOZ ZATRUDNI

**LEKARZY
DENTYSTÓW**
w poradniach
stomatologicznych
do 60 km
od Poznania

Praca w ramach NFZ i prywatnie
Zapraszamy do współpracy
tel. 500 531 030

Szpital w Górze poszukuje:

**specjalisty
chorób
wewnętrznych**

do świadczenia usług
w oddziale szpitalnym

**Kontakt: 65 543 25 55
w. 364**

mail: rekrutacja@phm.com.pl



**Prywatna Lecznica
CERTUS poszukuje
lekarza specjalisty:**

Anestezjologa

Prosimy o kontakt pod nr tel.
507 003 855 lub przesłanie
oferty na adres:

kierownik.dp@certus.med.pl



Absolwenci z 1971 r. na swoim dorocznym spotkaniu w Baranowie w dniach 12–14.06.2015 r.

Absolwenci Akademii Medycznej w Poznaniu z 1971 r. na dorocznym spotkaniu w Baranowie Apel o pisanie pamiętników lekarzy

W dniach 12–14 czerwca 2015 r. w Hotelu „Edison” w Baranowie odbyło się spotkanie lekarzy i lekarzy dentystów, którzy studiowali na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Poznaniu (obecnie: Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego) w latach 1965–1971. To doroczne spotkanie odbyło się pod hasłem „Znamy się już 50 lat” – co uzmysławia najistotniejsze, że znamy się już bardzo długo.

W 1971 r. dyplom uzyskały 202 osoby, a w tym roku na spotkaniu było nas 82 – czyli stanowiło to 40,6%. Dużo to, czy nie? Oceniając ten odsetek uwzględnić trzeba jeszcze śp. Koleżanki i Kolegów – oj, to około 30 osób, niestety.

Z naszego grona część przyjeżdża na wszystkie spotkania, a niektórych nie widzieliśmy nigdy – i to pokazuje postawy ludzkie. Ale najważniejsze, że było to – jak zawsze zresztą – bardzo miłe spotkanie. To, że się odbyło, jest zasługą naszej starościny („szeryfa”) Alicji Kaczmarek-Michalewicz, która na wzorową organizację naszych dorocznych spotkań poświęca wiele miesięcy pracy. Zleciła naszemu koledze prof. Krzysztofowi Linkemu przedstawienie zbiorcze sylwetek nas wszystkich. Krzysztof – na podstawie materiałów otrzymanych od naszej starościny – przygotował bardzo ciekawą prezentację multimedialną, żywo komentowaną przez słuchaczy. To przecież była mowa o naszym życiu. I tutaj przyszedł mi pomysł do głowy: opublikować nasze pamiętniki lekarzy. W przeszłości tego rodzaju dzieła wydawane były wielokrotnie. Na przykład „Pamiętniki lekarzy” (red. Jan Borkowski) opublikowało przed II wojną światową Wydawnictwo Orion – był to zbiór opowieści o doświadczeniach lekarzy z pacjentami w latach 30. XX w. Kolejne wydawnictwa tego rodzaju to: „Lekarze przemysłowi” (Ossolineum, 1965), „Pamiętniki lekarzy” (Czytelnik, 1968), „Pamiętniki chirurgów” (Czytelnik,

1972). Wszystkie te pozycje są niewątpliwie bardzo ciekawe, gdyż zawierają wiele myśli godnych uwagi nie tylko dla lekarzy, lecz także tych, którzy zastanawiają się nad organizacją systemu opieki zdrowotnej. Zawsze wszelkiego rodzaju pamiętniki tworzą cenny dokument czasu, który daje obraz epoki, w jakiej ich autorzy żyli i pracowali. Żał, aby naszego życia nie opisać. Stąd mój apel do Koleżanek i Kolegów, nie tylko z naszego rocznika – przysyłajcie swoje lekarskie pamiętniki: opisy swojej pracy zawodowej, refleksje, przemyślenia. Przecież będą to bardzo ciekawe wspomnienia związane tematycznie z drogą życiową, zwłaszcza drogą zawodową. Jest możliwość ich wydania, a stworzone wspólne dzieło z pewnością będzie powodem dumy dla autorów i zostanie przeczytane z zainteresowaniem przez innych. Czekam na teksty do pamiętników pod adresem mailowym: jtmarcin@gmail.com

JERZY T. MARCINKOWSKI

WWW.PHIE.PL, WWW.H-PH.PL, WWW.PTH.PL

Z okazji 10-lecia ukończenia studiów na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu Wydział Lekarski I

zapraszam Koleżanki i Kolegów

na spotkanie w dniach 9-10 października 2015 r.,
które odbędzie się w Hotelu Pietrak w Wągrowcu

Oplata za udział w spotkaniu oraz nocleg wynosi 300 zł
przy wpłacie do końca sierpnia 2015 r. lub 400 zł przy wpłacie od 1 września
na konto 97 1090 1447 0000 0001 1112 9170
(BZWBK Łukasz Wojnar, z dopiskiem zjazd absolwentów)

W razie pytań proszę o kontakt:

Łukasz Wojnar tel. 691735898 lub Lwojnar@interia.pl

Wiersze



RYSZARD KRAWIEC

PUŁAPKI LATA

Mija lato, dla wielu był to czas nowych
Kontaktów i wczasów wędrownych,
Miłych spotkań (czasem ukradkowych),
I... okazji do zachowań ryzykownych.
Bo

Na przykład, już gdy w biurze podróży
Wysłuchujesz obietnic gołosłownych (?),
Bądź w banku, bo chcesz się zadłużyć,
Toś jest blisko zachowań ryzykownych.
Albo

Używki, prochy i formy ekstremalne
Sportu lub czasami utarczki słowne,
Których następstwa mogą być fatalne,
To zachowania z pewnością ryzykowne.
Nawet

Uroczą randka przy winie, z dziewczyną,
To kusząca zapowiedź chwil cudownych...
Ale pomyśl, zanim one nastaną i miną
Czy nie należą do zachowań ryzykownych?
Jednak

Spokojnie! Weź czasem pod uwagę owe
Proste sugestie, garść racji klarownych
I wspomnij, że już obranie drogi życiowej
Należy także do zachowań ryzykownych.
Skoro więc

Mamy dość w życiu przykładów i wzorów
Dobrych, a są też zdarzenia „bezsensowne”,
Skorzystaj z rozumu i prawa do wyboru
Tak, by nie były to zachowania ryzykowne.

12.08.2015

**Prywatny Gabinet
Stomatologiczny
w okolicach Jarocina**
podejmuje współpracę
z lekarzem dentystą
Kontakt, tel. 691 847 294

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

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

DELEGATURA W LESZNIE

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

DELEGATURA W PILE

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

DELEGATURA OSTROWSKO-KROTOSZYŃSKA

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

kolegium redakcyjne Biuletynu Informacyjnego WIL

redaktor naczelny: Andrzej Baszkowski

członkowie redakcji: 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.

**Prywatny gabinet stomatologiczny
w Chodzieży****podejmie współpracę
z lekarzem dentystą**

Wymagana własna działalność
Mile widziane kilkuletnie doświadczenie
Praca codziennie + sobota (godziny do uzgodnienia)
kontakt: gabinetstom2011@wp.pl

**Zatrudnię
lekarza stomatologa**

po stażu
w Kaliszu
Tel. 884 875 848

**Duża praktyka okulistyczna
z kliniką w Niemczech (Hessen)**

zatrudni na stałe

SPECJALISTĘ OKULISTĘ

Ponadprzeciętne wynagrodzenie, bez dyżurów.

Wymagana znajomość
języka niemieckiego (Zertyfikat B2/C1)

Podania ze zdjęciem proszę kierować na: e-mail: hahn@augen-fulda.de

SZPITAL ŚREDZKI Sp. z o.o. w Środzie Wilkp.

**pilnie zatrudni lekarzy
na oddziale
położniczo-ginekologicznym**

Oferty prosimy kierować pod adresem:
Szpital Średzki Sp. z o.o. w Środzie Wilkp.
63-000 Środa Wielkopolska ul. Zwirki i Wigury 10
tel. 61 285 40 31 w. 218 lub 210

**SPRZEDAM LUB WYNAJMĘ
GABINET
STOMATOLOGICZNY
koło Poznania**

Wysoki standard,
niskie koszty utrzymania
602662992
powód – przeprowadzka

**WYNAJMĘ
W PEŁNI WYPOSAŻONE
GABINETY LEKARSKIE
Z PUNKTEM POBRAŃ
CENTRUM POZNANIA**

tel. 509 497 480

**Poszukuję
stomatologa**

(z kilkuletnim stażem)
do współpracy w gabinecie prywatnym
Poznań – okolica ronda Jeziorańskiego
tel. 605 447 598

**Zatrudnię
lekarza stomatologa**

do pracy
na NFZ i prywatnie
w okolicy
Ostrowa Wielkopolskiego
tel 669 908 417 "



GABINET STOMATOLOGICZNY

Zaprasza do współpracy

LEKARZY DENTYSTÓW

- * gabinet wyposażony w nowoczesny sprzęt stomatologiczny (również mikroskop, pracownia RTG, tomograf 3D),
- * doskonale przygotowany personel,
- * ciekawe warunki współpracy

KALISZ, ul. Staszica 39
tel. (62) 766-76-66
kom. 505-190-200
www.dentalcare.kalisz.pl



Rehasport Clinic Sp. z o.o. zatrudni do pracy lekarza
na oddziale w ramach dyżuru lekarskiego
– przedpołudniowego. Preferowany lekarz emeryt
bądź lekarz mający zamiar rozpocząć specjalizację
w dziedzinach zabiegowych.

CV prosimy przysyłać na adres:
rekrutacja@rehasport.pl



Wielkopolskie Centrum Medycyny Pracy
poszukuje do współpracy
specjalistów

w zakresie okulistyki

w ramach umowy cywilno-prawnej.

**ZATRUDNIĘ
LEKARZA**

DO PRACY W POZ
NA TERENIE MIASTA POZNANIA
tel. 511 813 187

**Zatrudnię
lekarza
medycyny pracy
w Poznaniu
od zaraz**

tel. 501758942
tel. 61 8786457
e-mail: info@salus.med.pl

**Posiadamy dwa odrębne gabinety lekarskie
wyposażone w sprzęt diagnostyczny.**

Praca w godzinach przedpołudniowych.

Szczegóły na stronie internetowej:
zakładka – konkursy ofert.

Oferty prosimy składać na adres:
Wielkopolskie Centrum Medycyny Pracy
ul. Poznańska 55A, 60-852 Poznań
z dopiskiem: konkurs ofert w zakresie okulistyki,
e-mail: medycyna.pracy@wcmp.pl, tel. 61 8467 132



XIII IGRZYSKA LEKARSKIE



Gazeta
Lekarska

informacje, zgłoszenia: www.igrzyskalekarskie.org

piłka nożna
koszykówka
siatkówka
siatkówka plażowa
piłka ręczna
lekkoatletyka
pływanie
triathlon
kolarstwo szosowe
MTB
tenis ziemny
tenis stołowy
badminton
squash
strzelanie
golf
trójbój siłowy



ZAKOPANE 09 - 13.09.2015



POD AUSPIKIJAMI IAP



Patronat medialny
NATIONAL
GEOGRAPHIC
POLSKA

Partner Międzynarodowego Salonu Fotografii Artystycznej Lekarzy PhotoArtMedica

inter
UBRAJENIA

OLYMPUS



NAGRODY PhotoArtMedica 2015

III Międzynarodowy Salon Fotografii Artystycznej Lekarzy

3rd International Salon of Artistic Photography for Physicians

PhotoArtMedica 2015

26 września 2015 r. Częstochowa - Poland September 26, 2015



NAGRODY PhotoArtMedica 2015

Zapraszamy

lekarzy, lekarzy dentyistów, nauczycieli akademickich i studentów uniwersytetów medycznych

do udziału w kolejnej edycji PhotoArtMedica 2015

www.photoartmedica.pl

