



WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA

Nasza galeria

Aneta Margraf-Druć jest studentką II stopnia grafiki projektowej na Uniwersytecie Artystycznym w Poznaniu. W swoich pracach bardzo często używa linii, które dodają ilustracjom lekkości oraz ruchu. Lubi obserwować ludzi i świat wokół. Jej prace często sprawiają wrażenie tajemniczych, nieco magicznych. Ilustracje wykonuje najpierw za pomocą tradycyjnych narzędzi rysunkowych, które pozwalają na największą swobodę twórczą, dopiero później przechodzi do graficznej (komputerowej) pracy nad projektem.

Diagnoza wstępna



Po wakacjach

No i po wakacjach. Wracamy do szpitali, gabinetów, przychodni, a tu stare i nowe problemy. Pacjenci narzekają, że kolejki na niektóre zabiegi sięgają kilkunastu miesięcy, leki podrożały nawet o kilkaset procent, NIK zarzuca lekarzom, że lekarze w POZ wystawiają zbyt mało skierowań na badania diagnostyczne, prezes Hamankiewicz pyta, czy lekarzom wolno strajkować... Coś się dzieje... Przypomina się anegdota o Jasiu w szkole, który na pytanie nauczycielki, co wie o powstaniu styczniowym, odpowiedział, że dokładnie to nie wie, ale coś się szykuje... Ot, taka nasza rzeczywistość. Nie mogę zrozumieć kolegów, którzy z kolei twierdzą, że nie rozumieją, dlaczego wiecznie powracam do lekarskich honorariów, jakbym nie mógł zrozumieć, że jak nie ma pieniędzy, to nie ma, a jak nie ma, to z pustego i Salomon nie należy itd. Otóż powtórzę jeszcze raz, że brak pieniędzy w kasie to nie nasza sprawa. My za swoją pracę mamy prawo do otrzymywania wynagrodzenia, a pieniądze powinien mieć pracodawca. Pozostaje kwestia, ile zdecyduje się płacić i tu powinniśmy być nieustępliwi. I tyle.

Zapłata za wykonaną pracę, oprócz poniesionych kosztów związanych z jej wykonaniem (materiały, amortyzacja sprzętu do tej pracy niezbędnego itd.) powinna zawierać także wynagrodzenie dla tego, kto pracę wykonał. W przypadku gdy wszelkie nakłady ponosi pracodawca, wynagrodzenie pracownika określone jest w dwustronnej umowie. Sprawa komplikuje się, gdy wszelkie koszty ponosi sam wykonawca, jak to się dzieje w przypadku lekarza działającego w ramach kontraktu z NFZ. W tym wypadku wynagrodzenie lekarza za wykonane świadczenie powinno obejmować poniesione wydatki i honorarium, które powinno z kolei uwzględniać trud poniesiony w ciągu lat nauki, doświadczenie i zawodowe kompetencje. Wszystko razem powinno być przedmiotem negocjacji lekarzy i NFZ. Ale nie jest. Fundusz chętnie korzysta z prawa monopolisty i o żadnych prawdziwych negocjacjach nie ma mowy. Są tylko narzucone warunki i albo lekarz je przyjmie albo do widzenia. Gdzie więc tu miejsce na lekarskie honoraria? Ale to wszyscy wiemy. Buntujemy się, ale co z tego wynika – wiadomo. Zresztą bagatelizowanie lekarskich wynagrodzeń ma swoją tradycję. Lata temu w tak zwanej uspołecznionej służbie zdrowia upowszechniło się przekonanie, że sytuacją białego personelu nie ma potrzeby się przejmować. Był nawet minister, który mawiał, że pensje lekarzy nie są problemem, bo oni dadzą sobie radę. A jeżeli świadczenia realizowane były w prywatnych gabinetach, to już w ogóle nie ma o czym mówić. Był okres w latach czterdziestych i pięćdziesiątych, że administracja wprost mówiła, że nie ma miejsca na prywatne gabinety, potrzebna jest kolektywna praca lekarzy, podobna do pracy na taśmie produkcyjnej w fabryce. A pensje lekarzy to ryczałt ustalany przez świadomych nowej rzeczywistości urzędników... Żeby zniszczyć „prywaciarzy”, wymyślano wysokie podatki, domiary, specjalne opłaty za wywieszenie reklamy czy zatrudnienie pielęgniarki lub asystentki stomatologicznej. Tak to było. Oczywiście, że teraz jest nieporównanie lepiej. Ale do znośnego poziomu daleko. Wystarczy porozmawiać z pacjentami przed gabinetami albo gdy obracają w palcach receptę, rozważając, czy stać ich na jej wykupienie...

Spis treści

| | |
|---|-----------|
| Moim zdaniem... | 4 |
| RODO – nowe przepisy w zakresie ochrony danych osobowych | 5 |
| Wybory 2017. Pamiętaj o oddaniu głosu! | 5 |
| Podsumowane trzy lata | 6 |
| Nordic walking w lesie | 7 |
| Pakiet ponownie zmodyfikowany | 8 |
| Pod dachem i z oknami | 9 |
| Z medycznej wokandy | 10 |
| Dawka informacji | 12 |
| Cnoty i niecnoty naszej elastyczności | 14 |
| Świat medycyny od podszewki | 16 |
| Szczecin to miasto śpiewających lekarzy | 17 |
| SHORT CUTS | 18 |
| 52 lata minęły jak jeden dzień | 20 |
| Uwaga! Tajemnica! | 20 |
| Za pieniądze NFZ i własne | 22 |
| Zarządzanie profesjonalne | 24 |
| Planowane i doraźne | 25 |
| Harmonogram kursów | 26 |
| Wiersze | 30 |

Moim zdaniem...



Krzysztof Kordel
prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

...okres wakacyjny pozwala na „nicnierobienie”, a równocześnie często skłania do przemyśleń.

Z mojej wieloletniej obserwacji wynika, że w mediach istnieje pojęcie sezonu ogórkowego. W tym roku wydarzeń o złym wydźwięku było wystarczająco dużo, do czego przyczynili się zarówno terroryści, jak i pogoda. Dziennikarze nie musieli zatem szukać potwora z Loch Ness.

Doświadczenie pokazuje, że w ubiegłych latach zawsze można było szukać *bad news* w działaniu ochrony czy też, jak woli minister, służby zdrowia. Sensacyjnych informacji nie było, co wcale nie znaczy, że o nas nie pisano.

Moją uwagę przykuły informacje medialne bez zabarwienia sensacyjnego, ale w swoim wydźwięku złe. Otóż media doniosły o spadku przeszczepów w Polsce. Wieloletnie doświadczenia wskazują na tendencję sinusoidalną. Ale z tego, co donoszą media, w ostatnim okresie spadek pobrań ma charakter utrwalony. Najgorsze w tej sytuacji jest to, że jako główną przyczynę wskazuje się niechęć wielu dużych ośrodków medycznych do zgłaszania potencjalnych dawców.

Doskonale wiem, że kwestia nagłej śmierci jest szokiem dla rodziny, zwłaszcza kiedy umiera dziecko. W ostatnim czasie robiłem sekcje dwóch nastolatków, którzy byli ofiarami wypadków drogowych i zmarli mimo wysiłku lekarzy z Instytutu Pediatrii. W obu przypadkach pobrano narządy i mam nadzieję, że ich śmierć dała innym dzieciom szansę na życie.

Z materiałów medialnych, co prawda nie wprost, wynikała diagnoza. Suponowano, że być może problem niezgłaszania potencjalnych dawców wynika z przyczyn finansowych. Jeśli tak istotnie jest, to zgroza. Wydawałoby się, że transplantologia ma dobre warunki zarówno etyczne, jak i prawne.

Kilka lat temu Wielkopolska Izba Lekarska przyłączyła się do inicjatywy marszałka wielkopolskiego Marka Woźniaka

„List dla transplantologii”, co zaowocowało serią spotkań w naszym województwie, podczas których staraliśmy się mówić zarówno o kwestiach medycznych, jak i etycznych oraz o rozwiązaniach prawnych w naszym kraju. Nie można w tym miejscu nie wspomnieć o roli religii. Żadna duża religia nie sprzeciwia się pobraniu narządów od zmarłych, ale najbardziej wspierającą w tej kwestii jest religia katolicka. Już w 1956 r. w encyklice *Acta Apostolicae Sedis* Pius XII stwierdził, że pobieranie narządów jest uprawnione, ale powinno się odbywać z poszanowaniem uczuć osób opiekujących się zmarłym w ostatnim okresie. Moim zdaniem najlepiej stanowisko Kościoła katolickiego wyraził święty Jan Paweł II, stwierdzając, że oddanie narządów potrzebującym jest największym przejawem miłości do bliźniego. Może trzeba o tych sprawach ponownie powiedzieć w liście pasterskim, jak to zrobiono kilka lat temu?

Otoczenie prawne też jest dobre. Polska ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów jest uznawana za jedną z najlepszych na świecie. Dlaczego zatem jest taka zapaść? Tragiczne byłoby uznanie, że dziennikarze mają rację i chodzi o finanse. Jeśli tak jest, to ja nie chcę żyć w takim otoczeniu.

Nie chcę wierzyć, że to, co robię od kilku lat, nie ma sensu i moje wykłady z deontologii lekarskiej zupełnie nie docierają do studentów oraz nie przekładają się na postępowanie w przyszłym życiu zawodowym. Mam nadzieję, że medycyna nie rządzi pieniędzmi i że czasami można coś zrobić dla dobra innych, nawet dokładając do interesu czy też kosztem odpoczynku. Moim zdaniem taki jest nasz zawód, chociaż wolałbym użyć pojęcia misja lub powołanie.

Pamiętajmy, że my i nasi najbliżsi także chorujemy. Możemy kiedyś takiej pomocy potrzebować. Mówiąc o tym na wykładach, zawsze kończę, cytując, mam nadzieję znaną wszystkim, maksymę – nie czyni drugiemu, co tobie nie miłe.

RODO – nowe przepisy w zakresie ochrony danych osobowych

25 maja 2018 r. zaczną obowiązywać przepisy Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), które powszechnie nazywane jest RODO.

Od pewnego czasu na rynku można znaleźć mnóstwo propozycji szkoleń i seminariów, których organizatorzy zapewniają, że po ukończeniu kursu jego uczestnik bez problemu dostosuje przepisy wewnętrzne firmy do wymogów rozporządzenia. Czy na pewno można już ostatecznie wywnioskować, jak powinny wyglądać wszystkie procedury i wytyczne w zakresie ochrony danych osobowych i to dla wszystkich branż? W opinii wielu osób nie. Nie da się ukryć, że po raz pierwszy w historii Unii Europejskiej problematyka zapewnienia ochrony danych osobowych została uregulowana aktem najwyższej rangi, a mianowicie rozporządzeniem obowiązującym bezpośrednio we wszystkich państwach członkowskich. Do tej pory były to dyrektywy, które dawały członkom Unii Europejskiej możliwość krajowej implementacji jej przepisów. Ta powszechność rozporządzenia unijnego skutkuje zapisami obowiązującymi wszystkie rodzaje podmiotów, wszystkie branże i profile działalności, a także nie kategoryzuje bezpośrednio jednostek, biorąc pod uwagę ich wielkość. Już wydano wytyczne unijne do rozporządzenia, które nieco przybliżają poszczególne zapisy. Ciężko jest zatem przypuszczać, że polski organ odpowiedzialny za ochronę danych osobo-

wych nie będzie wydawał swoich wytycznych. Przemawia za tym fakt, że GIODO przeprowadza wiele konsultacji z osobami zajmującymi się ochroną danych osobowych w kilku strategicznych branżach. Za taką uznano również ochronę zdrowia. Jednak efektów na razie nie ma. Czy zatem nic się nie zmieni w zakresie ochrony danych osobowych dla podmiotów leczniczych? Tego nie można powiedzieć, ponieważ z pewnością nowe obowiązki zostaną nałożone, a szczególnie będzie dotyczyć to podmiotów leczniczych przetwarzających dane osobowe na tzw. dużą skalę. Będą one zobligowane do powołania inspektorów danych osobowych (DPO) oraz szacowania ryzyka przetwarzania danych, w celu zapobiegania incydentom związanych z ich przetwarzaniem. Jednym z głównych założeń rozporządzenia unijnego jest właśnie ukierunkowanie działań związanych z ochroną danych osobowych na uprzednie i profilaktyczne działania, których efektem ma być takie dobranie procedur, aby późniejsze przetwarzanie danych osobowych odbywało się z najmniejszym poziomem ryzyka. Wygląda na to, że małe podmioty lecznicze, a w zasadzie praktyki lekarskie i dentystyczne, będą miały uproszczone procedury ochrony danych osobowych, ale z pewnością obowiązujące dokumenty będą musiały ulec zmianie. Złożoność tego problemu jest tym większa, że wiąże się z problematyką elektronicznej dokumentacji medycznej, której wprowadzenie jest planowane i dlatego trochę cierpliwości w tej materii jest wskazane.

Jednocześnie Wielkopolska Izba Lekarska będzie ten proces monitorować, a w stosownym momencie będzie starać się zaproponować konkretne rozwiązania.

MAREK SAJ

ADMINISTRATOR BEZPIECZEŃSTWA INFORMACJI

783 993 939

Wybory 2017. Pamiętaj o oddaniu głosu!

Koleżanki i Koledzy, rozpoczęliśmy okres przeprowadzania wyborów w poszczególnych rejonach wyborczych. Otrzymałcie zawiadomienie o terminie wyborów i materiały do głosowania korespondencyjnego listownie. Prosimy o dokładne zapoznanie się z instrukcją głosowania korespondencyjnego i przestrzeganie zasad głosowania. Tylko prawidłowo oddany głos, przesłany do komisji wyborczej w podpisanej i opieczętowanej kopercie, jest ważny i potwierdza udział w wyborach i głosowanie na poszczególnych kandydatów.

Do udziału w wyborach zgłosiło się 302 kandydatów na 366 mandatów delegatów na zjazd. W 9 rejonach wyborczych nie zgłosił się żaden kandydat i ponad 800 lekarzy i lekarzy

dentystów nie otrzyma kart do głosowania. W wielu rejonach wyborczych zgłosiło się mniej kandydatów, niż wynosiła liczba mandatów. Tylko w kilku rejonach liczba kandydatów jest większa niż mandatów.

Spada zainteresowanie i chęć pracy w samorządzie lekarskim, a wymagania rosną, prosimy zatem, oddajcie swój głos na tych, którzy chcą poświęcić swój czas na działalność samorządową. Mając możliwość głosowania korespondencyjnego, nie możemy już zasłaniać się brakiem czasu na udział w wyborach i najlepiej od razu wysłać swój głos.

PRZEWODNICZĄCA

OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ WIELKOPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

LEK. KARINA BUXAKOWSKA

Wiele cennych inicjatyw

Podsumowane trzy lata

Zbliża się zakończenie kadencji, a Okręgowy Sprawozdawczo-Wyborczy Zjazd Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej odbędzie się 10 i 11 marca 2018 r. To właśnie wtedy wybrane zostaną nowe władze i organy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. Dlatego też Okręgowa Komisja Wyborcza WIL rozpoczęła przeprowadzanie wyborów w rejonach wyborczych, które wyłonią delegatów uczestniczących w wyżej wspomnianym Zjeździe. Wybrane osoby będą członkami najważniejszego organu samorządu lekarzy i lekarzy dentyków przez kolejne 4 lata.

Głosować można osobiście lub korespondencyjnie i stąd członkowie Wielkopolskiej Izby Lekarskiej otrzymują stosowną korespondencję zawierającą nie tylko informacje o miejscach i terminach, w których można oddać głos, lecz także wszystkie niezbędne materiały, aby uczestniczyć w głosowaniu drogą korespondencyjną, która ma taką samą moc. Koniec kadencji to oczywiście czas podsumowań. Na szczegółowe przyjdzie pewnie pora pod koniec bieżącego roku, kiedy będą znane wszystkie dane za bieżący okres, jednak chciałbym wszystkim przedstawić kilka uśrednionych danych i przypomnieć kilka osiągnięć, którymi można się pochwalić przez ostatnie 3 lata obecnej kadencji.

Samorząd zawodowy lekarzy i lekarzy dentyków, z mocy ustawy o izbach lekarskich, ma 24 zadania, którymi winien się zajmować. Z pewnością nikt nie jest sobie w stanie wyobrazić, aby wszystkie te zadania były realizowane z taką samą intensywnością i stąd przed rozpoczęciem każdej kadencji, delegaci podczas obrad Okręgowego Zjazdu Lekarzy wytyczają główne kierunki działania w tzw. uchwale programowej. Nie inaczej było w obecnym okresie.

Jednym z głównych celów obecnych władz była kontynuacja i zwiększenie liczby kursów i szkoleń w zakresie doskonalenia zawodowego. W ciągu ostatnich 3 lat corocznie w kursach i szkoleniach uczestniczyło niemal 1800 lekarzy i lekarzy dentyków. Warto nadmienić, że część z tych kursów jest realizowana nie tylko ze środków WIL, lecz także z dotacji z Naczelnej Izby Lekarskiej. Od 2 lat niemal wszystkie kursy nie są obłożone dodatkowymi opłatami. Wyjątkiem są certyfikowane przez Europejską Radę Resuscytacji kursy ALS, ILS i EPLS, których organizatorem jest WIL i w przypadku których część kosztów bezpośrednio pokrywa WIL. Od dwóch lat WIL organizuje również obowiązkowe w trakcie specjalizacji kursy z prawa medycznego i ratownictwa medycznego. Wiadomo również, że WIL nie jest w stanie samodzielnie wypełnić funkcji organizatora szkoleń dla wszystkich zainteresowanych i stąd od wielu lat istnieje mechanizm refundacji kosztów udziału w szkoleniach dla lekarzy i lekarzy dentyków, którzy nie mają jeszcze specjalizacji. Corocznie Komisja ds. Kształcenia Medycznego WIL, która zarządza tymi środkami, rozpatruje niemal 600 wniosków, a średnioroczna kwota refunda-

cji wynosi niemal 293 000 zł. Od dłuższego czasu w proces kształcenia zaangażowała się również Komisja ds. Młodych Lekarzy, która organizuje cieszące się ogromnym zainteresowaniem konferencje dla środowiska młodych lekarzy.

Aktywność Komisji ds. Młodych Lekarzy bardzo cieszy i nie jest ona jedynie ukierunkowana na organizację kursów. Jej przedstawiciele aktywnie uczestniczyli bądź też organizowali samodzielnie Ogólnopolskie Konferencje Młodych Lekarzy, na których w obecności ministrów zdrowia i najważniejszych przedstawicieli systemu ochrony zdrowia poruszano wiele tematów, które dotyczyły tej problematyki. Ciekawym pomysłem komisji była idea wsparcia środowiska studenckiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Od niemal 3 lat kilkadziesiąt tysięcy złotych rocznie jest przeznaczanych na dofinansowanie konferencji naukowych, organizowanych przez studenckie koła naukowe. Od dwóch lat istnieje również program wsparcia rodziców – lekarzy, którzy szczepią swoje dzieci na pneumokoki i meningokoki. W realizacji tej inicjatywy najważniejsze nie jest wsparcie finansowe, które łącznie w skali roku wynosi kilkadziesiąt tysięcy złotych, a które otrzymują w formie refundacji członkowie WIL, ale także potwierdzenie, że środowisko lekarskie jest za szczepieniami i że odgrywają one bardzo pozytywną rolę w społeczeństwie.

W ciągu ostatnich 3 lat w WIL funkcjonuje również program wsparcia rodziców – członków WIL, którym urodziło się dziecko. Za pierwsze dziecko można otrzymać 1000 zł, a za każde kolejne 2000 zł. Należy jednak pamiętać, że otrzymanie wsparcia zależy od spełnienia kryterium dochodowego. Corocznie na ten cel Komisja Socjalna, która zarządza tym programem, przeznacza kwotę niemal 180 000 zł. Komisja ta również wspiera najbardziej potrzebujących, których sytuacja losowa jest bardzo ciężka i którzy potrzebują wsparcia finansowego. W tym celu rocznie w ciągu ostatnich 3 lat na takie wsparcie przeznaczano średnio również ok. 180 000 zł. Ponadto w ramach środków Komisji Socjalnej działa również mechanizm zapomóg pośmiertnych i sierocych, które w skali roku, w ciągu ostatnich 3 lat wynosiły średnio 240 000 zł.

Z pewnością można byłoby przywołać wiele innych cennych inicjatyw, takich jak te organizowane przez Komisję ds. Emerytów i Rencistów, jak choćby pomoc finansowa dla osób, które rozpoczynają 90. rok życia, badania okresowe dla lekarzy seniorów czy też szereg spotkań i wycieczek integracyjnych, które pozwalają nieco zorganizować czas na zasłużonej emeryturze. Tego czasu, którego na emeryturze jest dużo – choć nie da się ukryć, że przechodzimy na nią coraz później brakuje wśród najbardziej aktywnych zawodowo. Od dwóch lat działa Komisja ds. Integracji. Jej zadaniem jest zaproponowanie pewnych form spędzania czasu w gronie lekarskim, w nieco niekonwencjonalnych formach, takich jak spływy kajakowe, koncerty, wycieczki w góry czy też liga tenisowa.

Aktywność zawodowa i wykonywanie zawodu lekarza i lekarza dentyki wymaga również szerokiego wsparcia i takie

formy działalności WIL również chciałbym przybliżyć. Na terenie WIL, w wyznaczonych godzinach, odbywa się dyżur prawników, którzy są do dyspozycji lekarzy i lekarzy dentyistów. Na specjalne życzenie dostępny jest również doradca podatkowy. Przepisy prawne w dzisiejszych czasach są niezwykle zawiłe i skomplikowane i bardzo często potrzebne od zaraz, wraz z interpretacją. W związku z tym WIL udostępnia swoim członkom dostęp do programu prawnego, w tym także do wyspecjalizowanych modułów potrzebnych służbie zdrowia. W tym miejscu należy również odnotować działalność WIL w zakresie informowania środowiska o zagrożeniach czy też problemach związanych z wykonywaniem zawodu. Wielkopolska Izba Lekarska powołała zespół ds. elektronicznej dokumentacji medycznej, który stara się przybliżyć te zagadnienia za pomocą zakładki na stronie internetowej WIL, a także będzie organizatorem ogólnopolskiej konferencji, która odbędzie się jesienią tego roku. Lekarze i lekarze dentyści narażeni są również na niebezpieczeństwa w zakresie działalności komercyjnych firm, które bardzo często wprowadzają w błąd, sprzedając niepotrzebne produkty. Wychodząc naprzeciw takim praktykom, WIL wydaje stosowne komunikaty i ostrzeżenia, a także w ramach swoich możliwości oferuje gotowe produkty, które następnie są udostępniane członkom izby – tak jak w przypadku dokumentów dotyczących ochrony danych osobowych. Działalność WIL to także wiele pism, stanowisk, apeli i bieżące kontakty z NFZ, administracją publiczną czy też rządową, a także z posłami i senatorami RP. Trzeba jednak w tym miejscu zaznaczyć, że nawet pomimo wielu inicjatyw, które popierane są na szczeblu regionalnym, nie znajdują one bardzo często zrozumienia wśród decydentów centralnych, których zdanie jest ostateczne. Nie oznacza to jednak braku dalszej aktywności w tym zakresie, gdyż są przykłady, jak choćby szczególna aktywność Komisji Stomatologicznej podczas postępowań konkursowych, kiedy w toku dyskusji i merytorycznych argumentów można osiągnąć jakieś cele.

Rozpocząłem, pisząc o szkoleniach. Nie da się jednak ukryć, że aby się odbywały, muszą być obiekty, w których można je przeprowadzić. Wynajmowanie odpowiednich sal szkoleniowych, przy jednoczesnych zgraniu takich terminów z kalendarzami prowadzących graniczy nieraz z cudem i stąd decyzja, aby w tym zakresie być jak najbardziej samowystarczalnym. Realizacją takiego założenia jest zakończenie prac remontowych w delegaturze WIL w Pile przy ul. Krynicznej 2 oraz zakończenie budowy nowej siedziby w Koninie przy ul. Liliowej 9. W obu tych obiektach do dyspozycji pozostają sale konferencyjne na 50 osób z pełnym wyposażeniem multimedialnym. Dopełnieniem takiego planu ma być budowa budynku konferencyjnego w siedzibie w Poznaniu, w którym zlokalizowana zostanie wielofunkcyjna sala konferencyjna na 100 osób, której budowa przewidziana jest na kolejne lata.

Na szczegółowe sprawozdanie kadencyjne przyjdzie czas, jak już wspominałem, jednak mam nadzieję, że choć trochę udało się zarysować elementy, które uwypukliły się w ciągu ostatnich 3 lat działalności.

KRZYSZTOF KORDEL



Światowy Dzień Serca

Kotowo – niedziela, 24 września 2017 r.

Nordic walking w lesie

W niedzielę, 24 września, o godzinie 10.00 do nadleśnictwa Babki dbający o zdrowie i kondycję fizyczną leśnicy i kardiolodzy zapraszają ponownie swoich przyjaciół, miłośników lasu i rekreacji, na wędrowkę po lesie. W programie nordyckie spacerowanie w lesie po zdrowie 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 trwająca kampania Lasom Przyjazny. W tym roku spotykamy się po raz dwunasty.

Spotkanie w lesie ma przez spacer z kijkami przybliżyć „mieszczuchom” las. Przypominamy, że nordic walking to sport, który pozwala trenować i utrzymywać w dobrej kondycji całe ciało: serce, mięśnie, stawy – bez przeciążania go.

Swoją wędrowkę zaczniemy na polu biwakowym w Kotowie nad Wartą. Stąd będziemy mieli do wyboru trzy trasy. Najkrótsza trasa (2,1 km) doprowadzi do czterech okazałych dębów – pomników przyrody. Średnia (5,4 km) przebiega wzdłuż malowniczych brzegów Warty, po drodze mijają ruiny dawnej karczmy Biały Gościniec w miejscu nieistniejącej już przeprawy promowej. Z kolei najdłuższa (ok. 8 km) łączy walory dwóch pierwszych, dodatkowo prowadząc przez gospodarczą część kompleksu leśnego Zwola i pozwalając zapoznać się z pracą leśników.

Po spacerze na głodnych uczestników czekać będzie zdrowy, leśny posiłek, przygotowany zgodnie z najlepszą dla serca dietą paleolityczną myśliwych i zbieraczy.

Zapewniamy ograniczoną liczbę kijków nordyckich do spacerów po lesie, obecność instruktorów dyscypliny i leśny posiłek. Wpłata na miejscu 30,00 zł od osoby na pokrycie kosztów posiłku. Spotykamy się o godzinie 9.30–10.00 na polu biwakowym w Kotowie, którego koordynaty GPS to: 52°06'01.4"N 17°08'05.3"E. Zakończenie marszu przewidziane ok. 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 Babki.

Z uwagi na możliwości organizacyjne prosimy o potwierdzenie udziału do 18.09.2017 r. na adres: katarzyna.gomulkiewicz@poznan.lasy.gov.pl lub babki@poznan.lasy.gov.pl, tel. 61 878 80 43 wewn.15

JERZY FLISYKOWSKI – POLSKIE TOWARZYSTWO LEŚNE,
PIOTR DYLEWICZ – KATEDRA REHABILITACJI KARDIOLOGICZNEJ,
KATARZYNA GOMUŁKIEWICZ – NADLEŚNICTWO BABKI

Pakiet ponownie zmodyfikowany

Obowiązuje od 1 stycznia 2015 r. Miał poprawić jakość i dostępność opieki zdrowotnej w przypadkach chorób nowotworowych. Przede wszystkim chodziło o ich wykrywanie we wczesnym stadium i usprawnienie obsługi pacjentów. Od samego początku z licznych placówek medycznych do Ministerstwa Zdrowia kierowane były uwagi, sugestie i postulaty. Wpłynęły one na modyfikację pakietu onkologicznego. Kolejne przed nami, będą obowiązywać od 1 października 2017 r.



Zmiany głównie dotyczą sprawozdawczości oraz karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Uproszczona została sprawozdawczość w zakresie prowadzenia list oczekujących w przypadku świadczeń udzielanych na podstawie karty (DiLO). Nie ma już obowiązku przekazywania przez placówki medyczne danych określających listy onkologiczne. Lekarze udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych zyskali uprawnienie do wystawiania karty DiLO w przypadku podejrzenia nowotworu złośliwego, dzięki czemu znika konieczność kierowania pacjenta do lekarza pierwszego kontaktu. Rezygnuje się z przepisów dotyczących wskaźnika rozpoznawania nowotworów przypisanego lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej. Do tej pory po przekroczeniu minimalnej wartości wskaźnika lekarz podstawowej opieki zdrowotnej tracił możliwość wydawania karty DiLO do czasu ukończenia szkolenia z zakresu wczesnego rozpoznawania nowotworów.

Rezygnuje się także z obowiązku zgłoszenia Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego bezpośrednio do Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN) przez lekarza, który stwierdził nowotwór złośliwy. „Dotychczasowe doświadczenia – uzasadnia MZ – pokazały, że obowiązek ten nie przyczynił się ani do wzrostu zgłaszalności, ani poprawy jakości danych zgłaszanych do Krajowego Rejestru Nowotworów. Świadczeniodawcy nadal są zobowiązani do dokonywania odpowiednich zgłoszeń”. Rezygnacja w karcie DiLO z pól dotyczących danych związanych z Krajowym Rejestrem Nowotworów pozwoli na istotne zmniejszenie objętości tego dokumentu. Rozszerzony został zakres diagnostyki i leczenia w ramach pakietu (z „nowotwór złośliwy” na „nowotwór złośliwy lub miejscowo złośliwy”), co umożliwi objęcie pakietem m.in. łagodnych nowotworów ośrodkowego układu nerwowego.

„Minister zdrowia – czytamy na stronie www.mz.gov.pl – zaakceptował plan

taryfikacji na rok 2018, obejmujący m.in. świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w leczeniu chorób nowotworowych. W celu zapewnienia pacjentom wysokiej jakości świadczeń onkologicznych minister zdrowia zlecił Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wypracowanie założeń do modelu opieki kompleksowej w onkologii – aktualnie trwają prace nad kompleksową diagnostyką i leczeniem pacjentów z chorobami piersi. Prace analityczne obejmują analizę rozwiązań systemowych w innych krajach, przegląd literatury w tym zakresie oraz konsultacje robocze ze środowiskiem medycznym przy jednoczesnym uznaniu głosu przedstawicieli organizacji zrzeszających pacjentów”.

Statystyka (na 19 czerwca 2017 r.) pakietu onkologicznego jest następująca:

- 520 699 wydanych kart DiLO,
- 101 057 wykonanych diagnoz wstępnych,
- 176 007 wykonanych diagnoz pogłębionych,
- 298 548 zwołanych konsyliów,
- 88,3% diagnostyk wstępnych wykonanych w terminie,
- 84,4% diagnostyk pogłębionych wykonanych w terminie,
- 98,7% konsyliów zwołanych w terminie.

Nowoczesna medycyna kosztuje coraz więcej, co wyraźnie widać w onkologii. Zdaniem ministra zdrowia Konstantego Radziwiłła nieuchronna jest decyzja o zwiększeniu nakładów na ochronę zdrowia. Według zapowiedzi rządu do 2025 r. mają one wzrosnąć do 6% PKB.

TEKST I FOT. ANDRZEJ PIECHOCKI



Pod dachem i z oknami

Historia Wielkopolskiego Stowarzyszenia Wolontariuszy Opieki Paliatywnej „Hospicjum Domowe” sięga 1998 r. Otwiera ją domowa opieka paliatywna i hospicyjna kierowana do dzieci i osób starszych.

Kolejne rozdziały związane są z samodzielnym hospicjum dla dzieci z całego województwa, hospicjum geriatrycznym (pierwszym w Polsce), poradnią medycyny paliatywnej, programami profilaktyki i opieki geriatrycznej o zróżnicowanych formach pomocy, których celem jest optymalne przedłużenie aktywności osób starszych we wszystkich wymiarach: biologicznym, fizycznym i społecznym. Działalność medyczną prowadzi wysoko specjalizowany zespół lekarzy, pielęgniarek, wspierany przez wolontariuszy. Działalność badawcza i naukowa to wielostronne i ukierunkowane programy badań, regionalne i międzynarodowe konferencje organizowane dorocznie w Poznaniu, liczne publikacje.

Wszystkie świadczenia są bezpłatne i finansowane z kontraktów z NFZ oraz dotacji. Ale nie tylko, część z nich udaje się realizować dzięki funduszom europejskim, wsparciu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Spraw Społecznych, Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego, Urzędu Miasta Poznania, licznych darczyńców instytucjonalnych i prywatnych.

Sprawą, która zaprzęta teraz uwagę i bardzo absorbuje cały zespół stowarzyszenia, jest dokończenie budowy stacjonarnego hospicjum geriatrycznego i stacjonarnego hospicjum dla dzieci. Budynek przy ul. W. Engeströma 11 w Poznaniu jest pod dachem, zamontowane są już okna. Czas teraz na prace budowlano-instalacyjne wewnątrz, potem pozostanie sukcesywne urządzenie kolejnych pomieszczeń. Znajdą się w nich także dzienny ośrodek diagnostyki, leczenia i intensywnej rehabilitacji psychofizycznej dla osób starszych z wielochorobowością

i wczesnym stadium chorób neurodegeneracyjnych (5 łóżek), a w ramach działalności medycznej i rehabilitacji wykorzystane zostaną mobilne narzędzia monitorujące, teleopieka i telemedycyna. Planowane są szkolenia dla studentów medycyny i rodzin pacjentów. Zintensyfikowane starania o wsparcie finansowe podejmowane są w różnych miejscach i na różne sposoby. Jeżeli przyniosą oczekiwany skutek, jest szansa, że do końca roku ta inwestycja zostanie zapięta na ostatni guzik.

Przy tej okazji warto przypomnieć, że działalność WSWOP „Hospicjum Domowe” obejmuje m.in.:

- Wielospecjalistyczną Poradnię Geriatryczną, która realizuje wizyty ambulatoryjne i w domu chorego; prowadzi także rehabilitację neuropsychologiczną, fizyczną, terapię zajęciową, trening funkcji poznawczych, można również skorzystać z porad dietetyka i farmaceuty,
- zespół wyjazdowy geriatryczny,
- Poradnię Leczenia Bólu (80% pacjentów stanowią seniorzy),
- Centrum Seniora, które poza opieką medyczną i fizjoterapeutyczną oferuje także porady prawne, psychologiczne, socjalne, dietetyczne i farmakologiczne,
- Dzienny Dom Wsparcia dla osób z zaburzeniami funkcji poznawczych; utworzony pilotażowo w 2016 r., przeznaczony dla mieszkańców Poznania po 60. roku życia, u których występują zaburzenia funkcji poznawczych, otępienie lekkiego stopnia oraz osób po udarach,
- domową opiekę geriatryczną sprawowaną wspólnie z lekarzem rodzinnym, pielęgniarką środowiskową, służbą socjalną, rodziną pacjenta,
- program na rzecz poprawy jakości i poziomu życia osób starszych (ASOS), ich aktywizacji,
- Poradnię Medycyny Paliatywnej,
- Hospicjum Domowe dla Dorosłych.

TEKST I FOT. ANDRZEJ PIECHOCKI

Z medycznej wokandy

O dyskusji wokół kary „śmierci zawodowej”

Czy każdemu trzeba dać szansę poprawy?

Wakacje praktycznie za nami, choć tegoroczny tzw. sezon ogórkowy (przynajmniej w lipcu) był niezwykle burzliwy, bo w Polsce rozgorzał m.in. spór o kształt sądownictwa.

W cieniu tych wydarzeń pozostało niezauważanych wiele innych ważkich spraw (np. minimalne wynagrodzenia lekarzy – odrzucono projekt obywatelski, a uchwalono rządowy), ale także jedna zapoczątkowana wystąpieniem Rzecznika Praw Obywatelskich z 19 lipca 2017 r., odnoszącym się do art. 110 ust. 5 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich. Przypomnijmy, po pierwsze, że w katalogu kar, którymi dysponują sądy lekarskie, przewidziano – oprócz upomnienia, nagany, kary pieniężnej, zakazu pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia od roku do 5 lat, także ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza od 6 miesięcy do 2 lat oraz zawieszenie prawa wykonywania zawodu od roku do 5 lat – pozbawienie prawa wykonywania zawodu. Oznacza to w praktyce sankcję w postaci śmierci zawodowej, bo lekarz ukarany w ten sposób nie może wykonywać zawodu już nigdy i to bez możliwości ubiegania się o taki przywilej w przyszłości. Zgodnie bowiem z wyżej przytoczonym, kwestionowanym przepisem, kara pozbawienia prawa wykonywania zawodu nie ulega zatarciu. Warto wyjaśnić, że instytucja zatarcia ukarania polega na tym, że po upływie określonego czasu (roku, 3 lub 5 lat) wzmiankę o ukaraniu usuwa się z rejestru ukaranych lekarzy. Zatarcie kary następuje z urzędu po upływie roku od daty uprawomocnienia się orzeczenia o ukaraniu karą upomnienia, po upływie 3 lat od dnia uprawomocnienia się orzeczenia o ukaraniu karą nagany, po takim samym okresie, ale od dnia wykonania orzeczenia o ukaraniu karą pieniężną, zakazem pełnienia funkcji kierowniczych, ograniczeniem zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza, oraz po 5 latach od dnia wykonania orzeczenia o ukaraniu karą zawieszenia prawa wy-



JERZY SOWIŃSKI



JĘDRZEJ SKRZYPCZAK

konywania zawodu. Trzeba też dodać, że jeżeli lekarz przed upływem okresu wymaganego do zatarcia kary zostanie ponownie ukarany, dopuszczalne jest tylko jednoczesne zatarcie wszystkich kar. Zatem jeżeli lekarz popełni kolejne, inne przewinienia zawodowe, zatarcie ukarania nie nastąpi. Inaczej jest w wypadku

Okoliczności popełnienia niektórych czynów są na tyle haniebne, że osoba taka nie rokuje możliwości odzyskania zaufania wśród pacjentów, co jest niezbędne do prawidłowego wykonywania tego zawodu zaufania publicznego. Dlatego też należy uznać, że gwarantowane przez konstytucję prawo pacjenta do leczenia obejmuje prawo do uzyskania opieki lekarza o odpowiednich kwalifikacjach fachowych, ale także moralnych.

kary pozbawienia prawa wykonywania zawodu. Jak z powyższego stanowiska RPO wynika, że takie rozwiązanie może być niezgodne z konstytucją, w szczególności z art. 65 ust. 1, gwarantującym wolność wykonywania zawodu. Rzecznik Praw Obywatelskich sugeruje, aby dokonać zmiany stanu prawnego i umożliwić zatarcie skazania nawet w przypadku śmierci zawodowej po 15 latach.

W odpowiedzi prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Maciej Hamankiewicz skierował pismo do ministra zdrowia, zaznaczając, że samorząd lekarski nie zgadza się z tym stanowiskiem. Przypomniano, że tę najsurowszą z katalogu kar przewidzianych ustawą o izbach lekarskich od

1989 r. orzeczono w 11 niezwykle drastycznych przypadkach, których nie można w żaden sposób usprawiedliwić. Były to w istocie czyny godzące w istotę tego zawodu. Przypomniano, że chodziło o takie przypadki, jak m.in.: 1) użycie przez lekarza anestetyku podanego małej pacjentce dożylnie w celu doprowadzenia jej do poddania się tzw. innej czynności seksualnej oraz nadużycie stosunku zależności w celu wykonania wobec kolejnej małej pacjentki tzw. innej czynności seksualnej; 2) wykorzystanie przez lekarza swojego wpływu na pacjentkę w celu doprowadzenia do naruszenia jej intymności i wykonania innej czynności seksualnych oraz dodatkowo użycie przemocy fizycznej wobec innej pacjentki; 3) użycie broni palnej (oddanie kilku strzałów) w celu pozbawienia życia innego człowieka. Pokrzywdzony zmarł; 4) dokonanie nielegalnego zabiegu przerywania ciąży, a dodatkowo wykonanie

go nieprawidłowo od strony medycznej oraz wykonanie tego zabiegu w warunkach ambulatoryjnych, podczas gdy pacjentka wymagała pilnego leczenia szpitalnego. Pacjentka zmarła; 5) dokonanie nielegalnego zabiegu przerywania ciąży u kilku kobiet. Dodatkowo zabiegi te zostały wykonane w pomieszczeniach, które nie były zarejestrowane jako pomieszczenia praktyki lekarskiej; 6) wykonywanie zawodu pomimo orzeczonego wcześniej wobec lekarzy czasowego zakazu wykonywania zawodu. Orzeczenie o pozbawieniu prawa wykonywania zawodu zapadło w sytuacji, w której potwierdzono, że wobec lekarza wydano wcześniej nawet kilkanaście orzeczeń

skazujących za przewinięcia zawodowe; 7) popełnienie przez lekarza pracującego w Pogotowiu Ratunkowym rażących błędów diagnostycznych, terapeutycznych oraz błędów w czasie resuscytacji w przypadku 10 pacjentów, u których wystąpiło nagłe zatrzymanie krążenia i oddechu. Wszyscy pacjenci zmarli” (por. stanowisko prezesa NRL opublikowane na www.nil.org.pl). Prezes podkreślił jednocześnie, że okoliczności popełnienia niektórych czynów są na tyle haniebne, że osoba taka nie rokuje możliwości odzyskania zaufania wśród pacjentów, co jest niezbędne do prawidłowego wykonywania tego zawodu zaufania publicznego. Dlatego też należy uznać, że gwarantowane przez konstytucję prawo pacjenta do leczenia obejmuje prawo do uzyskania opieki lekarza o odpowiednich kwalifikacjach fachowych, ale także moralnych. I tę wartość należy umieszczać nie niżej w hierarchii zasad konstytucyjnych niż wolność jednostki do wyboru zawodu przewidzianą w art. 65 ustawy zasadniczej. Prezes zwrócił również uwagę, że dotychczasowa praktyka wskazuje, że sądy lekarskie sięgają niezwykle rzadko i rozsądnie po tę sankcję (tylko 11 orzeczeń przez 27 lat), a ponadto, zważywszy na reguły proceduralne, zawsze kontrolę nad orzeczeniami sądów lekarskich sprawuje Sąd Najwyższy. Poza tym – jak zaznaczył prezes NRL – nawet gdyby się zgodzić z RPO, że po 15 latach należy dać ponowną szansę na wykonywanie zawodu, to przecież tak długa przerwa w wykonywaniu zawodu powoduje, że dezaktualizują się umiejętności i uprawnienia zawodowe.

Trzeba jednak przypomnieć, że podobnymi przypadkami Trybunał Konstytucyjny zajmował się 18.10.2017 r. w sprawie o sygn. akt K1/09. Wówczas TK orzekający w pełnym składzie rozstrzygnął wniosek RPO dotyczący m.in. właśnie kary dożywotniego pozbawienia prawa wykonywania zawodu, uznając, że w przypadku samorządów pielęgniarek i położnych, radców prawnych, adwokatów, rzeczników patentowych oraz lekarzy weterynarii takie rozwiązania są niezgodne z art. 65 ust. 1 w zw. z art. 31. ust. 3 konstytucji. W konsekwencji dokonano nowelizacji ustaw samorządowych. W każdym z powyższych przypadków

pozostawiono sankcję w postaci pozbawienia prawa wykonywania zawodu, ale jednocześnie przyznano możliwość ubiegania się po upływie 10 lat o ponowne nadanie takiego uprawnienia. Nie jest to więc automatyczne odzyskanie, ale konieczność przebrnięcia przez procedurę przyznania prawa wykonywania zawodu. Zgodnie z art. 65 ust. 2c ustawy o radcach prawnych kara pozbawienia prawa wykonywania zawodu radcy prawnego ciąga za sobą skreślenie z listy radców prawnych bez prawa ubiegania się o ponowny wpis na listę radców prawnych przez 10 lat od dnia uprawomocnienia się orzeczenia kary pozbawienia prawa do wykonywania zawodu radcy prawnego. Podobne rozwiązanie jest przewidziane np. w art. 64 ust. 5 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych. Trzeba tu dodać, że kiedy TK zajmował się tymi przepisami, wniosek RPO dotyczył także sa-

wyżej wskazano, oznacza ona nie tylko utratę prawa wykonywania zawodu na zawsze, lecz także utratę możliwości uzyskania takiego prawa w przyszłości. Należy jednak wyjaśnić, że konstrukcje przyjęte w wyniku przywołanego orzeczenia TK, np. w samorządzie radców prawnych oraz pielęgniarek i położnych, nie oznaczają automatycznego odzyskania prawa wykonywania zawodu po 10 latach, ale jedynie uzyskanie możliwości starania się o prawo wykonywania zawodu. A w takim przypadku należy pamiętać, że np. w samorządzie lekarskim, zgodnie z art. 5 ust. 1 pkt ustawy i zawodach lekarza i lekarza dentystry, osoba ubiegająca się o takie prawo musi się wykazać oprócz m.in. odpowiednich kwalifikacji merytorycznych i stanu zdrowia także nienaganną postawą etyczną. W każdym przypadku odpowiednia okręgowa rada analizuje, czy przesłanka ta zo-

Czy jednak wzorem innych samorządów zawodowych nie wprowadzić furtki pozwalającej, aby każdy przypadek analizować odrębnie i dać (przynajmniej teoretycznie) szansę na powrót do zawodu osobie, która odbyła odpowiednią pokutę?

morządu lekarskiego, tyle że przepisów zawartych w ustawie o izbach lekarskich z 1989 r. W związku z wejściem w życie nowej ustawy z 2009 r. TK pozostawił wniosek w tej części bez rozpoznania, umarzając postępowanie w tym zakresie. Należy domniemywać, że gdyby nie zmiana ustawy, która w zasadzie powtórzyła rozwiązania z zaskarżonej ustawy z 1989 r., z pewnością decyzja TK byłaby analogiczna jak wobec innych samorządów.

Jak się zatem wydaje, problem sygnalizowany przez RPO dotyczy w istocie kwestii wskazanej w tytule. A mianowicie, czy każdemu należy dać szansę poprawy. Instytucja zatarcia skazania temu właśnie służy. Zakłada się bowiem, że po upływie określonego, długiego czasu, w którego trakcie skazany zachowuje się nienagannie, należy dać mu możliwość powrotu do normalnego życia, a tym samym możliwość uzyskania wszelkich praw. W przypadku wspomnianej kary śmierci zawodowej jest inaczej. Jak już

stała spełniona. I takie rozwiązanie proponuje także RPO w odniesieniu do ustawy o izbach lekarskich. Dlatego też należy w pełni zgodzić się z prezesem NIL, że niektóre, drastyczne czyny dyskwalifikują osoby dopuszczające się ich do wykonywania tak szacowanego zawodu, jakim jest zawód lekarza lub lekarza dentystry. Z pewnością 11 wspomnianych przypadków to orzeczenia słuszne i sprawiedliwe, w pełni zasługujące na aprobatę, a w przypadku ukaranych lekarzy na potępienie. Czy jednak wzorem innych samorządów zawodowych nie wprowadzić furtki pozwalającej, aby każdy przypadek analizować odrębnie i dać (przynajmniej teoretycznie) szansę na powrót do zawodu osobie, która odbyła odpowiednią pokutę? Z pewnością wówczas nie byłoby wątpliwości co do zgodności z konstytucją, a przecież nie oznaczałoby to, że osoba skazana będzie w przyszłości mieć możliwość wykonywania tego szacowanego zawodu. Dalsza dyskusja zapewne przed nami.

Dawka informacji

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

Cyfrowe innowacje

Komisja Europejska rozpoczęła konsultacje publiczne dotyczące cyfryzacji w zdrowiu. Ich celem jest wskazanie niezbędnych działań, które będą promować cyfrowe innowacje poprawiające zdrowie obywateli. Konsultacje potrwa- ją do 12 października 2017 r.

Opinie zgromadzone podczas konsultacji obejmą przede wszystkim kwestie związane z: transgranicznym dostępem do danych osobowych i zarządzaniem nimi, wspólnym wykorzystaniem zasobów (infrastruktura cyfrowa, pojemność danych) w celu przyspieszenia badań oraz rozwoju profilaktyki, leczeniem oraz medycyną spersonalizowaną, wspieraniem wymiany informacji między pacjentami a podmiotami świadczącymi usługi medyczne.

WWW.MZ.GOV.PL

Dwie usługi

21 i 23 sierpnia w czterech miastach Wielkopolski (Lesznie, Kaliszu, Koninie oraz Chodzieży) zostały podpisane umowy partnerstwa w ramach projektu „Wyposażenie środowisk informatycznych wojewódzkich, powiatowych oraz miejskich podmiotów leczniczych w narzędzia informatyczne umożliwiające wdrożenie Elektronicznej Dokumentacji Medycznej oraz stworzenie sieci wymiany danych między podmiotami leczniczymi samorządu województwa”. Projekt zainicjowany przez Samorząd Województwa Wielkopolskiego będzie realizowany w partnerstwie z 28 starostwami powiatowymi, Urzędem Miasta Poznania oraz 53 podmiotami leczniczymi województwa wielkopolskiego. Zafunkcjonuje system, za którego pomocą udostępnione zostaną pacjentom dwie usługi: e-rejestracji i e-dokumentacji. Całkowity koszt projektu sięga 94 mln zł.

WWW.UMWW.PL

Jeszcze w tym roku

Elektroniczna dokumentacja medyczna, projekt współfinansowany przez Unię Europejską, w polskich szpitalach ma być w pełni stosowany od 1 stycznia 2018 r. Do realizacji przedsięwzięcia, które ułatwi oraz usystematyzuje pracę lekarzy i administracji, przygotowuje się także Szpital Średzki Serca Jezusowego. W zachodnich krajach unijnych system ten z powodzeniem funkcjonuje od lat. Prezes zarządu szpitala Filip Waligóra jest przekonany, że podobnie będzie u nas, wskazuje równocześnie na problemy z wprowadzaniem programu wynikające z jego sporych kosztów.

Wartość projektu wynosi 2 156 571,33 zł, z czego wkład własny powiatu wyniesie 323 485,70 zł. Z pieniędzy tych, w większości pochodzących z funduszy unijnych

WRPO, sfinansowany zostanie zakup sprzętu komputerowego oraz oprogramowania. Urząd Marszałkowski, czyli podmiot zarządzający projektem, wkrótce ogłosi przetarg na zakup sprzętu, który prawdopodobnie jeszcze w tym roku trafi do średzkiego szpitala. Elektroniczna dokumentacja medyczna to dokumentacja medyczna prowadzona w sposób elektroniczny zgodnie z obowiązującym prawem.

WWW.SZPITALSREDZKI.PL

Na razie 250 osób

Teleopieka to innowacyjne rozwiązanie, które w przypadku zagrożenia życia pozwala na bardzo szybkie wezwanie pomocy. Umożliwia też zwykłe kontakty. W Poznaniu z tej nowoczesnej usługi korzysta 250 samotnych, schorowanych i często niesamodzielnych osób starszych. Docelowo ma ich być 550. Nad bezpieczeństwem podopiecznych czuwa dziesięciu teleasystentów, zatrudnionych przez Stowarzyszenie Medycyna Polska. Osoby te pracują całą dobę przez 365 dni w roku. Centrum Teleopieki działa od



Andrzej Piechocki

1 kwietnia 2017 r. Najpierw pracownicy Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie przeprowadzają wywiad środowiskowy, wspólnie ze specjalistą ds. teleopieki oraz asystentami ustalają indywidualny program opieki i wsparcia, a następnie wprowadzają podopiecznych i szkolą z obsługi zestawu do teleopieki.

WWW.EPOZNAN.PL

Nowy wiceminister

Marcin Czech został powołany 1 sierpnia 2017 r. na stanowisko podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia. Jest on profesorem Politechniki Warszawskiej, absolwentem Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie (ma dwie specjalizacje: w zakresie epidemiologii oraz zdrowia publicznego), Szkoły Biznesu Politechniki Warszawskiej, Studium Ekonomiki Zdrowia na Wydziale Ekonomicznym Uniwersytetu Warszawskiego, Wydziału Inżynierii Produkcji Politechniki Warszawskiej w zakresie programu studiów doktoranckich w dziedzinie zarządzania. Wykładowca w Szkole Biznesu Politechniki Warszawskiej, współpracuje z Wydziałem Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego. Przez 9 lat pracował jako adiunkt w Zakładzie Farmakoekonomiki Wydziału Farmaceutycznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Minister Konstanty Radziwiłł powierzył nowemu wiceministrowi inicjowanie, koordynowanie i nadzorowanie prac Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji, a także nadzorowanie działalności Narodowego Instytutu Leków w Warszawie oraz funkcję administratora Systemu Monitorowania Wypadków Konsumenckich.

WWW.MZ.GOV.PL

Jesteśmy bezradni

Strajk głodowy zapowiadają lekarze rezydenci z całej Polski. Ma się rozpocząć 2 października. „Na spotkanie z premier czekamy bezskutecznie już ponad rok. Jesteśmy bezradni wobec pogarszającej się sytuacji w ochronie zdrowia” – napisali lekarze z Porozumienia Rezydentów w specjalnym oświadczeniu. Jak podaje RMF FM, młodzi lekarze domagają się zmniejszenia biurokracji, uregulowania

czasu ich dyżurów i przede wszystkim podwyżek. – *Mimo odpowiedzialnej oraz trudnej pracy, zarabiamy poniżej średniej krajowej* – skarży się lekarz rezydent Krzysztof Hałabuz. – *To powoduje, że bierzemy bardzo dużo nadgodzin i nie czujemy się na siłach – braki kadrowe zmuszają nas do tego, by podejmować takie prace* – dodaje. „Sytuacja młodych lekarzy w Polsce cały czas się pogarsza. Praca na kilku etatach ponad siły to nasza codzienność” – piszą rezydenci w swoim oświadczeniu.

WWW.TERMEDIA.PL

Szczególnie niepokojący

W Ministerstwie Zdrowia utknęły prace nad zmianą ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (ustawa o PRM). Jednocześnie wiele z zamieszczonych dotychczas w projekcie zmian może budzić poważne wątpliwości. Za szczególnie niepokojący z punktu widzenia pacjentów należy uznać pomysł całkowitego wycofania z karettek pogotowia lekarzy. Należy jednak podkreślić, że ze względu na etap prac legislacyjnych problem ten można jeszcze rozwiązać.

WWW.GAZETAPRAWNA.PL

Ministerstwo Zdrowia udostępniło symulator

Ministerstwo Zdrowia określiło sposób ustalania ryczałtu dla szpitali, które znalazły się w sieci. Projekt rozporządzenia w tej sprawie skierowano do konsultacji, a resort, żeby ułatwić analizy, przygotował symulator obliczania ryczałtu. Placówki zakwalifikowane do sieci mają gwarantowaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia. Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez szpitale ma być oparte w znacznej mierze na finansowaniu ryczałtowym obejmującym łącznie wszystkie profile, rodzaje i zakresy, w ramach których świadczeniodawca udziela świadczeń w systemie zabezpieczenia (na przykład łącznie ambulatoryjne leczenie specjalistyczne, leczenie szpitalne i rehabilitację).

Przyjmując ryczałtową formę rozliczania kosztów świadczeń, odstąpiono od finansowania pojedynczych przypadków i procedur na rzecz finansowania w ra-

mach jednej kwoty całości opieki udzielanej pacjentom w danym okresie rozliczeniowym. W projekcie rozporządzenia określono wzory obliczania ryczałtu dla danego szpitala, który ma umowę w ramach sieci. Żeby ułatwić analizę rozwiązań służących do ustalania wysokości ryczałtu, Ministerstwo Zdrowia udostępniło symulator obliczania ryczałtu PSZ w danym oddziale wojewódzkim NFZ. Projekt można przeczytać na stronie Rządowego Centrum Legislacji, w zakładce: *Projekt rozporządzenia ministra w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.*

WWW.TERMEDIA.PL

Dziękujemy wolontariuszom

Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego uzyskał II miejsce w Ogólnopolskim Konkursie na Zakład Opieki Zdrowotnej Uśmiechniętego Pacjenta 2016 (ZOZ UP) pod patronatem honorowym Rzecznika Praw Pacjenta. Zgłoszenie placówki „Wolontariat szpitalny jest dla Ciebie” spotkało się z uznaniem Rady Nagrody. Pracownicy szpitala serdecznie dziękują wolontariuszom za ich codzienną pracę na rzecz pacjentów.

WWW.SK1.AM.POZNAN.PL

37 łóżek

13 lipca 2017 r. w szpitalu w Ostrowie Wielkopolskim uroczystie oddano do użytku rozbudowany Oddział Neonatologiczny. Więcej przestrzeni to przede wszystkim poprawa warunków pobytu i leczenia noworodków oraz pracy personelu. W nowej części oddziału zaprojektowano salę intensywnej terapii noworodków, gabinety zabiegowe, pomieszczenia socjalne dla lekarzy i pielęgniarek oraz pokoje hotelowe dla matek. Koszt inwestycji to 1,3 mln zł. Całość została sfinansowana z budżetu. Oddział Neonatologiczny im. Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy dysponuje 37 łóżkami, w tym 8 stanowiskami intensywnej terapii, 4 stanowiskami opieki ciągłej, 12 stanowiskami opieki pośredniej oraz 13 łóżeczkami dla noworodków zdrowych. W 2016 r. w szpitalu w Ostrowie Wielkopolskim urodziło się 1750 dzieci.

WWW.SZPITAL.OSW.PL

PERYSKOP onet.pl

(doniesienia opracowane na podstawie internetu z serwisu – www.rp.pl i www.gazeta.pl)

Pchły nosicielami dżumy

Urzednicy z dwóch hrabstw w Arizonie alarmują, że w organizmach pcheł w tym rejonie wykryto bakterie dżumy – informuje ABC News. Urzednicy odpowiedzialni za zdrowie publiczne w hrabstwie Navajo potwierdzili w piątek, że na terenie hrabstwa wykryto pchły, które są nosicielami dżumy. Taką samą informację przekazali urzednicy z hrabstwa Coconino. Oba hrabstwa znajdują się w północnej części Arizony.

Departament ds. Zdrowia w hrabstwie Navajo zaleca „zachowanie ostrożności z powodu możliwości narażenia się na zakażenie poważną chorobą przenoszoną przez pchły, szczury, króli i drapieżniki”. Jak wyjaśniają urzednicy, dżumą można zarazić się przez ukąszenie będącej nosicielem choroby pchły bądź bezpośredni kontakt z zakażonym zwierzęciem.

Zaleca się unikanie chorych lub martwych zwierząt oraz niepuszczanie swoich domowych zwierząt luzem.

Bakterie dżumy są co pewien czas wykrywane w południowo-zachodnich stanach USA, zwłaszcza w latach, gdy po wilgotnych zimach przychodzą chłodniejsze lata – wyjaśnia amerykańskie Centrum Kontroli i Prewencji Chorób (CDC).

Dżuma jest obecnie chorobą uleczalną – terapia polega na pozajelitowym podawaniu antybiotyków choremu. Nieleczona prowadzi do śmierci nawet w 80% przypadków.

Nowa technika skanowania 3D w leczeniu serca

Pionierskie badanie polegające na obrazowaniu 3D ma pomóc chirurgom naprawić serce bez uszkodzenia cennej tkanki.

Zespół naukowców z Liverpool John Moores University (LJMU), Uniwersytetu w Manchesterze, Uni-

Cnoty i niecnoty naszej elastyczności!

Pewnie każdy z naszego lekarskiego grona przyzna, że w codziennej działalności medycznej musimy wykazywać niezbędną elastyczność. Jest ona nieraz cnotą, ale też – przynajmniej – może przybierać znamiona niecnoty. Lekarska praca opiera się na elastyczności, która wynika z życzliwości, a – głębiej poszukując – z powinności związanej z istotą wypełnianego posłannictwa.

Nasze cnoty

Cnotą jest zawsze nieszablonowe – z pochyleniem nad pacjentem – okazywanie oddania i życzliwości, gdy np. wchodzimy w sferę wykonywania świadczeń ponadlimitowych czy też po przekroczeniu wydatków przewidzianych na leki bądź wyroby medyczne. O ile nie jest to związane oczywiście z innego typu „interesem” lub korzyścią napędzającą wykonywanie aktów medycznych.

Elastyczność wyrażana chociażby na szpitalnych oddziałach ratunkowych, gdy na personel lekarski spada nawałnica niezbędnych do podejmowania decyzji lekarskich – praca w tym miejscu wymaga zawsze okazania szczególnego szacunku i właściwego zauważenia.

Cnotą związaną z elastycznością jest na pewno odbieranie telefonów o każdej porze dnia i nocy czy też na wakacjach, tłumaczenie w porze wygodnej dla pacjenta spraw, które w praktyce rzadko wymagają bezzwłocznego działania (pewnie na kilkadziesiąt telefonów zdarza jeden istotny, niezbędny w danej chwili, gdy rzeczywiście życiowo coś zmienia).

Działając w sposób elastyczny, ratujemy w pewnym sensie nie tylko system opieki zdrowotnej, ale często także płatnika.

Interpretowanie wszystkiego na korzyść pacjenta – przyjęcie go, gdy przyjdzie po czasie, gdy nie mieści się już w liczbie pacjentów przewidzianych na dany dzień i jest niejako „nadliczbowy”. A także gdy jest nietypowy – to znaczy przekraczający granice specjalności czy prowadzonej działalności, do której w rutynie jesteśmy przyzwyczajeni, i łatwiej byłoby go przekazać koledze z sąsiedniej medycznej branży. Cnoty można by pewnie wymieniać bez końca. To one są w dużej mierze odpowiedzialne za nasze dobre samopoczucie i zawodowe spełnienie.

Nasze niecnoty

W każdej ze specjalności można by wymieniać mechanizmy przystosowawcze wykorzystujące elastyczność do niezbyt cnotliwej modyfikacji naszej działalności.

Ostatnio jedna z pacjentek opowiedziała, że otrzymując w jednym ze schorzeń lek biologiczny w formie iniekcji dożylnych, cyklicznie od lat jest hospitalizowana w szpitalu przez 3 doby. Mimo że pracuje zawodowo i w związku z leczeniem musi brać urlopy. Wynika to tylko ze sposobu rozliczenia. Zakwestionowanie takiego postępowania mogłoby pewnie – przynajmniej szczerze – wiązać się z obniżeniem konieczności redukcji liczby łóżek w reprezentowanej w tym wypadku specjalności, co nie leży w interesie środowiska.

Podobnie w diagnostyce jednego z nowotworów postępowanie diagnostyczne można by przeprowadzić ambulatoryjnie, ale nawet – w ostateczności – przy pobycie szpitalnym w ciągu 1, najwyżej 2 dni. Powszechne jednak staje się hospitalizowanie przez co najmniej 4 doby.

Elastyczność pracy w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej może skutkować w skrajnych przypadkach „recyklingiem” (brzydko określając) wysublimowanej wybranej grupy pacjentów, co blokuje dostęp innym i wydłuża listy oczekujących, poza tym niemalże zupełnie w pewnych aspektach eliminuje lekarzy rodzinnych. Jednakże możemy też sprawić, że będziemy działać w swojej specjalności w dobrej pojętej sprawności decyzyjnej.



fot. Digiflourch

Dlaczego gdy współplaciliśmy kiedyś w działalności ambulatoryjnej za wybrane badania, np. tomografie komputerowe czy endoskopie, kierowaliśmy na nie o wiele mniej pacjentów niż teraz, gdy nie spoczywa na nas odpowiedzialność finansowa?

Okazuje się, że naszą działalność jest w stanie sposób niezwykle znaczący zmienić sposób finansowania, a także ramy organizacyjne. I że chyba zbyt rzadko – w przypadku istnienia ważnych medycznych racji – to kontestujemy.

Każdy z nas mógłby wymienić wiele przykładów takiej „elastyczności”.

Trzeba żywić nadzieję, że jej wyrazy nie szkodzą naszym pacjentom. Choć – niestety – można by mieć w tym względzie nieco wątpliwości.

Służebność prawa i regulacji organizacyjnych

Nie da się ukryć, że często w poprzek tej elastyczności przebiegają, a nawet kłócą się z nią, zarówno przepisy prawne, jak i organizacyjne w naszych miejscach pracy. Dla chcącego przestrzegać ich ściśle mogą stać się źródłem frustracji, ale także balastem szkodzącym pacjentom. To właśnie – oprócz słabej nieraz naszej ludzkiej kondycji – szkielet prawno-organizacyjny staje się źródłem działań granicznych z punktu widzenia dobra i bezpieczeństwa pacjenta.

Dlatego tak ważne jest, by tworząc regulacje prawne i organizacyjne, nie zapomnieć, że odgrywają one przede wszystkim rolę służebną; mają być swego rodzaju (oby) racjonalnym szkieletem, ułatwiającym pracę lekarską i innych zawodów medycznych.

Wymogiem ich staje się także niezbędny minimalizm, który powinien nakazywać tworzenie ich tylko wówczas, gdy są potrzebne i rzeczywiście sprzyjają porządkowaniu spraw, z niezbędnym unikaniem ich komplikowania. Każde słowo niepotrzebne w nich zawarte – a związane z wyrażeniem zdrowego rozsądku – powinno być wykreślone. Trzeba dać odpór zastępowaniu zdrowego rozsądku regulacjami prawnymi i organizacyjnymi.

Warto dbać, by nasze *flexibility* – jakże trafne jest to angielskie określenie – niosło za sobą z jednej strony pewną stałość lekarskiej misji, z drugiej natomiast stawało się ukłonem życzliwości dla naszych pacjentów. A także – o ile na to zasługują i upraszczają struktury naszej działalności zamiast komplikować – odpowiedzialnym za zarządzanie i organizację naszych codziennych (czy też niecodziennych) działań.

Nasza elastyczność powinna być naszą siłą i atutem. Nie może jednak być wykorzystywana przez przypisywanie nieuprawnionej roli regulacjom prawnym i organizacyjnym nieprzystającym do medycznej rzeczywistości. Tę rzeczywistość regulacje powinny szanować i zachowywać racjonalną rolę służebną.

Trzeba wierzyć, że działalność izb lekarskich – także w zakresie troski o tę sferę – musi być realizowana i pozostaje dla środowiska lekarskiego szansą. Oby była systematycznie wypełniana.

SZCZEPAN COFTA

PERYSKOP onet.pl

wersytetu w Aarhus i Uniwersytetu w Newcastle opracował sposób przetwarzania danych 3D w celu precyzyjnej analizy przewodnictwa specjalnych komórek, które umożliwiają sercu bicie. Wyniki opublikowano w czasopiśmie „Scientific Reports”.

Dane uzyskane nową metodą 3D dają znacznie szerszy ogląd działania serca, niż umożliwiały to wcześniej dostępne komputerowe modele. Zastosowanie obrazowania 3D w przyszłości powinno poprawić zdolność kardiologii do opanowania problemów z rytmem serca, takich jak migotanie przedsionków. Dotyczy ono 1,4 mln osób tylko w samej Wielkiej Brytanii. Dane 3D wskazują dokładnie, gdzie system przewodnictwa działa prawidłowo, a gdzie następują zaburzenia. Na przykład precyzyjnie, co do jednej komórki, pokazuje miejsce, w którym pojawiają się problemy z funkcjonowaniem zastawki aortalnej.

Podczas leczenia lub wymiany zastawki aortalnej ważna jest pewność, że nie ulegnie zniszczeniu reszta cennej tkanki. Dzięki skanerom 3D lekarze będą mogli się dowiedzieć, jaki jest dokładny rozkład nieprawidłowo funkcjonujących komórek układu przewodzącego.

W przyszłych pracach naukowcy chcą przeanalizować, jak działa prawidłowo uformowany narząd. Ma to pomóc chirurgom w zaprojektowaniu operacji z jak najmniejszym ryzykiem uszkodzenia układu przewodzenia serca.

Unikalna terapia w Olsztynie

Naukowcy z Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie rozpoczęły leczenie komórkami macierzystymi pacjentów z zaawansowaną postacią stwardnienia rozsianego.

Eksperyment ma spowolnić przebieg choroby i poprawić jakość życia pacjentów. Program eksperymentalny, który zaczął się kilka tygodni temu, obejmie 30 pacjentów. Jest finansowany ze środków Uniwersytetu, a dla uczestników całkowicie bezpłatny. Komórki macierzyste podawane są do kanału kręgowego drogą

PERYSKOP **onet.pl**

nakłucia łądźwiowego. Pacjenci przyjmą komórki trzykrotnie. Pierwsi z tych, którzy przystąpili do programu, ukończą go w tym roku.

Do badania przyjmowani są chorzy, których sprawność w 10-stopniowej skali oscyluje między 6 a 8. Część pacjentów początkowo otrzyma placebo, by porównać efekty z rezultatami uzyskanymi u chorych otrzymujących komórki macierzyste. Ale ostatecznie wszyscy uczestnicy badania przejdą terapię komórkami macierzystymi. Podczas eksperymentu podawane są komórki macierzyste mezenchymalne, które mają potencjał immunomodulacyjny oraz regeneracyjny, czyli przyczyniają się do ograniczania procesów zanikowych. Naukowcy z Katedry Neurologii i Neurochirurgii Wydziału Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie czekają na zgłoszenia pacjentów. Chorzy, którzy przejdą proces rekrutacyjny, będą mogli wziąć udział w badaniu.

Włoski Sąd Najwyższy: szczepionka nie wpływa na autyzm

Nie ma związku między szczepieniami a autyzmem – orzekł włoski Sąd Najwyższy i odrzucił odwołanie od wyroku niższej instancji złożone przez ojca chłopca z autyzmem. Domagał się on odszkodowania, twierdząc, że autyzm syna jest związany z podaną mu szczepionką. Ojciec chłopca zażądał odszkodowania, argumentując, że stwierdzone u niego uszkodzenie mózgu z objawami autyzmu to wynik szczepionki przeciwko polio. Jego pozew z wnioskiem o zadośćuczynienie odrzucił wcześniej sąd apelacyjny w Salerno na południu Włoch.

Sąd Najwyższy decyzję tę utrzymał, powołując się na literaturę naukową. Stwierdza ona, podkreślili sędziowie, że nie można stawiać hipotezy o szczepionce jako przyczynie zaburzenia w sposób „statystycznie do przyjęcia i przekonujący”.

– Nie istnieją dzisiaj definitywne badania epidemiologiczne, które pozwoliłyby stwierdzić taką korelację – ogłosił sąd.

Świat medycyny od podszewki

Światło dzienne ujrzała kolejna książka tego autora. Tym razem wprowadza nas tajemnym wejściem do świata medycyny. Dzięki temu widzimy obrazy na co dzień nam niedostępne. Sylwester Mińko odśladania je w sposób, który gwarantuje, że czytelnikowi trudno będzie oderwać się od lektury.

„Tysiące młodych ludzi – czytamy na okładce książki *Lekarz z powołania? Przygody Feliksa w krainie medyków* (Wydawnictwo Poligraf) – marzą o tym, aby dostać się na studia medyczne, ukończyć je w terminie i z powodzeniem wykonywać wybrany zawód. Jednak tuż po maturze mało kto myśli o tym, co czeka go na uczelni, potem w przychodniach, szpitalach, klinikach uniwersyteckich, z czasem – w praktykach lekarskich”.

Feliks (łac. szczęściarz), bohater książki, po ukończeniu studiów mozolnie przedziera się w Polsce i za granicą przez świat medycyny, nazywany często basenem pełnym rekinów. Poznaje go od podszewki w przeróżnych okolicznościach i spotyka przeróżnych ludzi. Jacy są to ludzie? Jakimi motywami, sugestiami kierowali się, wybierając właśnie ten kierunek studiów i ten zawód? Jak znieśli pierwsze zderzenia z twardą rzeczywistością? Jak radzą sobie z rygorami walki o czyjeś zdrowie, życie? Walki, niestety, nie zawsze przecież zwycięskiej. Z jakimi problemami borykają się na co dzień w środowisku, które najczęściej komentowane i oceniane jest z pozycji pacjenta? W środowisku, wobec którego chyba nikt nie pozostaje obojętny i ma o nim swoje zdanie.

Książka Sylwestra Mińki uchyla rąbka tajemnicy o zawodzie lekarza, jednocześnie go oddemonizowuje. To fascynujące, intrygujące spojrzenie za kulisy świata medycyny. Może ono być przydatne nie tylko ubiegającym się o indeks uniwersytetu medycznego czy młodym lekarzom, ale też każdemu, kto chciałby poznać bieg życia w „krajnie medyków”.

Autor jest absolwentem Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, doktorem nauk medycznych, specjalistą anestezjologii, medycyny ogólnej, leczenia bólu i akupunktury. Tutaj stawiał pierwsze zawodowe kroki. Stąd wyruszył w świat. Osiadł w Republice Federalnej Niemiec, gdzie najpierw pracował w szpitalu i klinice uniwersyteckiej, a potem otworzył i wiele lat prowadził własną praktykę lekarską oraz Regionalne Centrum Leczenia Bólu Niemieckiego Towarzystwa Medycyny Bólu w Dinslaken (Nadrenia Północna-Westfalia). (AP)





Szczecin to miasto śpiewających lekarzy

W dniach 12–14 maja odbywał się VII Międzynarodowy Przegląd Lekarzy Śpiewających zorganizowany przez Okręgową Izbę Lekarską w Szczecinie. Według regulaminu konkursu uczestnicy reprezentujący swoje okręgowe izby lekarskie mieli wykonać dwa utwory wokalne z podkładem muzycznym nagrany na płycie CD lub z akompaniamentem na żywo.

Już w piątek, 12 maja, po zakwaterowaniu w pięknie położonym hotelu „Focus” i zjedzeniu obiadu odbył się o godz. 16.00 koncert dla pacjentów w Zachodniopomorskim Centrum Onkologii w Szczecinie. Zgromadzeni w holu szpitala pacjenci usłyszeli nie tylko konkursowe utwory. Mogli też podziwiać zawodowych muzyków: świetne piosenki bluesowe zaśpiewane z towarzyszeniem gitary przez prof. Jacka Rudnickiego i brawurowo zagrany na elektronicznym instrumencie przez Karola Drynkowskiego z Poznania „Marsz turecki” W.A. Mozarta. Wzruszeni pacjenci osobiście dziękowali wykonawcom. Wieczorem w sali konferencyjnej hotelu „Focus” odbyło się sympozjum naukowe poświęcone sztuce, filozofii i medycynie orientalnej, które poprowadził prof. Jacek Rudnicki.

W sobotę, 13 maja, po śniadaniu organizatorzy zaprosili uczestników na wycieczkę statkiem po Odrze. Wieczorem odbył się Koncert Galowy VII Edycji Przeglądu Lekarzy Śpiewających w Centrum Kultury Euroregionu „Stara Rzeźnia” na szczecińskiej Łasztowni. Jury w składzie przewodniczący sympozjum naukowego prof. Jacek Rudnicki, dr Iwona Charkiewicz oraz prowadzący Andrzej Oryl po wysłuchaniu wszystkich wykonawców nie miało łatwego zadania. Z jednej strony, arie z oper Mozarta w wykonaniu lek. dent. Andrzeja Kaliszewskiego z akompaniamentem Karolem Drynkowskim, z drugiej – zaprezentowana przez duet fizjoterapeutów Magdalenę Żuk i Marka Boberskiego poezja śpiewana z repertuaru Przemysława Gintrowskiego i Tomasz Lewandowski. Wreszcie piosenki z repertuaru Engelberta Humperdincka i Paula Anki zaśpiewane po polsku przez lekarza specjalistę z zakresu ginekologii i położnictwa Michaela Herbicha z Zielonej Góry.

Nagrodę główną, czyli Gałązkę Magnolii ze srebra i bursztynu, zdobył Michael Herbich z Zielonej Góry.

Wyjazd do Szczecina uważam za bardzo udany i namawiam wszystkich kolegów interesujących się śpiewem do udziału w tym konkursie. Tym bardziej że organizatorzy obiecują kontynuację pomysłu propagowania talentów lekarzy dla dobra pacjentów i promowania miasta oraz regionu w następnych latach.

LEK. DENT. ANDRZEJ KALISZEWSKI

PERYSKOP **onet.pl**

Orzeczenie to wywołało dyskusję we Włoszech, gdzie uaktywnił się front przeciwników obowiązkowych szczepień w związku z niedawnym rządowym dekretem w tej sprawie. Wprowadza on wymóg przedstawienia świadectwa podania szczepionek jako warunek zapisu dziecka do żłobka, przedszkola i szkoły.

Minister zdrowia Beatrice Lorenzin oświadczyła, że przeciwnicy szczepień, mówiąc o istnieniu związku między szczepieniami a autyzmem „grają strachem matek i rodzin”.

– *Ta teza została w minionych latach zdementowana przez światową wspólnotę naukową, a także przez wymiar sprawiedliwości dzięki temu wyrokowi Sądu Najwyższego* – stwierdziła minister. Zaapelowała do parlamentu o szybkie zakończenie prac nad tym dekretem, by – jak dodała – *podnieść szybko stopień masowej immunizacji we Włoszech, obniżonej w niepokojący sposób z powodu szerzenia się tez antynaukowych.*

Leczenie raka „metodami alternatywnymi” kilkakrotnie zmniejsza szanse na przeżycie

W polską medialną burzę idealnie wstrzeliły się najnowsze badania dotyczące leczenia nowotworów metodami alternatywnymi. Wyniki opublikowano 10 sierpnia w czasopiśmie naukowym „Journal of the National Cancer Institute”.

Naukowcy związani z centrum badań nad rakiem Uniwersytetu Yale przeanalizowali dane 841 pacjentów chorych na raka piersi, prostaty, płuc i jelita grubego. Wśród nich było 560 osób korzystających z medycyny konwencjonalnej (tzn. akademickiej, popartej badaniami naukowymi) oraz 281 osób, które próbowały się leczyć jedynie metodami „medycyny alternatywnej”.

Ryzyko zgonu w ciągu następnych 5 lat było aż 2,5 raza wyższe dla ogółu pacjentów korzystających z alternatywnych rozwiązań. Wrażenie robią statystyki dotyczące poszczególnych rodzajów nowotworów złośliwych. Leczony alternatywnie rak piersi to 5,68 razy

PERYSKOP **onet.pl**

wyższe ryzyko zgonu, rak jelita grubego – 4,57, rak płuc – 2,17, rak prostaty – 1,68.

– *Teraz mamy dowody, które pozwalają na przypuszczenie, że korzystanie z alternatywnych metod leczenia raka skutkuje mniejszymi szansami na przeżycie* – powiedział onkolog Skyler Johnson, przewodniczący badań.

Gwoli ścisłości warto wspomnieć, że w worku sposobów „medycyny alternatywnej” analizowanych w badaniach znajdowały się bardzo różnorodne metody „leczenia raka”. Na podstawie badań nie sposób stwierdzić, czy wszystkie z nich okazały się bezużyteczne. Co więcej, trzeba pamiętać o tym, że naukowcy brali pod uwagę dwie kategorięcznie rozdzielone grupy – pacjentów leczonych wyłącznie konwencjonalnie i wyłącznie alternatywnie.

Co ciekawe, okazało się, że pacjenci, którzy wybierali niekonwencjonalne metody walki z nowotworem złośliwym, byli zazwyczaj młodzi, dobrze zarabiający i wykształceni. Mieli wszystkie predyspozycje ku temu, by poradzić sobie z rakiem – nie byli obciążeni dolegliwościami związanymi z zaawansowanym wiekiem, nie groziły im również problemy finansowe. Mimo wszystko wybrali metody „medycyny alternatywnej” nieoparte rzetelnymi badaniami naukowymi. – *Jestem tym przerażony* – powiedział serwisowi MedPage Today doktor James Yu, członek ekipy badawczej. – *To są młodzi pacjenci, którzy mogą być wyleczeni. Tymczasem ludzie bez skrupułów, którzy uprawiają medycynę alternatywną, sprzedają im olejki z węża.*

Przez żołądek do głowy, czyli bakterie wpływają na nastrój

Flora bakteryjna przewodu pokarmowego wpływa na emocje człowieka. Opublikowane na łamach czasopisma „Psychosomatic Medicine” wyniki badań naukowców z Uniwersytetu Kalifornijskiego wskazują, że istnieje mniej oczywisty związek pomiędzy żołądkiem a mózgiem. Dotyczy on kwestii myśli i uczuć,

SHORT CUTS

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



Zmiany, zmiany, zmiany...

No i wszystko wiadomo (?). Minister opublikował listę szpitali, które zakwalifikowały się do sieci. Te, które się w niej znalazły, w zasadzie są zadowolone. Te szpitale, którym się nie udało, a uważały, że powinny tam być, napisały odwołania do Narodowego Funduszu Zdrowia. Równie dobrze mogły pisać na Berdyczów, gdyż efekt w większości przypadków byłby identyczny. Z kolei te placówki, które wiedzą, że nie mają szans na sieć lub wcale nie kwapią się w niej być, zastanawiają się, czy będą konkursy na pozostałą na „wolnym” rynku część pieniędzy oraz kiedy NFZ raczy te konkursy rozpiścić. Niestety, sądząc po tym, że większość

nisterialnej propagandy odnosi się wrażenie, że poza nimi ochrona – o przeproszę, obecnie obowiązuje ponownie termin służba zdrowia – nie istnieje. W efekcie w mediach informacje dotyczące zmian w pozostałych obszarach służby zdrowia są mniej niż skąpe i jeszcze mniej konkretne niż w przypadku sieciowych szpitali. Dotyczy to także podstawowej opieki zdrowotnej, która zawsze jest wymieniana jako podstawa całego systemu. Podobno, by dać temu wyraz, rząd zaaprobował projekt ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej. Pierwsze reakcje zainteresowanych są, delikatnie mówiąc, mało entuzjastyczne.

W odpowiedzi Ministerstwo Zdrowia stwierdziło, że ustawa była szeroko konsultowana i dyskutowana oraz, że osiągnięto kompromisowe rozwiązania. To klasyczna zagrywka władzy (zresztą każdej). Mówi, że coś konsultowała, tylko zapomina dodać, że większości uwag nie

Co prawda przyjęty projekt to jeszcze nie ustawa, nawet biorąc pod uwagę, że obecnie proces legislacyjny w sejmie przypomina farsę, ale przynajmniej poznaliśmy pewne terminy dotyczące POZ.

oddziałów funduszu aneksuje dotychczasowe umowy, oczekiwanie na nowe konkursy może okazać się płonne. Zresztą „sieciowe” szpitale także mają zgryz, ponieważ dotychczas nie wiadomo, ile tak naprawdę będą miały pieniędzy i na co one wystarczą. Sprawy nie ułatwiło opublikowanie wzoru, wg którego można (podobno) wyliczyć należny szpitalowi ryczałt. Sam wzór przypomina z kolei wytwór osoby korzystającej co najmniej z marihuany (i to niekoniecznie leczniczej) lub nawet znacznie silniejszych środków, np. władzy bez żadnego nadzoru.

Pomimo że szpitale zajmują się najmniejszą częścią pacjentów, choć najkosztowniej, słuchając oficjalnej mi-

wzięła pod uwagę lub wręcz działała odwrotnie do postulatów. Co prawda przyjęty projekt to jeszcze nie ustawa, nawet biorąc pod uwagę, że obecnie proces legislacyjny w sejmie przypomina farsę, ale przynajmniej poznaliśmy pewne terminy dotyczące POZ. Podano mianowicie, że pilotaż tzw. koordynowanej opieki zdrowotnej w POZ ma trwać do 31 grudnia 2019 r., a obligatoryjne wejście tej opieki ma wyznaczony sztywny termin na 1 października 2020 r., choć środowiska związane z podstawową opieką zdrowotną postulowały, by termin ten był płynny i nieobligatoryjny. Kolejnym zaskoczeniem jest to, że deklaracje pacjentów mają stracić ważność 31 grudnia 2024 r., a potem pacjenci mają ponownie deklarować się już do tzw. zespołów POZ.



Niestety pomysł ten dowodzi tylko jednego – że ministerstwo ma w zupełnej pogardzie obecną strukturę POZ i że w wielu częściach Polski lekarze, pielęgniarki i położne mają swoje firmy. Tymczasem grozi im się przymusową kolektywizacją, wzorem Warszawy i

wiedzieć, że wiemy, że nic nie wiemy. Dodatkowo niepewność w tej części opieki nad pacjentami nasila fakt, że NFZ aneksuje umowy i to tylko na kilka miesięcy, za każdym razem zmieniając warunki pracy. A to nie sprzyja stabilno-

Wszyscy zapominają o jednym. Lekarzy specjalistów jest za mało i wielu doszło już do jedynie słusznego wniosku, by praktykować poza publiczną ochroną zdrowia.

okolicy, gdzie przez te lata niewiele się zmieniło, no może poza sztydami. Co gorsza, zespół taki musi składać z wszystkich trzech elementów, bo inaczej NFZ nie podpisze kontraktu. Problem **j e d n a k** w tym, że pielęgniarek, a przede wszystkim położnych jest za mało i w efekcie mogą powstać obszary, w których będzie brakowało opieki lekarskiej z powodu braku położnej, czy też pielęgniarki. Na to wszystko nakłada się jeszcze jedno – brak jakichkolwiek danych dotyczących finansowania, co powoduje, że świadczeniodawcy nie są pewni przyszłości i nie wiedzą, jak ją zaplanować. Niespodziewanym elementem rządowego komunikatu jest zakamuflowana informacja, że Narodowy Fundusz Zdrowia będzie nadal istniał, ponieważ premier Szydło stwierdziła, iż szczegółowe zarządzenia wyda po zakończeniu pilotażu przez NFZ (sic!).

Najmniej wiadomo o trzecim elemencie układanki, czyli ambulatoryjnej opiece zdrowotnej. W zasadzie można po-

ści, uniemożliwia lub przynajmniej utrudnia inwestowanie w sprzęt.

Takie postępowanie funduszu jest pokłosiem ministerialnego pomysłu, by AOS wrócił do szpitali. Oczywiście w tym pomysle, wbrew twierdzeniom ministra, wcale nie chodzi o poprawienie opieki nad pacjentami, tylko (o czym już pisałem) o poprawienie kondycji finansowej szpitali. Problem jednak w tym, że pacjenci wymagający opieki specjalistycznej po pobycie w szpitalu stanowią tylko niewielki odsetek tych, którzy wymagają opieki specjalistów w ogóle. Ale o tym oficjalna propaganda milczy. Właściciele szpitali także, mają bowiem nadzieję na zwiększenie swoich dochodów poprzez przejście AOS. Wszyscy zapominają o jednym. Lekarzy specjalistów jest za mało i wielu doszło już do jedynie słusznego wniosku, by praktykować poza publiczną ochroną zdrowia. Ci, którzy odważyli się na ten krok, zapewne nie wrócą już w kierat i wyzysk proponowany przez właścicieli oraz zarządców szpitali. Mam także nadzieję, że ci, którzy nadal jeszcze świadczą usługi w ramach NFZ, nie ulegną naciskom

PERYSKOP **onet.pl**

które wpływają na codzienne funkcjonowanie człowieka.

Wszystko zaczęło się od podania gryzoniom leków na depresję. Widząc zmianę zachowania zwierząt, naukowcy zdecydowali się na przeprowadzenie kolejnych badań z udziałem ludzi. Zakładano, że dzięki temu uda się uzyskać odpowiedź na pytanie, dlaczego dochodzi do przedmiotowych zmian.

Od 40 kobiet w wieku 18–45 lat pobrano do badania próbki kału. Po analizie podzielono uczestniczki na dwie grupy, uwzględniając mikroby znalezione w uzyskanym materiale. Pierwsza grupa, licząca 33 osoby, charakteryzowała się występowaniem większej ilości bakterii *Bacteroides*. Druga, 7-osobowa, miała więcej drobnoustrojów z rodzaju *Prevotella*.

Następnym krokiem było wykonanie badania mózgu za pomocą rezonansu magnetycznego u wszystkich kobiet biorących udział w eksperymencie. Aby odpowiednio zmobilizować mózg do pracy, panie oglądały obrazy, które miały wywołać pozytywną, negatywną lub neutralną odpowiedź emocjonalną.

Wyniki przeprowadzonych badań okazały się dużym zaskoczeniem dla naukowców. Na ich podstawie stwierdzono, że bakterie jelitowe mają konkretny wpływ na pracę mózgu oraz ogólne zachowanie człowieka. Kobiety z większą ilością *Bacteroides* dysponowały większą powierzchnią istoty szarej w korze przedczołowej, a także wyspie, czyli regionach mózgu odpowiadających za złożone informacje. Równocześnie przedstawicielki tej grupy miały większy hipokamp, który jest związany z pamięcią. Efekt powyższych zmian miał wpływ na mocniejsze odczuwanie negatywnych emocji.

U kobiet z większą liczbą bakterii *Prevotella* objętość lepiej rozwiniętych obszarów jest zdecydowanie mniejsza niż w I grupie badanych. Oznaczało to odczuwanie głęboko negatywnych emocji oraz częste zgłaszanie mocnego lęku, drażliwości i negatywnych odczuć.

Hipokamp (element układu limbicznego) jest odpowiedzialny za regulację emocji w ludzkim orga-

PERYSKOP

onet.pl

nizmie. Gdy dochodzi do obniżenia zaangażowania tej części mózgu, mamy do czynienia ze zwiększonym pobudzeniem emocjonalnym.

Właśnie taki proces zaobserwowano u kobiet, które miały znaczne ilości bakterii *Prevotella* w jelitach.

Przeprowadzone badania wymagają jeszcze głębszego pochylenia się nad problemem, który jest związany z bakteriami obecnymi w żołądku i jelitach. Z medycznego punktu widzenia jest to niezmiernie ważne, ponieważ pozwoli na opracowanie skutecznych leków zwalczających np. depresję.

ONZ: w 2016 r. o połowę mniej zgonów związanych z AIDS niż w 2005 r.

Z powodu chorób towarzyszących AIDS zmarło w 2016 r. ok. 1 mln ludzi; to prawie o połowę mniej niż w 2005 r., gdy odnotowano ok. 1,9 mln takich zgonów – wynika z opublikowanego raportu Wspólnego Programu NZ Zwalczenia HIV i AIDS (UNAIDS). W dokumencie napisano, że dane te świadczą o tym, że osiągnięto zasadniczy przełom. Jak oceniono, sukces ten jest w dużej mierze związany z rozpowszechnieniem się terapii antyretrowirusowej.

W 2016 r. przekroczono również próg 50% osób seropozytywnych objętych leczeniem. „Dostęp do terapii miało 19,5 mln ludzi spośród 36,7 mln zakażonych HIV, czyli ponad 53%” – czytamy w raporcie.

Liczba nowych zakażeń wirusem HIV wyniosła w ubiegłym roku 1,8 mln przypadków, co daje średnio jedno zakażenie na 17 sekund. W szczytowym momencie epidemii, w 1997 r., odnotowano 3,5 mln nowych zakażeń HIV.

Z roku na rok obserwuje się regularny spadek liczby zakażeń, jednak jego tempo jest zbyt wolne, by zahamować epidemię choroby i osiągnąć wyznaczony poziom 550 tys. nowych zakażeń w 2020 r.u – ocenia UNAIDS w swoim corocznym raporcie.

Największe postępy w walce z chorobą poczyniono na południu i wschodzie Afryki, gdzie żyje ponad połowa osób seropozytywnych – wynika z dokumentu. Od 2010 r.

52 lata minęły jak jeden dzień

Absolwenci rocznika 1965–1970 (Stomatologia)/1971 (Lekarski) b. Akademii Medycznej w Poznaniu biją rekordy częstości spotkania się, a także długości każdego spotkania.

W dniach 7–11 czerwca 2017 r. wybraliśmy się do Białowieży na coroczne spotkanie wypoczynkowo-relaksacyjno-turystyczno-kulinarne. Program, jak zwykle, opracowała nasza bardzo energiczna i uroczą koleżanka „szefowa” Alicja Michalewicz wraz z Biurem Organizacji Obozów Sportowych i Usług Turystycznych (BOOS) p. Romana Nowickiego. Podaję szczegóły tego programu, bo był dobry i może być ciekawą propozycją dla innych. Zakwaterowano nas w „Hotelu Białowieskim”, który ma strefę wellness – można więc było pływać do woli, korzystać z sauny, jacuzzi, gejzerów powietrznych, masaży i nie tylko... Zwiedzaliśmy z przewodnikami zabytki architektury regionalnej, np. cerkiew prawosławną, Kościół św. Teresy, Park Pałacowy w Białowieży. Potem biesiadowaliśmy pod bardzo tu wyrazistym, rozgwieżdżonym niebem i wiatą grillową. Nawet dość głośna muzyka (DJ) nie przeszkadzała w rozmowach, bo tematów było mnóstwo. Kolejną sympatyczną przygodą był przejazd kolejką wąskotorową na trasie Hajnówka – Topiło – Hajnówka oraz spacer ścieżką edukacyjną z przewodnikiem. I w niczym nam nie przeszkadzała istna inwazja komarów, chociaż niektórzy twierdzili inaczej. Innego dnia odwiedziliśmy pokazowy rezerwat żubrów. Jak zwykle bywa w tak dużym gremium, zdania na temat urody czy jakby zniewolenia tych zwierząt były podzielone, jednak ostatecznie stwierdziliśmy zgodnie, że było ciekawie. I jeszcze zaprosiła nas kolejna ścieżka edukacyjna „Puszczańskie Drzewa”... Załączam garść zdjęć udowadniających atrakcyjność naszego dorocznego spotkania i panujące podczas niego doskonałe nastroje.

Takie spotkania, podczas których przypominamy sobie okres wspólnych studiów i podobne trudy życia w zawodzie, przywracają nam młodość, więc nie ma nic lepszego niż rozmowy z koleżankami i kolegami z roku. Niektórzy z nas przeżyli też chwilowe zadumanie nad przemijaniem, gdy wspomnieliśmy Krzysia, który jeszcze w zeszłym roku był „duszą towarzystwa”, i zawsze pogodną zainteresowaną światem i chętną do porad i pomocy Anię. Obydwoje odeszli nagle – Krzysio – śp. prof. Krzysztof Linke – 16 grudnia 2016 r., a Ania – dr Anna Góreczna-Derewianka – 18 marca 2017 r. Pomimo tego, że już nigdy nie będą z nami, pozostają w naszej dobrej pamięci i pięknych wspomnieniach.

Uwaga! Tajemnica!

Przesyłam swoje przemyślenia dotyczące powszechnego łamania tajemnicy lekarskiej przez naszych kolegów. W moim zakładzie pracy (jest to Wielkopolskie Centrum Medycyny Pracy w Poznaniu) rozpatrywane są m.in. liczne odwołania od wydanych orzeczeń lekarskich – mają do tego prawo zarówno pacjenci (pracownicy), jak i ich pracodawcy.

Powszechnie odwołują się dyrektorzy szkół od orzeczeń w sprawie tzw. urlopów dla poratowania zdrowia dla nauczycieli, a także kierowcy (w sprawie praw jazdy), komendant wojewódzki Policji w stosunku do osób posługujących się bronią, osoby ubiegające się o rozpoznanie choroby zawodowe i inni.

W każdym tygodniu w dostarczanej do WCMP pocztce są pisma od instytucji niemedyceńskich (szkoła, policja, starostwo), które zawierają kopie dokumentacji medycznej przesłane do tych instytucji przez lekarzy. Nasi koledzy opacznie rozumieją zapis, że osoba upoważniona do odwołania się od treści orzeczenia, wnosi odwołanie za pośrednictwem lekarza, który wydał orzeczenie i przesyłają dokumentację zamiast do właściwego podmiotu odwoławczego (w naszym wypadku do



Jednak życie toczy się dalej i już teraz planujemy kolejne coroczne zjazdy.

W Białowieży byliśmy razem, jak zawsze od wielu, wielu lat. Takie ulotne chwile można nazwać szczęściem. I to jest najważniejsze.

TEKST I ZDJĘCIA: JERZY T. MARCINKOWSKI



nas) do tego, który się odwołuje, a więc do dyrektora szkoły, komendanta wojewódzkiego Policji, starostwa itp.

Obawiam się, że w końcu jakiś pacjent wytoczy sprawę sądową lekarzowi i wygra, bo jest to ewidentne łamanie tajemnicy lekarskiej. Stąd mój pomysł na artykuł – apel i ostrzeżenie.

Czasem telefonuję do kolegów i wyjaśniam, żeby np. na orzeczeniach, które przekazują do pracodawców, nie pisali rozpoznań ani zaleceń, z których wynika rodzaj choroby „dalsze leczenie w PZP” czy „pod warunkiem leczenia nadciśnienia tętniczego”. Spotykam się czasem ze „świętym oburzeniem”, gdy od orzeczenia lekarskiego odwołuje się dyrektor szkoły. Cytuję: jakim prawem dyrektor wtrąca się i podważa moje orzeczenie lekarskie, ja nigdzie nie będę wysyłała mojej dokumentacji itp. Chodzi o urlopy dla poratowania zdrowia dla nauczycieli. Lekarze nie pamiętają, że to dyrektor udziela urlopu zdrowotnego.

W związku z reformą szkolnictwa i zwolnieniami nauczycieli spodziewamy się większej liczby badań odwoławczych, gdyż nauczyciele będą „uciekać” w urlopy zdrowotne. Dlatego dobrze, że ten tekst ukaże się teraz...

POZDRAWIAM – GRAŻYNA WOŚKOWIAK

PERYSKOP

onet.pl

liczba zgonów związanych z AIDS spadła tam o 42%, a nowych zakażeń – o 29%.

W raporcie UNAIDS wyrażono jednocześnie szczególne zaniepokojenie gwałtownym wzrostem liczby nowych zakażeń HIV w Europie Wschodniej i Azji Środkowej; w ciągu 6 lat liczba zgonów wywołanych AIDS w tych regionach wzrosła o 2%, a zakażeń HIV – o 60%. Najgorsza sytuacja jest w Rosji, Albanii, Armenii i Kazachstanie, jak napisano w zestawieniu.

UNAIDS jednocześnie podkreśla, że do 2020 r. oprócz dostępnych na walkę z chorobą 19 mld dolarów, potrzeba dodatkowych 7 mld USD. Na 2020 r. ONZ wyznaczyło sobie cel „trzech 90”: chodzi o to, by 90% seropozytywnych było świadomych zakażenia wirusem HIV, by 90% z nich było objętych leczeniem oraz by 90% z tych poddawanych terapii miało niewykrywalny poziom wirusa we krwi. Pod koniec 2016 r. proporcje te wynosiły odpowiednio: 70, 77 i 82% – wynika z raportu.

Nowa terapia przy infekcjach lekoopornych

Opracowano nową, 30-krotnie bardziej skuteczną terapię przy infekcjach lekoopornych. Wynalezienie antybiotyku było przełomem w leczeniu infekcji bakteryjnych, ale teraz płacimy za to wysoką cenę. Bakterie odpowiadają na nasz atak i oporność antybiotykowa stała się realnym, rosnącym problemem, zwłaszcza dotyczy to bakterii Gram-ujemnych. Mają one dwie błony komórkowe, które utrudniają przenikanie do ich wnętrza substancji toksycznych. Jednym z takich drobnoustrojów jest *Pseudomonas aeruginosa*, którą zakażenie może prowadzić do zapalenia płuc.

Naukowcy z Massachusetts Institute of Technology (MIT) postanowili stworzyć nowe narzędzia do walki z trudnymi infekcjami. Wzorowali się na strategii wykorzystywanej przy leczeniu celowanym u pacjentów onkologicznych. Nanotechnologia ma tu więc zasadnicze znaczenie.

Za pieniądze NFZ i własne



Coraz więcej osób leczy się w sposób zwany mieszanym. A to oznacza, że korzysta zarówno ze świadczeń zakontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, jak i finansowanych prywatnie (z własnej kieszeni lub dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego). Ta druga grupa szacowana jest już na 40%. Raport Centrum Badania Opinii Społecznej dotyczący korzystania ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych w 2016 r. potwierdził tendencje zapoczątkowane na większą skalę w 2009 r.

Prym wiedzie stomatologia i to na tyle, że jest jedyną dziedziną w systemie ochrony zdrowia, gdzie odsetek korzystających z prywatnych usług jest większy niż decydujących się na świadczenia finansowane przez NFZ. Koszty wizyty z własnej kieszeni lub z dodatkowego ubezpieczenia najczęściej pokrywali pacjenci potrzebujący pomocy dentystry lub protetyka (69% korzystających, co stanowi 32% ankietowanych). Mniej osób decydowało się z takie świadczenia zakontraktowane przez NFZ (47% leczących się stomatologicznie). Na drugim miejscu plasują się porady specjalistów, ale tutaj jest już odwrotnie – przeważają świadczenia finansowane przez NFZ.

Czym kierują się pacjenci, wybierając świadczenia prywatne? Na pierwszym miejscu wskazują krótszy czas oczekiwania na wizytę lub badanie. To zrozumiałe, gdy średni czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty w publicznej służbie zdrowia wynosił w tym czasie ponad 3,5 miesiąca. Co szesnasty respondent czekał na wizytę ponad rok, a co piąty nie dostał się do specjalisty w ramach świadczeń publicznej opieki zdrowotnej. Tylko co czwarty decydował się na prywatną usługę ze względu na wyższe kwalifikacje i lepsze kompetencje lekarzy lub osób wykonujących badania. Jeszcze mniej wskazań uzyskały takie argumenty, jak:

- możliwość załatwienia wszystkiego od ręki, podczas jednej wizyty (17%),
- przeświadczenie o większym osobistym zaangażowaniu lekarzy specjalistów w przypadku odpłatnych wizyt (16%),
- sprawniejsza obsługa na miejscu i mniejsze opóźnienia (16%),
- dogodniejsze dla pacjentów godziny przyjęć (14%),
- bardziej życzliwy stosunek personelu – pomocność, miła atmosfera itp. (11%),
- brak możliwości refundowania usługi przez NFZ (11%).

„Taki model korzystania z usług medycznych – czytamy w raporcie CBOS – oraz skala uzupełniania świadczeń dostępnych z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego przez usługi dodatkowo opłacane przez pacjentów utrzymują się mniej więcej od 2009 r. Wcześniej korzystanie z prywatnych porad i usług miało znacznie mniejszy zasięg, a prawie połowa badanych ograniczała się do korzystania jedynie z usług publicznej służby zdrowia. Tylko niespełna co czwarty dorosły Polak ma wykupione dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne – abonament lub polisę (23%), w tym 16% opłaca je samodzielnie, z domowego budżetu, a w przypadku 7% są one w całości lub częściowo finansowane przez pracodawców”.

Kim są posiadacze dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego? „Najczęściej są to osoby w średnim wieku (25–44 lata), z wyższym wykształceniem (41%), pozytywnie oceniający własną sytuację materialną, o najwyższych dochodach na osobę w rodzinie (powyżej 2000 zł – 39%). Wśród grup społeczno-zawodowych najczęściej są to przedstawiciele kadry kierowniczej i wysoko wykwalifikowani specjaliści (53%) oraz średni personel i technicy (45%). Z kolei najrzadziej dodatkowe świadczenia zdrowotne mają wykupione mieszkańcy wsi (16%), osoby słabo wykształcone oraz najstarsi z badanych (powyżej 65. roku życia). W ostatnich dwóch latach odsetek osób objętych dodatkowym, dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym nieco się zwiększył (z 19% w latach 2012–2014 do 23% obecnie)”.

W porównaniu z poprzednimi latami nieco zmniejszyła się liczebność korzystających wyłącznie z usług publicznej służby zdrowia (37%), a odsetek leczących się wyłącznie komercyjnie wyniósł 7%.

„Dane gromadzone przez Polską Izbę Ubezpieczeń – informuje portal Interia.pl – pokazują rosnącą popularność polis zdrowotnych. Według informacji podsumowującej pierwszy kwartał 2017 r., liczba ubezpieczonych wzrosła rok do roku prawie o 30% i sięgnęła 2 mln osób. Dynamiczny przyrost użytkowników polis widoczny jest zarówno wśród klientów indywidualnych (59-procentowy wzrost), jak i w obszarze rozwiązań grupowych (zmiana o 21%). – *Do tej pory Polacy ubezpieczeniami zdrowotnymi posilkowali się zazwyczaj wtedy, gdy musieli skorzystać z porad specjalisty lub wykonać badania diagnostyczne, na które w ramach NFZ musieliby czekać średnio kilka miesięcy. Zauważyliśmy jednak, że nastąpiła zmiana tendencji. Osoby posiadające polisy medyczne coraz częściej w ogóle rezygnują z usług NFZ w ramach opieki doraźnej i ambulatoryjnej. Potwierdzają to gromadzone przez nas dane. Najczęściej realizowanymi świadczeniami są wizyty u internisty, ginekologa czy pediatry* – wskazuje Małgorzata Jackiewicz, dyrektor sprzedaży Ubezpieczeń Zdrowotnych w SALTUS Ubezpieczenia.

Fakt zastępowania porad w ramach NFZ wizytami i badaniami w ramach zakupionego wcześniej ubezpieczenia – kontynuuje M. Jackiewicz – potwierdza również przeprowadzone przez SALTUS Ubezpieczenia badanie fokusowe na temat wymagań pracodawców i pracowników odnośnie polis medycznych. Osoby korzystające z nich oczekują, że będą miały zapewniony Nielimitowany dostęp do praktycznie wszystkich świadczeń zdrowotnych w placówkach w całej Polsce. Dotyczy to zarówno listy oferowanych konsultacji lekarzy specjalistów, jak i badań diagnostycznych, zabiegów ambulatoryjnych czy wizyt domowych”.

Gdy idzie o zdrowie, jesteśmy optymistami. Tak wynika z badań przeprowadzonych przez brytyjską firmę Prudential. „Połowa tych, którzy nie obawiają się choroby – informuje «Gazeta Wyborcza» (10 sierpnia 2017 r.) – twierdzi, że zdrowo się prowadzi, w związku z czym jest impregnowana na ciężkie choroby. 47% opiera swój brak kryzysowego scenariusza na tym, że... są w życiu optymistami. Trzecia grupa to ci, którzy po prostu nie myślą o tym, jakie scenariusze napisze dla nich życie – żyją dniem dzisiejszym”.

TEKST I FOT. ANDRZEJ PIECHOCKI

Ogólnopolska Wystawa Fotograficzna Lekarzy pod hasłem „Uchwycone obiektym lekarza”

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 „Uchwycone obiektym lekarza”. Realizację tego tematu pozostawiamy inwencji oraz wyobraźni lekarzy i lekarzy dentyistów chcących wziąć udział w wystawie.

Tegorocznej edycji wystawy, podobnie jak poprzednim, towarzyszyć będzie konkurs, w którym prace oceni jury złożone z profesjonalistów. Do udziału w wystawie i konkursie fotograficznym zapraszamy Koleżanki i Kolegów nie tylko z łódzkiej OIL, ale ze wszystkich okręgowych izb w Polsce.

W tym roku po raz pierwszy zapraszamy do przesyłania fotografii drogą elektroniczną lub na innych nośnikach danych. Pozostawiamy też możliwość nadsyłania zdjęć w wersji papierowej.

Termin dostarczania fotografii upływa 6 października br. Wernisaż wystawy, podczas którego zostaną ogłoszone wyniki Konkursu Fotograficznego, odbędzie się 22 października 2017 r. (niedziela) o godz. 17. Wystawa potrwa do 27 października br.

Prosimy o zapoznanie się z regulaminem, który określa warunki przystąpienia do konkursu fotograficznego.

Kontakt:

Iwona Szelewa

Sekretariat Okręgowej Izby Lekarskiej,

tel. +48 42 683 17 01

**WIELOSPECJALISTYCZNE
LECZENIE URAZÓW U DZIECI**

XLI MIĘDZYNARODOWE SYMPOZJUM
SERCHU DZIECIĘCZĄ CHIRURGII URAZOWEJ I MEDYCYNĄ RATUNKOWĄ

POLSKIEGO TOWARZYSTWA CHIRURGÓW DZIECIĘCZYCH

Patronat Honorowy Izby Lekarskiej

6-7 października 2017 r.
Hotel Andoria, Poznań

Zarządzanie profesjonalne

Nie widać go na pierwszy rzut oka, a toczy się przez cały czas. Jak *sekretne życie drzew* odbija się w ludzkiej naturze zespołu?

Jak drzewo, czyli życie zespołu ludzkiego

Posiadanie zespołu to przewaga? Przewaga, zawsze! Choć nie zawsze dla zarządzającego, właściciela, udziałowca. Dziś przedstawiam państwu łączne wnioski ilustrujące zachowania w zespołach gabinetów i klinik. Można śmiało z nich korzystać; okażą się w praktyce codziennego zarządzania niezwykle pożyteczne. Wyjaśnią wiele zjawisk, które można obserwować w zespołach medycznych i które nie zawsze zachodzą z korzyścią dla interesu *stricto* ekonomicznego. Ale dla samego zespołu – zawsze!

Każdy z państwa, kto musiał kilkanaście lat zarządzać ludźmi, zapewne podczas niniejszej lektury automatycznie porówna swoje obserwacje z niżej wymienionymi i potwierdzi, że to cała prawda o ludziach. Praktyka dostarcza nam zbyt wielu dowodów, że tak właśnie jest. I dokładnie zero... antydowodów. Potraktujmy więc je jako aksjomaty.

1. Wszyscy członkowie grupy chronią najsłabszego, dostarczając mu substancji odżywczych. Lepsza dla grupy jest siła jednocząca niż niszcząca jej strukturę. Ludzie wolą stabilizację i jak najmniej zmian personalnych wpływających na ich własną pracę.
2. Rozpychanie się osobników starszych i bardziej doświadczonych w organizacji jest naturalne. Zatwierdzone przez grupę granice nie bywają naruszone. Dzięki temu na przykład z 20 młodych pracowników korzenie zapuszcza jedna osoba. Mało? Niekoniecznie. Nowy osobnik musi bowiem znaleźć swoje miejsce wśród starszych i doświadczonych, by zostać w firmie na zawsze. Starsi i doświadczeni pracownicy muszą mu zrobić dostatecznie dużo miejsca.
3. Obraz grupy to suma jej osobliwości. Nietypowość przyciąga, budzi zainteresowanie, a więc również zachwyt grup klientów, którzy oczekują olśnienia, zaciekawienia. Dlatego grupa pielęgnuje wyjątkowych, nawet mniej sprawnych pracowników, bo... w inności siła grupy.
4. Rodzice chętniej pracują ze swoimi dziećmi niż z obcymi osobami. Chronią je, ale też i uczą wszystkiego, czego sami się nauczyli. Przekazują im znacznie więcej sztuczek, wypracowanych rozwiązań, niż zrobiliby to dla „obcego materiału genetycznego”.
5. Zdrowa grupa to szczęśliwa grupa, a więc bardziej produktywna. To oznacza wyższe obroty i sukces całej grupy. Dlatego jej członkowie wzajemnie dbają o swoje zdrowie. Prze-

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



- kazują sobie kontakty do klinik, dzielą się dietami, polecają siłownie albo... „sprawdzonego” specjalistę dziecięcego.
6. Aby osiągnąć znakomity wiek wewnątrz firmy, każdy członek grupy musi za wszelką cenę trzymać się razem z innymi. Gdyby każdy troszczył się tylko o siebie, sporo z członków grupy nie doczekałoby w niej starości.
 7. Grupa dba o to, by nie odchodzili z pracy zaaklimatyzowani pracownicy. Dziura po stracie osoby na danym stanowisku pracy jest zabójcza: pozostali zmuszeni są pracować średnio o 25% więcej, mocniej, dłużej. Dlatego wszyscy członkowie chcą, by dodatkowe obciążenie grupy trwało jak najkrócej.
 8. Wyższy stopień przywiązania lub szacunku oznacza mocniejsze więzi. Mocniejsze więzi wiążą się z lepszym funkcjonowaniem grupy. Dlatego dobry zespół to taki, który łączy się nie tylko w sprawach służbowych, ale również prywatnych. Oczywiście w czasie ogólnym pracy, jak i poza nią.
 9. Przyjaciele nie zabierają sobie zasług. Zostają w firmie na dłużej. Jeżeli jednak zarządzający gra nie fair, na dłuższą metę może to się skończyć zwolnieniami więcej niż jednej osoby, a więc całej grupy przyjaciół. Zwykle po to, by założyć firmę konkurencyjną.
 10. Każda grupa stara się zdobyć dla siebie więcej miejsca, zoptymalizować swoje osiągnięcia i przez to wyprzeć inną grupę. To naturalny proces dążenia do tego, by być lepszym niż inna grupa (gabinet).
 11. Wokół grupy zwykle są osobniki, z którymi zawiera ona przymierze, tzw. pomocnicy. Eksploatują oni grupę i jej członkowie uznają to za normalne, gdyż tworzy się układ coś za coś. W zamian za relacje i/lub informacje pomocnicy pobierają „uposażenie”, wymagające nakładów od grupy. Pracownik i pomocnik współpracują z sobą, gdyż to im się wzajemnie opłaca. To dlatego żony rozmawiają o problemach w pracy przy niedzielnym obiedzie z rodziną, a lekarz rozwiązuje problemy swojego prywatnego gabinetu... w klinice lub instytucie na dyżurze. Pomocnicy, otrzymując regularnie korzyści od grupy, dodając od siebie zawsze wartości – kolejne informacje, emocje, przywiązanie, ochronę, zdrowie.
 12. Odchodzący z powodu starości pracownik zostawia po sobie swoje rozwiązania w grupie. Jest to bardzo pożyteczne

dla grupy. Dzięki temu dana osoba robi miejsce do rozwoju młodszemu, usuwając się z zajmowanego stanowiska.

13. Młody osobnik w grupie wykorzystuje każdą opuszczoną przez doświadczonych osobników lukę, szczególnie rynkową. Mocno zapuszcza korzenie, robiąc sobie coraz bardziej stabilne miejsce. Przynajmniej tak robią mądre młode osobniki, chcące trwać długo w grupie.
14. Egzystencja wolna od wyrzeczeń, ale za to brak konkurencji, pozwalają organizacji żyć stabilnie, choć nigdy na poziomie lidera rynkowego. Dlatego wiele małych organizacji, w tym gabinetów, nie chce się rozwijać automatycznie, woli instynktownie pozostać na poziomie, do którego się przyzwyczaiły. Dlatego gdy właściciel chce się rozwijać, musi zadbać o wiele nowych bodźców, by członkowie grupy chcieli opuścić stabilną (i średnią) pozycję rynkową i udać się za swoim przywódcą na podbój rynku lub tylko sięgnąć po lepsze wyniki finansowe jak wiele innych będących w czołówce zespołów.
15. Trudnych stanowisk, czyli trudnych miejsc, na rynku jest najwięcej (w zasadzie takie i tylko takie są niemalże zawsze) i kto sobie poradzi, ten może zdobyć ogromny obszar do rozprzestrzeniania się. Nie jest łatwo pracować na rynku konkurencyjnym, ale znalezienie na nim i utrzymanie nawet najtrudniejszego miejsca doprowadza w rezultacie do szerszych możliwości. Nazywamy to ugruntowaniem pozycji rynkowej.

Życzę dobrych przemyśleń i owocnych rozwiązań ewolucyjnych w państwa gabinetach i klinikach.

DR N. EKON. MAGDALENA SZUMSKA
WWW.SZUMSKA.PL

Postowie

Przeczytałam z wielkim zainteresowaniem i odrobiną nudy całą książkę *Sekretne życie drzew* Petera Wohllebena. Książki naukowe i okołonaukowe poląkam, smakując wielką liczbę podpunktów, przykładów, logicznych dowodów. Ta książka dostarczyła mi wiedzy spokojnej, ale na tyle poważnej, że co chwilę przerywałam czytanie, by sporządzić notatki. Widzę wiele analogii do moich niemal dwudziestoletnich doświadczeń, obserwacji i przemyśleń ze sfery zarządzania ludźmi i przytoczyłam je tutaj z całą odpowiedzialnością.

Planowane i doraźne

Statystycznie prowadzonych było 6 kontroli dziennie. Ich skutki finansowe wyniosły ponad 11 mln zł, a niefinansowe objęły m.in. rozwiązanie umów.

W pierwszym kwartale 2017 r. oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia poddały ocenie świadczenia opieki zdrowotnej. Kontrole były dwojakie: planowane (sprawdzono 240 umów) i doraźne o charakterze interwencyjnym, wynikające także z informacji mediów (sprawdzono 314 umów).

Wskazane zostały typowe nieprawidłowości:

- zawyżanie wartości rozliczanych świadczeń, zwłaszcza udzielanych w trakcie hospitalizacji,
- realizacja świadczeń w warunkach leczenia szpitalnego, które powinny zostać zrealizowane w trybie ambulatoryjnym,
- brak w dokumentacji medycznej potwierdzenia udzielonych świadczeń/porad,
- udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach lub umowie,
- udzielanie świadczeń niezgodnie z harmonogramem – brak lub ograniczenie dostępności do świadczeń,
- brak wymaganego wyposażenia w sprzęt lub brak wymaganych certyfikatów, atestów lub innych dokumentów potwierdzających dopuszczenie aparatury do użytku,
- gromadzenie informacji lub prowadzenie dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej, w sposób naruszający przepisy prawa,
- brak bieżącego aktualizowania danych o potencjale wykonawczym (personel, aparatura i sprzęt medyczny, harmonogram udzielania świadczeń),
- udzielanie świadczeń przez osoby nieposiadające kwalifikacji i uprawnień do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny,
- prowadzenie list oczekujących w sposób naruszający przepisy prawa (nieprowadzenie list oczekujących, brak na liście oczekujących wymaganych danych, przekazanie danych z zakresu listy oczekujących niezgodnych ze stanem rzeczywistym),
- nieuzasadniona odmowa udzielenia świadczeń świadczeniobiorcy.

Skutki finansowe kontroli, ujęte w wystąpieniach pokontrolnych, wyniosły 11 594 700,60 zł. Skutki niefinansowe objęły m.in. rozwiązania umowy, powiadomienie organów ścigania, instytucji.

(AP)



Harmonogram kursów

| Lp. | Temat kursu i prowadzący | Data i miejsce | Tematyka szczegółowa | Liczba punktów | Opłata | Sposób zapisu |
|-----|---|--|---|----------------|---|---|
| 1 | Kurs komputerowy | 23.09.2017 (I dzień), godz. 9.00–13.00 30.09.2017 (II dzień), godz. 9.00–13.00 Sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37 | poziom podstawowy | 8 | 50 zł | 61 852 58 60 wewn. 220 lub 601 799 706 |
| 2 | Kurs komputerowy | 26.10.2017 (I dzień), godz. 9.00–13.00 27.10.2017 (II dzień), godz. 9.00–13.00 Sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37 | poziom podstawowy | 8 | 50 zł | 61 852 58 60 wewn. 220 lub 601 799 706 |
| 3 | Kurs komputerowy | 21.11.2017 (I dzień) godz. 15.00–19.00 22.11.2017 (II dzień) godz. 15.00–19.00 Sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37 | poziom podstawowy | 8 | 50 zł | 61 852 58 60 wewn. 220 lub 601 799 706 |
| 4 | Kurs komputerowy | 16.10.2017 (I dzień), godz. 15.00–19.00 17.10.2017 (II dzień), godz. 15.00–19.00 Sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37 | poziom średnio zaawansowany | 8 | 50 zł | 61 852 58 60 wewn. 220 lub 601 799 706 |
| 5 | Kurs komputerowy | 21.10.2017 (I dzień), godz. 9.00–13.00 28.10.2017 (II dzień), godz. 9.00–13.00 Sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37 | poziom średnio zaawansowany | 8 | 50 zł | 61 852 58 60 wewn. 220 lub 601 799 706 |
| 6 | Kurs komputerowy | 28.11.2017 (I dzień), godz. 15.00–19.00 29.11.2017 (II dzień), godz. 15.00–19.00 Sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37 | poziom średnio zaawansowany | 8 | 50 zł | 61 852 58 60 wewn. 220 lub 601 799 706 |
| 7 | Kurs komputerowy | 25.11.2017 (I dzień), godz. 9.00–13.00 2.12.2017 (II dzień), godz. 9.00–13.00 Sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37 | poziom zaawansowany | 8 | 50 zł | 61 852 58 60 wewn. 220 lub 601 799 706 |
| 8 | Kurs komputerowy | 26.09.2017 (I dzień), godz. 15.00–19.00 27.09.2017 (II dzień), godz. 15.00–19.00 Sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37 | poziom zaawansowany | 8 | 50 zł | 61 852 58 60 wewn. 220 lub 601 799 706 |
| 9 | ALS ADVANCE LIFE SUPPORT – „Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne dla osób dorosłych” – dr n. med. Paweł Panieński, mgr Marcin Rybakowski, mgr Ryszard Szpunar, mgr Karol Juskowiak | 7.10.2017 (I dzień), godz. 8.30–18.30 8.10.2017 (I dzień), godz. 8.00–16.30 Sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37 | wykłady oraz ćwiczenia o tematyce: • dostęp dożylny • wentylacja przyrządowa • intubacja • możliwość generowania zaburzeń rytmu serca • wykonanie defibrylacji | 12 | 950 zł (WIL) 1150 zł (pozostałe osoby) | odz@wil.org.pl lub 601 799 706 |
| 10 | ALS ADVANCE LIFE SUPPORT – „Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne dla osób dorosłych” – dr n. med. Paweł Panieński, mgr Marcin Rybakowski, mgr Ryszard Szpunar, mgr Karol Juskowiak | 2.12.2017 (I dzień), godz. 8.30–18.30 3.12.2017 (I dzień), godz. 8.00–16.30 Sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37 | wykłady oraz ćwiczenia o tematyce: • dostęp dożylny • wentylacja przyrządowa • intubacja • możliwość generowania zaburzeń rytmu serca • wykonanie defibrylacji | 12 | 950 zł (WIL) 1150 zł (pozostałe osoby) | odz@wil.org.pl lub 601 799 706 |
| 11 | EPLS EUROPEAN PEDIATRIC LIFE SUPPORT – „Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne u pacjentów pediatrycznych” – dr n. med. Paweł Panieński, mgr Marcin Rybakowski, mgr Ryszard Szpunar, mgr Karol Juskowiak | 18.11.2017 (I dzień), godz. 8.30–18.30 19.11.2017 (II dzień), godz. 8.00–16.30 Sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37 | wykłady oraz ćwiczenia o tematyce: • rozpoznanie dziecka poważnie chorego • wprowadzenie do zaopatrywania dróg oddechowych • zaburzenie rytmu serca • pacjent po urazie – zaopatrzenie • resuscytacja noworodka • opieka poresuscytacyjna | 12 | 950 zł (WIL) 1150 zł (pozostałe osoby) | odz@wil.org.pl lub 601 799 706 |
| 12 | „Natychniastowa pomoc w stanach zagrożenia życia” – dr n. med. Rafał Surmacz, dr n. med. Paweł Panieński, mgr pielęgniarstwa Ryszard Szpunar, mgr Tomasz Magdziak, mgr Karol Juskowiak, mgr Marcin Rybakowski, lek. Michał Szemień | 16.12.2017, godz. 9.00–15.00 Sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37 | wykłady oraz ćwiczenia o tematyce: • zapobieganie zatrzymaniu krążenia • stany zagrożenia życia w gabinecie • algorytm ALS • resuscytacja i defibrylacja • stymulowane przypadki kliniczne | 5 | 200 zł | odz@wil.org.pl lub 601 799 706 |

23.09.2017

**BAZYLIKA ARCHIKATEDRALNA
P.W. ŚW. PIOTRA I PAWŁA
GODZ. 19.00**

24.09.2017

**FARA POZNAŃSKA
GODZ. 15.00**



PROJECT JENKINS

KARL JENKINS - REQUIEM

KONCERT CHARYTATYWNY NA RZECZ

HOSPICJUM PALIUM

POD HONOROWYM PATRONATEM PREZYDENTA MIASTA POZNAŃA

WYKONAWCY:

ORKIESTRA KAMERALNA
WIL "OPERACJA MUZYKA"
DOBROCHNA MAITENKA

ORKIESTRA SYMFONICZNA
POSM2ST. W POZNAŃU
ALEKSANDER GREF

CHÓR KAMERALNY WIL
JUSTYNA CHELMINSKA

CHÓR KAMERALNY IIP W POZNAŃU
"CORO DA CAMERA"
BARBARA DĄBROWSKA - SIŁSKA

POD DYREKCJĄ
DANIELA IWANOWSKIEGO

SOLIŚCI:
DARIA STACHOWICZ - SOPRAN
KARINA KIRCHHOFF - ALT
ANTONI GLAESER - SOPRAN





Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu realizuje projekt dofinansowany z Funduszy Europejskich „Podniesienie kompetencji lekarzy w ramach kształcenia podyplomowego z zakresu ortopedii dziecięcej”

Klinika Chorób Kręgosłupa i Ortopedii Dziecięcej ze Szpitala Rehabilitacyjno-Ortopedycznego im. Wiktora Degi w Poznaniu zaprasza lekarzy do uczestnictwa w bezpłatnych kursach z zakresu ortopedii dziecięcej (wadliwe postawy, skoliozy, wady klatki piersiowej, stóp, kolan i bioder). Program kursu obejmuje zajęcia teoretyczne oraz szkolenie praktyczne przygotowane pod kątem potrzeb lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Szkolenie prowadzone będzie przez lekarzy i fizjoterapeutów.

Uczestnikom zapewniamy materiały dydaktyczne, certyfikat kursu, catering oraz nocleg dla osób spoza Poznania (powyżej 50 km).

Przyjmujemy zapisy na moduł 23–24 września lub 28–29 października 2017 r., lub 25–26 listopada 2017 r.



Więcej informacji :
Klinika Chorób Kręgosłupa i Ortopedii Dziecięcej
Uniwersytet Medyczny w Poznaniu
www.ump.edu.pl/kursyortopedia
kckod@ump.edu.pl
tel. 61 831 01 57

Dofinansowanie projektu z UE: 638 619,00 PLN



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Chrześcijańskie Stowarzyszenie Medyczne
 oraz International Christian Medical and Dental
 Association

Zapraszają na Konferencję
 Środkowo - Europejską pt.

**Dobra Praktyka Medyczna -
 Chrześcijański Punkt Widzenia**

Ośrodek "Leana Radość"
 Jastrząb koło Poraña

18-22.10.2017



www.chsm.org.pl
 sekretarz@chsm.org.pl

Osiedle Wicherów Wspólne 17/2B 61-676 Poznań

Nawiążę współpracę z ortodontą

DUŻO PACJENTÓW
 WYSOKA PROWIZJA
 Kontakt tel. 601 93 56 68

Nowo otwierana przychodnia

zatrudni
lekarzy rodzinnych, internistów i pediatrów

Poznań, ul. Krauthofera 17
 512 533 813 kontakt po 18.00

Zatrudnimy lekarza stomatologa

UMOWA Z NFZ I PRYWATNIE
 GABINET 60 KM OD POZNANIA
 Kontakt tel. 601 93 56 68

N.Z.O.Z. PRZYCHODNIA STOMATOLOGICZNA

+KA-DENT
 STOMATOLOGIA

we Wschowie

ZATRUDNI
 lekarza stomatologa

umowa z NFZ oraz prywatnie
 (oferujemy dobre warunki pracy)

kontakt z kierownikiem - 509 502 611

www.kadent.com.pl

Gabinety Lekarskie Medyk
 nawiążą współpracę
z lekarzem stomatologiem.

Praca w ramach 1/2 kontraktu z NFZ + pacjenci prywatni.
 Praca z asystentką stomatologiczną,
 w gabinecie znajdują się RTG + radiowizjografia.
Dobre warunki.
 Kontakt: tel. 731 706 906, biuro@gabinytmedyk.pl

Oddam w najem
wyposażony gabinet lekarski
w Środzie Wielkopolskiej

tel. 607 738 470

Wynajmę
lokal użytkowy
 (ATANER) 44m²,
 ul. Brzask w Poznaniu
 Tel. 607 665 560

Acard

Nie trzeba słów,
 żeby wiedzieć,
 że to Acard.

UNIKATOWY
 REZULTAT



maxigra go

maxigra go
 weź mnie
 bez recepty

dowiedz się więcej o leku



PIROLAM

3 sposoby
 na grzybicze
 choroby

- żel na skórę
- Zawieszka na skórę
- płyn na skórę

skuteczne
 bez recepty



pyrantelium
 Mediana

Trzy sposoby
 na owsiki!

plynie
 na owsiki

BYRANTELUM



Wiersze



RYSZARD KRAWIEC

CHOĆBY NAWŁOĆ...

Rymopisowi czasem to się zdarza,
 Że pustka twórcza jak dzieciół stuka
 W głowie. I wena nie chce do lekarza
 Przyjść. Trudno. Trzeba jej poszukać.

Szeroko otworzyć swoje oczy i uszy
 I łapać... zjawisko, słowo, aforyzm.
 Może sytuacja, która ciebie wzruszy?
 Lub zielsko? Albo jesienne kolory?

Tuwimowi,
 Poecie, „jesień mimozami się zaczyna” –
 Przez Niemena cudownie wyśpiewany
 Wiersz. Są: listy, park, jest dziewczyna,
 I... nawłóć. Chwast mimoszą nazywany!

W mojej głowie:
 Jesień, wrzesień, chłody, koniec lata,
 Boćki na łąkach już swój odlot głoszą,
 Jest i nawłóć, jak złotogłów przebogata,
 Której łany na ugorach się panoszą....

Kiedy już taka niby wena cię ogarnie
 I broń Boże jakaś muza nie przeszkodzi,
 Wnet rozterki ogarniają cię, męczarnie:
 Bo ten wiersz wcale tobie nie wychodzi!

Nie potrafisz pisać słodko i lirycznie!
 Więc skrobiąc się za uchem długopisem,
 Przed lustrem stwierdź samokrytycznie:
 „Ty nie jesteś poetą, tylko wierszopisem”.



WIELKOPOLSKA
 IZBA LEKARSKA

**BIULETYN INFORMACYJNY WYDAWANY
 PRZEZ RADĘ OKRĘGOWĄ WIL W POZNANIU**

ISSN 1233-2216 Nakład 14 000 egz.

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

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

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

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

**ADRESY DELEGATUR
 WIELKOPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ:**

DELEGATURA W KALISZU

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

DELEGATURA W KONINIE

62-510 Konin, ul. Liliowa 9
 przewodniczący – lek. dent. Katarzyna Piotrowska
 tel./faks 63 245 66 10, tel. kom. 783 993 909
 sekretarka – Izabela Tomaszewska
konin@wil.org.pl, www.wil.konin.pl

DELEGATURA W LESZNIE

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

DELEGATURA W PILE

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

DELEGATURA OSTROWSKO-KROTOSZYŃSKA

63-400 Ostrów Wlkp., ul. Sienkiewicza 14
 przewodniczący – lek. dent. Wiesław Wawrzyniak
 tel. 62 735 44 80, tel. kom. 783 993 907
delost@wp.pl-96

kolegium redakcyjne Biuletynu Informacyjnego WIL

redaktor naczelny: Andrzej Baszkowski

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

Na zlecenie WIL wydany przez

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

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



znajdź nas na Facebooku

Pilnie zatrudnimy

Lekarza stomatologa

Dobre warunki finansowe
 i organizacyjne.

Poznań, ul. Marcelińska 96/201

tel. 608 78 55 60

www.persona.pl

**Nowoczesny
gabinet stomatologiczny
w Tulcach k. Poznania
zatrudni LEKARZA
STOMATOLOGA
oraz
nawiąże współpracę
z ORTODONTĄ.**

Oferujemy elastyczny czas pracy, atrakcyjne warunki zatrudnienia a przyjazną atmosferę dodajemy jako gratis

Osoby zainteresowane prosimy o kontakt telefoniczny pod numerem 509 262 515

Koleżanki i Koledzy,
**Zjazd z okazji
20-lecia ukończenia studiów
na kierunku lekarskim**

Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
rocznik 1997

sobota, 23 września 2017 r.
szczegóły na stronie internetowej
www.lek97-poznan.pl

Komitet Organizacyjny:
Paula Kaczmarek, Małgorzata Rydlewska-Fojut,
Maciej Owecki i Michał Karlik – mkarlik@ump.edu.pl

Prywatny
gabinet stomatologiczny
**GONADENT
STOMATOLOGIA**

w Zbąszyniu
przyjmie do pracy
lekarza dentystę
na bardzo dobrych
warunkach.

Tel. 693 439 318; 663 484 996;
e-mail: gonadent@gmail.com

**Zatrudnię
w Poznaniu
lekarzy
do pracy w POZ**

lista aktywna

tel. 577 797 946

Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej
w Ostrowie Wielkopolskim
ul. Limanowskiego 20/22
zatrudni lekarzy do pracy na Oddziałach:

Neonatologicznym, Neurologicznym, Internistycznym,
Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Anestezjologii i Intensywnej
Terapii dla Dzieci, Ginekologiczno-Położniczym, Szpitalnym
Oddziale Ratunkowym, w Specjalistycznych Zestopłach Ratownictwa
Medycznego oraz w zakresie dyżurów w ramach nocnej i świątecznej
opieki zdrowotnej.

Oferujemy korzystne warunki zatrudnienia. Forma zatrudnienia do uzgodnienia.
Istnieje możliwość zawarcia umów kontraktowych na dyżury medyczne z praktykami lekarskimi.
Kontakt: ZZOZ w Ostrowie Wielkopolskim, ul. Limanowskiego 20/22,
63-400 Ostrów Wielkopolski, tel. 62 595 11 11, e-mail: szpital@szpital.osw.pl

**Zatrudnię
lekarza stomatologa
oraz
asystentkę/higienistkę
stomatologiczną
Dąbrówka k. Poznania**

Tel. kontaktowy 665 001 778

NZOZ KOLMED s.j.
zatrudni

**lekarza
do pracy w POZ**

Tel. 603 913 662, 601 740 250

**Wynajmę lokal 105 m²
Budynek znajduje się
w Koziegłowach,
przy markecie DINO.**

Dobra lokalizacja i dojazd,
parking,
ustawny lokal.

dane kontaktowe:
Marcin Kałużny
tel. 609 777 202
propharma@poczta.onet.pl

**Absolwenci Oddziału Stomatologii
Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Poznaniu
z rocznika 1972–1977**

Zapraszamy podczas CEDE – MULTIDENTAL,
hala 8, stoisko 8A, kontakt: dr Wiesław Kieroński.
Zgłoszenia udziału w jubileuszu uzyskania dyplomu: tel. 500 120 722.

**KLINIKA DLA CIEBIE
WYNAJMĘ**

SPRAWDŹ LUKSUSOWE WNĘTRZE NA
www.facebook.com/klinikaraczynskiego21/
lub 501605454

**ULTRANOWOCZESNY
GABINET**

STOMATOLOGICZNY

Nowy, nieużywany w starym miejscu
z pacjentami, 40 km od Poznania
2 km od drogi S5
poniżej link ze zdjęciami

www.tinyurl.com/gabinet-stomatologiczny

**PODNAJMĘ
LUB ODSPRZĘDAM**

516 516 112

Sąd Okręgowy w Poznaniu
poszukuje

**lekarzy medycyny
do pełnienia funkcji
stałych biegłych sądowych
i lekarzy sądowych**

w okręgu Sądu Okręgowego w Poznaniu.
Pełnienie obu funkcji jest odpłatne.

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

Szpital Miejski im. Franciszka Raszei
w Poznaniu
zatrudni

**lekarza anestezjologa
do pracy
na Oddziale Anestezjologii
i Intensywnej Terapii**

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



LEKARSKA
IMPREZA TANECZNA

GWIAZDA WIECZORU

DODA

30.09.2017

Support: BRAINFREEZER

KLUB TROPS
START 19:00

Poznań, Świętego Rocha 9
CENA BILETU: 30 zł

Możliwość rezerwacji miejsc siedzących

Szczegóły i rezerwacja biletów pod numerem telefonu: 726 222 012