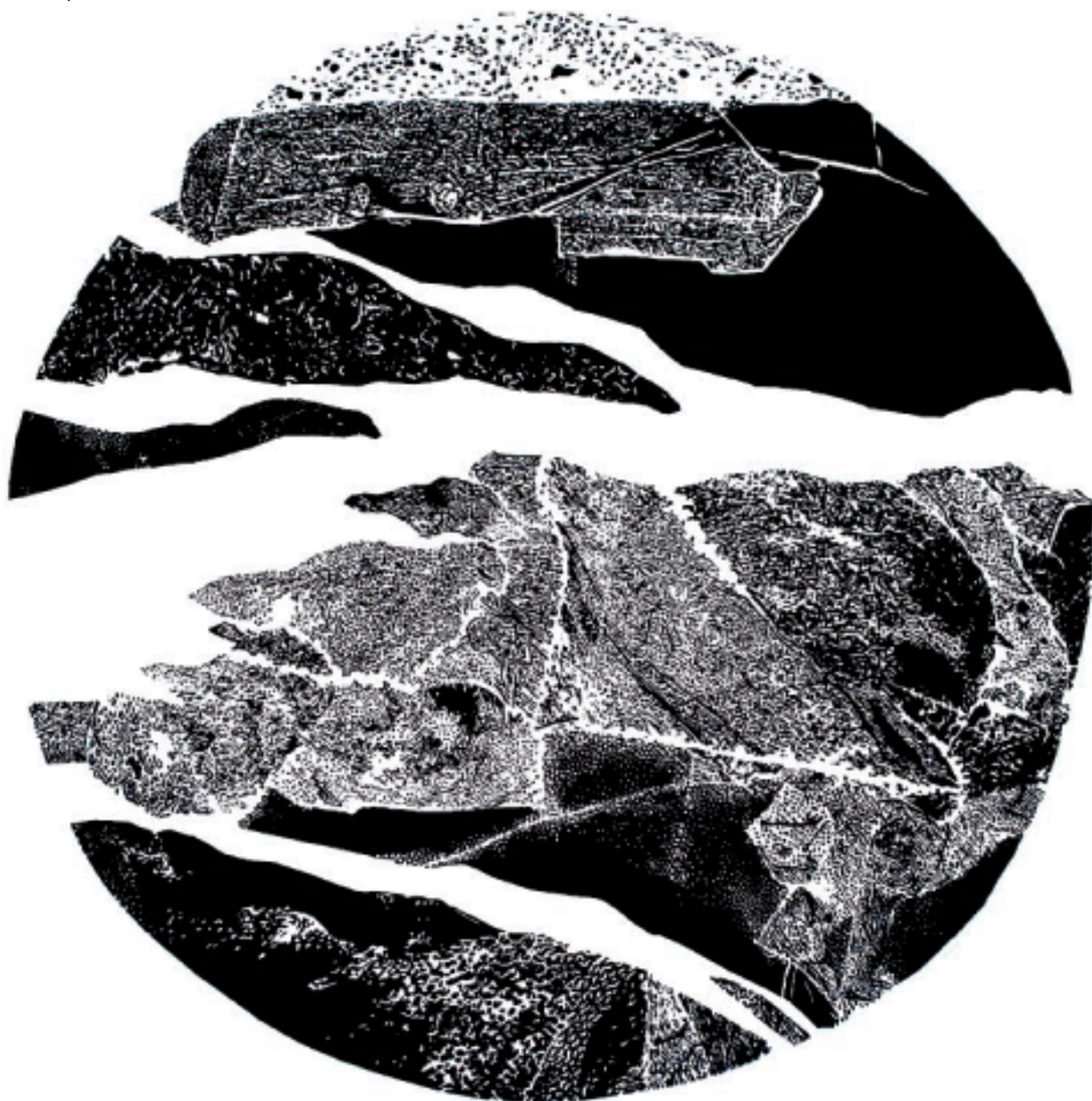




WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA



Nasza galeria

Agnieszka Cecylia Maćkowiak jest absolwentką grafiki warsztatowej UAP i kulturoznawstwa UAM. Jej głównym obszarem zainteresowań jest linoryt. Jak sama mówi, to technika, która wyraża jej artystyczną drogę. Drukiem wypukłym zajmuje się od 5 lat. Tematyka jej prac ściśle wiąże się z naturą człowieka i jego relacjami.

Nowoczesne systemy informatyczne dla służby zdrowia



Zarządzanie placówką
medyczną i gabinetem
lekarskim



Elektroniczna Dokumentacja
Medyczna (EDM)



Optimed
NXT



MedConnect

COMARCH EDM

Intuicyjnie | Niezawodnie | Zgodnie z wymogami Ministerstwa Zdrowia i CSIOZ

Diagnoza wstępna

Spis treści

Moim zdaniem... 4

Okres przejściowy do 2021 r. 5

Omówienie posiedzenia
Okręgowej Rady Lekarskiej 6

48 godzin tygodniowo
po raz kolejny 8

Z medycznej wokandy 10

Dawka informacji 12

Porozmawiajmy
o lekarskich zarobkach 14

Będzie nowa ustawa 16

Wrzesień w izbie 17

Dokumentacja
po zmarłych lekarzach 18

Co możemy z nimi
razem zrobić 20

Groźne uzależnienia 22

Kurkowe zawody lekarzy 23

Dodatkowo
jeszcze w tym roku 23

Zarządzanie profesjonalne 24

Harmonogram kursów 26

Tablet, smartfon i nie tylko...
Jak to obsługiwać
i do czego wykorzystać? 28

Akcja senior 29

Wiersze 30

MEDYCYNĄ



Mijające epoki przynoszą mniejsze lub większe osiągnięcia w każdej dziedzinie naszego życia. Mówimy o rozwoju, postępie, o stawianiu kroków w przyszłość. Tak dzieje się także w medycynie. Korzysta ona z dokonań innych dziedzin nauki, między innymi biologii, chemii, fizyki. Warto od czasu do czasu przyrzeć się jej imponującym, wciąż nowym osiągnięciom, pomijając z niesmakiem biurokratyczne pomysły 600 urzędników z Ministerstwa Zdrowia...

Na początku XIX wieku wynaleziono strzykawkę. A w połowie tego stulecia zrodziła się anestezjologia i zaczęto stosować eter, a następnie chloroform. Chirurdzy mogli wreszcie operować bez bólu. W tym samym wieku Pasteur zapoczątkował erę szczepień, a w 1895 r. odkryto promienie rentgenowskie.

Wiek XX przyniósł odkrycie grup krwi, insulinę, antybiotyki, dializoterapię, ultrasonografię, scyntyografię, tomografię i rezonans magnetyczny.

Lekarze do dyspozycji otrzymali tysiące nowych leków oraz markery nowotworowe. Warto wspomnieć o wielkich sukcesach medycyny i pokonaniu takich chorób, jak dyfteryj i koklusz, które przez wieki stanowiły śmiertelne zagrożenie. Nie mówiąc już o ospie, która przez stulecia stanowiła prawdziwy dramat ludzkości i powodowała śmierć milionów. Jeszcze w 1967 r. zmarło na tę chorobę aż dwa miliony ludzi. Dopiero w 1980 r. Światowa Organizacja Zdrowia uznała chorobę za zwalczoną, bo przez 3 lata z rzędu nie odnotowano ani jednego zachorowania. Wirus zniknął ze środowiska naturalnego.

Ludzie zapadają nie tylko na choroby zakaźne, ale i na inne leczone dostępnymi powszechnie i skutecznymi lekami. Toteż w efekcie w XX wieku wydłużyła się długość życia. Wiadomo, że każdy musi umrzeć, ale dziś już nie na koklusz czy gruźlicę, ale na atak serca i na raka. Są to dzisiejsze plagi ludzkości. Czym innym jest jednak umrzeć w wieku dwudziestu pięciu lat na zapalenie płuc, a czym innym w wieku siedemdziesięciu pięciu na atak serca czy udar. Można powiedzieć, że medycyna darowała ludziom pięćdziesiąt lat życia...

Dziś mówimy o cywilizacji pigułek. Ludzie przyzwyczaili się do tego, że na wszystko dostępne są tabletki. Polepszył się komfort życia, a zwykle infekcje stały się banalnymi przeziębieniami. Wszystkie medykamenty, w tym antybiotyki i szczepionki, zostały wytworzone w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat. Ludzie sami bez konsultacji z lekarzami sięgają po tabletki, jeżeli tylko uznają, że te powinny im pomóc. Prowadzi to czasem do uzależnienia, a wręcz do nałogu...

Okazało się jednak, że z bakteriami i wirusami sprawa nie jest prosta. Pojawiają się ich nowe, nieznane dotąd odmiany. Choroby przez nie wywoływane bywają śmiertelne, bo znane dotąd leki są wobec nich nieskuteczne. Tak jak na przykład AIDS. Stanowią one nowe wyzwanie dla medycyny... Problemów przysparzamy sobie sami, popierając kampanię przeciwko szczepieniom.

Tymczasem postępowanie następuje nieustannie, a jego efekty bywają zdumiewające. Już w tym roku doniesiono o nowym teście, który na podstawie próbki krwi pozwala określić rodzaj nowotworu i jego umiejscowienie. Byłoby to niezwykle ważne badanie, bo pozwalające na wcześniejsze wykrycie choroby, zanim pojawią się jakiegokolwiek symptomy...

Andrzej Baszkowski

Moim zdaniem...



Krzysztof Kordel
prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

...problemem, który trzeba szybko rozwiązać, jest obowiązujący system kształcenia specjalizacyjnego. Nie będę ukrywać, że od samego początku nie byłem zwolennikiem systemu rezydenckiego i widziałem w nim sporo wad.

Z jednej strony wyłożenie pieniędzy z kasy państwowej na to, by młody człowiek mógł poświęcić się zdobywaniu wiedzy, wydawało się dobrym pomysłem analogicznym do rozwiązania wdrożonego w celu pozyskiwania kadry naukowej. Robisz specjalizację i doktorat, bo jesteś mam potrzebny.

Pierwszy problem to jakie to pieniądze. Czy zapewniają taki poziom życia, by młody człowiek może tylko się uczyć i pracować naukowo? Życie szybko pokazało, że żeby żyć, trzeba dodatkowo zająć się czymś innym, a nie tylko realizować podstawowy cel. I tu mamy zaburzone proporcje. Młodzi rezydenci pracują ponad miarę. Dyżury w różnych miejscach i w nadmiernej ilości. A mają się uczyć. Pojawia się gdzieś granica wytrzymałości, mimo że są młodzi i zdrowi. Nie można tutaj zapominać o bezpieczeństwie pacjentów.

Nie można się dziwić, że zaczęli protestować, uznając, że pensje rezydenckie są zbyt niskie, podobnie reszta jak głodowe stypendia doktoranckie. Trzeba jeszcze pamiętać, że jest to taki okres w życiu człowieka, kiedy zakłada się rodzinę, a to przecież kosztuje. Dla prawidłowego funkcjonowania rodziny konieczne jest wspólne życie, a tu do wyboru dyżur lub obecność w domu i kontakt z dzieckiem.

Kolejnym problemem jest lokalizacja rezydentury. W wielu specjalnościach posadowione są one w ośrodkach akademickich, co powoduje konieczność zdobycia lokum, co kosztuje. Koniecznością stają się kolejne dyżury. Brak lekarzy jest już powszechnie znanym, także rządzącym, faktem. W małych ośrodkach jest on szczególnie widoczny. By szpital nadal mógł funkcjonować, jedynym rozwiązaniem przy braku dopływu świeżej kadry specjalistów staje się nadmierne obciążenie pracą średniego pokolenia lekarzy, a także praca tych, którzy swoje już zrobili i mogliby spokojnie odpoczywać. Niedawno rozmawiałem z dyrektorem jednego ze szpitali. Był w bardzo minorowym nastroju, bo wcześniej odbył rozmowę z 69-letnim chirurgiem, który wręczył mu wypowiedzenie. Nie chciał podwyżki – to było ultimatum jego żony, która miała już dosyć jego nieobecności w domu i patrzenia, jak zmęczony wraca do domu i jak rano nie może się obudzić. Dyrektor mówił mi, że nie wie, kim go zastąpi. Gdzie znajdzie deficytowy towar, jakim jest chirurg?

Moim zdaniem czkawką zaczyna się odbijać system narzucony przez płatnika, dla którego chirurg ogólny, pediatra czy internista to nie jest specjalista. Musi być xx-log. Młodzi myślą racjonalnie i wybierają specjalizację z końcówką -log.

Kiedy wprowadzano kształcenie w systemie rezydentur, nie byliśmy jeszcze w Unii Europejskiej. Teraz jesteśmy. Wykształcony specjalista jest łakomym kąskiem dla każdego kraju i to nie tylko europejskiego. Gdy zapewnią lekarzowi lepsze warunki pracy i dalszego rozwoju zawodowego, to powstaje dylemat, czy

zostać w kraju i pracować ponad miarę, czy zdecydować się na wyjazd i być tam mimo wszystko obcym. Trudna decyzja, ale coraz częściej przez młodych lekarzy podejmowana. Niestety, z moich obserwacji wynika, że jest to ruch w jedną stronę i jednostkowe są przypadki powrotu do kraju przez lekarzy.

Dlaczego o tym piszę? Gościem Naczelnej Rady Lekarskiej na ostatnim posiedzeniu był minister zdrowia, który odniósł się do sytuacji kształcenia specjalizacyjnego. Nie sposób nie zgodzić się z nim, że państwo musi mieć wpływ na politykę specjalizacji i musi reagować elastycznie na potrzeby systemu. Również z Warszawy widać brak chętnych do robienia tzw. ciężkich specjalizacji. Od czasów Fenicjan jest jeden znany sposób motywacyjny. Minister zapowiedział zróżnicowanie pensji rezydenckiej dla przyszłych pediatrów, chirurgów ogólnych, internistów czy lekarzy rodzinnych. Mają oni dostawać znacznie więcej niż pozostali. Zobaczmy, co będzie się kryło pod pojęciem „znacznie” i czy wystarczy to do podjęcia decyzji o wyborze tych specjalizacji.

Moim zdaniem właściwym ruchem jest propozycja dodatkowych pieniędzy na rezydenturze dla tych, którzy zawrą umowę na kilkuletnią pracę w Polsce po zrobieniu specjalizacji. Ile to będzie i czy to wystarczy, zobaczymy.

Największe moje zdziwienie wzbudził fakt nowinki systemowej, jaką ma być wynagrodzenie dla kierowników specjalizacji. Padła kwota 300 zł miesięcznie. Raczej symboliczna, ale jednak.

Ruchy proponowane przez ministra, moim zdaniem, są właściwe, ale na ile będą skuteczne, pokaże czas. Moim zdaniem warto zastanowić się nad ewentualną zmianą i powrotem do przeszłości. Czy na pewno złe było robienie specjalizacji w miejscu pracy, na przykład w szpitalu powiatowym pod okiem pracującego w nim specjalisty, a tylko czasowe oddelegowanie do ośrodka o wyższym stopniu referencji? Czy starsza generacja lekarzy wykształcona w tym systemie umie mniej? Ja osobiście w powrocie do przeszłości widzę dwa pozytywne. Dyrektor szpitala ma wpływ na politykę zatrudnienia i dobór potrzebnych mu specjalistów, a młody lekarz wybiera sobie miejsce do życia i może od początku inwestować w swoje rodzinne gniazdo.

A teraz coś z innej beczki. Wczoraj miałem przyjemność uczestniczyć w wręczaniu nagród w Mistrzostwach Polski lekarzy w MTB w Wieleniu. Przejechanie tylu kilometrów na rowerze dla mnie osobiście jest niepojęte. W tym miejscu chcę napisać o człowieku, który na tej imprezie występuje od wielu lat w podwójnej roli – organizatora i uczestnika. Po raz kolejny Tomek Kaczmarek wspinał się na imprezę organizował i jak zwykle został Mistrzem Polski. Gratuluję i mam nadzieję, że w następnym numerze pojawi się jego spojrzenie na Michałki okraszone zdjęciami uczestników, a zwłaszcza zwycięzców.

I na koniec pozwolę sobie na trochę prywaty. Akcja wyborcza w toku i w tym miejscu chcę podziękować tym członkom grupy wyborczej, którzy obdarzyli mnie swoim zaufaniem i zechcieli oddać na mnie swój głos. Dziękuję i postaram się w przyszłości nie zawieść okazanego zaufania.

Okres przejściowy do 2021 r.



FOT. ANDRZEJ PIECHOCKI

Docelowa wysokość najniższego wynagrodzenia pracowników medycznych ma być osiągnięta do końca 2021 r. A co do tego czasu? Okres przejściowy regulowany mocą ustawy, którą latem podpisał prezydent Andrzej Duda.

Pierwsze wzrosty – o co najmniej 10% różnicy między wynagrodzeniem zasadniczym a minimalnym – zaplanowano od 1 lipca 2017 r. Następnie będzie ono podwyższane corocznie o co najmniej 20% tej różnicy. Resort zdrowia na podstawie długofalowej prognozy przeciętnego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej przedstawił wysokość minimalnego wynagrodzenia, które byłoby obowiązujące od 2022 r. Na co mogą wówczas liczyć poszczególni pracownicy? Oto kilka przykładów zaczerpniętych z informacji na stronie www.rynekzdrowia.pl:

- lekarz specjalista – niecałe 6400 zł, z pierwszym stopniem specjalizacji – niecałe 5900, bez specjalizacji – ok. 5300, a stażysta – prawie 3700 zł,
- farmaceuci, fizjoterapeuci, diagności laboratoryjni i inni pracownicy medyczni z wyższym wykształceniem – minimum 5300 zł (ze specjalizacją) lub 3700 zł (bez specjalizacji),
- pielęgniarka z tytułem magistra i ze specjalizacją co najmniej 5300 zł, bez tytułu magistra, ale ze specjalizacją – 3700 zł, bez specjalizacji – 3200 zł,
- fizjoterapeuci i inni pracownicy medyczni ze średnim wykształceniem – minimum 3200 zł.

Ustawa precyzuje, że najniższe miesięczne wynagrodzenie w niej określone dotyczy podstawowego wynagrodzenia brutto i nie obejmuje dodatków. Jest obowiązujące we wszystkich placówkach medycznych – publicznych i prywatnych.

Czy to przypadek, że niedawno powrócił do przestrzeni publicznej pomysł odpracowania studiów medycznych? Tym razem pochodzi on z Ministerstwa Rozwoju. Informuje o tym Aleksandra Kurowska („Dziennik Gazeta Prawna”, 12 września 2017 r.): „Na konferencji w siedzibie Naczelnej Rady Lekarskiej sekretarz stanu w resorcie rozwoju Paweł Chorąży stwierdził, że lekarze gremialnie wyjeżdżają z Polski i trzeba temu przeciwdziałać. – *Wydaje mi się, że racjonalność po stronie państwa powinna wskazywać na szukanie możliwości odpracowywania przynajmniej jakiejś części wykształcenia, które zostało sfinansowane przez państwo* – mówił wiceminister. Przyznał, że powody, dla których młodzi medycy wyjeżdżają z kraju, to szansa na lepsze życie i zarobki poza ojczyzną”.

Wypowiedź wiceministra rozwoju wywołała burzę. Medycy zastanawiali się, czy rząd będzie robił wyjątek tylko dla nich i zwracali uwagę, że problemem są wyjazdy z kraju także innych specjalistów, choćby inżynierów czy informatyków, którzy również korzystają z bezpłatnego szkolnictwa wyższego.

„– *Jeżeli mamy dyskutować o odpłatności albo odpracowywaniu studiów* – czytamy na stronie www.student.lex.pl – *to takie rozwiązania są stosowane na świecie, ale nie mogą być tylko dla jednej grupy studentów. Ograniczanie tego tylko do studentów medycyny odstraszy przynajmniej część z nich od nauki w Polsce* – mówi Małgorzata Gałązka-Sobotka, dyrektor Centrum kształcenia Podyplomowego oraz Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łązarskiego”.

Zainteresowanie studiami medycznymi nie podlega większym wahaniom, nadal utrzymuje się na wysokim poziomie. W tym roku na trzynastu najpopularniejszych uczelniach na jedno miejsce na kierunku lekarskim przypadało prawie czteremnaście kandydatów.

ANDRZEJ PIECHOCKI

Omówienie posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej



SEKRETARZ
ORL WIL
WOJCIECH
BUXAKOWSKI

16 września odbyło się pierwsze po wakacjach posiedzenie ORL WIL.

Obrady prowadził prezes WIL Krzysztof Kordel. Po przyjęciu porządku obrad, na prośbę rektora UM prof. dr. hab. Andrzeja Tykarskiego, Rada Okręgowa upoważniła prezesa WIL do przygotowania listu popierającego budowę Centralnego Zintegrowanego Szpitala Klinicznego. Zasadność tej inwestycji jest oczywista, wobec czego decyzję podjęto jednogłośnie.

Od tego roku lekarze zgłaszający się na LEK i LDEK oraz na kwalifikację do specjalizacji i egzamin specjalizacyjny muszą rejestrować się w systemie monitorowania kształcenia. Aby tego dokonać, najpierw powinni uwierzytelnić się w systemie. Można to zrobić tylko osobiście, udając się do WIL. System narzucony przez Ministerstwo Zdrowia ma cały szereg wad, które utrudniają postępowanie, a w skrajnych przypadkach mogą nawet uniemożliwić lekarzowi przystąpienie do postępowania kwalifikacyjnego. W naszej izbie dzięki dużemu zaangażowaniu pracowników udało się wszystkie te trudności pokonać i ostatecznie wszyscy lekarze postępowanie kwalifikacyjne na LEK i LDEK przeszli. Duża grupa lekarzy została jednak zmuszona do zdawania egzaminu poza miejscem wskazanym we wniosku. Dlaczego tak się stało, nikt nie umie wyjaśnić. Wina systemu (Ministerstwa Zdrowia). Mam nadzieję że kwalifikacje na specjalizacje i egzamin specjalizacyjny przeprowadzimy równie sprawnie.

W związku z powyższym Komisja Młodych Lekarzy przygotowała Stanowisko do Ministra Zdrowia, w którym wskazane są wszystkie wady systemu, które powinny być natychmiast poprawione.

W dyskusji podnoszono, że minister zdaje sobie sprawę z wadliwości systemu i nawet jest gotów przejść za to odpowiedzialność, ale i tak się nie wycofa, ponieważ trzeba jakoś uzasadnić, na co zostały przeznaczone pieniądze na cyfryzację ochrony zdrowia. No to niech chociaż poprawi. Stanowisko uchwalono jednogłośnie.

Andrzej Cisko poinformował Radę Okręgową o wniesieniu do NRL projektu uchwały w sprawie zmiany składki „emeryckiej”. W projekcie postuluje przywrócenie kategorii składki emeryckiej w wysokości 10 zł w przypadku łączenia emerytury lub renty z dochodem nieprzekraczającym dochodu lekarza stażysty. Oczywiście w przypadku nieosiągnięcia żadnego przychodu lub ukończenia 75. roku życia składka wynosiłaby 0. Jest to zasadne. Przypomnę jednak, że ORL WIL, na wniosek kol. Marcina Koralewskiego, zgłaszała już wiele krytycznych uwag dotyczących aktualnej uchwały o wysokości składki członkowskiej. Niestety, NRL nie wykazała zainteresowania tymi problemami.

Wytypowano kandydatów do komisji konkursowych na stanowiska ordynatorów:

■ Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny w Kościanie: przewodniczący dr Lidia Dymalska-Kubasik, przedstawiciele: dr Artur de Rosier, dr Andrzej Tandeck,

■ Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wolsztynie: przewodniczący dr hab. n. med. Zbyszek Malewski, przedstawiciele: dr Piotr Jankowiak, dr Błażej Nowakowski.

Termin zjazdu sprawozdawczo-wyborczego

Zjazd odbędzie się 10–11 marca 2018 r. Będzie obejmował część sprawozdawczą oraz wybory prezesa WIL, Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i jego zastępców, a także członków organów WIL i Komisji Wyborczej. Zostanie również uchwalony nowy budżet. Na jednym, lecz dwudniowym, zjeździe zrobimy to, co dotychczas na dwóch jednodniowych w odstępie 3–4 miesięcy. Dwudniową formę

Zjazd odbędzie się 10–11 marca 2018 r. Będzie obejmował część sprawozdawczą oraz wybory prezesa WIL, Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i jego zastępców, a także członków organów WIL i Komisji Wyborczej.

zjazdu wprowadziliśmy pod wpływem sugestii NRL. Ma to obniżyć koszty i poprawić frekwencję.

Wszystkich delegatów proszę o rezerwację terminu.

W trosce o kworum ORL zmieniła termin posiedzenia w październiku z 21 na 28. Powodem jest wyjazd grupy członków Rady Okręgowej i innych organów WIL do Lwowa na obchody uroczystości 150-lecia Towarzystwa Lekarskiego we Lwowie. Wyjazd odbędzie się nakładem uczestników, a WIL zapewni wsparcie organizacyjne.

Z Komisji Historycznej WIL wpłynęła inicjatywa dofinansowania wykonania tablic informacyjnych o lekarzach – patronach poznańskich ulic. Rada Okręgowa przychylnie odniosła się do tej idei, jednak ze względu na brak szczegółów projektu odroczyła jego rozpatrzenie do następnego posiedzenia z udziałem wnioskodawcy.

Anna Zajączkowska przedstawiła inicjatywę Komisji Młodych Lekarzy. Komisja przygotowała własną ankietę oceny przez lekarzy i lekarzy dentystów stażu podyplomowego. Dotychczasowa, narzucona ustawą ankietą nie spełnia oczekiwań. Nowa rozszerza zakres pytań, co ma dać informacje umożliwiające ocenę podmiotu organizującego staże i ułatwi młodszym koleżankom i kolegom wybór miejsca stażowego, a w przyszłości wprowadzi może nawet konkurencję między podmiotami.

Stosowna uchwała została podjęta jednogłośnie.

Rada Okręgowa postanowiła w trybie uchwały wystąpić do Naczelnej Rady Lekarskiej o przyznanie najwyższego odznaczenia, jakie nadaje izba lekarska, *Meritus pro Medici*, dla prezesa WIL Krzysztofa Kordela. Jego dotychczasowa, wieloletnia praca na rzecz samorządu, na różnych szczeblach i stanowiskach w pełni rekomenduje go do tego odznaczenia.

Dla przypomnienia wymienię najistotniejsze funkcje: II i III kadencja – członek Okręgowego Sądu Lekarskiego, IV i V kadencja – Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, VI i VII kadencja – prezes WIL. Jako prezes WIL rozwinął w sposób istotny jej działalność na różnych płaszczyznach, a w sposób szczególny dba o rozwój wszelkich form kształcenia i dydaktyki.

Do tej pory kapituła orderu nie była zbyt łaskawa dla Wielkopolski i mamy tylko trzech laureatów: kol. Piotr Dylewicz, kol. Andrzej Baszkowski i kol. Stefan Sobczyński. Mam nadzieję że to się zmieni w najbliższym czasie.

Na zakończenie posiedzenia kol. Krzysztof Kordel i kol. Andrzej Cisło omówili wystąpienie ministra Radziwiłła na posiedzeniu NRL. Niewiele nowego. Ze spraw pozytywnych – być może będą pieniądze dla kierowników specjalizacji – kwocie 300 zł na miesiąc od jednego. Być może zniesione będzie opodatkowanie darmowych szkoleń dla lekarzy jako dochodu. Niestety, znowu wraca mowa o konieczności etatowego zatrudniania lekarzy. Zamiast programu „gabinet stomatologiczny w każdej szkole” wymyślono dentobusy po 1,5 mln zł sztuka, które będą jeździły po kraju i dbały o zęby dzieci. Za cenę jednego dentobusa można by wyposażyć 5–10 gabinetów stacjonarnych. O zmęczeniu i przepracowaniu lekarzy minister powiedział, że przecież zawsze były one związane z pracą lekarza.

Na tym posiedzenie Rady Okrękowej zakończono. Pełne teksty uchwał znajdują się na stronie internetowej WIL, a protokół jest dostępny w sekretariacie WIL.

Jeszcze jedna sprawa. Nie była ona co prawda przedmiotem prac Rady Okrękowej, ale omawiano ją na Prezydium ORL. W tym roku narzucono izbom lekarskim obowiązek przejmowania i archiwizowania dokumentacji lekarskiej po zmarłych lekarzach, którzy posiadali praktyki lekarskie. Aby się do tego przygotować, podjęliśmy odpowiednie działania. Podpisaliśmy umowę z podmiotem, który będzie przechowywał dokumentację, dyr. Marek Saj opracował regulamin przejmowania dokumentacji oraz uproszczony skrypt, który znajdzie się też w „Biuletynie WIL”.

Teoretycznie byliśmy na to przygotowani. A jak to wygląda w praktyce? Właśnie odebraliśmy od spadkobierców lekarza kilkanaście worków zawierających przynajmniej kilka tysięcy kartotek, przechowywanych w warunkach „domowych”. Teraz trzeba to zarchiwizować zgodnie z zasadami.

Każdą kartotekę należy opisać. Imię i nazwisko pacjenta oraz PESEL i datę ostatniej wizyty. Na tej podstawie stwierdza się, czy dana kartoteka podlega jeszcze obowiązkowi przechowywania. Jeśli nie, można ją zniszczyć. Pozostałe należy przekazać podmiotowi przechowującemu i co roku eliminować te, które się przedawniają. Ze wstępnych wyliczeń wynika, że dla jednego pracownika jest to praca na ok. 1–2 miesięcy na opracowanie jednego zbioru. Oczywiście państwo nie określiło, czy za te działania wykonywane w jego imieniu izbom zostaną zwrócone wszystkie poniesione nakłady. Mówi się zdawkowo o refundacji środków, ale znając dotychczasowe refundacje w innych dziedzinach, nie należy się spodziewać pokrycia przez nie wszystkich kosztów. Naczelna Rada Lekarska też działa bardzo wolno w tym zakresie, bo jej to bezpośrednio nie dotyczy. Musimy zatem jak zawsze temu zadaniu podołać sami.

Z okazji dnia św. Łukasza – patrona lekarzy zostanie odprawiona msza św.

w Katedrze Poznańskiej
18 października (środa), o godzinie 19.00.

Homilię wygłosi ks. dr Jan O'Dogherty,
kapłan hiszpański, pracujący
w Polsce, będący także lekarzem.

Po nabożeństwie wygłosi on
w sali przykatedralnej konferencję:

Potrzeba formacji duchowej w życiu lekarza.

Czas spotkania: do godz. 21.00

Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego
zaprasza na tradycyjny

Wieczór św. Łukasza,

który odbędzie się w czwartek, 19 października,
o godz. 19.00

w Aula Nova Akademii Muzycznej
przy ul. Św. Marcin.

W programie m.in.:

- okolicznościowy wykład prof. dr. hab. Stefana Grajka:
O odpowiedzialności,
- wręczenie odznaczeń Bono Servienti,
- koncert Elżbiety Adamiak.

Możliwość udziału po uzyskaniu zaproszeń
w Sekcji Marketingu Szpitala, tel. 61 854 91 90.

Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego
zaprasza na

XVI FORUM SZPITALI,

które odbędzie się 19–20 października
(czwartek oraz piątek).

Informacja z programem i warunkami uczestnictwa
na stronie internetowej szpitala: www.skpp.edu.pl

48 godzin tygodniowo po raz kolejny

18 września 2017 r. Zarząd Krajowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy skierował pismo do premier Beaty Szydło. Wnosi w nim o to, aby rząd przedstawił niezwłocznie projekt ustawy, która ograniczy czas pracy lekarzy w Polsce, zgodnie z unijną dyrektywą, do 48 godzin tygodniowo (wraz z nadgodzinami).

W komunikacie skierowanym w związku z tym do mediów Krzysztof Bukiel, przewodniczący Zarządu pisze: „W ostatnich tygodniach byliśmy świadkami całej serii przypadków śmierci lekarzy podczas pełnienia przez nich dyżurów medycznych. Nie ma wątpliwości, że przyczyną tych tragedii było przepracowanie. Lekarze w Polsce pracują bowiem zdecydowanie za dużo i – w większości przypadków – są do tego zmuszani przez swoich pracodawców. Narzędziem tego przymusu jest zatrudnianie lekarzy na dyżury na podstawie umów cywilno-prawnych zamiast na umowy o pracę. Omija się przez to przepisy o czasie pracy. Dla rządzących jest to korzystne, bo ukrywa się w ten sposób wielki niedobór lekarzy i pozwala na niepodjęcie koniecznych, ale kosztownych rozwiązań. Wygląda na to, że rządzący wolą, aby lekarze umierali z przepracowania, byleby tylko nie musieli podejmować trudnych działań.

Przepracowani lekarze stanowią jednak zagrożenie nie tylko dla siebie, ale i dla swoich pacjentów. Dlatego postulowane przez nas ograniczenia powinny zostać wprowadzone przede

wszystkim ze względu na dobro pacjenta, które – zgodnie z deklaracjami premier – ma być priorytetem obecnego Rządu.

Z powyższym postulatem OZZL zwracał się również do poprzedniego Rządu, otrzymując odmowę z uzasadnieniem, że nie jest możliwe ograniczenie czasu pracy dla lekarzy „kontraktowców” z powodu konieczności poszanowania zasady swobody gospodarczej tych lekarzy. Obecny Rząd zapowiada jednak ograniczenie lub wyeliminowanie zasad rynkowych z publicznej ochrony zdrowia. Zaledwie parę dni temu Minister Zdrowia stwierdził na Forum Ekonomicznym w Krynicy, że: jest za dużo wolnego rynku w służbie zdrowia, to moja i rządu opinia; nie pomaga to pacjentom oraz systemowi służby zdrowia. Związek oczekuje zatem, że jego postulat będzie tym razem przyjęty bez zastrzeżeń i jak najszybciej”.

Również rok temu OZZL apelował do premier Beaty Szydło, ministra Konstantego Radziwiłła i organizacji pracodawców o wprowadzenie rozwiązań prawnych, które uniemożliwiłyby omijanie przepisów o czasie pracy lekarzy. Pisał wówczas: „Jest oczywiste, że głównym powodem przepracowania lekarzy w Polsce jest ich wielki niedobór. Gdyby lekarze nie pracowali tak długo jak obecnie, wiele szpitali nie mogłoby normalnie funkcjonować. Przyczyną ich niedoboru jest nie tylko zbyt mała liczba absolwentów medycyny, ale i znaczna emigracja lekarzy, która jest następstwem złych warunków pracy i płacy w Polsce. Kolejne rządy pozwalają na łamanie przepisów o czasie pracy, a tym samym zamiatają problem pod dywan”.

Portal Termedia.pl w tekście *O co chodzi? Czy lekarzom w przyszłości wszczepiać trzeba będzie... tacho-chipy?*, opracowanym przez Bartłomieja Leśniewskiego, publikuje wypowiedź Jarosława J. Fedorowskiego, prezesa Polskiej Federacji Szpitali: „Lekarz to wolny zawód i ustawowe ograniczanie czasu pracy traktowałbym jako próbę dokonania zamachu na tą wolność. Praca lekarza nie polega przy tym wyłącznie na kontakcie z pacjentem. To także obowiązek ciągłego samokształcenia, zdawania egzaminów, przygotowywania własnych publikacji. Udział w kongresie, czy to w charakterze słuchacza, czy tym bardziej wykładowcy, kształcenie studentów – to też praca. Jak to sprawiedliwie zliczyć? Zastanówmy się też, jak by to musiało wyglądać w praktyce – gdyby obowiązek kontroli czasu lekarza spadł na pracodawcę. Szpital, oczywiście, mógłby wprowadzić elektroniczny rejestr czasu pracy lekarza. Ale takiemu rejestrowi, żeby miał sens i był szczelnym, skutecznym narzędziem: musiałyby towarzyszyć podpisanie umowy o zakazie pracy w innych placówkach i prowadzenia własnej praktyki. Dopiero tak zabezpieczony mógłby spać spokojnie. Ale odium za niedopełnienie obowiązku 48 godzin musiałyby spaść by w takim razie na lekarza. I chyba nie o to chodziło autorom projektu. Dla mnie rozwiązaniem – oprócz, oczywiście, samokontroli lekarza – byłaby aktywność firm ubezpieczeniowych, sprzedających polisy i lekarzom, i szpitalom. W interesie swoim i pacjenta to one mogłyby zająć się kontrolą czasu pracy lekarzy. Bo przepracowany lekarz to większe ryzyko popełnienia błędu”.

(AP)

FOT. ANDRZEJ PIECHOCKI





ULTRA



CORSA X



INIGNIA INIGNIA



CORSA

OPEL DLA CIEBIE

SPECJALNE WARUNKI ZAKUPU DLA LEKARZY, PIELĘGNIAREK I RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH.

Wyjątkowy program sprzedaży nowych samochodów.

- » Indywidualny plan finansowania
- » Oferta dopasowana do Twoich potrzeb
- » Fachowa pomoc naszych doradców
- » Atrakcyjne programy serwisowe

1. Wybierz swój ulubiony model
2. Skontaktuj się z nami:
Szpot
ul. Wrzesińska 191, Swarzędz, tel.: 61 654 43 03
ul. Kafiska 2, Poznań, tel.: 61 668 35 10
www.opel.szpot.pl
3. Zapytaj sprzedawcę o wymaganą dokumentację
4. Zapraszamy do naszego salonu!

Szpot



opel.pl

Wszystkie dane mają charakter poglądowy i nie należy ich traktować jako oferty. Szczegółowe informacje o programie dostępne są w salonach sprzedaży Opel. Program jest skierowany do lekarzy, pielęgniarek i ratowników medycznych. Szczegółowe warunki i zasady programu dostępne są w salonach sprzedaży Opel. Szczegółowe warunki i zasady programu dostępne są w salonach sprzedaży Opel.

Z medycznej wokandy

O skuteczności wykonywania kary zawieszenia prawa wykonywania zawodu

Surowość czy nieuchronność kary?

W poprzednim numerze pisaliśmy o karze pozbawienia prawa wykonywania zawodu (PWZ) w kontekście wystąpienia Rzecznika Praw Obywatelskich, zwracającego uwagę na ewentualną niezgodność rozwiązań z Konstytucją RP, będących w istocie rodzajem śmierci zawodowej, w myśl zasady, że każdemu należy dać szansę na odpokutowanie i szansę poprawy.

W tej odsłonie naszego cyklu chcielibyśmy zwrócić uwagę na problem skuteczności egzekwowania orzeczonych kar zawieszenia PWZ. Przypomnijmy tylko, jakie są podobieństwa i różnice pomiędzy zawieszeniem a pozbawieniem PWZ. Otóż w obu przypadkach skazany lekarz nie może wykonywać zawodu, tyle że w tym pierwszym przypadku czasowo, tj. od roku do maksymalnie 5 lat, a w tym drugim na zawsze. Dodajmy, że są to najsurowsze środki przewidziane ustawą. Natomiast jedna rzecz to ogłoszenie orzeczenia sądu lekarskiego zawierającego taką karę, a druga to jego wyegzekwowanie. Dlatego też warto przypomnieć, że szczegóły tej procedury określone są w § 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 13 lipca 2010 r. w sprawie sposobu i trybu prowadzenia Rejestru Ukaranych Lekarzy i Lekarzy Dentystów RP oraz sposobu i trybu wykonywania prawomocnych orzeczeń sądów lekarskich. Wykonanie tej kary polega na złożeniu dokumentu prawa wykonywania zawodu w okręgowej izbie lekarskiej przez ukaranego lekarza na okres biegu tej kary. Należy zaznaczyć, że zgodnie z art. 87 ust. 2 ustawy o izbach lekarskich, bieg kary rozpoczyna się z dniem uprawomocnienia się orzeczenia, tj. albo wydania orzeczenia przez sąd I instancji, jeżeli nie złożono środka odwoławczego, albo najczęściej w momencie wydania orzeczenia przez sąd II instancji, a więc NSL. Zatem od tego momentu, a nie od otrzymania za-



JERZY SOWIŃSKI



JĘDRZEJ SKRZYPCZAK

rzędzenia wykonawczego wydanego przez Prezesa Izby (o którym mowa poniżej), należy zaprzestać wykonywania zawodu w takim trybie. Trzeba tu wspomnieć, że w postępowaniu karnym z takim samym skutkiem mamy w przypad-

Przypomnijmy tylko, jakie są podobieństwa i różnice pomiędzy zawieszeniem a pozbawieniem PWZ. Otóż w obu przypadkach skazany lekarz nie może wykonywać zawodu, tyle że w tym pierwszym przypadku czasowo, tj. od roku do maksymalnie 5 lat, a w tym drugim na zawsze.

ku orzeczenia przez sąd powszechny środka karnego w postaci zakazu wykonywania określonego zawodu. Kwestię wykonania takiego środka reguluje art. 180 kodeksu karnego wykonawczego. Otóż zgodnie z nim w razie orzeczenia zakazu wykonywania określonego zawodu, sąd przesyła odpis wyroku właściwemu organowi instytucji, w której skazany wykonuje objęty zakazem zawód. We wszystkich tych przypadkach

szczegółowe kwestie określa w uchwałą NRL sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza stomatologa oraz prowadzenia rejestru lekarzy. Na tej podstawie prezes właściwej izby lekarskiej wydaje zarządzenie określające termin rozpoczęcia i zakończenia trwania takiej kary. W takich sytuacjach należy zawsze uwzględnić, iż bieg kary rozpoczyna się od uprawomocnienia orzeczenia. Powyższe zasady stosuje się także w innych przypadkach, gdy lekarza można zawiesić w PWZ, tj. zastosowania środka zapobiegawczego orzeczonego przez sąd lub prokuratora w postaci zawieszenia w wykonywaniu zawodu lub uchwały okręgowej rady lekarskiej podjętej na podstawie art. 11 lub 12 ustawy lekarskiej zawodowej. Zdarza się niestety, że mimo orzeczenia takiej sankcji osoba taka dalej pracuje. Pojawia się zatem wątpliwość, czy takie zachowanie należy traktować jako nowe, odrębne przewinienie zawodowe, czy jedynie jako problem z wykonaniem orzeczenia. Kwestię tę próbowa-

no wyjaśnić w sprawie o sygn. akt NSL Rep 122/OWU/15. Ustalono, że do okręgowej rady lekarskiej w X wpłynęło pismo z NFZ informujące o wydanym przez Sąd Apelacyjny w X zakazie wykonywania zawodu na okres 5 lat przez lek. K.A. Narodowy Fundusz Zdrowia podał, że z analizy danych elektronicznych i przekazanych przez apteki z terenu województwa X kserokopii recept wynika, że lekarz K.A. nie zastosowa-

ła się do orzeczonego środka karnego i w okresie od 8.03.2013 r. do 9.10.2013 r. wystawiała recepty, w tym recepty refundowane przez NFZ. Uznano, że działanie takie jest sprzeczne z obowiązującymi przepisami prawa oraz rodziło szkodę po stronie NFZ w wysokości refundacji, jaka została nienależnie wypłacona aptekom z terenu województwa śląskiego na podstawie tych recept. Również prokuratura rejonowa w X poinformowała izbę lekarską o tym, że postępowanie dotyczące niestosowania się do orzeczenia o zakazie wykonywania zawodu lekarza skutkowało wniesieniem oskarżenia w zakresie przestępstwa 244 kk, a więc niezastosowania się do orzeczonych środków karnych. Na tej podstawie OROZ w X postanowił najpierw wszcząć postępowanie wyjaśniające, a 23 lutego 2015 r. przedstawił wniosek o ukaranie przeciwko lek. K.A. obwinionej o wykonywanie zawodu lekarza, pomimo orzeczonego przez sąd powszechny zakazu jego wykonywania oraz decyzji w tym samym przedmiocie sprawy prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej z 21 listopada 2013 r. co stanowiło naruszenie art. 8 p. 3 ustawy o izbach lekarskich. Zgodnie z tym przepisem członkowie samorządu lekarzy mają obowiązek stosować się do uchwał organów izb lekarskich.

8 maja 2015 r. OSK w X postanowił uznać winną obwinioną lek. K.A. postawionego jej zarzutu i wymierzyć karę upomnienia. Od powyższego orzeczenia do NSL w Warszawie wpłynęło odwołanie obwinionej. Naczelny Sąd Lekarski uznał, że lekarz ma prawo i obowiązek wykonywać zawód zgodnie z przepisami go regulującymi. Przepisy te są zawarte w różnych aktach prawnych. Jednym z najważniejszych warunków umożliwiających pracę zawodową jest posiadanie prawa do wykonywania zawodu, jeżeli prawo to jest zakresowo lub czasowo ograniczone, to wykonywanie zawodu w zakresie wykraczającym poza te ograniczenia stanowi przewinienie zawodowe. Obwiniona popełniła zarzucany jej czyn, wykonywała zawód w okresie, kiedy dotyczył jej prawomocnie orzeczony zakaz wykonywania tego zawodu. Jak podkreślił NSL w uzasadnieniu swojego stanowiska, podnoszony przez obwinio-

ną brak świadomości uprawomocnienia się wyroku nie ma znaczenia. Po stronie obwinionej leżał obowiązek czuwania nad tym, aby z dniem uprawomocnienia się orzeczenia orzekającego zakaz wykonywania zawodu taką aktywność zaprzestać. Co więcej, nie miała dla powyższych ustaleń znaczenia kwestia prawidłowości zarządzania prezesa ORL

Wykonywanie zawodu przez osobę będącą lekarzem bez stosownych uprawnień zawodowych, wskutek ich czasowego pozbawienia prawomocnym wyrokiem sądu karnego, stanowi niewątpliwie przewinienie zawodowe.

i dat tam wskazanych. W ocenie NSL zarządzenie to ma jedynie charakter techniczny i wtórny wobec prawomocnego wyroku sądu powszechnego, w którym zakazano obwinionej wykonywania zawodu. Wykonywanie zawodu przez osobę będącą lekarzem bez stosownych uprawnień zawodowych, wskutek ich czasowego pozbawienia prawomocnym wyrokiem sądu karnego, stanowi niewątpliwie przewinienie zawodowe. Z powodu odwołania wniesionego przez obwinioną lekarzkę od orzeczenia Okręgowego Sądu Lekarskiego Naczelny Sąd Lekarski postanowił utrzymać co do zasady zaskarżone orzeczenie sądu pierwszej instancji w mocy, a jedynie zmienić zaskarżone orzeczenie w zakresie podstawy prawnej skazania, uznając, że przypisany obwinionej czyn stanowi naruszenie przepisu art. 8 pkt 2 ustawy o izbach lekarskich w zw. z art. 58 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Ten pierwszy przepis stanowi, że członkowie samorządu lekarskiego mają obowiązek przestrzegać przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Drugi penalizuje udzielanie świadczeń zdrowotnych bez uprawnień. Podsumowując – zignorowanie takiego orzeczenia przez ukaranego lekarza stanowi odrębne przewinienie zawodowe, podlegające sankcji.

Na marginesie trzeba też tu wspomnieć o jeszcze jednym problemie. Otóż zdarzało się incydentalnie, że w przypadku orzeczenia kary odebrania PWZ takie osoby decydują się na wyjazd z kraju. Jeżeli lekarz udaje się do jednego z krajów Unii Europejskiej, to zadziała

tu system IMI. Przypomnijmy tylko, że IMI to System Wymiany Informacji na Rynku Wewnętrznym (*Internal Market Information system*), czyli elektroniczna platforma wymiany informacji w ramach państw Unii Europejskiej, umożliwiająca organom państw członkowskich współpracę administracyjną ze swoimi odpowiednikami z innych państw człon-

kowskich. Dotyczy to m.in. wymiany informacji o osobach wykonujących określone zawody, w tym zawody lekarza i lekarza dentystry. W tym zakresie koordynatorem w Polsce jest NIL. Zatem wszelkie informacje o toczących się postępowaniach w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej są przekazywane na bieżąco do wszystkich krajów UE. A to z kolei oznacza, że taki lekarz nie będzie mógł wykonywać zawodu na obszarze całej UE. Inaczej jest w przypadku krajów spoza UE. Nie ma tu bowiem zazwyczaj takich systemów wymiany informacji. I docierają pogłoski, że np. pewien lekarz ukarany taką karą podjął zatrudnienie w dojsię odległym i egzotycznym kraju. W przypadku, gdy organy izby lekarskiej otrzymują taką informację, z pewnością podejmą starania, aby poinformować właściwy organ takiego państwa. Oczywiście nie ma pewności, czy działania te takie odniosą skutek. A ponadto przecież nie o wszystkich przypadkach wiemy. Choć dziś internet i media społecznościowe nie znają granic i są niekiedy bardzo cennym źródłem informacji. Można wręcz nieco żartobliwie stwierdzić, że jeżeli kogoś nie ma w internecie, to nie istnieje. Choć oczywiście organy izby nie przeczesują zasobów WWW w poszukiwaniu wzmianki o działalności takich osób. Nie ma takiego obowiązku ani konieczności. Odrębnym natomiast zagadnieniem jest wykonanie kar orzeczonych wobec lekarzy w innych państwach UE, ale to już temat na kolejny artykuł.

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.



Fot. Digiforuch

Brakuje znacznych sum

– *Narodowy Fundusz Zdrowia na leczenie szpitalne w Wielkopolsce wydaje najmniej w Polsce. Pora usiąść z postami i to zmienić* – mówi Zbyszko Przybylski w rozmowie z „Menedżerem Zdrowia”. Zbyszko Przybylski jest dyrektorem szpitala we Wrześni, członkiem zarządu Polskiej Federacji Szpitali i prezesem Wielkopolskiego Związku Szpitali Powiatowych. – *Brakuje nam znacznych sum. Dlaczego tak się dzieje, skoro gdy chodzi o wpływy na składkę zdrowotną, należymy do grona polskich liderów* – pyta Przybylski i dodaje: *Sądzę, że wojewoda, posłowie z naszego regionu powinni pomyśleć o kampanii na rzecz zmiany w podziale środków pomiędzy regionami.*

WWW.TERMEDIA.PL

Ocenia, bada, porównuje

– *W służbie zdrowia można zauważyć zbyt wiele wolnego rynku, co nie pomaga ani pacjentom, ani systemowi opieki* – powiedział w czwartek, 7 września, podczas jednego z paneli Forum Ekono-

micznego w Krynicy minister zdrowia Konstanty Radziwiłł. Minister nawiązał do reformy systemu opieki zdrowotnej, którą podjęto 20 lat temu w Polsce.

– *Doświadczamy w ostatnim czasie więcej podejścia rynkowego, komercjalizacji, jeśli chodzi o opiekę zdrowotną. Co robi teraz rząd? Rząd zajmuje się ocenianiem, badaniem wskaźników i porównywaniem ich. Stoimy raczej na stanowisku, aby nieco zmienić kierunek, bo jest za dużo wolnego rynku w służbie zdrowia, to moja i rządu opinia; nie pomaga to pacjentom oraz systemowi służby zdrowia* – powiedział Radziwiłł. Jego zdaniem należy wprowadzić więcej uregulowań ze strony państwa w tej sprawie.

PAWEŁ ŻEBROWSKI
PAP/WWW.RYNEKZDROWIA.PL

Bez najmniejszego nacięcia

Troje pacjentów z Poznania i okolic przeszło we wtorek operacje resekcji żołądka. Wyjątkowość zabiegów przeprowadzonych w Szpitalu Miejskim im. Raszei polegała na tym, że zastosowano technikę, która nie wymagała nawet naj-

mniejszego nacięcia. – *Zastosowaliśmy jedną z technik endoluminarnych, które pozwalają operować przez naturalne otwory ciała* – tłumaczy doktor Aleksander Sowier, kierownik oddziału chirurgii w Szpitalu im. F. Raszei.

Pionierska operacja w Polsce była możliwa dzięki wizycie lekarza pracującego w Szpitalu Uniwersyteckim w Madrycie. Doktor Gontrad Lopez-Nava Breviere specjalizuje się w nowych technologiach leczenia otyłości. We wtorek przeprowadził trzy operacje przy asyście poznańskich chirurgów.

– *To przełom w chirurgicznym leczeniu otyłości* – nie ma wątpliwości dr Przemysław Pyda z oddziału chirurgii w Szpitalu im. Raszei. – *Pierwszym etapem operacji bariatrycznych była metoda klasyczna z pełnym otwarciem jamy brzusznej, lata 90. to era technik laparoskopowych, które wymagały tylko niewielkiego nacięcia, teraz stoimy u progu kolejnej rewolucji.*

MARTA ŻBIKOWSKA
WWW.GLOSWIELKOPOLSKI.PL

Za mało badań

Badania laboratoryjne są najtańszym i najłatwiej dostępnym źródłem informacji medycznej. Tymczasem nakłady ponoszone na ten cel w Polsce są wielokrotnie niższe niż w krajach wysokorozwiniętych. Niestety, w Polsce nadal wykonuje się za mało badań laboratoryjnych w ramach świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, a ograniczenie dostępu do nich wynika m.in. ze sposobu finansowania. Niewykonanie badań laboratoryjnych we wczesnym stadium choroby, powoduje, że wraz z jej zaawansowaniem rosną koszty leczenia pacjenta. Narodowa Izba Kontroli zwraca również uwagę, że nie stworzono rejestru i wyceny badań laboratoryjnych oraz powszechnie obowiązującego systemu licencjonowania medycznych laboratoriów diagnostycznych, powiązanego z oceną jakości badań.

WWW.NIK.GOV.PL

Unikatowy projekt

Z prawdziwą satysfakcją informujemy, że 30 sierpnia 2017 r., na dawnym lotnisku wojskowym w Pile, w habitacie

Andrzej Piechocki

LUNARES zakończyła się analogiczna misja księżycowa (LUNAR-1), poprzedzona międzynarodową misją marsjańską PMAS2017. Obydwa wydarzenia (w aspekcie medycznym) odbyły się pod auspicjami Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, w ramach nowo powołanej jednostki przy Katedrze i Zakładzie Profilaktyki Zdrowotnej – Pracowni Medycyny Ekstremalnej. Projekt analogicznych misji załogowych, którego pomysłodawczynią jest pracująca w Europejskiej Agencji Kosmicznej dr Agata Kołodziejczyk, współtworzony jest przez spółkę Space Garden, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu oraz organizacje pozarządowe, powiązane ze środowiskiem akademickim. Uniwersytet Medyczny w Poznaniu wsparł badania merytorycznie poprzez udzielenie zgody Komisji Bioetycznej na eksperymenty dotyczące percepcji czasu oraz modyfikowania biorhythmów, w ramach projektu LUNARES, jak również utworzenie specjalnej Pracowni, współtworząc unikatowy na skalę europejską i jedyny wdrożony projekt analogicznych misji kosmicznych na terenie Polski.

WWW.UMPEDU.PL

Akredytacja dla Wielkopolskiego Centrum Onkologii

Na podstawie rekomendacji Rady Akredytacyjnej, Minister Zdrowia wydał decyzję o udzieleniu akredytacji Wielkopolskiemu Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w zakresie działalności Szpitala Wielkopolskiego Centrum Onkologii. W wyniku dokonanej oceny, Centrum uzyskało 90% możliwej do uzyskania liczby punktów w zakresie standardów akredytacyjnych.

WWW.WCO.PL

Pieniądzy jednak nie ma

Narodowy Fundusz Zdrowia nie dostanie obiecanych 2,1 mld zł, które miały skrócić kolejki do zabiegów. Zaledwie 281 mln zł zostanie przeznaczony na zakup sprzętu medycznego, w tym dento-busów. Tak wynika z projektu specustawy, która wprowadza dodatkowe środki do systemu ochrony zdrowia w celu poprawy dostępu do świadczeń medycznych i wyposażenia placówek. Wczoraj

ustawa autorstwa resortu zdrowia była rozpatrywana przez rząd. Z 2,1 mld zł, o które wnioskował dla funduszu minister zdrowia Konstanty Radziwiłł, Iwina część – 1,7 mld zł – miała iść na sfinansowanie nadwykonań (leczenia wykonanego ponad limit wynikający z umowy z NFZ) we wszystkich placówkach. Dzięki temu fundusz mógłby uregulować zaległości i rozpocząć nowy rok bez zobowiązań. Kolejnych 400 mln zł miało być przeznaczone na skrócenie kolejek – głównie w grupie pacjentów czekających na zabieg usunięcia zaćmy i na operacje endoprotezoplastyki. Pieniądzy jednak nie ma.

WWW.GAZETAPRAWNA.PL

Na miarę XXI wieku

21, 23, 24 oraz 30 sierpnia br. w Chodzieży, Koninie, Kaliszu, Lesznie i Poznaniu odbyły się uroczyste spotkania z udziałem Macieja Sytka – członka Zarządu Województwa Wielkopolskiego, podczas których podpisano umowy partnerstwa na rzecz realizacji projektu „Wyposażenie środowisk informatycznych wojewódzkich, powiatowych i miejskich podmiotów leczniczych w narzędzia informatyczne umożliwiające wdrożenie Elektronicznej Dokumentacji Medycznej oraz stworzenie sieci wymiany danych między podmiotami leczniczymi samorządu województwa”. W spotkaniach udział wzięli przedstawiciele władz powiatów oraz dyrektorzy i prezesi placówek ochrony zdrowia.

– *To projekt na miarę XXI wieku, oparty na silnej współpracy samorządów z całej Wielkopolski. Upowszechnienie dostępu do elektronicznej dokumentacji medycznej jest dużym wyzwaniem, które musimy podjąć dla usprawnienia pracy systemu ochrony zdrowia i dobra pacjentów naszego województwa* – mówi Maciej Sytek.

WWW.UMWW.PL

Wycofano ze sprzedaży

Główny Inspektorat Farmaceutyczny zdecydował o wycofaniu ze sprzedaży gliceryny i wazeliny. Okazało się, że istnieje ryzyko, że produkty zostały zamienione. Producent przyznaje, że jest możliwe, że w opakowaniu od Gliceryny (Glycerolum 85%), 1 kg – numer serii:

01AF0117, data ważności: 09.2019, znalazła się Wazelina biała (Vaselinum album), 1 kg – numer serii: 01AF0117, data ważności: 01.2020 i odwrotnie.

W związku z tym produkty wycofano ze sprzedaży. Podmiotem odpowiedzialnym jest firma Aflofarm Farmacja Polska Sp. z o.o.

WWW.DORZECZY.PL

Ten zespół jest nieuleczalny

Rzecznik praw dziecka wystąpił do prezydenta o rozważenie podjęcia inicjatywy ustawodawczej zmierzającej do ochrony dzieci nieurodzonych przed konsekwencjami picia przez kobiety w ciąży alkoholu, zażywania narkotyków i innych substancji powodujących trwałe uszkodzenie płodu. 9 września obchodzony był Światowy Dzień FAS, mający na celu uświadomienie społeczeństwu, w tym przyszłym matkom skutków picia alkoholu w czasie ciąży.

Alkoholowy zespół płodowy (*fetal alcohol syndrome* – FAS) to zespół chorobowy, który jest skutkiem działania alkoholu na płód w okresie prenatalnym. Alkohol, działając na nienarodzone dziecko, powoduje m.in. powstawanie zmian w budowie ciała, wad rozwojowych wielu narządów, może uszkodzić ośrodkowy układ nerwowy. Alkoholowy zespół płodowy jest nieuleczalny.

WWW.WPOLITYCE.PL

Zmiany w regulaminie i priorytety

W Wielkopolskim Urzędzie Wojewódzkim w Poznaniu odbyło się posiedzenie Wojewódzkiej Rady do spraw Potrzeb Zdrowotnych. Posiedzenie otworzyła wicewojewoda wielkopolski Marlena Małąg, która przedstawiła nowego przewodniczącego Rady – dyrektora Wydziału Zdrowia Damiana Marciniaka. Omówiono plan działań Wydziału Zdrowia oraz przedstawiono zmiany wprowadzone w regulaminie rady. Podczas dyskusji rozmawiano także na temat priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej w dziedzinie profilaktyki chorób nowotworowych. Konsultanci wojewódzcy wraz z prezydium uchwalili zmiany w regulaminie oraz pozytywnie zaopiniowali aktualizację priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej.

WWW.POZNAN.UW.GOV.PL

PERYSKOP

onet.pl

Alzheimer w młodym wieku – przyczyny i objawy

Alzheimer w młodym wieku najczęściej jest wywołany przez mutację jednego z trzech genów. Choroba ma cięższy przebieg niż u osób, które nie odziedziczyły jej po rodzicach. Objawy to m.in. kłopoty z pamięcią, koncentracją i orientacją w czasie oraz przestrzeni. Wyróżnia się dwie postaci alzheimera: dziedziczną (rodzinną) oraz sporadyczną. Najwięcej osób cierpi na postać sporadyczną. Pojawia się ona po 65. roku życia i nie występuje w najbliższej rodzinie. Dziedziczna postać choroby rozwija się przed ukończeniem 65 lat. Objawy mogą być widoczne nawet u dwudziesto- bądź trzydziestolatków. Choroba ma ostrzejszy przebieg niż jej postać niezwiązana z genami. Alzheimer w młodym wieku ma cięższy przebieg niż u osób, u których nie jest związana z dziedziczeniem. W postaci rodzinnej choroba jest przekazywana w sposób autosomalnie dominujący. Oznacza to, że co najmniej jeden rodzic chorego chorował na alzheimera. Mogą go wywołać mutacje trzech genów: *APP*, *PSEN 1* i *PSEN 2*.

Choroba Alzheimera początkowo rozwija się w trudny do rozpoznania sposób. Zaczyna się od niewielkich problemów z pamięcią polegających na zapominaniu pojedynczych faktów. Chorym trudniej jest też zapamiętywać nowe informacje, a w przypadku ich przyswojenia – odtworzyć je. Mogą się pojawić kłopoty z koncentracją i łagodne zmniejszenie orientacji w czasie i przestrzeni. Występują także trudności z doбором słów, związane z zapominaniem ich znaczeń. Aby odróżnić zwykłe problemy z pamięcią od choroby, należy zwrócić uwagę na ich zakres. Człowiek, który ma nienajlepszą pamięć, potrafi przypomnieć sobie pozostałe elementy oprócz tego, którego zapomniał. Nie pamięta o spotkaniu, ale zna imię osoby, z którą się umówił oraz fakt, że ta osoba jest np. jego znajomym. Z kolei chory na alzheimera nie będzie mógł przypomnieć sobie, skąd zna tę osobę. Schorzenie charaktery-

Porozmawiajmy o lekarskich zarobkach

Temat to niezwykle trudny i często przez nas omijany. Trudno mówić o wynagrodzeniach z zachowaniem dystansu i bez emocji.

Trudno też przytaczać generalne racje ze względu na nasze finansowe rozwarstwienie, które dokonało się w ostatnich latach. Chyba że tą generalną racją, o której trzeba wspomnieć, jest właśnie powstanie w tym zakresie właśnie niezwykle drastycznych skrajności. Te skrajności są w zasadzie nieraz trudne do wytłumaczenia. A więc doszło do – często niezrozumiałego – rozwarstwienia.

Przyczyniła się do niego specyfika specjalizacji lekarskich – ocierających się w różnorodny sposób o charakter zabiegów czy innych wymiernych procedur, a także kontekst strategii relacji z przemysłem farmaceutycznym czy wyrobów medycznych. Tego kontekstu – nieraz związanego z powstawaniem dyskusyjnych etycznie sytuacji – nie można pominąć. Wymagałby on jednak odrębnego omówienia.

Przyczyniły się w kilku obszarach administracyjne decyzje prowadzące do uprzywilejowania wyceny procedur w jednych specjalnościach, a niesprawiedliwego traktowania w innych. Gorszące jest doświadczenie takiego różnorodnego wyceniania, wynikającego nieraz z nieuprawnionych nacisków, częściowo nawet demagogicznych. Są one obliczone na niekompetencję osób administrujących w służbie zdrowia, wyrażane niestety przez część naszych środowisk. Dlatego podstawowym postula-

Z perspektywy zarządzającego dbałość o możliwie optymalnie zrównoważenie zarobków jest jednym z najtrudniejszych w praktyce zadań. I wymaga przy dobrej woli administracji współpracy – ze względu na niezwykle złożony charakter naszej działalności medycznej i różnorodność specjalistycznych wyzwań, także z zarządzającymi na szczeblu oddziałów i poradni.

tem i powinnością „państwową” pozostaje właściwa wycena procedur i harmonizowanie jej między poszczególnymi specjalnościami.

Brzemienne w skutki okazały się dokonane w przeszłości przez zapewne wpływowe osoby czy gremia administracyjne zapisy zapewniające określające odsetek od wykonanych procedur przeznaczony dla wykonujących je w ramach na przykład procedur wysokospecjalistycznych, wysokokosztowych, Zapis taki miał znaczące skutki dla zróżnicowania zarobków chociażby w obrębie środowiska kardiologicznego. Ale nie tylko w tym gremium. Jest to przykładem możliwości komplikowania systemu przez kontrowersyjne administracyjne decyzje.

Przyczynił się do tego rozwarstwienia także niedobór kadr lekarskich w wybranych specjalnościach. W związku z tym pojawiło się dyktowanie nie tylko cen wolnorynkowych za pracę (choć samo to nie jest oczywiście naganne), lecz także licytowanie się o pracowników między szpitalami. Te spośród nich, dla których obecność specjalisty stała się „być albo nie być”, zaczęły ofiarować w wybranych obszarach niebotyczne propozycje, nawet za cenę nadszarpnięcia równowagi finansowej tych szpitali. Szpitale, zakotwiczone lekarzy – nawet w tych samych specjalnościach – atrakcyjnością akademicką czy też wizją pracy w dużym mieście, nie nadążają często za takim windowaniem zarobków, choć wyczuwa się już obszary kilku specjalizacji, w których już nawet do największych szpitalnych molochów w miastach akademickich dociera konieczność zwiększania zarobków w obliczu chociażby osłabienia dla wielu atrakcyjności kariery akademickiej.

Podsumowując, należy stwierdzić, że niektóre administracyjne błędy i zaniechania przeszłości w strategii długofalowej mają olbrzymie wymierne konsekwencje społeczne dotyczące sposobów zatrudniania lekarzy. A naprawienie tych błędów możliwe jest jedynie w strategii długofalowej kształcenia lekarskiego.

Wyraź też niepokój związany ze stwierdzeniem, że zarządzający szpitalami więcej muszą płacić tam, gdzie wśród grona pracujących panuje zła atmosfera. W sytuacji pracy pod brzemieniem psychologicznym złych wzajemnych relacji wzrasta cena zakupu usług lekarskich. A więc zła atmosfera w pracy ma swój wymierny koszt. Trzeba to bezwzględnie zacząć brać pod uwagę przy zatrudnianiu na kluczowe stanowiska ordynatorskie bądź kierowników pracowni. Lekarz obejmujący funkcję kierowniczą musi zapewnić integralność zespołu, którym kieruje i jest za to – trzeba to wyrazić wprost – odpowiedzialny. Mija już czas, w którym feudalne podporządkowanie bez konsekwencji dochodziło bezwzględnie do głosu.

Staram się spoglądać na problem z dwójakiej strony: zarówno lekarza codziennie podejmującego trud leczenia pacjentów, jak i współzarządzającego dużym szpitalem klinicznym. Mam nadzieję, że to „podwójne” spojrzenie jest nie tyle ograniczeniem, ile raczej ubogaceniem.

Z perspektywy zarządzającego dbałość o możliwie optymalnie zrównoważenie zarobków jest jednym z najtrudniejszych w praktyce zadań. I wymaga przy dobrej woli administracji współpracy – ze względu na niezwykle złożony charakter naszej działalności medycznej i różnorodność specjalistycznych wyzwań, także z zarządzającymi na szczeblu oddziałów i poradni.

Ile powinniśmy jako lekarze zarabiać? Przypoczę zapamiętane z młodości stwierdzenie mojego dziadka – także lekarza – który skończył studia medyczne 52 lata przed mną. U schyłku życia, po spełnieniu się zawodowym w dużym mieście, pełnił rolę lekarza rodzinnego w oddalonej od dużych aglomeracji wsi. W jego cie-

Podsumowując, należy stwierdzić, że niektóre administracyjne błędy i zaniechania przeszłości w strategii długofalowej mają olbrzymie wymierne konsekwencje społeczne dotyczące sposobów zatrudniania lekarzy. A naprawienie tych błędów możliwe jest jedynie w strategii długofalowej kształcenia lekarskiego.

niu dorastałem do wyboru drogi życiowej. Dziadek zwykł mawiać, że lekarz powinien zarabiać na tyle, na ile bogate jest społeczeństwo, wśród którego pracuje.

W kontekście takiego stwierdzenia oczekivalibyśmy, by w służbie zdrowia zarobki – nie tylko lekarskie – były analogiczne choćby do tych, które są notowane w innych obszarach służby publicznej: na przykład w instytucjach zajmujących się sieciami energetycznymi, gazowymi czy wodnymi. Wiemy, że w porównaniu z tymi instytucjami zarobki lekarzy wydają się niezwykle zaniżone, co stanowi przedmiot naszego niezrozumienia i buntu.

Mimo to znaczna część naszej grupy zawodowej „radzi sobie” – dzięki olbrzymiemu wkładowi pracy, często ponad siły. Dziadek mój, jak pamiętam, mówił także, że kompetentny i życzliwy pacjentom lekarz nigdy nie będzie biedował i nie będzie musiał martwić się o swój byt.

Chciałbym zaznaczyć, że nie roszczę sobie prawa do nieomyślności zawartych powyżej opinii i sądów. Stają się one jedynie skromnym i niepełnym elementem dyskusji, przyczynkiem do naszej refleksji. Dyskusja może wymagać kontynuacji.

SZCZEPAN COFTA

NINA SZMYT

Ojcu

A Twój kapelusz słomkowy
czeka wciąż
gotowy do wyjścia
wypatruje Twego cienia

kroków nasłuchuje
a Ty już poza tą Bramą Ostatnią

martwię się
jak trafiłeś w Tamtą
nieskończoność
bez okularów
które zostały na stole.

PERYSKOP **onet.pl**

zuje się też kłopotami z przypominaniem sobie aktualnie wykonywanych czynności – to tzw. pamięć operacyjna. Choroba wiąże się także z zaburzeniami uwagi i pojawiającymi się zmianami w zachowaniu. Występują np. nagłe zmiany nastroju i trudne do zrozumienia postępowanie. Alzheimer w młodym wieku może być związany z depresją bądź epizodem depresyjnym. Osoba chora wycofuje się z życia towarzyskiego. Z biegiem czasu, kiedy schorzenie upośledza codzienne funkcjonowanie, wymusza też zakończenie pracy zawodowej. Niemożliwe są kontakty towarzyskie, ponieważ chory nie kontroluje swoich zachowań i traci kontakt z rzeczywistością. Zmiany w osobowości stają się bardzo widoczne. Następuje utrata zdolności myślenia abstrakcyjnego i przewidywania skutków swojego postępowania. Alzheimer w młodym wieku w tym stadium całkowicie uniemożliwia zapamiętywanie nowych faktów. Informacje z teraźniejszości mylą się choremu z tym, co stało się w przeszłości. Dochodzi do praktycznie całkowitej utraty orientacji w przestrzeni. Chory potrzebuje całodobowej opieki, ponieważ nie potrafi się sobą zająć i gubi się nawet w znajomym otoczeniu.

Ras nie ma, jest tylko rasizm. Genetycy mają na to dowody

Większość z 7,5 mld żyjących dziś mieszkańców naszej planety pochodzi od garstki ludzi, którzy zmieściliby się w jednej wiosce.

Wszyscy jesteśmy braćmi i siostrami. Bo mieliśmy wspólnych przodków. Zaledwie 600, góra 1000 lat temu żyli wspólni przodkowie wszystkich dzisiejszych Europejczyków. Karol Wielki był więc na swój sposób dziadkiem każdego z nas. Tak twierdzi Adam Rutherford, brytyjski genetyk, w książce *Krótką historią wszystkich ludzi, którzy kiedykolwiek żyli. Opowieści zapisane w naszych genach*. Gdybyśmy natomiast cofnęli się w czasie o 3,6 tys. lat, natknęlibyśmy się na najbliższych wspólnych przodków wszystkich żyjących dziś ludzi.

PERYSKOP

onet.pl

Leki na cukrzycę chronią przed chorobami serca

Od leków na cukrzycę oczekujemy coraz więcej. Idealny lek obniża poziom cukru i przeciwdziała chorobom serca. Zaczyna się pasjonujący czas dla diabetologii.

W 2015 r. na świecie ok. 415 mln dorosłych w wieku 20–79 lat chorowało na cukrzycę, a 1,6 mln zgonów zostało bezpośrednio spowodowanych tą chorobą. Szacuje się, że do 2040 r. liczba zachorowań zwiększy się do ponad 640 mln! Cukrzyca spędza sen z powiek epidemiologom.

Na zakończonym w ubiegłym tygodniu Europejskim Kongresie Diabetologicznym w Lizbonie oprócz, co oczywiste, diabetologów można było spotkać także kardiologów. Dlaczego? Ponieważ te dwie dziedziny medycyny coraz bardziej zaczynają się ze sobą splatać. Powikłania sercowo-naczyniowe w cukrzycy były tematem numer jeden prezentowanych sesji. Zarówno tych poświęconych nowym badaniom klinicznym nad lekami, jak i tych dotyczących stylu życia czy mechanizmów leżących u podstaw rozwoju cukrzycy.

Główne pisma medyczne na świecie związane z diabetologią, jak „Diabetologia” czy „Lancet Diabetes & Endocrinology”, a także prestiżowy „New England Journal of Medicine” publikowały prace związane z obniżeniem ryzyka zawałów serca, udarów czy niewydolności dzięki obecnym już na rynku lekom przeciwcukrzycowym.

– *Leki stosowane w cukrzycy zaczynają zyskiwać nowe funkcje. Już nie tylko regulują poziom cukru we krwi, ale też mają działanie ochronne na układ krążenia. Wysoki poziom cukru we krwi sprawia, że oddziałuje on na naczynia od wewnątrz, od strony nabłonka naczyń, uszkadzając je* – mówił „TZ” prof. dr hab. n. med. Grzegorz Dzida, diabetolog z Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

I dodał: – *Kiedyś wydawało nam się, że leczenie cukrzycy polega na regulacji cukru we krwi. Potem wiedzieliśmy, że oprócz cukru trzeba jeszcze wyregulować u pacjenta po-*

Będzie nowa ustawa

Szczególną okazją do prezentacji polskiej transplantologii był Europejski Dzień Donacji Narządów obchodzony 9 września. Początki tej dziedziny medycyny przypadają u nas na 1966 r., kiedy to w Warszawie i Wrocławiu wykonane zostały przeszczepy nerki.

Pięćdziesiąt lat później, w 2016 r., przeprowadzono w Polsce 1548 przeszczepów. Najczęściej były to: nerki (1028) i wątroby (345). Systematycznie wzrasta liczba przeszczepianych serc (2014 r. – 76, 2015 r. – 99, 2016 r. – 101, prognoza na 2017 r. – 120). „Osoby, które oczekują na przeszczepienie serca – czytamy na stronie www.mz.gov.pl – często wymagają również jednoczesowego przeszczepienia innego narządu (np. nerki). Państwo aktywnie wspiera rozwój polskiej transplantologii. Ma to odzwierciedlenie w finansowaniu działalności koordynatorów przeszczepienia – łącznie 288 koordynatorów jest opłacanych ze środków budżetu państwa za pośrednictwem Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego do spraw Transplantacji „Poltransplant”. Każdego roku na ten cel jest przeznaczonych ok. 2 300 000 zł.

Względy medyczne często decydują o dyskwalifikacji narządu do pobrania i przeszczepienia (liczba potencjalnych dawców zgłoszonych do liczby dawców rzeczywistych – wg stanu na 31 sierpnia 2017 r. – wynosi odpowiednio 486 i 379). Od 2015 r. udział dawców rzeczywistych w stosunku do dawców potencjalnych (zgłoszonych) utrzymuje się na poziomie ok. 77%”.

W bazie Bone Marrow Donors Worldwide (BMDW) zarejestrowano 1 348 778 dawców szpiku z Polski, co sytuuje nas na piątym miejscu w świecie i trzecim w Europie.

W Polsce większość narządów i tkanek do przeszczepienia pobiera się od osób zmarłych. Transplantologia boryka się z wieloma problemami. Mając to na uwadze, minister zdrowia powołał zespół roboczy, który ma opracować projekt ustawy regulującej kwestie pobierania, przechowywania, przeszczepiania i zastosowania u ludzi komórek, tkanek i narządów. Szczegóły poznamy do końca tego roku. Oprócz kwestii dotyczącej kosztów w procedurach transplantacyjnych, nowe uregulowania mają dotyczyć:

- wprowadzenia zmian w zakresie dokumentowania woli zmarłego w dokumentacji medycznej,
- ograniczenia zakresu wyłączenia stosowania przepisów ustawy,
- zgody na pobieranie w celu innym niż przeszczepienie,
- terapii autologicznej,
- pobierania komórek regenerujących się od małoletniego,
- zmian modelu alokacji i systemu dystrybucji narządów oraz zasad kwalifikacji do przeszczepiania,
- zmiany kryteriów kwalifikacji do przeszczepu nerki,
- przeszczepów krzyżowych i łańcuchowych,
- działalności ośrodków poszukujących/pobierających dawców dla niespokrewnionych biorców wymagających leczenia macierzystymi komórkami krwiotwórczymi,
- stworzenia krajowego rejestru procedur bankowania tkanek i komórek,

„Zasadniczym problemem we wzroście liczby przeszczepionych narządów, zdaniem resortu zdrowia, jest niewystarczająca liczba zgłaszanych potencjalnych dawców. Problem wynika z wciąż niewystarczającej świadomości społeczeństwa na temat transplantologii i dawstwa – zarówno wśród rodzin potencjalnych dawców komórek, tkanek i narządów, jak i wśród lekarzy, którzy mogą zgłosić osobę zmarłą jako potencjalnego dawcę narządów i tkanek. Poprzez program wieloletni pod nazwą Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej na lata 2011–2020 realizowanych jest wiele działań, które mają na celu zmianę tego trendu, a rocznie przeznacza się na ten program 45 mln zł”.

Wrzesień w izbie

- 3.09 – organizacja możliwości udziału członków WIL w strzelaniu o Puchar Króla Żniwnego Bractwa Kurkowego Poznań zał. 1253
- 5.09 – posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej spotkanie przedstawicieli szpitali powiatowych
- 7.09 – posiedzenia komisji specjalnych
posiedzenie Komisji ds. Zasad Finansowania Działalności Leczniczej i Warunków Wykonywania Zawodu
posiedzenie Komisji ds. Młodych Lekarzy
- 8.09 – posiedzenie Okręgowej Komisji Wyborczej
- 9.09 – szkolenie współorganizowane z firmą Poldent „3 kroki do sukcesu w endodoncji”
- 11.09 – posiedzenie Komisji ds. Etyki Lekarskiej
- 12.09 – posiedzenie Komisji ds. Konkursów zebranie wyborcze POZ 62
- 13.09 – posiedzenie Komisji ds. Integracji
- 14.09 – posiedzenie Prezydium Komisji ds. Emerytów i Rencistów
- 15.09 – organizacja szkolenia w Koninie w zakresie „Dokumentacji medycznej w ujęciu prawnym”
- 16.09 – posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
posiedzenie Prezydium Okręgowej Komisji Wyborczej
szkolenie zewnętrzne
spotkanie przedstawicieli lekarzy rezydentów
- 17.09 – szkolenie zewnętrzne
- 20.09 – wyjazd do Karpacza zorganizowany przez Komisję ds. Integracji dla Koła Przyjaciół Gór przy WIL
- 22.09 – zebrania wyborcze POZ 61 i DEN 12
- 23.09 – kurs komputerowy – I dzień
koncert Chóru Lekarzy WIL oraz Zespołu Kameralnego WIL i gości w Katedrze Poznańskiej na rzecz Hospicjum Palium „Project Jenkins”
- 24.09 – koncert Chóru Lekarzy WIL oraz Zespołu Kameralnego WIL i gości w Farze Poznańskiej na rzecz Hospicjum Palium „Project Jenkins”
kurs komputerowy – II dzień
- 29.09 – spotkanie wyborcze DEN 10 i DEN 11
- 30.09 – kurs komputerowy – II dzień
lekarska impreza taneczna wraz z koncertem
- Wtorki i piątki – spotkania Chóru WIL
- Środy – spotkania – Zespół Kameralny „Operacja Muzyka”

PERYSKOP

onet.pl

ziom cholesterolu i trójglicerydów, unormować ciśnienie krwi. I pacjent będzie długo żył. Ale mimo wszystko chorzy z cukrzycą żyją krócej. Dlaczego? Nie umierają już, jak dawniej, z powodu śpiączki cukrzycowej. Mniej jest przypadków utraty wzroku czy ciężkiej niewydolności nerek. Nasi chorzy umierają z powodu zawałów serca, niewydolności serca i udarów mózgu. Idealny lek to taki, który nie tylko załatwia sprawę cukru, ale jeszcze chroni układ sercowo-naczyniowy. To jest bardzo duże wymaganie, ale badania zdecydowanie koncentrują się wokół tej tematyki.

– Lekiem, o którym najwięcej się teraz mówi, są inhibitory SGLT2. Wywołują one cukromocz, przez co obniżają poziom cukru we krwi – tłumaczył „TZ” prof. Leszek Czupryniak, diabetolog, kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Przełomowe badania nad terapiami raka płuca

Podczas wrześniowego Kongresu *European Society of Medical Oncology* (ESMO) w Madrycie przedstawiono wyniki badań, które mogą stanowić przełom w terapii zaawansowanego raka płuca. „Wyniki badania III fazy FLAURA, przedstawione w sesji prezydialnej ESMO 2017 potwierdziły, że zastosowanie osymertynibu zmniejsza ryzyko progresji choroby lub śmierci o ponad połowę we wszystkich badanych podgrupach pacjentów, w tym również u chorych z przerzutami do ośrodkowego układu nerwowego” – informuje AstraZeneca w komunikacie prasowym.

„Bezprecedensowa mediana czasu przeżycia wolnego od progresji choroby (PFS) wyniosła 18,9 miesiąca w porównaniu z 10,2 miesiąca przy obecnie obowiązującym leczeniu pierwszej linii inhibitorami EGFR (erlotynib i gefitynib)”, jak można przeczytać w informacji.

Dr Suresh S. Ramalingam, główny badacz FLAURA, z Winship Cancer Institute of Emory University w Atlancie (USA) stwierdził, że

Naszemu Koledze

Krzysztofowi Ożegowskiemu

wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci

Ojca

składają
koledzy z WIL

PERYSKOP onet.pl

„dane dotyczące ozymertynibu w badaniu FLAURA prawdopodobnie doprowadzą do istotnej zmiany paradygmatu leczenia pacjentów z mutacjami w genie EGFR w zaawansowanym niedrobnokomórkowym raku płuca. Ozymertynib wykazał nie tylko wyższą skuteczność leczenia, ale także korzystniejszy profil bezpieczeństwa terapii”.

Wyniki badania PACIFIC, badania III fazy z randomizacją, również były prezentowane w trakcie sesji prezydialnej Kongresu ESMO w Madrycie.

W badaniu tym wykazano znamienne statystycznie i istotną klinicznie różnicę w zakresie czasu wolnego od progresji choroby (PFS) u chorych z miejscowo zaawansowanym nieoperacyjnym niedrobnokomórkowym rakiem płuca, u których po standardowej radiochemioterapii zastosowano durwalumab.

W badaniu PACIFIC u chorych otrzymujących durwalumab wykazano 3-krotne wydłużenie mediany czasu wolnego od progresji choroby.

Grecja apeluje o szczepienie się przeciwko odrze

Greckie władze ochrony zdrowia zaapelowały w piątek (22 września) o poddawanie się szczepieniom z uwagi na wzrost przypadków zachorowań na odrę w Grecji i Europie – podała agencja AP. Greckie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób poinformowało, że w Grecji w okresie 2016–2017 doszło do 166 zachorowań na odrę, przy czym w ostatnich dniach zanotowano tendencję wzrostową.

W szpitalach śródoperacyjnie przetaczana jest zbyt duża objętość płynów

Celem badania „Ocena płynoterapii śródoperacyjnej” była ocena zjawiska płynoterapii, jaka jest prowadzona przez anestezjologów w polskich szpitalach w okresie śródoperacyjnym. Badanie pozwoliło ocenić pewne zjawiska dotyczące przetaczania płynów.

– Zaskoczeniem dla zespołu badawczego było, że ponad 20%

Dokumentacja po zmarłych lekarzach

KIEDY WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA PRZEJMUJE DOKUMENTACJĘ?

Wielkopolska Izba Lekarska przejmuje dokumentację medyczną w przypadku śmierci lekarza lub lekarza dentysty – członka Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, wykonującego zawód w formie praktyki zawodowej, która nie została przejęta przez inne podmioty.

CO ROZUMIEMY PRZEZ DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ?

Rozumie się przez to dokumentację indywidualną i zbiorczą pacjentów, prowadzoną w postaci elektronicznej lub papierowej, w tym dołączoną do niej dokumentację, w szczególności zdjęcia radiologiczne itp. (dokumentacja medyczna).

CO NIE WCHODZI W SKŁAD DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ, KTÓRĄ PRZEJMUJE WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA?

Dokumentacji medycznej nie stanowią materiały będące podstawą do sporządzenia dokumentacji medycznej, w szczególności kostki parafinowe, zawierające materiały biologiczne, modele łuków zębowych itp.

W JAKI SPOSÓB PRZEKAZAĆ DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ?

Spadkobierca/ członek rodziny zmarłego lekarza lub lekarza dentysty będący w posiadaniu dokumentacji medycznej podlegającej przejęciu przez Wielkopolską Izbę Lekarską przekazuje wniosek o przejęcie dokumentacji na specjalnym formularzu zamieszczonym na stronie internetowej WIL lub pisemnie informując, że jest w posiadaniu takiej dokumentacji – podając imię i nazwisko zmarłego lekarza lub lekarza dentysty, wskazuje miejsce jej przechowywania oraz imię i nazwisko oraz numer telefonu osoby przechowującej dokumentację i deklaruje chęć przekazania Izbie tej dokumentacji.

CZY WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA MOŻE ZWRÓCIĆ SIĘ Z ZAPYTANIEM, CO Z DOKUMENTACJĄ MEDYCZNĄ PO ZMARŁYM LEKARZU LUB LEKARZU DENTYŚCIE?

Tak. Wielkopolska Izba Lekarska, sprawując pieczę nad należyтым wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentysty, ma prawo skierować na ostatni znany adres prowadzenia praktyki zawodowej przez zmarłego lekarza pismo zawierające żądanie:

- wskazania, czy dokumentacja medyczna prowadzona przez zmarłego lekarza została przejęta przez podmiot, który przejął jego zadania, a jeżeli nie, to kto sprawuje nad nią pieczę,
- gdzie składowana jest dokumentacja medyczna,
- jaka jest objętość dokumentacji medycznej.

W przypadku braku odpowiedzi w terminie 30 dni, Izba kieruje ponaglenie. W przypadku dalszego braku odpowiedzi, Izba jest uprawniona do podjęcia wszelkich dopuszczalnych prawem działań celem wyjaśnienia wszystkich okoliczności związanych z dokumentacją medyczną po zmarłym lekarzu lub lekarzu dentyście.

Wielkopolska Izba Lekarska jest zobligowana do niezwłocznego podjęcia wszystkich niezbędnych czynności dopuszczonych prawem związanych z przejęciem dokumentacji medycznej po zmarłym lekarzu lub lekarzu dentyście w przypadku powzięcia informacji, że taka dokumentacja jest przechowywana:

- w sposób niezapewniający jej bezpieczeństwa,
- w sposób uniemożliwiający pacjentom, których dane są w niej zgromadzone, realizowania ich uprawnień,
- w sposób uniemożliwiający uprawnionym podmiotom dostęp do danych zgromadzonych w dokumentacji medycznej.

OPIS SPOSOBU PRZEJĘCIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PO ZMARŁYM LEKARZU LUB LEKARZU DENTYŚCIE:

- Wydanie decyzji o wszczęciu procedury przejęcia dokumentacji medycznej.
- Pisemne zawiadomienie osoby przekazującej dokumentację o terminie i miejscu przekazania dokumentacji medycznej.

3. Sporządzenie i podpisanie protokołu przejścia dokumentacji według wzoru określonego przez Wielkopolską Izbę Lekarską.

Powyższe procedury odnoszą się zarówno do dokumentacji medycznej papierowej, jak i wytworzonej w wersji elektronicznej.

CO JEŚLI DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ PO ZMARŁYM LEKARZU LUB LEKARZU DENTYŚCIE PRZEJMUJE INNY LEKARZ LUB LEKARZ DENTYSTA?

- a) Lekarz lub lekarz dentyista przejmuje całość dokumentacji po zmarłym.

Lekarz lub lekarz dentyista, który przejął całość dokumentacji medycznej po zmarłym lekarzu lub lekarzu dentyście, ma obowiązek niezwłocznego powiadomienia Wielkopolskiej Izby Lekarskiej o tym fakcie. Ma on również obowiązek wskazać dane pacjentów, których dokumentacja została przejęta (imię i nazwisko pacjenta, PESEL pacjenta). Musi on również wskazać swoje imię i nazwisko oraz numer prawa wykonywania zawodu.

- b) Lekarz lub lekarz dentyista przejmuje część dokumentacji po zmarłym.

Lekarz lub lekarz dentyista, który przejął część dokumentacji medycznej po zmarłym lekarzu lub lekarzu dentyście, ma obowiązek niezwłocznego powiadomienia Wielkopolskiej Izby Lekarskiej o tym fakcie. Ma on również obowiązek wskazać dane pacjentów, których dokumentacja została przejęta (imię i nazwisko pacjenta, PESEL pacjenta). Musi on również wskazać swoje imię i nazwisko oraz numer prawa wykonywania zawodu. Ponadto lekarz lub lekarz dentyista, który przejął część dokumentacji ma również obowiązek powiadomić Wielkopolską Izbę Lekarską, co dzieje się z dokumentacją medyczną, która nie została przez niego przejęta, a w szczególności wskazać miejsce jej składowania, objętość oraz dane osoby lub podmiotu sprawującego nad nią pieczę. W przypadku, gdy całość dokumentacji medycznej znajduje się pod pieczęcią lekarza, który przejął jedynie jej część, lekarz ten składa do izby wniosek o przejęcie dokumentacji medycznej.

Zawiadomienia lekarzy lub lekarzy dentyistów, którzy przejęli całość lub część dokumentacji medycznej po zmarłych lekarzach, mogą być składane do Izby w formie pisemnej lub elektronicznej, mailem na adres dokumentacja@wil.org.pl

Zgłoszenia mogą podlegać weryfikacji, dokonywanej w sposób określony przez Dyrektora Biura Izby, po zasięgnięciu opinii Przewodniczącego Komisji ds. Praktyk.

DOKUMENTACJA MEDYCZNA W WERSJI ELEKTRONICZNEJ

Z zastrzeżeniem przepisów prawa powszechnie obowiązującego, regulujących przechowywanie dokumentacji medycznej, każdy lekarz będący członkiem Izby ma obowiązek zapewnić, aby wytwarzana przez niego dokumentacja medyczna była możliwa do odczytania i odtworzenia przez Izbę po jej przejęciu – stosując przepisy w zakresie ochrony danych osobowych ma obowiązek przechowywać w zabezpieczonym miejscu hasło dostępu do oprogramowania.

Program komputerowy, przy wykorzystaniu którego wytwarzana jest dokumentacja medyczna prowadzona w postaci elektronicznej, powinien zapewniać wytwarzanie dokumentacji w sposób określony w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r. poz. 1535 ze zmianami) oraz w aktach wykonawczych wydanych na podstawie tej ustawy.

Za proces przejmowania dokumentacji medycznej po zmarłych lekarzach i lekarzach dentyistach – członkach Wielkopolskiej Izby Lekarskiej odpowiada dyrektor Biura Marek Saj 783 993 939 pod nadzorem przewodniczącego Komisji ds. Praktyk Lekarskich.

Opracowano na podstawie Uchwały nr 1135/2017/VII Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z 24 sierpnia 2017 r. w sprawie wprowadzenia instrukcji postępowania w związku z przejmowaniem dokumentacji medycznej po zmarłych lekarzach przez Wielkopolską Izbę Lekarską.

PERYSKOP

spośród wszystkich biorących udział w badaniu anestezjologów, przetacza 0,9-procentowy NaCl. Pragnę zaznaczyć, że nie jest to błędem, choć ma rzy mi się, aby większość przetaczanych krystaloidów stanowiły roztwory zbilansowane – ocenia prof. nadzw. dr hab. n, med. Waldemar Machała, kierownik Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

– Wyniki badania wykazały również, że w polskich szpitalach śródoperacyjnie przetaczana jest zbyt duża objętość płynów. Użycie środków naczynioskurczowych z kolei nie jest częste. Odwrotnie jest na zachodzie Europy, gdzie lekarze częściej używają leków wazoaktywnych, dzięki czemu objętość przetaczanych płynów jest mniejsza – dodaje prof. Machała.

Objętość przetaczanych śródoperacyjnie koloidów jest znacząca, dodatkowo zbyt często wybierana jest żelatyna. Dzieje się tak, ponieważ koloidy w procesie śródoperacyjnym zostały zakwalifikowane jako preparaty uzupełniające o objętość utraconej krwi. Gdyby przyjąć taki punkt widzenia, należałoby mniemać, że w czasie operacji planowych utrata krwi jest niemała, a to nie wydaje się nawet prawdopodobne.

– Badanie nie miało na celu stworzenia zaleceń czy standardów. Miało być jedynie wskazówką, co można by jeszcze zmienić, aby być bliższym fizjologii. Chcę podkreślić, że polscy anestezjolodzy są dobrymi fachowcami i dobrze prowadzą anestezję.

Chcąc stworzyć jasny przekaz, stanowiący wnioski z badania, podsumowałbym je następująco – mówi prof. Machała i wymienia:

- *mniej płynów w ogóle,*
- *jak najmniej koloidów (jeżeli brak jest wskazań),*
- *jak najmniej 0,9-procentowego NaCl (jeżeli brak jest wskazań),*
- *częściej podawać noradrenalinę,*
- *w płynoterapii brać pod uwagę wiek, stan chorego i czas operacji.*

Będą drukować implanty

Naukowcy z Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu pracują nad stworzeniem prototypu spersonalizo-

PERYSKOP onet.pl

wanego implantu nowej generacji, wytwarzanego w technologii 3D. Już pod koniec października planowane są pierwsze wszczepy. Projekt jest nowatorski na skalę światową. Jak informuje RMF FM, grant w wysokości 2,4 mln zł na realizację projektu otrzymała uniwersytecka spółka Nano-implant. Jej współzałożycielami są naukowcy z Wydziału Chemii UMK oraz spółka z Grudziądza. Badana będzie m.in. możliwość zastosowania powłok nanokompozytowych.

– *Wytwarzanie implantu dopasowanego pod względem kształtu do potrzeb konkretnego pacjenta jest już procesem znanym, ponieważ technologia druku 3D w polimerze czy metalu jest znana i optymalizowana od kilku lat. Połączenie personalizacji wydruku implantu z nadaniem mu silnych właściwości przeciwdzapalnych i przeciwbakteryjnych oraz ze zwiększeniem ich biogodności poprzez nałożenie powłoki o grubości kilkudziesięciu nanometrów sprawia jednak, że projekt jest innowacyjny* – powiedziała prezes zarządu Nano-implant dr Aleksandra Radtke.

– *Jednym z celów projektu jest rozpoczęcie badań klinicznych w ramach posiadanej zgody Komisji Bioetycznej. Pierwszy wszczep prototypu implantu z innowacyjną warstwą nanokompozytową planowany jest na koniec października lub początek listopada, w zależności od potrzeb Oddziału Klinicznego Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Regionalnego Centrum Stomatologii w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. L. Rydygiera w Toruniu* – tłumaczyła Radtke.

Zapowiedziała, że w ramach grantu przeprowadzone będą wszczepy spersonalizowanych implantów z warstwą oraz wszczepy spersonalizowanych implantów bez warstwy.

– *Liczymy na to, że kilkuletnie doświadczenie pozwoli nam finalnie stworzyć idealny implant, dopasowany pod względem kształtu, z warstwą przyspieszającą proces zrostania z kością i działającą jednocześnie przeciwbakteryjnie. Implant, który będzie można zastosować z powodzeniem w chirurgii szczękowo-twarzowej, ortopedii oraz neurochirurgii* – podsumowała Radtke.

Co możemy z nimi razem zrobić

Aktywność w różnych dziedzinach, ale na miarę możliwości, ma dobry wpływ na kondycję fizyczną i psychiczną starszych ludzi. Lekarze zachęcają do niej przy różnych okazjach, sami też dają dobry przykład, organizując różnorodne kampanie promocyjne.

Starzenie się populacji państw rozwiniętych ma ścisły związek z postępowaniem cywilizacyjnym. Niesie on bowiem za sobą wzrost średniej długości życia. To stawia przed polityką zdrowotną, nie tylko u nas, kolejne wyzwania. Starszy człowiek wymaga innej opieki i to nie tylko w ramach systemu ochrony zdrowia. Pozostawiony sam sobie często zamyka się w czterech ścianach, obojętnie na to, co dzieje się za oknem. Tymczasem niekiedy wystarczy skutecznie dotrzeć z informacją, umiejętnie zachęcić do udziału w różnych wydarzeniach. W polityce senioralnej używa się określenia srebrna polityka. Ma ona na celu wykorzystanie potencjału osób starszych, ich wiedzy i doświadczenia w relacji z młodszym pokoleniem. Oferuje także rozmaite sposoby pożytecznego i ciekawego spędzania wolnego czasu. Chodzi przy tym zarówno o pielęgnowanie dotychczasowych pasji, zainteresowań, jak i poszukiwanie nowych.

W lecie Poznań był miejscem spotkania prezydentów miast. Rozmawiali o działaniach na rzecz poprawy jakości życia seniorów. Ich odsetek w populacji poszczególnych regionów systematycznie rośnie. W Poznaniu już 18,5% mieszkańców osiągnęło wiek 65 lat.

– *Musimy się z tym zagadnieniem zmierzyć. Z jednej strony musimy przygotować nasze miasta na potrzeby seniorów. Z drugiej strony musimy myśleć, jak wykorzystać potencjał osób starszych, które ze względu na ich wiedzę, umiejętności i doświadczenie powinniśmy włączać w życie i funkcjonowanie miasta. Pracując dla seniorów w swoich miastach, ale też współpracując między sobą, powinniśmy myśleć nie tyle o tym, co możemy dla seniorów zrobić, ale o tym, co możemy zrobić z nimi razem* – cytuje wypowiedź prezydenta Poznania Jacka Jaśkowiaka na wspomnianym spotkaniu Portalsamorządowy.pl.

W tę ideę świetnie wpisują się Uniwersytety Trzeciego Wieku. Tym bardziej że – według badań sopockiego oddziału Uniwersytetu SWPS – 81% seniorów wskazuje na to, że właśnie teraz może rozwijać własne zainteresowania. Jedni robią to indywidualnie, drudzy w zespołach. Sale wykładowe uczelni i inne, także plenerowe, miejsca zajęć z ochotą wypełnia już ponad 150 000 seniorów. Są słuchaczami ponad 500 UTW. Funkcjonują one na wzór uczelni – rok akademicki ma dwa semestry. Wpisowe uprawnia do udziału w wykładach, konwersatoriach, seminariach, a dodatkowo wniesione opłaty umożliwiają uczestnictwo w rozmaitych sekcjach tematycznych (m.in. artystyczne, popularno-naukowe), ruchowych (m.in. nordic walking, gimnastyka w wodzie, pilates, joga), hobbyistycznych (m.in. kulinaria, gry logiczne, brydż), a także lektoratach językowych, treningach pamięci, treningach kondycji i wolontariacie. Również turystyczne wyjazdy (krajowe i zagraniczne) nie należą do rzadkości.

Koncepcja aktywnego starzenia się zyskuje coraz więcej sprzymierzeńców. Na pierwszym miejscu stawia ona zdrowie i niezależność od innych. Tymczasem

„zdrowy styl życia, na co wskazuje dokument „Długofalowa Polityka Senioralna w Polsce na lata 2014–2020 w zarysie”, nie jest cechą wyróżniającą osoby 50+ w Polsce. Polacy nie prowadzą aktywnego pod względem ruchowym stylu życia. Niska aktywność ruchowa przekłada się na problemy z nadwagą wśród osób starszych, a w konsekwencji na postępujący rozwój chorób układu krwionośnego i ruchowego. Wielochorobowość, otępienie, cukrzyca, pogorszenie funkcji narządów zmysłów, upośledzenie zdolności poznawczej i osłabienie siły mięśniowej prowadzi do uznania osoby w wieku 65+ jako wymagającej odmiennego podejścia. Przekłada się to na konieczność organizacji zintegrowanej opieki, opartej na specjalistycznym podejściu geriatrycznym, a więc uwzględniającym trudności w zapamiętywaniu, dezorientację przestrzenną i czasową, niedosłuch, zaburzenia wzroku oraz obniżoną sprawność fizyczną i niewydolność krążeniową. Zdolność do samodzielnego procesu leczenia przez osoby starsze jest ograniczona i wymaga wsparcia instytucjonalnego.”

Poprawie sytuacji nie sprzyjają deficyt specjalistów w dziedzinie geriatry i mała liczba łóżek geriatrycznych. Wskazuje się na potrzebę zwiększenia kompetencji lekarzy innych specjalności, wśród nich zwłaszcza medycyny rodzinnej. Istotnym celem pozostaje rozwój geriatry jako specjalizacji. (AP)

SPOTKANIE SZKOLENIOWE W ZAKRESIE NOWEGO ROZPORZĄDZENIA PE I RADY (UE) W SPRAWIE OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH (RODO)

Do 25 maja 2018 r. wszystkie podmioty przetwarzające dane osobowe są zobowiązane wdrożyć przepisy nowego 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) – RODO. Obowiązki te dotyczą także lekarzy i lekarzy dentyków, którzy wykonują zawód w formie praktyki zawodowej oraz jako podmioty lecznicze. Jest jeszcze czas, ale należy poważnie podejść do tego zagadnienia. Wielkopolska Izba Lekarska 22 listopada 2017 r. w godz. 18.00–20.00 w siedzibie w Poznaniu przy al. Niepodległości 37 inauguruje cykl spotkań szkoleniowych o tej tematyce. Spotkania te odbędą się również w innych lokalizacjach do końca I kwartału 2018 r. Podczas spotkania poruszone zostaną następujące tematy:

- Nowe uregulowania prawne w zakresie ochrony danych osobowych,
- Obowiązki podmiotów leczniczych lub praktyk zawodowych w zakresie nowych przepisów dotyczących ochrony danych osobowych,
- Urząd ds. Ochrony Danych Osobowych jako następcą urzędu Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych,
- Inspektor Ochrony Danych Osobowych w podmiocie leczniczym,
- Nowa dokumentacja dotycząca ochrony danych osobowych.

Wykład przeprowadzi Marek Saj – Administrator Bezpieczeństwa Informacji, specjalista w zakresie ochrony danych osobowych.

Udział w spotkaniu szkoleniowym dla członków WIL jest bezpłatny, a liczba miejsc jest ograniczona.

Zapisy: Ośrodek Doskonalenia Zawodowego odz@wil.org.pl lub 601 799 706.

PERYSKOP

onet.pl

Lek na potencję dla mężczyzn może być skuteczniejszy

Naukowcy z Uniwersytetu Śląskiego opracowali sposób na skuteczniejsze działanie tadalafilu – leku stosowanego u mężczyzn z zaburzeniami erekcji. Właśnie opatentowali metodę otrzymywania wysoce stabilnej, amorficznej formy tej substancji, jak informuje uczelnia.

Amorfizacja to jeden ze sposobów na poprawę działania leków. Zgodnie z założeniami amorficzne farmaceutyki mają nie tylko działać szybciej i skuteczniej. Mają też być bezpieczniejsze dla organizmu od środków obecnie dostępnych na rynku farmaceutycznym.

Tymi nowymi substancjami od kilkunastu lat zajmuje się prof. Marian Paluch z Zakładu Biofizyki i Fizyki Molekularnej Uniwersytetu Śląskiego. Jak wyjaśnił badacz, ponad 90% substancji aktywnych zawartych w produktach leczniczych o stałej postaci (tabletki czy kapsułki) to substancje krystaliczne. Leki w takiej formie – ze względu na uporządkowaną strukturę wewnętrzną – bardzo często charakteryzują się słabą rozpuszczalnością w wodzie, co z kolei przekłada się na ich niską biodostępność.

Zdaniem badacza alternatywą dla słabo rozpuszczalnych, krystalicznych substancji jest ich nowa postać, uzyskana w wyniku procesu amorfizacji. Ciała amorficzne łączą w sobie bowiem pewne cechy ciał stałych i cieczy – substancja będąca w stanie amorficznym jest ciałem stałym, jednak tworzące ją cząsteczki są ułożone w sposób chaotyczny, co bardziej przypomina ciecz.

– Przekształcając krystaliczną substancję aktywną do formy amorficznej, jesteśmy w stanie otrzymać produkt znacznie lepiej przyswajalny od materiału początkowego – tłumaczył prof. Paluch.

Dodał, że wyższa biodostępność leku wynikająca jedynie ze zmiany formy substancji leczniczej może się przyczynić do redukcji dawki leku, jaką należy podać pacjentowi, aby uzyskać oczekiwany efekt terapeutyczny.

Groźne uzależnienia

Od stuleci wiadomo, że ludzie pili alkohol. Zawarty w piwie albo winie, w różnych stężeniach, ale zawsze był to alkohol etylowy. W każdej scenie albo w co drugiej bohaterowie Potopu czy Ogniem i mieczem raczyli się trunkami. Pili albo chociaż trzymali w rękach gąsiorki i kufle. O wodzie czy herbacie Sienkiewicz nie wspomina.



Szacuje się, że obecnie ponad 2 mld ludzi na świecie korzysta z alkoholu w sposób nałogowy. Raport WHO podaje, że alkohol znajduje się na trzecim, a w Europie na drugim miejscu wśród substancji wywołujących ok. 200 róż-

nych chorób i urazów. Są to utonięcia i wypadki, zaburzenia psychiczne, depresje, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, nowotwory, choroba wieńcowa, nadciśnienie, kardiomiopatie, zaburzenia rytmu serca, udary mózgu, zaburzenia immunologiczne, choroby układu kostno-stawowego, dysfunkcje układu rozrodczego i szkody płodowe. W Polsce alkohol jest trzecim po tytoniu i nadciśnieniu tętniczym czynnikiem odpowiedzialnym za ponad 9% wszystkich chorób i urazów. Szacuje się, że w naszym kraju 15% zgonów mężczyzn i 6% zgonów kobiet ma przyczynę w spożywaniu alkoholu. W Polsce spożycie alkoholu na tle innych krajów naszego regionu jest wysokie: ok. 9,4 litra na osobę w 2014 r. W 2013 r. wydaliśmy 14,5 mld na piwo, drugie miejsce zajmuje wódka. Około 80% dorosłych Polaków pije alkohol. Ponad 11% dorosłych Polaków pije alkohol w sposób powodujący uszczerbek na zdrowiu. Zaburzenia psychiczne są najczęstszym skutkiem picia, przy czym ponad 3 mln Polaków nadużywa alkoholu, a 600 tys. to osoby z zespołem uzależnienia.

Problemy wynikające z nadużywania alkoholu, leków i przyjmowania narkotyków dotyczą wszystkich środowisk, w tym także lekarzy. Przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych badania wykazały, że nawet do 15% lekarzy ma problemy alkoholowe, a także z przyjmowaniem innych substancji psychoaktywnych. Częściej dotyczy to mężczyzn. W Polsce nie ma opublikowanych danych na ten temat. Przypuszcza się jednak, że sprawa dotyczy ok. 10% lekarzy, a więc ok. 18 tys. naszych kolegów. Należy pamiętać, że każdy z nas może być chory i potrzebować pomocy kolegów.

Każdy z nas powinien wiedzieć, że „uzależnienia nazywane są chorobami zaprzeczeń, więc nic dziwnego, że lekarz, podobnie jak jego pacjenci, bardzo długo nie zauważa swojej choroby”. Chorego kolegę powinno się traktować jak każdego innego chorego.

A. BASZKOWSKI

*Na podstawie opracowania
dr. n. med. Bohdana T. Woronowicza*

Dent-med
CENTRUM STOMATOLOGII

Aplikacje

kontakt@stomatologiadentmed.pl

W razie pytań prosimy o kontakt telefoniczny

0 601 98 67 92

Centrum Stomatologii Den-Med

specjalistyczna przychodnia stomatologiczna w Zielonej Górze
zapewniająca od 14 lat pacjentom wyszczególnioną opiekę stomatologiczną
na najwyższym poziomie

zatrudni
LEKARZA STOMATOLOGA

Oferujemy:

- stomatologia ogólna i specjalistyczna
- pracę w gabrynkach kompleksowej i stomatologicznej wyposażonych
(ryc., pantomograf, mikroskopy stomatologiczne w katodowym świetle UV)
- pracę z aparatem światła laserowego
- pracę w systemie „na cztery ręce” w stałym związku
z dwiema klinikami stomatologicznymi
- możliwość leczenia znieczulonego pacjenta z deficytami w zakresie specjalizacyjnych
- indywidualnie ustalane godziny pracy
- analogiczne warunki
- możliwość wyboru formy zatrudnienia
- możliwość zakwalifikowania stażysty

Kurkowe zawody lekarzy



3 września 2017 r. na zaproszenie prezesa Bractwa Kurkowego Poznań rok zał. 1253 dr. Piotra Szymczaka reprezentacja Wielkopolskiej Izby Lekarskiej brała udział w zawodach strzeleckich o tytuł Króla Żniwnego. Reprezentacja była nieliczna, ale skuteczna. W kategorii Izba Lekarska wygrał Daniel Olejniczak.

W otwartej konkurencji strzelania z łuku wygrał Wojciech Buxakowski, czyli ja. Bardzo dobre miejsca zajęły nasze panie: dr Anna Dokowicz oraz dr Olimpia Kupracz-Musiał. Obie w konkurencjach strzeleckich zajęły drugie miejsca. Zabawa była dobra. Dziękujemy Bractwu za zaproszenie i mamy nadzieję na dalszą współpracę.

WOJCIECH BUXAKOWSKI

Dodatkowo jeszcze w tym roku

Tym razem minister zdrowia miał do przekazania same dobre informacje. 14 września dowiedzieliśmy się, ile pieniędzy i z jakich źródeł dodatkowo trafi do systemu ochrony zdrowia.

Rządowy projekt ustawy o szczególnych rozwiązaniach zapewniających poprawę jakości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej został dwa dni wcześniej skierowany do Sejmu. Mowa w nim o kwocie 281,8 mln zł, która ma być wydatkowana jeszcze w tym roku. – *Służba zdrowia w Polsce od bardzo dawna jest niedofinansowana i każde dodatkowe środki w naszej dyspozycji są potrzebne* – mówił minister Konstanty Radziwiłł. Na co zostaną przeznaczone?

- 63,8 mln zł – na zakup sprzętu w zakresie onkologii, pediatrii i chirurgii dla oddziałów klinicznych w szpitalach na bazie obcej oraz centrów onkologii,
- 60 mln zł – na zakup sprzętu i aparatury dla oddziałów neonatologii III poziomu referencyjnego,
- od 12 do 24 mln zł – na zakup 16 dentobusów (po jednym dla każdego województwa w zależności od ceny dentobusu),
- 134 mln zł – na doposażenie gabinetów profilaktyki zdrowotnej w szkołach.

Pieniądze pochodzą z budżetu państwa (w tym z rezerw celowych). To nie jedyne dofinansowanie zapowiedziane przez ministra zdrowia. Oto kolejne:

- 323,7 mln zł – na zakup aparatury i sprzętu medycznego dla jednostek podległych i nadzorowanych przez ministra zdrowia (szpitali klinicznych, szpitali ogólnych, instytutów badawczych, Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, Centralnego Ośrodka Medycyny Sportowej i regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa); o tę kwotę resort zabiega u ministra rozwoju i finansów,
- 100 mln zł – na zakup sprzętu i aparatury medycznej dla pediatrii, onkologii i chirurgii dziecięcej oraz neonatologii dla oddziałów III poziomu referencyjnego; o tę kwotę resort zabiega również u ministra rozwoju i finansów,
- 96 mln zł – na zakup szczepionek niezbędnych w ramach obowiązkowych szczepień ochronnych; ta kwota miałaby pochodzić z rezerwy celowej budżetu państwa na 2017 r.,
- 20 mln zł – na zakup czynników krzepnięcia w ramach realizacji Narodowego programu leczenia chorych na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne na lata 2012–2018; ta kwota miałaby pochodzić z rezerwy celowej budżetu państwa na 2017 r.

To nie wszystko. Minister Konstanty Radziwiłł poinformował także o staraniach o przekazanie jeszcze w tym roku dodatkowych pieniędzy (1–1,5 mld zł) z budżetu państwa dla Narodowego Funduszu Zdrowia na sfinansowanie nadwykonań świadczeń opieki zdrowotnej. Ruszyła też procedura uruchomienia funduszu zapasowego NFZ. Za 760 mln zł (także jeszcze w tym roku) miałyby zostać zakupione świadczenia tam, gdzie kolejki są najdłuższe (m.in. operacje zaćmy i operacje wymiany stawu biodrowego).

(AP)

Zarządzanie profesjonalne

Kiedy na pewno jest ci potrzebny nowy pracownik?

Rozwój nowoczesnych usług medycznych jest nierozdzielnie związany z doбором współpracowników, którzy będą je świadczyć w kompetentny sposób. Planując swój własny gabinet czy większe centrum zdrowia, poszerzając działalność rynkową lub otwierając filię, zwykle rozważamy problematykę zasobów ludzkich. Myślimy o osobach, które musimy „zaprosić do współpracy”. Wydaje nam się bowiem, że nie da się poszerzać działalności bez zupełnie nowej kadry. Lecz czy tak jest w rzeczywistości?

Zastanawiamy się, jak dobrać do zespołu kolejną osobę i czy powiększanie zatrudnienia będzie dobrym pomysłem? Odpowiedź brzmi: niekoniecznie. W wielu organizacjach wystarczy odpowiednio zarządzać pracą zespołu zamiast zwiększać liczbę pracowników. To podejście byłoby natomiast słuszne, gdybyśmy mieli tyle godzin do obsadzenia czy zadań do zaoferowania, by zapewnić nowej osobie cały etat.

Kiedy na pewno jest potrzebny nowy pracownik? Spójrzmy na zbiór przypadków, w których bez wątpienia warto postarać się o dopływ nowej kadry:

- organizacja otwiera filię lub oddział,
- zwiększa się zakres świadczonych usług i istnieje oczywista konieczność zaproszenia do pracy kolejnego specjalisty,
- odchodzi pracownik i powstaje trudny do pokrycia wakat czasowy,

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.



- odchodzi pojedynczy specjalista, a organizacja nadal realizuje dane usługi,
- brakuje obsady godzinowej, a gabinet ustala nowe, poszerzone godziny otwarcia,
- wprowadzane są nowe technologie wymagające dodatkowego zaplecza kadrowego z zupełnie nowymi kompetencjami,
- organizacja ma zamiar rozwijać się rynkowo i potrzebuje uruchomić nowe stanowiska, których do tej pory nie było w strukturze organizacyjnej, a odnalezienie niezbędnych do tego kompetencji w obecnych pracownikach jest niemożliwe.

Alternatywy zatrudniania

Ponieważ nie zawsze istnieje wysoka konieczność zaproszenia kolejnej osoby do pracy w gabinecie, klinice czy szpitalu, warto dokonać przeglądu pozostałych możliwości – alternatyw do zatrudniania pracownika. W niniejszym artykule skupiono się na pięciu najbardziej popularnych metodach.

Studia podyplomowe

Autorka, dr n. ekon. Magdalena Szumska, wraz z dr. n. med. Krzysztofem Kordelem jest kierownikiem Studiów Podyplomowych ZARZĄDZANIE i PRAWO Medical Maestro Academy, które są realizowane na Uniwersytecie SWPS w Poznaniu i Warszawie, począwszy od listopada 2017 r. Z ramienia akademickiego program nadzoruje prof. Teresa Gardocka, świetny pedagog i uznany wykładowca w obszarze prawa. Więcej informacji na www.swps.pl, www.wil.org.pl, www.szumska.pl lub pod numerem tel. +48 60176 00 43.

Studia Podyplomowe są skierowane do lekarzy i lekarzy dentyków oraz ich menedżerów, prowadzących mniejsze i średnie ośrodki medyczne – zespoły gabinetów, centra medyczne, kliniki.



1. „Pożyczenie” pracownika od agencji pracy czasowej – to rozwiązanie nie tylko ciekawe z punktu widzenia możliwości dopasowania do szczegółowych wymagań właścicieli, ale również z perspektywy braku przymusu zatrudnienia. Po prostu płacimy za godzinę pracy „wypożyczonego” pracownika, a po – przykładowo – czterech tygodniach oddajemy do agencji pracy tymczasowej, bez zobowiązań innych niż zapłata za usługę. To rozwiązanie sprawdza się szczególnie w wypadku przejściowych problemów ze znalezieniem osoby do pracy, podczas opóźnień w zatrudnieniu docelowego pracownika czy dłuższej choroby naszego stałego pracownika. W środowisku organizacji medycznych agencje pracy tymczasowej dostarczają takie osoby, jak: sekretarka, asystentka, pomocnik księgowy, specjalista ds. kadr czy informatyk. Koszt pracy pracownika czasowego jest zwykle wyższy niż pracownika etatowego, lecz w zamian zyskujemy konkretną pracę, w ustalonej liczbie godzin, zgodnie z określonymi wymaganiami.
2. Przesunięcia zadań i godzin pracy są rozwiązaniem organizatorskim, które zadziała, jeśli wiemy, co każdy z naszych pracowników robi i kiedy ma luki czasowe. Analiza pracy obecnego zespołu czy harmonogramu pracy w poszczególnych gabinetach, przynosi zazwyczaj wnioski w postaci wolnej czasoprzestrzeni. Tak też i ja wyszukuję możliwości zorganizowania dodatkowego dyżuru czy sprawnego wykorzystania gabinetu. Bywa tak, że ponownie układając grafik pracy, dochodzimy do wniosku, że nie ma potrzeby zatrudniać kolejnego lekarza, wystarczy tylko usprawnić proces zarządzania czasem pracowników, podziału zadań, rozdziału funkcji oraz odpowiedzialności. Nie ma sensu zatrudniać kolejnej rejestratorki tylko po to, by w czasie dwóch godzin największego obciążenia pracą mogła rozładować kolejkę. Dużo łatwiej będzie ustalić godziny obciążeń, kiedy to praca dwóch lub więcej rejestratorek powinna „zachodzić na siebie”. Jedna osoba może rozpocząć pracę o 7.30 i skończyć koło 15.00, podczas gdy druga może przychodzić przykładowo na 8.00 i zostawać ok. 4 godziny przy przyjęciach do szpitala i wypisach.
3. Samozatrudnienie pracownika jest kolejną opcją w zarządzaniu jednostkami zajmującymi się usługową działalnością medyczną. W praktyce oznacza podjęcie własnej działalności gospodarczej przez osobę, która w zamian za świadczoną pracę wystawi raz w miesiącu fakturę. Nie jest etatowym pracownikiem, lecz osobą współpracującą. Własna działalność gospodarcza np. osoby przygotowującej do akredytacji daje pracodawcy szerokie możliwości najlepszego dla siebie doboru kadr.
4. Dzielenie się pracownikami pomiędzy podmiotami jest niezwykle prostą metodą unikania niepotrzebnych etatów. Gabinet okulistyczny może z powodzeniem zatrudniać recepcjonistkę na 1/3 etatu, a gabinet dentystryczny na pozostałe 2/3. To rozwiązanie jest z powodzeniem stosowane przez małżeństwa lekarzy prowadzących osobne gabinety.
5. Telepraca jest częściową lub całkowitą pracą na odległość, najczęściej z własnego domu współpracownika. Jest to ciekawa alternatywa dla osób, którym poruszanie się sprawia problem czy dla tych, którzy na stałe opiekują się innymi osobami. Najczęściej stosowane jest jednak przez tych pracodawców, którzy nie mają możliwości zapewnienia stosownych warunków pracy, np. specjaliście ds. PR (powód: brak dodatkowych pomieszczeń).

Korzyści i koszty dodatkowe

Powyższe metody doposażania organizacji w dodatkowe kadry mają wiele zalet. Wśród nich wyróżnić można:

- elastyczność funkcjonowania świadczonych usług na rynku,
- szybsze przyswajanie przez cały ośrodek zdrowia nowych technologii i wyzwoleń związanych z globalizacją,
- nowe możliwości w przyciąganiu oraz utrzymaniu wartościowych osób,
- większa dostępność kadr, wcześniej mniej aktywnych, które mogą podjąć różne prace w swoim czasie wolnym lub tymczasowo (kobiety z małymi dziećmi, niepełnosprawni, studenci zaozorni i dzienni, pracownicy chcący sobie „dorobić”), dobrze zmotywowanych i wdzięcznych za zaproszenie do pracy w niepełnym wymiarze,
- możliwość łagodnego przeniesienia poza przedsiębiorstwo osób u schyłku

kariery zawodowej poprzez obniżenie liczby zadań i/lub godzin pracy,

- szansa, by na bieżąco weryfikować, czy zespół ludzi jest odpowiedni kompetencyjnie i organizacyjnie, co zwykle nie dzieje się w firmach, które bazują na tych samych pracownikach przez wiele lat.

Samozatrudnianie, telepraca czy pożyczanie pracowników, podobnie jak pozostałe możliwości zapraszania osób do pracy na innych zasadach niż zatrudnienie na etat, generuje również koszty. Są one wyrażone w pieniądzu bezpośrednio lub pośrednio. Mogą to też być koszty emocjonalne oraz inne, o charakterze niematerialnym. Wśród nich znajdują się:

- prawdopodobieństwo zapłaty wyższego wynagrodzenia w porównaniu ze stawkami godzinowymi pracownika etatowego (głównie w wypadku samozatrudnienia, pożyczania pracowników od agencji pracy tymczasowej oraz przy dociążaniu obecnych pracowników nowymi zadaniami),
- konieczność większej kontroli wynikającej z mniejszego przywiązania danej osoby do pracodawcy i miejsca pracy,
- konieczność wdrażania coraz to innych osób do pracy w danej organizacji, a więc większych nakładów czasu pracy na zapoznanie z zadaniami oraz jakościową i ilościową kontrolę tych zadań,
- odczucia niestabilności kadrowej u zarządzających.

Myśl końcowa

Menedżerowie najprętniej działających przedsiębiorstw rynkowych wyznają zasadę, że lepiej mieć 3 świetnych pracowników niż 5 przeciętnych. Dołącz do nich w tym myśleniu. Stosuj alternatywy do zatrudniania kolejnych pracowników, kierując się dobrem swoim i współpracownika.

ARTYKUŁ PO RAZ PIERWSZY
ZOSTAŁ WYDRUKOWANY
W „MEDICAL MAESTRO MAGAZINE”, VOL. 6

MEDICAL
MAESTRO

M A G A Z I N E

ZARZĄDZANIE MARKETING MEDYCYNA PRAWO PSYCHOLOGIA PASJE

Harmonogram kursów

Lp.	Temat kursu i prowadzący	Data i miejsce	Tematyka szczegółowa	Liczba punktów	Opłata	Sposób zapisu
1	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
2	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
3	Metody skutecznej komunikacji – dr n. ekonom. Magdalena Szumska	24.10.2017, godz. 9.00–13.00 Sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37	Wykłady oraz ćwiczenia o tematyce: • komunikacja – magia mówienia • możliwości wpływania na zachowania innych • dlaczego tak trudno mówić, aby pacjent zrozumiał • leczenie a komunikacja • asertywność w komunikacji • wartość właściwego przekazu – słowa, które zawsze działają	-	50 zł (kaucja dla WIL) 50 zł (pozostali)	odz@wil.org.pl lub 601 799 706
4	Marketing w zgodzie z Kodeksem etyki lekarskiej. Narzędzia i możliwości – dr n. ekonom. Magdalena Szumska	24.10.2017, godz. 14.00–18.00 Sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37	Wykłady oraz ćwiczenia o tematyce: • czym jest marketing a czym reklama • kiedy i do kogo trafiają działania PR • co może lekarz/ lekarz dentysta, aby zapewnić sobie pacjentów • dokąd zmierza marketing w medycynie • granice prawne i etyczne marketingu w działalności leczniczej	-	50 zł (kaucja dla WIL) 50 zł (pozostali)	odz@wil.org.pl lub 601 799 706
5	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
6	Trudny pacjent w gabinecie lekarskim	27.10.2017, godz. 9.00–13.00 Sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37	Wykłady oraz ćwiczenia o tematyce: • wieloosobowe wizyty w gabinecie • problematyka przedłużającej się wizyty • chorzy całej rodziny – jak skutecznie zarządzać czasem • typy trudnych pacjentów • przykłady prawidłowych rozwiązań w sytuacjach z trudnym pacjentem	-	50 zł (kaucja dla WIL) 50 zł (pozostali)	odz@wil.org.pl lub 601 799 706
7	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 (pozostali)	odz@wil.org.pl lub 601 799 706
8	Tablet, smartfon i nie tylko... Jak to wszystko obsługiwać i do czego wykorzystać	18.11.2017, godz. 9.00–13.00 Sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37	Wykłady i praktyczne porady o tematyce: • urządzenia mobilne – jak odnaleźć się w czasach zdominowanych przez technologię • postęp technologiczny – jego dynamika – komplikacja wyboru • kłopot z doбором urządzeń – smartfon, tablet, ultrabook? • systemy: Android, iOS Windows w urządzeniach mobilnych • usługi w tzw. chmurze • komunikacja z urządzeniem z wykorzystaniem narzędzi informatycznych	-	50 zł	61 852 58 60 wewn. 220 lub 601 799 706
9	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
10	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
11	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
12	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 (II dzień) godz. 8.00–16.30 Sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37	Wykłady oraz ćwiczenia o tematyce: • dostęp dożylny • wentylacja przyrządowa • intubacja • możliwość generowania zaburzeń rytmu serca • wykonanie defibrylacji	12	950 zł (WIL) 1150 zł (pozostali)	odz@wil.org.pl lub 601 799 706
13	Natychmiastowa pomoc w stanach zagrożenia życia – dr n. med. Rafał Surmacz, dr n. med. Paweł Panieński, mgr pielęgniarstwa Ryszard Szpunar, mgr Tomasz Magdziak, mgr Karol 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

Zapraszamy do udziału!!! Zaznaczamy jednak, że to tylko część propozycji. Zachęcamy do śledzenia strony internetowej izby www.wil.org.pl, gdzie na bieżąco aktualizujemy informacje o szkoleniach. Tam właśnie znajdują Państwo informacje o kursach medycznych dla lekarzy i lekarzy dentyistów, których tematyka jest w trakcie ustalania, co w dzisiejszych czasach jest trudnym i żmudnym procesem.

Szczegółowe informacje: Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, 61 852 58 60 lub 601 799 706, odz@wil.org.pl

POLSKA ORKIESTRA LEKARZY

Wielkopolska Izba Lekarska
Naczelna Izba Lekarska

zapraszają na
KONCERT MUZYKI FILMOWEJ

Aula Artis, Poznań, ul. Kutrzeby 10
15 października 2017r. godz. 17.00

W programie m.in. utwory:

N.Roty, J. Barrego, J. Williamsa, W. Kilara,
K. Komedu, J. Hornera, E. Morricone.

Dyrygent:
Aleksander Gref

Soliści:
Nikodem Horst- obój, Przemysław Mikołajczak- fortepian,
Przemysław Murawski- skrzypce.

Dochód z koncertu zostanie przeznaczony na
Fundację Pomocy Humanitarnej Redemptoris Missio
z Poznania

WSTĘP WOLNY

Organizator:



Patronat:



WIELKOPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Patronat medialny:

Gazeta
Lekarska



WIELKOPOLSKA
IZBA LEKARSKA

28 czerwca 2017 r. zmarła

Bolesława Samol-Ziętara

lekarz medycyny, specjalista laryngolog,

o czym z żalem zawiadamiają
Koleżanki i Koledzy
studiujący w latach 1961–1967 na Wydziale Lekarskim
Akademii Medycznej w Poznaniu.

Z głębokim żalem informujemy,
że odszedł nasz Kolega
lek. med.

MIROŚLAW PAWLAK

specjalista ginekologii i położnictwa

Całe życie zawodowe poświęcił Pile.
Był wspaniałym, zaangażowanym lekarzem
i naszym nauczycielem.
Pozostanie na zawsze w naszych sercach i pamięci.

Pogrzeb odbył się 1.06.2017 r.
na cmentarzu komunalnym w Pile

Koleżanki i Koledzy Delegatury Pilskiej WIL

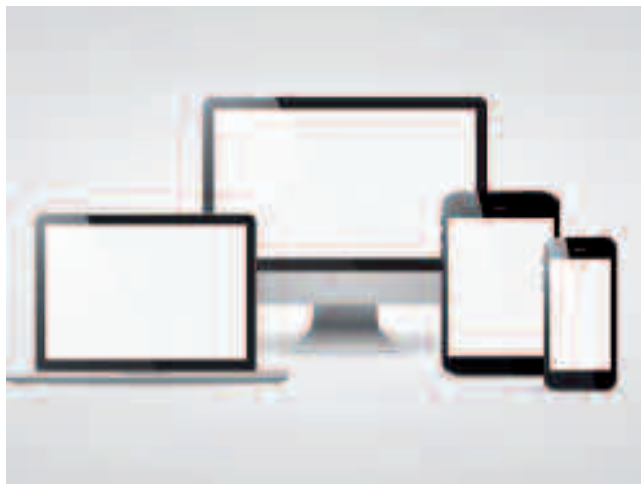
Do wynajęcia
**Oddam w najem
wyposażony gabinet
dentystyczny
w centrum Poznania**
tel. 600 027 047

OGŁOSZENIA
także na
www.wil.org.pl

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

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

Tablet, smartfon i nie tylko... Jak to obsługiwać i do czego wykorzystać?



Wielkopolska Izba Lekarska od kilku lat organizuje kursy komputerowe, które cieszą się dużym powodzeniem, ale czas i technika szybko idą do przodu i tradycyjny PC czy laptop już nie wystarczają.

Już coraz więcej z nas nie jest sobie w stanie wyobrazić codzienności bez smartfonu czy tabletu. Dlatego też po raz pierwszy proponujemy spotkanie szkoleniowe w tym zakresie. Odbędzie się ono 18.11.2017 r. w godz. 9.00–13.00 w siedzibie WIL w Poznaniu. Tematyka:

- Urządzenia mobilne – jak odnaleźć się w czasach zdominowanych przez technologię
- Postęp technologiczny – jego dynamika – komplikacja wyboru
- Kłopot z doborem urządzeń – smartfon, tablet, ultrabook?
- Systemy: Android, iOS, Windows w urządzeniach mobilnych
- Usługi w tzw. chmurze
- Komunikacja z urzędem z wykorzystaniem narzędzi informatycznych

Koszt udziału w szkoleniu: 50 zł

Płatne na rachunek:

PKO BP SA

Oddział 4 w Poznaniu

ul. Garbary 100/150-156 61-757 Poznań

45 1020 4027 0000 1102 0404 3501

z dopiskiem „urządzenia mobilne”

Zapisy: odz@wil.org.pl lub 601 799 706

Jednocześnie informujemy, że po zakończeniu szkolenia będzie możliwość założenia profilu zaufanego, który następnie będzie trzeba potwierdzić w stosownym urzędzie, aby go aktywować.

Akcja Senior

W dniu 22 października (niedziela) zapraszamy na konsultacje specjalistyczne z zakresu: chirurgii (dr Jerzy Skrobisz), diabetologii (prof. Bogna Wierusz-Wysocka), endokrynologii z badaniem USG tarczycy (dr Andrzej Pajdowski), ginekologii (prof. Stefan Sajdak), kardiologii (prof. Henryk Wysocki), nefrologii (prof. Stanisław Czekalski), ortopedii (prof. Tadeusz Trzaska).

Konsultacje ginekologiczne będzie przeprowadzał prof. Sajdak w swoim gabinecie przy ul. Słonecznej 10A od godz. 15.00. Pozostałe konsultacje będą w budynkach WIL przy Al. Niepodległości i przy ul. Nowowiejskiego od godz. 11.00. Wjazd na parking od al. Niepodległości.

Z uwagi na ograniczoną liczbę konsultacji oraz ze względów organizacyjnych prosimy o rejestrację telefoniczną do 16 października w Sekretariacie WIL, tel. 61 851 87 66 lub 61 852 58 60, wewn. 180 (p. Krzysztof Biegański) z podaniem adresu, daty urodzenia i telefonu kontaktowego.

INFORMACJI DODATKOWYCH UDZIELAJĄ ORGANIZATORZY
S.M. DZIECIUCHOWICZ – TEL. 600 027 032, A. PAJDOWSKI – TEL. 502 517 325,



WCM REMEDIUM nawiąże współpracę
na preferencyjnych warunkach finansowych
z rezydentem medycyny rodzinnej.

Zainteresowanych proszę o kontakt: 604 565 283

**Gabinet o pow. 25 m² do wynajęcia w obiekcie na poznańskich
Naramowicach, w którym przyjmują specjaliści z zakresu
kosmetykologii, fizjoterapii, dietetyki, medycyny estetycznej.**

Gabinet ma dostęp do łazienki z prysznicem.

Wysoki standard budynku, gabinet umeblowany, własny parking.

Kontakt pod numerem 668 494 955

**Areszt Śledczy
w Poznaniu**
zatrudni specjalistę
z I lub II stopniem
specjalizacji z zakresu
chorób wewnętrznych,
psychiatrii i dermatologii.

Informacje można uzyskać
pod numerem tel. 61 856 84 20
lub 61 856 83 22/323

**Wynajmę
gabinety lekarskie
na tyłach
Wielkopolskiego
Cetrum Onkologii.**

**Możliwość wynajęcia dowolna
– na wyłączność,
na dni
lub na godziny.**

Tel. kontaktowy 501 033 451

Acard
Nie trzeba słów,
żeby wiedzieć,
że to Acard.
UNIKATOWY
REZULTAT

maxigra go
weź mnie
bez recepty
dowiedz się więcej o leku

PIROLAM
3 sposoby
na grzybicze
choroby
żel na skórę
zawieszina
na skórę
płyn
na skórę
dostępne
bez recepty

pyrantelum
Medana
płyńcie
na owsiaka

Wiersze



RYSZARD KRAWIEC

Jabłko Adama

Wiemy z przekazu, iż rzekł kiedyś Pan
Gdy Adam w Raju smutny się mია:ł
„Nie jest to dobrze, by człowiek był sam –
Tu potrzebna jest jeszcze druga istota!

Ten smutek to pewnie z niespełnienia –
Bo wokół łąki, ptaki, kwiaty, zwierzyna,
Był zapewniony, żadnego zaskoczenia...
A może przysniła mu się dziewczyna?”

Pan, jakimś swoim, cudownym sposobem,
Kiedy zmysły Adama we śnie pogrążone
Były, z żebra wymodelował jemu osobę –
Ewę, by w zamyśle swym wyswatać na żonę.

Naga Ewa, kobieta (!), tęskniła za ciuszkami –
Mimo twardego zakazu danego przez Pana
Sama zjadła i Adama skusiła jabłuszkiem!
A całą tą niegodziwością obwiniła szatana.

Potem, oboje skąpo w slipki figowe odziani
Drżąc z lęku siedzieli w zaroślach łąpianu.
I... ogryzek jabłka utkwiał Adamowi w krtani
Gdy na pytanie: gdzieś ty? odpowiadał Panu.

Tak więc
Małżeństwo mąż – żona w Raju już zaistniało
I wiązał się z tym, jak widać, spory dramat.
A namacalnym dowodem, co się wtedy stało
Jest stercząca męska grdyka, czyli jabłko
Adama!



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 LESZNE

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

Niepubliczny Zakład Podstawowej
i Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej
Koramed sp. z o.o.

62-064 Plewiska, ul. Grunwaldzka 571
Pilnie zatrudni lekarzy specjalistów
PEDIATRII

LARYNGOLOGII

dla realizacji części kontraktu NFZ.
Prosimy o kontakt: tel. 600 370 110,
bsm@use.pl

N.Z.O.Z. PRZYCHODNIA STOMATOLOGICZNA



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 w Kościanie
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@gabinetymedyk.pl

Zatrudnimy do pracy w POZ
lekarza pediatrę
lub w trakcie specjalizacji
z **pediatrii**

w niepełnym wymiarze godzin.
tel. 609 768 492

Absolwenci Wydziału Lekarskiego
Akademii Medycznej w Poznaniu
Rocznik 1986–1992

Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie
z okazji
25-lecia ukończenia studiów

Spotkanie odbędzie się w sobotę, 21 października 2017 r.
w Hotelu IBB Andersia.
Plac Andersa 3, 61-894 Poznań o godzinie 19.00.

Koszt uczestnictwa 280 zł od osoby

Prosimy o dokonanie wpłaty na konto:
34 1140 2004 0000 3202 6493 5850 w mBank
W tytule przelewu prosimy napisać:
„Dyplomatorium – 25 lat po” oraz KONIECZNIE
„imię i nazwisko Gościa i numer grupy”

Prosimy o dokonanie wpłat do 10 października 2017 r.

UWAGA można zamawiać noclegi w Hotelu Andersia
na preferencyjnych warunkach. W celu rezerwacji
proszę kontaktować się bezpośrednio z recepcją hotelu
podając hasło: Dyplom 1992

Komitet Organizacyjny Dyplomatorium
Maciej Cymerys m.cymerys@plusnet.pl
Marek Stawniak

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



Prywatna Lecznica
CERTUS zatrudni
w placówce POZ
w Swarzędzu
pediatrę

Prosimy kontaktować się
z kierownikiem jednostki
lub
kierownik.dp@certus.med.pl

Pilnie zatrudnię lekarza dentystę.

Praca w ramach kontraktu oraz w gabinecie prywatnym.
Atrakcyjne wynagrodzenie,
forma zatrudnienia do uzgodnienia.
Kontakt 668 449 597

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.govpl
w zakładce: Struktura organizacyjna – lekarze sądowi, – biegli
oraz pod numerami telefonów: 61 62 83 052 i 61 62 83 055

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 ODSPRZEDAM

516 516 112

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

Nowo otwierana przychodnia

zatrudni
lekarzy rodzinnych, internistów i pediatrów

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

reklama termedia