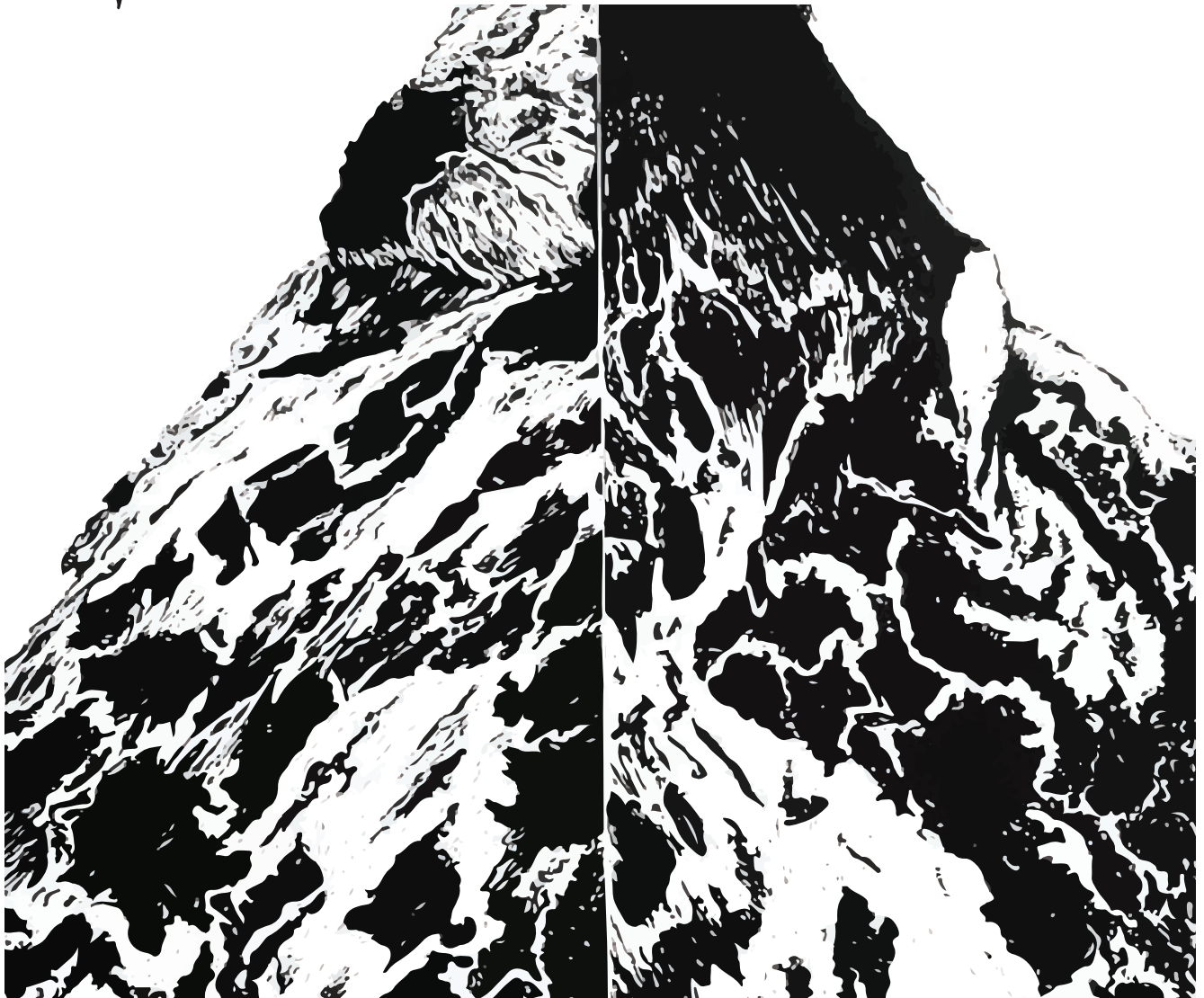


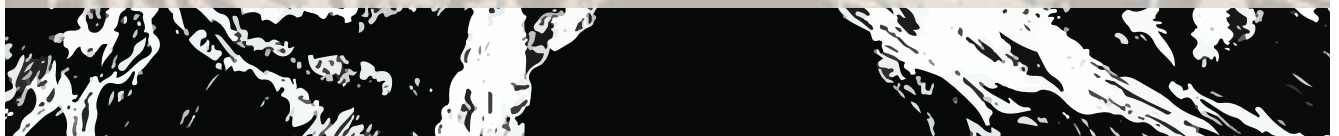


WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA



Nasza galeria

Marta Sawoni jest młodą artystką zajmującą się przede wszystkim sitodrukiem artystycznym, jednak nieobce są jej inne techniki graficzne, takie jak offset czy linoryt. Głównym obszarem poszukiwań autorki są emocje wyrażane w sposób metaforyczny, poprzez twórczość, a także rola sztuki w procesach terapeutycznych. Podstawę jej twórczości stanowią osobiste doświadczenia i przeżycia. Marta ukończyła w czerwcu 2017 r. grafikę warsztatową na Uniwersytecie Artystycznym w Poznaniu, broniąc dyplom w Pracowni Serigrafii prowadzonej przez prof. Mirosława Pawłowskiego. W październiku rozpoczęła studia II stopnia na kierunku grafika warsztatowa. Przedstawiona praca to linoryt, wydruk z wykonanej ręcznie matrycy.



POSTULATY

1. Pierwszy i najważniejszy postulat to zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia do poziomu nie mniej niż 6,8%PKB w ciągu najbliższych 3 lat - chcemy leczyć na poziomie europejskim.



2. Skrócenie kolejek.

3. Rozwiązanie problemu braku personelu medycznego - w Polsce na 1000 pacjentów przypada 2,2 lekarza, to najmniej w całej Unii Europejskiej.



4. Likwidacja biurokracji - na wizycie chcemy poświęcić czas pacjentowi, zamiast pełnić rolę sekretarki medycznej, uzupełniając dokumentację.

5. Poprawa warunków pracy i płacy w ochronie zdrowia - zapewni to kompleksowe leczenie z szybszym dostępem do całego zespołu specjalistów.



ZDROWIE TO NASZ PRIORYTET

Diagnoza wstępna

Spis treści

Moim zdaniem...	4
Izba nasza kochana...?	5
8000 tuż, tuż	5
Naszą partią jest ZDROWIE	6
Protest młodych lekarzy	8
Z miliarda tylko 26 milionów	9
Z medycznej wokandy	10
Dawka informacji	12
Świeradowski plener	13
SHORT CUTS	14
Październik w izbie	16
Pożegnania	17
Długie życie jest darem	18
Komisja Kultury proponuje	20
Wrześniowe Requiem	22
Poznaniacy mają „Asa”	23
Zarządzanie profesjonalne	24
Wypadek przy pracy a renta i brak możliwości zarobkowania	25
Harmonogram kursów	28
Wiersze	30

STRAJK



Trwa dramat lekarzy rezydentów. Głodówka to nie strajk taki jak inne. To nie jest nieprzychodzenie do pracy, nieprzyjmowanie dyżurów, czy – jak to się mówi – efekty strajku włoskiego. Tu na szalę rzucone zostało zdrowie i życie młodych ludzi. To desperacja. Przeglądając prasę ostatnich dni (tekst piszę 15 października), wyraźnie można zauważyć skrajności w komentowaniu wydarzenia: od popierania rezydentów i ich postulatów, po ich lekceważenie i ignorowanie. Szczytem bezczelności była wypowiedź w Sejmie posłanki PiS Józefy Hrynkiewicz, która głodujących lekarzy wysłała do pracy za granicę. Dla nadania rangi swojemu pomysłowi spytała ministra Konstantego Radziwiłła, czy tak jak wszyscy w Unii Europejskiej nasi lekarze mają możliwość dowolnego, zgodnego z ich własnym wyborem miejsca pracy. Ciekawe, co nam pani poseł powie za kilka lat, jeśli lekarze skorzystają z jej światłej rady i wyjadą z Polski?

Niestety, w wypowiedziach ministra, a także premier przeważa propaganda nad rzeczowymi argumentami. Do 2020 r. rząd miał wydać na zdrowie 5,2% PKB. Ale w Wieloletnim Planie Finansowym Państwa na lata 2017–2020 zapisano tylko 4,7%. No to jak to jest?

Protestujący lekarze pytają, dlaczego wbrew obietnicom nie skracają się, a czasem wręcz wydłużają kolejki do niektórych specjalistów, świadczeń i określonych badań? Na zabieg usunięcia zaćmy czas oczekiwania zwiększył się o kilka miesięcy. Sieć szpitali, która miała być lekiem na całe zło w przypadku zawału, zapewnia szybką interwencję po wystąpieniu tegoż, zostawiając stany przedzawałowe samym sobie – jak twierdzą kardiolodzy...

Wreszcie płace. W całej służbie zdrowia. Nie tylko lekarzy rezydentów. Pielęgniarki zarabiają grosze. Jeden z kolegów, szef kliniki, powiedział, że jest mu wstyd, gdy podpisuje listę płac dla pielęgniarek. Toteż pielęgniarki odchodzą. Na emeryturę albo wyjeżdżają. Co będzie za kilka lat, gdy ich faktycznie zabraknie? Domaganie się podwyżki wynagrodzeń dla lekarzy to historia kilkudziesięciu lat. Pamiętam, jak 30 czy nawet 40 lat temu przed dużą przychodnią przy ul. Kasprzaka w Poznaniu, gdzie pracowałem, organizowano protesty polegające na demonstracji z flagami w białych fartuchach. Chodziło o zwrócenie uwagi społeczeństwa na mizериę ochrony zdrowia. Niewiele to dawało, żeby nie powiedzieć, że nic. Były jakieś obietnice administracji, więcej szantaży, że przecież odchodzenie od łóżek pacjentów nie licuje z etosem zawodu lekarza... Tak jest do dziś. Teraz nawet nie wolno pacjentowi odwdzięczyć się pielęgniarce czy lekarzowi, bo to jest łapówka...

Młodzi lekarze wchodzący do zawodu ogłosili głodówkę. Nie wiem, do czego to doprowadzi. Obawiam się, że do dramatu. Zwłaszcza gdy administracja nadal będzie udawała, że praktycznie nic się dzieje, bo rząd przecież chce podwyżek dla personelu, tyle że nie wiadomo, kiedy to nastąpi: za 5 czy 8 lat. Lekarze oczekują konkretów, a nie obietnic i wysyłania ich za granicę. A w ogóle sytuacja finansowa państwa jest ponoć znakomita. Mamy nadwyżkę budżetową! Dlaczego więc rząd wzbrania się przed przeznaczeniem jej właśnie na zdrowie?!

Andrzej Baszkowski

Moim zdaniem...



Krzysztof Kordel
prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

...temat może być tylko jeden. Nie mogę nie odnieść się do protestu rezydentów. Pisałem kiedyś, że immanentną cechą młodości jest niecierpliwość. Nie dziwi mnie, że dla rezydentów perspektywa normalności w 2025 r. jest pełną abstrakcją, bo dla wielu z nich to równoważność ich całego życia. Bo wtedy ma być wreszcie normalnie.

My, nieco starsi i całkiem starsi, przyzwyczailiśmy się do tego, że nienormalność to właśnie to. Wielu z nas do dzisiaj za uczciwą pracę otrzymuje niewiele, a na życie zarabia, tyrając ponad siły. Dzisiaj w Internecie znalazłem wpis kobiety – córki pediatry. Wstrząsnęło mną zdanie, że będąc dzieckiem, na widok kufierka, z którym matka szła na dyżur, bolała ją brzuch. Pamięta, jak chora matka szła na dyżur, by leczyć chore dzieci. Czy to jest normalne?

Kiedyś porównałem uprawianie zawodu lekarza do uzależnienia narkotykowego. Wiesz, że to niezdrowe, ale musisz. I tu pojawia się pytanie, czy aby na pewno? I masz dylemat. Jak nie weźmiesz dyżuru, to ludzie zostaną bez pomocy. Poza tym jak nie weźmiesz, to czym nakarmisz rodzinę?

Nie będę odkrywać Ameryki, by znaleźć odpowiedź na pytanie, kiedy człowiek najbardziej potrzebuje pieniędzy. Oczywiście gdy jest młody i zakłada rodzinę. Na ostatnim dyplomatorium powiedziałem rodzicom naszych najmłodszych, że jeśli myślą, że przestaną być sponsorami własnych dzieci, to są w dużym błędzie. Za pensję stażysty – 2007 zł brutto – trudno zaszaleć. Inna sprawa, że wielu Polaków po miesiącu pracy tyle właśnie do domu przynosi. Nie dziwię się, że młodzi chcą lepiej zarabiać.

Moim zdaniem pensje rezydentów nie są głównym powodem ich protestu. Chcą przede wszystkim normalności i co ważniejsze – znaczna ich większość chce tej normalności we własnym kraju. Wcale mnie nie dziwi, że chcą nas leczyć. Mają alternatywę, bo mogą za granicą leczyć innych za znacznie większe pieniądze, ale być tam zawsze obcy. Zdeterminowani posłuchają głosu z ław sejmowych i wyjadą.

Zastanawiam się, czy niskie pensje lekarskie nie są działaniem celowym ze strony wszystkich rządzących. Minister propagandy w PRL, Feliks Widy-Wirski, miał powiedzieć, że lekarzom nie trzeba dużo płacić, bo i tak sobie dorobią. Nie ma nic lepszego niż przymus ekonomiczny, by zapewnić obsadę dyżurową. Chcesz zarobić, to bierz dodatkową pracę. Ktoś musi przecież dyżurować, zwłaszcza jak rodakom obiecało się powszechny dostęp do naszych usług i to przez całą dobę. Wielu ze starszych leka-

rzy jest już wypalona zawodowo i ma dosyć dyżurowania. Kto ich zastąpi? Ci, którzy nie mają wyboru – młodzi.

Niestety słyszałem takie wypowiedzi z ust starszych lekarzy – czego oni chcą? Jak byłem tak młody, to też zapier...łem na dyżurach, goniłem ze szpitala do poradni, a uczyłem się po nocach. To prawda, ale czy tak powinno być?

Pozwólcie na moje subiektywne spojrzenie na problem z pozycji medyka sądowego. Media z lubością epatują społeczeństwo wywiadem z dyrektorem dużego szpitala, który powiedział, że jest w stanie zapłacić za godzinę dyżuru na SOR czy wieczorynce nawet 100 zł za godzinę i nie może znaleźć chętnych. Można obliczyć, że za dobę pracy lekarz zarobi tyle co część Polaków za miesiąc. Nie chcą pracować, to znaczy, że im się d...ch przewracało. Myślę, że wiem dlaczego młodzi nie chcą, a raczej dlaczego boją się tam pracować. Normą przez wiele lat było to, że pacjent był grzeczny i kulturalny. Dzisiaj „norma” to agresja, chamstwo i roszczeniowość. Przez wiele lat człowiek umierał w szpitalu, bo był chory. Gdy dzisiaj umiera, to na pewno był to błąd personelu. W tym roku z konsultantami napisałem już ok. 90 opinii w sprawach o tzw. błąd. Tylko w 5% postępowanie medyków było niewłaściwe. Nie umiem natomiast powiedzieć, w jakim odsetku tych spraw głównym powodem było zmęczenie.

Moim zdaniem młodych trzeba poprzeć. Wraz z innymi prezesami izb byłem w sobotę pod urzędem Rady Ministrów. Uważam, że tak trzeba. Jak ich wszyscy wesprzemy, to może szybciej będzie normalnie. Może tego dożyjemy. Byłem też u tych, którzy najbardziej ryzykują. Są tam młodzi z Wielkopolski. Są zdeterminowani i podjęli duże ryzyko, walcząc o siebie czy i o nas.

Moim zdaniem jest szansa na zwrócenie uwagi Polaków, że nie da się dobrze i tanio. Może wreszcie do ogółu dotrze, że obietnicami polityków nie wypełni się luki pokoleniowej i nie da się cudownie rozmnożyć personelu medycznego. Na specjalistów trzeba czekać naście lat. Będąc lekarzami, wiemy, że cuda zdarzają się naprawdę tylko wyjątkowo. A może trzeba mieć odwagę i w izbie parlamentu czy na konferencji prasowej, patrząc w oczy suwerena, powiedzieć prawdę. Wiem, że łatwiej obiecać krainę szczęśliwości, najlepiej w długiej perspektywie czasowej, bo jest znaczne prawdopodobieństwo, że za te obietnice rozliczany będzie następcą, a na horyzoncie są kolejne wybory.

Obiecałem sobie kiedyś, że nie będę plugawił języka, dlatego też nie odniosę się do relacjonowania protestu przez media publiczne, ponieważ w sposób cywilizowany nie da się tego zrobić. Wydawało się, że są jakieś granice przyzwoitości.

O tempora, o mores!

Izba nasza kochana...?

(z pewnej perspektywy)

Powoli zbliżają się wyjątkowe w polskiej tradycji święta Bożego Narodzenia, poprzedzone adwentem, czasem oczekiwania i pogłębionej refleksji. Refleksji nad sensem pracy dla innego człowieka, nad przekazywaniem kolejnym pokoleniom wiedzy, doświadczenia, nad sensem wypełniania codziennych obowiązków w zmieniającej się rzeczywistości.

W rzeczywistości AD 2017 o pozycji i awansie decyduje system deklarowanych wartości i sympatii. Świadomie używam określenia „deklarowanych”, bo te prawdziwe, przekładające się na konkretne zachowania są czasami zgoła inne. Dekalog w szarości dnia i poza światłem kamery, szpalty biuletynu czy publicznego wystąpienia staje się dziwnie relatywny. Na początku było Słowo... cóż, że teraz straciło swoje pierwotne znaczenie. Jest prawda (czy rzeczywistość) dla wybranych, półprawda dla mas i – cytując ks. prof. Tischnera – „gówno prawda”. Menadżerowie doskonałą techniki zarządzania i realizacji swoich celów, zapominając o etyce. Tworzą kolejne kodeksy i zasady postępowania zastępujące proste „bądź przyzwoity”.

Może zamiast podpisywać kolejne deklaracje i zasiadać w pierwszych ławkach, warto by pomyśleć, czy nasze uprzywilejowane miejsce w szpitalu, poradni, na uczelni czy w różnych ważnych gremiach nie nakłada większej odpowiedzialności za nasze zachowania wobec otoczenia. Może czasami warto pójść pod prąd i pochylić się nad pracą salowej, portiera, rejestratorki

czy niepiastującej żadnego stanowiska pielęgniarki, kompetentnie i sumiennie wypełniającej codzienne obowiązki. Mimo że ważna, ale nie zawsze najważniejsza, jest kwestia wynagrodzenia, to każdy człowiek, a zwłaszcza podwładny, potrzebuje prostego, ale powiedzianego szczerze „dziękuję”.

Chcę mieć świadomość, że moja praca jest potrzebna, że małeńki trybik, jakim jestem w systemie opieki zdrowotnej, kręci się sprawnie i nikt nie robi łaski, umożliwiając mi godne wykonywanie mojego zawodu.

Jest jeszcze jedno, ostatnio wyjątkowo rzadko używane, słowo – „przepraszam”. Mogę się pomylić, mogę mieć gorszy dzień, mogę być skrajnie zmęczony kolejnym dyżurem, mogę nieświadomie komuś powiedzieć coś przykrego, ale zawsze mogę się zreflektować, pomyśleć o bliźnim. Na to magiczne słowo naprawdę nigdy nie jest za późno. A wtedy zapach choinki będzie jeszcze wspanialszy.

MAREK POPIELARZ

Literatura:

- Biblia Święta* – Berlin 1857
- Jonathan Haidt, *Prawy umysł*
- Daniel Kahneman, *Pułapki myślenia*
- Jaroslav Langer, *Grenzen der Herrschaft*
- Robert M. Pirsing, *Zen i sztuka oporządzania motocykla*
- Carol Tavris, Elliot Aronson, *Błądzą wszyscy (ale nie ja)*

8000 tuż, tuż

Codziennie rodzi się tutaj ok. 20 dzieci. Od 2014 r. roczne statystyki wykazują wzrost. W tej sytuacji konieczne jest zwiększenie liczby specjalistycznych stanowisk.

Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, jak informuje Lesław Ciesiółka, jego rzecznik prasowy, pozyskał już fundusze unijne, finalizowane są kolejne. Dzięki temu pojawią się nowe możliwości badań oraz przeprowadzania zabiegów i operacji. I tak na podstawie pobranych tkanek będzie można uzyskać, przy wykorzystaniu najnowocześniejszej technologii, informację o stanie zdrowia pacjentki w zakresie chorób nowotworowych. Sale operacyjne wzbogacą się o urządzenia do laparoskopii (także w trójwymiarze). Neonatologia może liczyć na nowy sprzęt oraz 2 dodatkowe stanowiska szczególnej opieki medycznej, co cieszy tym bardziej, że wymaga jej co trzeci niemowlak. Z kolei darczyńcom szpital zawdzięcza nową specjalistyczną karetkę.

Z 6 do 8 zwiększy się liczba stanowisk porodowych. Gdy chodzi bowiem o statystykę narodzin przy Polnej, jest ona na-

stępująca: 2014 r. – 7094 porody, 2015 r. – 7096, 2016 r. – 7608 (7837 dzieci).

A jeśli o dzieciach mowa, nie sposób nie wspomnieć, że szpital – na mocy umowy z miastem Poznań – realizuje program polityki zdrowotnej „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Poznania w latach 2017–2020”. Obejmuje on dofinansowanie procedury przez miasto w wysokości 5000 zł. (AP)



FOT. ANDRZEJ PIEGIŃCZAK

Naszą partią jest ZDROWIE

Nie jest tak, jak niektórzy uważają, że dla protestujących lekarzy rezydentów najważniejsze są ich pieniądze. Wystarczy rzucić okiem na listę postulatów. Jest zhierarchizowana. Płace umieszczono na ostatnim, piątym miejscu.

Priorytetowe jest zwiększenie przez trzy lata nakładów na ochronę zdrowia do poziomu europejskiego, nie niższego niż 6,8% PKB. Potem – likwidacja kolejek i rozwiązanie problemu braku personelu medycznego. Czwarte miejsce na tej liście przypada likwidacji biurokracji w ochronie zdrowia. Ostatnie poprawie pracy i płacy w ochronie zdrowia. Warto zwrócić uwagę na to, że najpierw pracy, a potem płacy.

Protest, jak wielokrotnie zapewniają jego organizatorzy, jest apolityczny. Sprzeciwiają się wszelkim partyjnym etykietom. Mówią: naszą partią jest ZDROWIE. Zdecydowali się na desperacki krok, bo przecież każdy protest głodowy ma negatywny wpływ na organizm. Co więcej, może nawet zagrażać życiu. Ale ich zdaniem nie można dłużej czekać. Systemowi ochrony zdrowia grozi bowiem zapaść. I pacjent, który już dzisiaj ma wiele powodów do narzekania, będzie w jeszcze gorszej sytuacji.

Determinacja lekarzy rezydentów jest, jak czytamy na stronie www.rezydenci.org.pl, „konsekwencją braku pozytywnej reakcji rządzących na wszystkie inne, wcześniejsze i bardziej łagodne formy wpływania związków zawodowych na rządzących w sprawie reformy ochrony zdrowia, w tym liczne listy, petycje, stanowiska, manifestacje, jak również obywatelski projekt ustawy w sprawie warunków zatrudnienia w ochronie zdrowia, pod którym Porozumienie Zawodów Medycznych zebrało prawie 240 000 podpisów.

Kto bierze udział w proteście? Lekarze rezydenci z PR OZZL oraz przedstawiciele innych zawodów medycznych. PR OZZL jest organizatorem protestu, protest popiera Porozumienie Za-

wodów Medycznych, największa reprezentacja pracowników ochrony zdrowia w Polsce, skupiająca 12 ogólnopolskich związków zawodowych i inne organizacje”.

Premier Beata Szydło spotkała się raz z protestującymi i oczykuje zakończenia protestu, wtedy gotowa jest ponownie zasiąść do stołu i rozmawiać. Na razie najczęściej pokazywanym i cytowanym w mediach urzędnikiem państwowym jest minister zdrowia Konstanty Radziwiłł, który znalazł się w sytuacji nie do pozazdroszczenia. Gdy był szefem Naczelnej Rady Lekarskiej, mówił jedno, teraz, będąc szefem resortu, mówi drugie. Przekonuje, że potrzebny jest czas, że dopiero w perspektywie kilku lat możliwe będzie odczuwalne zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia. A lekarze rezydenci odpowiadają, że czasu już nie ma. W gorączkowej dyskusji można było nawet usłyszeć, że minister powinien być pozbawiony prawa wykonywania zawodu. W poniedziałek, 16 października 2017 r., sam zrezygnował z członkostwa w Naczelnej Radzie Lekarskiej.

Poinformowała o tym rzeczniczka resortu zdrowia Milena Kruszewska, przekazując rano list Konstantego Radziwiłła prezesowi Naczelnej Rady Lekarskiej Maciejowi Hamankiewiczowi. Czytamy w nim między innymi: „Uprzejmie informuję, że z dniem dzisiejszym rezygnuję z członkostwa w Naczelnej Radzie Lekarskiej. Czynię to z dużym bólem, bo bez względu na pojawiające się w zmieniających się okolicznościach różnice zdań, dotychczas, mimo zawieszony ze względu na pełnioną przeze mnie funkcję ministra zdrowia aktywności w Radzie, za honor poczytywałem sobie przynależność do jednego z najwyższych gremiów samorządu lekarskiego”. Stwierdził, że jest dla niego zupełnie niezrozumiałe, że Maciej Hamankiewicz wystąpił do zagranicznych organizacji lekarskich, by wywarły presję na polski rząd, żeby ten zechciał w ogóle rozmawiać i „znalazł rozwiązanie zanim, protestujący lekarze umrą”.





Lekarze rezydenci protestują, korzystając z urlopów i dni wolnych od pracy, od 2 października ich reprezentacja prowadzi protest głodowy w Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Warszawie. Artykuł został złożony w redakcji we wtorek, 17 października.

Fot. (2x) Andrzej Piechocki

Tego samego dnia, czyli 16 października, organizatorzy protestu głodowego poinformowali o jego eskalacji. Porozumienie Zawodów Medycznych postanowiło o rozszerzeniu akcji na inne zawody medyczne (w pierwszej kolejności na pielęgniarki oraz ratowników medycznych) i na cały kraj. Stopniowo przystępować mają do niej kolejne miasta. Na wieść o tym minister Radziwiłł powiedział: „Ze zdziwieniem przyjmuję, że nie słucha się, co mówi rząd. Zwiększyliśmy nakłady na ochronę zdrowia i będziemy je zwiększać. Zwiększamy wynagrodzenia, pielęgniarki dostają coraz więcej, ratownicy, teraz rezydenci. Chcemy rozmawiać i wspólnie ustalać, jakie powinny być kolejne działania”.

Również tego samego dnia minister powołał, zgodnie z decyzją szefowej rządu, zespół w sprawie przyszłości służby zdrowia. Przy tej okazji ponownie informował, że w resorcie zdrowia prowadzone są prace nad ustawą gwarantującą wzrost nakładów na ochronę zdrowia do 6% PKB, a 2017 r. będzie rekordowy – nakłady na ochronę zdrowia przekroczą 80 mld zł (to oznacza 4,7% PKB). Lekarze rezydenci odmawiają udziału w pracach tego gremium.

Wcześniej, 14 października, w ponad 20 miastach odbyły się manifestacje studentów uniwersytetów medycznych wspierających lekarzy rezydentów. W Poznaniu na pl. Wolności (na zdjęciu) zgromadziło się ponad 200 osób. Wśród gości wspierających młodzież widziałem m.in. dr. Wojciecha Buxakowskiego, sekretarza Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, i Aleksandrę Banasiak, pielęgniarkę znaną z wydarzeń Poznańskiego Czerwca 1956.

Niektórzy zwracają uwagę na nieobecność w tej coraz bardziej skomplikowanej sytuacji prezydenta RP. Szef jego gabinetu, Krzysztof Szczerski, zapewnił, że Andrzej Duda „z uwagą śledzi rozwój wypadków związanych z protestem głodowym

lekarzy rezydentów” i „wierzy, że protest uda się zakończyć porozumieniem”.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zaapelowało do prezesa Rady Ministrów o „pilne spotkanie z protestującymi lekarzami, wysłuchanie ich postulatów oraz o podjęcie wszelkich leżących w gestii rządu działań zmierzających do rozwiązania nawarstwiających się od wielu lat problemów służby zdrowia, które legły u podstaw tego protestu. Samorząd lekarski stoi na stanowisku, że w chwili obecnej, kiedy rozmowy na szczeblu ministerialnym nie dają żadnych efektów, a jednocześnie zdeeterminowani młodzi lekarze stawiają na szali swoje zdrowie i życie, prezes Rady Ministrów nie powinien pozostawać bierny. Uważamy, że konieczne jest spotkanie z protestującymi, wysłuchanie ich postulatów i zaproponowanie akceptowalnych rozwiązań”.

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej jednomyślnie przyjęło stanowisko wyrażające „pełne poparcie dla prowadzonej w całym kraju akcji protestacyjnej lekarzy rezydentów” i zaapelowało do rządzących o „natychmiastowe podjęcie rozmów z protestującymi lekarzami rezydentami”.

Na stronie www.rezydenci.org.pl umieszczone zostało wezwanie: „Czas na zbieranie szabli – zapisz się do OZZL!”. W poniedziałek, 16 października, w programie „Kropka nad i” Jarosław Biliński, wiceprzewodniczący Porozumienia Rezydentów OZZL, rezydent hematologii, powiedział stanowczo: „To, co nas motywuje, to są pacjenci”. Zapytany, czy protestujący zgodziliby się na podwyższenie nakładów na ochronę zdrowia do 6% PKB w 2021 r., powiedział, że gdyby taka propozycja się pojawiła, to prawdopodobnie odpowiedź byłaby pozytywna. „Muszą jednak paść twarde, formalne deklaracje ze strony rządu”.

ANDRZEJ PIECHOCKI

Komentarz

Protest młodych lekarzy

14 października 2017 r. udaliśmy się prezesem ORL WIL dr. Krzysztofem Kordelem do Warszawy, aby uczestniczyć w Konwencji Prezesów Okręgowych Izb Lekarskich, w proteście lekarzy pod KPRM oraz spotkać się z głodującymi rezydentami i stażystami. W tym samym czasie w Poznaniu odbył się protest lekarzy na placu Wolności, w którym również uczestniczyli przedstawiciele WIL.

Przypomnę, że prezydium ORL WIL podjęło uchwałę jednoznacznie popierającą protest lekarzy.

Ponieważ sprawa protestów poruszyła środowisko medyczne, uważam, że poza krótką fotograficzną relacją umieszczoną na facebookowym profilu WIL i sporządzoną naprędce, winien jestem dodać parę słów wyjaśnienia i komentarza.

Protest młodych lekarzy nie zaczął się dziś ani wczoraj. Postulaty zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia oraz podniesienia uposażeń pracowników medycznych są podnoszone od wielu lat przez samorządy zawodowe, związki zawodowe działające w służbie zdrowia i towarzystwa naukowe. Nie jest też wynikiem akcji politycznej czy propagandowej wymierzonej przeciw konkretnej formacji politycznej. Jest natomiast konsekwencją narastających od wielu lat zaniedbań w ochronie zdrowia i odkładania głębokich reform w obawie przed negatywnym oddźwiękiem społecznym.

Myślę, że nie muszę tłumaczyć, jak bardzo gorący jest ten temat i jak bardzo bulwersuje opinię publiczną. Mamy do czynienia z liczeniem słupków poparcia, szacowaniem korzyści i strat z opowiedzenia się po danej stronie konfliktu. Niektórzy starają się „podpiąć” do protestu i zbić nieco kapitału na selfie z głodującymi, inni poprawiają swoje notowania u szefów ironizowaniem z protestu, rozmyciem postulatów, wyszukaniem zdjęć z misji humanitarnych. Jeszcze inni myślą, jak zmarginalizować protest. Rządzący atakują poprzedników za zaniedbania. Poprzednicy atakują następców. Dziennikarze i publicyści wyciągają gotowe rozwiązania i stają się ekspertami w zarządzaniu rynkiem medycznym. Jedni widzą gigantyczne niedobory finansowe, inni marnowane fundusze. Szuka się drugiego i trzeciego dna...

I tak właśnie rozmywiają się protesty, postulaty schodzą na plan dalszy i ku ucieście wielu dyskusje zataczają coraz szersze kręgi i odbiegają od sedna sprawy. A tu właśnie trzeba schłodzić głowy, zresetować się, bo nie o to chodzi. Problem jest naprawdę głęboki i nie da się go po prostu zamieść pod dywan.

Będąc w Warszawie z prezesem WIL, spotkaliśmy się z głodującymi lekarzami. Nie spotkaliśmy wśród nich polityków, cwaniaków, ludzi budujących kapitał polityczny, tylko skromnych, przestraszonych młodych ludzi, którzy po prostu powiedzieli... dość! Powiedzieli tak, ponieważ oni, wchodząc do tego systemu, mają jeszcze niespaczony obraz rzeczywistości, podobnie jak dzieci, które widzą świat takim, jaki jest naprawdę.

Ochrona zdrowia w Polsce stoi nad przepaścią. Luki w systemie są tak duże, że nie wystarczy kolejna reforma fasadowa. Konieczny jest powrót do korzeni i przeanalizowanie, jaka ta nasza ochrona zdrowia jest. A jaka jest? Delikatnie mówiąc,

upadająca... Opiera się na nierealnym założeniu, że za wielkie pieniądze można wykonać wszystko, leczyć bez ograniczeń, a wszelkie niedomogi systemu zwać na pazerność lekarzy i pielęgniarek. Po fali masowej emigracji znacznie skurczyły się tłumy pacjentów, którzy pokazywali nam zachód, mówiąc: patrzcie, jak tam się leczy, jaka tam jest służba zdrowia. Dziś mamy pacjentów, którzy wracają, by leczyć się w Polsce, bo „we wspaniałym tam” trzeba za wszystko płacić, bo „tam” dostaje się tylko paracetamol itd. Skoro z ław sejmowych słychać krzyki „niech jadą”, to trzeba zadać pytanie, kto ma leczyć w Polsce. Bo już dziś ten system ratują tylko lekarze pracujący ponad miarę. Spotykamy się z lekceważeniem lekarzy pracujących po kilka dyżurów bez przerwy, nawet umierających na tych dyżurach. W Internecie pojawiają się komentarze „ci pazerni lekarze, tylko kasy chcą...”. Pytam się zatem, kto ma dyżurować i jak mamy dyżurować mniej, skoro na oddziałach często pracuje dwóch lub trzech lekarzy? Prosta matematyka mówi, że na każdego przypada 10, 11 dyżurów miesięcznie. Czy to jest normalne? Lekarze rodzinni mają po 3000 pacjentów. Jak mają funkcjonować te gabinety? Też nabrali sobie tylu pacjentów z powodu pazerności? Skoro nas jest wystarczająco dużo, to znaczy, że oprócz gabinetów, które mają po 3000 pacjentów, muszą być i takie, które mają po 500. Zna ktoś takie? Skoro dyżurujemy z pazerności, dlaczego nie wprowadzi się ograniczeń? Naprawdę nie można, bo mamy kontrakty? To dlaczego kierowcy mogą mieć ograniczenia i nikt nie pyta, jak są zatrudnieni? Odpowiedź jest prosta – wszyscy wiedzą, że jeżeli lekarze nie będą pracować dużo, to system upadnie. Słabo opłacany lekarz jest ratunkiem dla systemu, bo tylko taki będzie chciał pracować ponad miarę. Prowadzona jest dyskusja, ile powinni zarabiać pracownicy służby zdrowia. Czy zarabiają za dużo? Skoro tak, dlaczego wprowadza się ustawę, w której określa się wieloletni plan doświadczenia do 1,27 średniej krajowej pensji dla lekarza ze specjalizacją? To są zarobki, które w sektorze prywatnym osiągną bez problemu najmłodszy ekonomiści, prawnicy czy informatycy. Możemy się tak dalej zastanawiać i obserwować odpływ lekarzy na zachód, gdzie nakłady na ochronę zdrowia wynoszą o wiele więcej niż pożądanego w Polsce 6,8% PKB.

Ci młodzi protestujący lekarze powiedzieli dość. Tak się dłużej nie da. Nie chcemy łątać systemu, pracując ponad miarę! Chcemy leczyć w godnych warunkach, za godziwe wynagrodzenie, chcemy, by pacjenci mieli dostęp do dobrych leków, leżeli w przyzwoitych warunkach i by miał ich kto leczyć. Jeżeli nie podejmiemy gruntownych działań reformujących ochronę zdrowia, czyli nie zbudujemy solidnej podstawy finansowania ochrony zdrowia, poprawy nie będzie. Tak naprawdę rządzący mają niepowtarzalną okazję, by zreformować ochronę zdrowia, bo poparcie społeczne i zrozumienie konieczności takiej reformy jest duże. Ostatnio taki moment był w 2009 r. na fali protestów, białych miasteczek itd. Wtedy tego nie zrobiono i efekty tamtych zaniedbań obserwujemy dziś.

Na zakończenie przytoczę słowa, które w wywiadzie po XII Krajowym Zjeździe Lekarzy powiedział... nieważne kto: „apeluję do rządzących, aby zaczęli słuchać środowiska medycznych, bo lekarze sroce spod ogona nie wypadli i najlepiej wiedzą, gdzie są błędy systemu...”.

MARCIN KAROLEWSKI

Zagraniczne leczenie ze środków NFZ

Z miliarda tylko 26 milionów

Gdy zaczęła obowiązywać unijna dyrektywa transgraniczna umożliwiająca polskim pacjentom zwrot kosztów leczenia w innych krajach UE, pojawiły się obawy, że NFZ temu nie podoła i wnet zabraknie pieniędzy. W żadnej mierze się one nie potwierdziły.

Najwyższa Izba Kontroli przedstawiła na początku października wyniki kontroli. I cóż się okazuje? Oto na realizację transgranicznych zobowiązań w latach 2014–2016 przeznaczono miliard złotych. Wydatkowano jedynie (uwaga!) ok. 26 mln zł. Niewykorzystane pieniądze w kolejnych latach przeznaczone były na zakup świadczeń udzielanych w kraju i to tylko w części na świadczenia będące głównym przedmiotem transgranicznej opieki zdrowotnej. Największą barierą w pełnym wykorzystaniu możliwości leczenia za granicą była konieczność samodzielnego sfinansowania zabiegów przez pacjentów, którym NFZ refundował koszty po zakończeniu leczenia.

To zaskakuje nie tylko ekspertów. Tym bardziej że – jak czytamy w raporcie – Polacy wykazywali zainteresowanie tą nową możliwością. „Z badań Eurobarometru, przeprowadzonych w październiku 2014 r. wynika, że 50% ankietowanych stwierdziło, że byłoby skłonnych podróżować do innego państwa członkowskiego unii, by skorzystać z leczenia. Głównym powodem takiego zainteresowania była możliwość szybszego skorzystania z terapii (44% wskazań). Ponadto z danych Komisji Europejskiej wynika, że Polacy są najbardziej zainteresowani transgraniczną opieką zdrowotną spośród mieszkańców krajów UE. W 2015 r. ponad połowa (31 tys.

Czego dotyczyły składane przez pacjentów wnioski?

W przytłaczającej większości zabiegów w zakresie soczewki oka, aż 91% zwrotu kosztów usunięcia zaćmy.

wniosków sukcesywnie wzrastała. Nadal liczba refundowanych w ten sposób świadczeń stanowiła jednak niewielki ułamek świadczeń udzielanych w kraju (ok. 0,1% planowanych świadczeń). Największe zainteresowanie korzystaniem z procedury zwrotu kosztów było wśród mieszkańców województw dolnośląskiego, opolskiego i śląskiego”.



Fot. I. Szatkala

z niemal 60 tys.) wszystkich informacji na ten temat w UE udzielono w Polsce.

Od 15 listopada 2014 r. do 10 lutego 2017 r. do NFZ wpłynęło 17 090 wniosków o zwrot 54,7 mln zł kosztów za leczenie za granicą. Liczba składanych

Czego dotyczyły składane przez pacjentów wnioski? W przytłaczającej większości zabiegów w zakresie soczewki oka, aż 91% zwrotu kosztów usunięcia zaćmy. Na drugim miejscu sytuują się schorzenia stawów.

Najwyższa Izba Kontroli wnioskuje do ministra zdrowia o:

- uproszczenie procedury rozpatrywania wniosków o zwrot kosztów opieki zdrowotnej uzyskanej w innym niż RP kraju członkowskim UE i dokonywania zwrotów,
- wypracowanie i wdrożenie mechanizmów zapewniających osobom, które skorzystały z opieki zdrowotnej poza granicami kraju i wymagają dalszej obserwacji medycznej, dostępu do obserwacji, jaka byłaby zapewniona w przypadku skorzystania z opieki zdrowotnej na jego terytorium.

(AP)

Z medycznej wokandy

Czy lekarzom rzeczywiście przysługuje taka ochrona prawna jak funkcjonariuszom publicznym?

Ostatnie wydarzenia związane ze strajkiem głodowym lekarzy rezydentów wywołały ogromną falę hejtu, która dotknęła zwłaszcza liderów protestujących. Istnieje obawa, że taka narracja może skłaniać lub nawet prowokować niektórych do podejmowania przestępczej aktywności nie tylko w warstwie słownej.

Trzeba od razu dodać, że w przeszłości pod tym względem nie było lepiej. Znane są i to wcale nierzadkie przypadki agresji nie tylko słownej, lecz także przybierającej postać naruszeń nietykalności cielesnej czy też nawet groźniejszych ataków, a nawet zabójstw. Nie bez powodu Naczelna Izba Lekarska oraz Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych wdrożyły program monitorowania agresji w ochronie zdrowia. Podczas odbywającego się w lutym IV Kongresu Prawników Wielkopolski zespół, w którego pracach jeden ze współautorów tego tekstu miał zaszczyt uczestniczyć, pochylił się nad bezpieczeństwem prawnym lekarzy (więcej na stronie <http://www.poznan.sa.gov.pl>).



JERZY SOWIŃSKI



JĘDRZEJ SKRZYPCZAK

tekście poruszanego tu tematu warto wskazać w tym katalogu na prawo każdego – w tym rzecz jasna lekarza – do ochrony godności osobistej i nietykalności cielesnej, ochrony prawnej życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia, a także innych dóbr osobistych (art. 30 i 47 konstytucji, art. 23 Kodeksu

Trzeba tu wyjaśnić, że na mocy przepisów ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry oraz ustawy Państwowym Ratownictwie Medycznym lekarzowi już obecnie zagwarantowano ochronę, jaka przysługuje funkcjonariuszowi publicznemu. Co zatem jest problemem? Skoro jest tak dobrze, dlaczego jest tak źle?

Z pewnością w diagnozie praw lekarzy może być pomocna Karta praw lekarza (<http://www.nil.org.pl/dzialalnosc/agresja-w-ochronie-zdrowia/karta-praw-lekarza>) zawierająca zbiór praw przedstawicieli tego zawodu. Trzeba od razu zastrzec, że karta jest dokumentem, który jedynie zbiera, porządkuje i przytacza rozproszone do tej pory przepisy prawne. Nie jest to akt normatywny. Takie gwarancje ochrony praw lekarza istnieją jednak od dawna i to zarówno w konstytucji, jak i ustawach. W kon-

cywilnego, art. 212, 216 i 217 Kodeksu karnego).

W trakcie prac wspomnianego zespołu zajmującego się bezpieczeństwem prawnym lekarzy analizowano m.in. kwestię, czy lekarz powinien być traktowany jak funkcjonariusz publiczny, czy należy postulować jedynie zapewnienie medykom ochrony jak funkcjonariuszom publicznym.

Warto przypomnieć, że art. 115 § 13 k.k. taksatywnie wymienia osoby uznawane za funkcjonariuszy publicznych, zali-

czając do nich m.in. przedstawicieli władz państwowych i samorządowych oraz pracowników organów kontroli. Z pewnością nie ma w tym katalogu lekarzy. Wydaje się, że rozciągnięcie pojęcia funkcjonariusza publicznego również na lekarzy należałoby potraktować jako sprzeczne z zamiarem ustawodawcy, ale także z interesem tej grupy zawodowej. Należy bowiem podkreślić, że włączenie lekarzy do tego katalogu oznaczałoby – z jednej strony – faktycznie szerszy zakres ochrony prawnej, z drugiej zaś – znacznie szerszy i surowszy zakres odpowiedzialności prawnej. Co jednak warto podkreślić, przyznanie lekarzowi statusu funkcjonariusza publicznego nie stanowi warunku koniecznego do uzyskania przez niego takiej ochrony. Można zatem postulować przyznanie lekarzom ochrony prawnej jak funkcjonariuszom publicznym, co zresztą się już dzieje w obowiązujących regulacjach. Tylko czy są one wystarczające?

Najpierw trzeba zadać pytanie, co to oznacza i co to zmienia w statusie prawnym lekarza. Najkrócej i najprościej tłumacząc, należałoby stwierdzić, że w takim wypadku odnośnie do tego samego przestępczego zachowania sprawy będziemy mieli do czynienia na gruncie odpowiedzialności karnej z inną kwalifikacją prawną, a co za tym idzie, nieco surowszym zagrożeniem karą przypadków znieważenia czy naruszenia nietykalności. Ale co może najistotniejsze, są to przestępstwa tzw. publicznoskarżowe, co oznacza, iż to oskarżyciel publiczny albo – inaczej mówiąc – prokurator będzie ścigał sprawcę i oskarżał przed sądem. W przypadku przestępstw prywatnoskarżowych, do których zalicza się m.in. przewidziane w art. 212 k.k. znieważenie czy też opisane w art. 216 k.k. znieważenie bądź w art. 217 k.k. naruszenie nietykalności cielesnej, pokrzyw-

dzony, czyli w tym przypadku lekarz, który stał się ofiarą takiej napaści, będzie musiał sam podjąć się tego zadania. W przypadku znieważenia funkcjonariusza podczas i w związku z pełnieniem obowiązków służbowych art. 226 k.k. przewiduje grzywnę, karę ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

Należy tu wyjaśnić, że na mocy przepisów ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentyisty oraz ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym lekarzowi już obecnie zagwarantowano ochronę, jaka przysługuje funkcjonariuszowi publicznemu. Co zatem jest problemem? Skoro jest tak dobrze, dlaczego jest tak źle? Otóż ochrona obejmuje jedynie przypadki określone w treści powyższych przepisów, tzn. w przypadku udzielania pomocy doraźnej i w tzw. wypadkach niecierpiących zwłoki. Zgodnie bowiem z art. 44 ustawy zawodowej lekarskiej lekarzowi wykonującemu czynności w ramach świadczeń pomocy doraźnej lub w przypadku, o którym mowa w art. 30 (obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej), przysługuje ochrona prawna należąca funkcjonariuszowi publicznemu. Z kolei zgodnie z art. 5 ustawy z 8 września 2006 r. o PRM osoba udzielająca pierwszej pomocy, kwalifikowanej pierwszej pomocy oraz podejmująca medyczne czynności ratunkowe korzysta z ochrony przewidzianej k.k. dla funkcjonariuszy publicznych.

Problemem jest to, że sądy stosują bardzo zawężoną wykładnię powyższych przepisów. Przytoczyć tu można stosunkowo nowe stanowisko SN wyrażone w postanowieniu z 28 kwietnia 2016 r. (sygn. akt I KZP 24/15). Stan faktyczny w tej sprawie przedstawiał się następująco. Pokrzywdzony pracował w pewnym szpitalu jako lekarz i w dniu zdarzenia przebywał w pomieszczeniach szpitalnego oddziału ratunkowego, pełniąc dyżur jako członek karetki pogotowia i pozostając w gotowości do podję-

cia czynności medycznych. Oskarżony z kolei miał natarczywie domagać się od tego lekarza wystawienia karty zgonu zmarłego w nocy członka rodziny, a po odmowie miał publicznie zarzucić mu brak umiejętności i spowodowanie śmierci pacjenta. Sąd Najwyższy przesądził w tej sprawie (i taka wykładnia obowiązuje), iż lekarz korzysta z ochrony na-

chodzi zatem tylko o to, aby państwo z całym swoim aparatem ścigania i ochrony prawnej przyszło z pomocą lekarzowi udzielającemu pomocy, który w związku z wykonywaniem zawodu został znieważony czy też naruszono jego nietykalność cielesną. Niestety takie postulaty nie mają siły sprawczej, gdy nie ma woli politycznej decydentów bądź suwerena. A tak jest – jak się wydaje – obecnie.

leżnej funkcjonariuszowi publicznemu tylko od chwili odebrania zindywidualizowanego wezwania lub podjęcia stosownych działań z własnej inicjatywy aż do czasu udzielenia pomocy. Ta ochrona prawna nie obejmuje okresu pełnienia przez lekarza dyżuru na szpitalnym oddziale ratunkowym, jeśli polega on tylko na oczekiwaniu na wezwanie do wyjazdu załogi karetki pogotowia ratunkowego.

Dla porządku przypomnijmy, że taką ochronę lekarzowi gwarantują także inne akty normatywne. Otóż zgodnie z art. 2 ust. 3 ustawy o lekarzu sądowym, lekarz sądowy przy wykonywaniu czynności związanych z wydawaniem zaświadczeń korzysta z ochrony prawnej przysługującej funkcjonariuszom publicznym. Z kolei w myśl art. 55 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych osoba udzielająca świadczeń opieki zdrowotnej poza siedzibą świadczeniodawcy i jednostkami organizacyjnymi świadczeniodawcy korzysta z ochrony prawnej przewidzianej w k.k. dla funkcjonariuszy publicznych.

Warto tu dodać, że w przypadku innych zawodów medycznych ta ochrona

zapewniona jest w szerszym zakresie, ponieważ nie ogranicza się do pomocy doraźnej i nagłych przypadków. Na przykład zgodnie z ustawą z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej osoby wykonujące te zawody podczas i w związku z wykonywaniem czynności polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych (a więc nie tyl-

ko ograniczonych do sytuacji pomocy doraźnej) korzystają z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych na zasadach określonych k.k.

Wspomniany zespół działający w ramach IV Kongresu Prawników Wielkopolskich dostrzegł zatem konieczność zaproponowania zmiany treści przepisu art. 44 ustawy o zawodzie lekarza oraz lekarza dentyisty poprzez rozszerzenie zakresu ochrony jak dla funkcjonariusza publicznego dla lekarza także podczas wykonywania każdej czynności zawodowej oraz w sytuacjach, w których potrzebna ochrona wynika z kierowanego wobec lekarza zachowania związanego bezpośrednio z wykonywanym przez niego zawodem. Chodzi zatem tylko o to, aby państwo z całym swoim aparatem ścigania i ochrony prawnej przyszło z pomocą lekarzowi udzielającemu pomocy, który w związku z wykonywaniem zawodu został znieważony czy też naruszono jego nietykalność cielesną. Niestety takie postulaty nie mają siły sprawczej, gdy nie ma woli politycznej decydentów bądź suwerena. A tak jest – jak się wydaje – obecnie.

Zmiana godzin pracy biura WIL 13 listopada 2017 r.!

Z uwagi na uroczystość wręczenia Praw Wykonywania Zawodu 13 listopada 2017 r. biuro Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu będzie czynne w godzinach 8.00–15.00.

Za utrudnienia przepraszamy.

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.

Unikatowa ablacja

10 i 11 października 2017 r. w Pracowni Elektrofizjologii Serca Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego UM w Poznaniu przeprowadzony został u trzech kolejnych pacjentów unikatowy na polską skalę zabieg żyłnej ablacji alkoholowej komorowej arytmii serca. Jest on nowatorską alternatywą terapeutyczną dla wyselekcjonowanej grupy pacjentów z uporczywą arytmia komorową oporną na dotychczasowe leczenie. Polega na wytworzeniu ograniczonej blizny łącznotkankowej w miejscu powstawania arytmii poprzez wprowadzenie przez naczynia żyłne do lewej komory serca wysokoprocentowego alkoholu metylowego. Ta inwazyjna metoda nie wymaga otwarcia klatki piersiowej i operacji na otwartym sercu, co istotnie wpływa na szybką rekonwalescencję pacjentów, a poprawa stanu ich zdrowia zauważalna jest niemal od razu. Zabieg ablacji zapobiega rozwojowi kardiomiopatii doprowadzającej do niewydolności serca.

Zespół elektrofizjologów I Kliniki Kardiologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu przeprowadził zabieg z udziałem światowej sławy specjalisty z zakresu elektrofizjologii serca, prof. Miguela Valderrabano z Methodist DeBakey Heart & Vascular Center w Houston (Texas, USA).

SZCZEPAN COFTA
NACZELNY LEKARZ SZPITALA
WWW.SK1.POZNAN.PL

Minus 11 000

Obniżenie wieku emerytalnego najważniejszym problemem okazuje się dla służby zdrowia. Tylko w październiku 11 tys. pielęgniarek odchodzi na emeryturę. Według danych Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, w najbliższych 10 latach aż jedna trzecia spośród ok. 200 tys. czynnych zawodowo pielęgniarek skończy z pracą. Do 2030 r. z rynku pracy zniknie co najmniej połowa. Większość pracujących ma 50 lat lub więcej.

Młodych – jak na lekarstwo, bo w ostatniej dekadzie prawie nie wchodziły do zawodu.

ZUZANNA BUKŁAHA
WWW.POLITYKA.PL

Wszystkie są „A”

Komitet Ewaluacji Jednostek Naukowych (KEJN) w ramach kompleksowej oceny jakości działalności naukowej lub badawczo-rozwojowej jednostek naukowych 2017 r. zarekomendował kategorię A dla wszystkich wydziałów Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

Uzyskanie kategorii A było możliwe dzięki systematycznej i odpowiedzialnej pracy wszystkich pracowników uniwersytetu. Osobne podziękowania należą się zespołom dziekańskim opracowującym wiosną tego roku ankietę parametryczną, pracownikom Biblioteki Głównej, Działu Informatyki, Działu Analiz i Rozwoju, a także Działu Nauki, Innowacji i Zarządzania Projektami.

WWW.UMPEDU.PL

TIAGO już w Poznaniu

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu jest jednym z partnerów projektu ENRICHME (*Enabling Robot and assisted living environment for Independent Care and Health Monitoring of the Elderly* – Analiza potrzeb osób starszych w kontekście możliwości zastosowania robotów pomagających im funkcjonować samodzielnie w domu) realizowanego w ramach Europejskiego Programu Ramowego w zakresie Badań Naukowych i Innowacji (Horyzont 2020). Profesor Katarzyna Wieczorowska-Tobis z Katedry i Kliniki Medycyny Paliatywnej jest kierownikiem naukowym projektu.

Przedsięwzięcie realizowane od 2015 r. ma cztery etapy. Pierwszy to analiza potrzeb i oczekiwań związanych z robotem przez potencjalnych użytkowników, dru-

gi – stworzenie robota na podstawie wyników analiz, trzeci – testowanie robota w warunkach laboratorium, i czwarty – walidacja w środowisku zamieszkania osób starszych. W trakcie pierwszego etapu, w którego realizacji główną rolę odegrał Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, wykazano, wbrew powszechnemu przekonaniu, że osoby starsze są bardzo otwarte na wsparcie ze strony robota i mają pozytywniejsze na ten temat zdanie niż ich młodszy opiekunowie.

Obecnie rozpoczęto czwarty etap projektu. Dotarły już do Uniwersytetu Medycznego oba roboty TIAGO, które będą przekazane do użytkowania osobom starszym. Roboty są przygotowywane do testowania w laboratorium imitującym warunki domowe. Wstępne wyniki fazy przedstawienia robota uczestnikom są bardzo obiecujące.

WWW.UMPEDU.PL

Wielkopolskie Centrum Onkologii przypomina

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym kobiet, stanowi także drugą (po raku płuca) przyczynę umieralności Polek. Jest to rak hormonozależny, związany z poziomem endogennych hormonów i zachowaniami prokreacyjnymi, a te w większości nie poddają się prewencji pierwotnej. Z tych powodów jedyną skuteczną metodą zmniejszenia umieralności na ten nowotwór pozostaje prewencja wtórna, polegająca na wykrywaniu zmian nowotworowych w możliwie najwcześniejszym stadium rozwoju. Kobiety różni budowa piersi oraz indywidualne czynniki ryzyka, dlatego nie ma jednego, idealnego dla wszystkich kobiet badania przesiewowego. Mimo to, biorąc pod uwagę wiek, dla kobiet bez objawów raka piersi oraz dodatkowych czynników ryzyka można wskazać pewien schemat badań.

Udowodniono, że skrining (tj. badania przesiewowe) piersi oparty na badaniu mammograficznym może obniżyć umieralność o 20–38% znacznie zwiększyć nie tylko czas przeżycia, ale także komfort życia. W związku z powyższym przypominamy wszystkim Wielkopolankom, że w Wielkopolskim Centrum Onkologii każda kobieta w wieku 50–69 lat

Andrzej Piechocki

może wykonać bezpłatnie, bez czekania i bez skierowania profilaktyczne badanie mammograficzne.

WWW.WCO.PL

Niepokojący sygnał

25,3 tys. razy rodzice odmówili zaszczepienia dzieci w I połowie 2017 r. To o 10% więcej niż w całym 2016 r. Jeśli takie tempo się utrzyma, za 6 lat nie będziemy chronieni przed epidemią. Rosnąca z roku na rok liczba odmów szczepień to wg ekspertów efekt skuteczności ruchów antyszczepionkowych. Nieszczęście maluchów to już nie tylko fanaberia niektórych opiekunów. Dane wyraźnie potwierdzają, że stało się to niezdrową modą. O ile w 2012 r. było 5,3 tys. przypadków odmów poddania się szczepieniom, o tyle 2 lata później było to już 12,6 tys. Liczba stale rośnie i w tym roku padnie rekord. Potwierdzają to dane Państwowego Zakładu Higieny.

– To bardzo niepokojący sygnał. Nie spadliśmy jeszcze co prawda poniżej progu wyszczepialności, który chroni całą populację przed powrotem zakaźnych chorób, ale zmierzamy w tym kierunku – alarmuje prof. Andrzej Zieliński, były konsultant krajowy w dziedzinie epidemiologii. I dodaje, że jeśli udział zaszczepionych z obecnych 95% ogółu spadnie poniżej 80–85%, to wirusy czy bakterie będą się swobodnie rozprzestrzeniać.

KLARA KLINGER, PATRYCJA OTTO
WWW.GAZETAPRAWNA.PL

WOŚP będzie zbierać na szpitale położnicze

Nowoczesny sprzęt dla szpitali położniczych to cel przyszłorocznego 26. Finału Wielkiej Orkiestry Świątecznej

Pomocy. Taką informację podała WOŚP po próbie bicia rekordu w resuscytacji krążeniowo-oddechowej. – W wydarzeniu wzięło udział ponad 85 tys. osób – informuje TVN.

– 14 stycznia rozpoczynamy nasz kolejny finał. Tym razem temat: „Dla wyrównania szans w leczeniu noworodków”. Mamy nadzieję, że „pofruniemy” z nim nad całą Polską i jak zwykle zbierać będzie dla nas cały świat – zapowiedział Jerzy Owsiak. Dodał, że WOŚP chce trafić przede wszystkim do szpitali I stopnia. Fundacja będzie zbierała pieniądze na szpitale położnicze. Chce wyposażać je w stanowiska do resuscytacji noworodków, nowoczesne inkubatory, aparaty do nieinwazyjnego wspomagania oddychania, pompy infuzyjne, specjalistyczne aparaty USG oraz pulsoksymetrię. – Uważamy, że najwyższy czas na to, aby w szpitalach I stopnia, na oddziałach położniczych znajdował się bardzo profesjonalny i nowoczesny sprzęt – podkreślił szef WOŚP.

WWW.TERMEDIA.PL

Innowacyjna forma kontaktu

Dzięki długoletniej współpracy z Poznańskim Centrum Superkomputerowo-Sieciowym została stworzona możliwość stałego bezpośredniego połączenia bloku operacyjnego Kliniki Otolaryngologii ze smartfonami kadry kierowniczej kliniki. Łączność ta obejmuje przekaz obrazu z sali operacyjnej z mikroskopu operacyjnego, z endoskopu i z pola operacyjnego makro. Daje również możliwość kontaktu głosowego. Łączność ta działa przez całą dobę i oferuje innowacyjną formę bardzo szybkiego kontaktu oraz konsultacji w trakcie zabiegów.

WWW.ORL.AMPEDU.PL

Świeradowski plener



Od 26 czerwca do 2 lipca w BIOREZYDENCJI gościli – już po raz siódmy – na dorocznym plenerze malujące lekarki z Poznania. Przyciąga je w Góry Izerskie zarówno niepowtarzalna atmosfera, stwarzana artystkom przez właścicieli obiektu, jak i nasze krajobrazy ze swą magią i niepowtarzalnymi zjawiskami (wschody i zachody słońca, mgły, niskie pułapy chmur itp.). Lidia Kot, opiekun grupy, uważa, że te dolnośląskie klimaty i wręcz „inne” słońce nie mają odpowiednika nigdzie w Polsce.

Uczestniczki pleneru złożyły też wizytę w Görlitz, by po raz pierwszy zmierzyć się z architekturą, która w zakamarkach niektórych uliczek przypomina włoskie miasta.

30 czerwca do artystek przyjechała prof. Marta Smolińska z Uniwersytetu Artystycznego w Poznaniu (fot. powyżej), by wygłosić wykład pt. *Dermatologia malarska: obraz skóry a skóra obrazu*.

Zajmowanie się formami życia człowieka to jeden z głównych celów sztuki, jednak sztuka, która zmagają się z tragedią ludzką skupiając się tylko na formie, barwie i estetyce, popada w przeciętność. Medycyna natomiast to praktykowana filozofia życia oraz śmierci, a więc można rzec, że medycyna i sztuka są nierozdzielne, krążąc wokół cudu, jakim jest życie. I to właśnie chciała zebrany przekazać pani profesor.

(AKA)



PERYSKOP

onet.pl

Janusz Skowronek

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

Nie wszystkie leki onkologiczne mają skuteczność potwierdzoną badaniami

Wiele leków onkologicznych zarejestrowanych w Unii Europejskiej w latach 2009–2013 nie ma dostatecznego potwierdzenia w badaniach, że wydłużają życie pacjentów lub poprawiają jakość ich życia – sugerują badania opublikowane na łamach „British Medical Journal”. Ekspertyzę w tej sprawie opracowali specjaliści brytyjscy z King’s College London oraz London School of Economics pod kierunkiem prof. Husejina Naciego. Twierdzą oni, że na 68 leków onkologicznych zatwierdzonych do użycia w latach 2009–2013 jedynie 35 (51%) wykazywało większą skuteczność działania i poprawę jakości życia chorych w porównaniu ze stosowanymi już terapiami lub placebo.

Autorzy raportu twierdzą, że aż 33 pozostałe preparaty z tej grupy (49%) zarejestrowano do użycia, choć nie spełniały tych dwóch kryteriów, są na ogół kosztowne i mogą powodować działania niepożądane.

Brytyjscy specjaliści uważają, że nie powinno się dopuszczać do użycia leków niespełniających odpowiednich wymogów. Podkreślają, iż zatwierdzanie leków drogich, które nie legitymują się korzyściami potwierdzonymi odpowiednimi badaniami, sprawia, że pacjenci stosują leki szkodliwe, a środki publicznej opieki medycznej są marnotrawione.

Profesor Vinay Prasad z Oregon Health & Science University wyjaśnia, że chodzi głównie o badania wykazujące skuteczność leków w sposób pośredni, np. ograniczające się wyłącznie do testów laboratoryjnych. Jego zdaniem jest to niewystarczająca procedura, która powinna być wyjątkiem, kiedy nie ma innej możliwości, a nie regułą.

SHORT CUTS

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



„Będę nudny..”

Pewne tematy mają właściwość bu-merangu – wracają. Siedem lat temu, także w numerze listopadowym „Biuletynu WIL”, zająłem się wyglądem dyplomu, który otrzymują absolwenci Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Jak Państwo być może pamiętają, nie byłem zachwycony jego formą, treścią i wyglądem. Najbardziej jednak bulwersował mnie napis wytłoczony na okładce: „Dyplom ukończenia jednolitych studiów magisterskich”. Teksty zamieszczone na wewnętrznych stronach dyplomu także nie zachwycały. Generalnie zarzucałem „dyplomowi”, że jest mało indywidualny i nie podkreśla odrębności studiów lekarskich. Postulowałem także, by władze UMP zastanowiły się nad zmianą, jeśli już nie formy, to przynajmniej treści dyplomu. Co prawda władze Uniwersytetu nie ustosunkowały się oficjalnie do przedstawionych uwag, to jednak na tzw. *offie* słyszałem komentarze, że nie są nimi zbyt zachwycone. Oczywiście pojawiał się także argument, że wygląd i treść dyplomu określa stosowne rozporządzenie. Faktycznie tekst rozporządzenia z 2009 r. nie pozostawiał wiele miejsca na inwencję uczelni, ale... Jak już wcześniej pisałem, można było zawalczyć na etapie jego tworzenia, by jednak dyplom lekarza był dyplomem lekarza, a nie absolwenta „jednolitych studiów magisterskich”. Tym bardziej, że gdy ja kończyłem poznańską uczelnię, otrzymałem „Dyplom Lekarza”. Tylko tyle i aż tyle. Lata minęły i w tym roku ponownie miałem przyjemność brania udziału w „Dyplomatorium” absolwentów I Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Z zacięciem obejrzałem dyplom otrzymany, tym razem, przez mojego syna Wojciecha. Oprócz dumy z tego faktu oraz tego,





Fot. Adam Wójcikiewicz

że to już piąte, kolejne, pokolenie lekarzy noszących nazwisko Ożegowski, ze zdumieniem skonstatowałem, że dyplom ten nadal nie jest „Dyplomem Lekarza” (zdj. 1), a okładka nadal jest w standardowym brązowym kolorze (Pantone nr 4695C – jak to określało wspomniane wcześniej rozporządzenie z 2009 r.). By jednak oddać sprawiedliwość Uniwersytetowi, napis na okładce tym razem brzmiał: „DYPLOM UKOŃCZENIA JEDNOLITYCH STUDIÓW MAGISTERSKICH NA KIERUNKU LEKARSKIM” (zdj. 2). Czyli jednak nastąpił postęp, ale wg mnie nadal niezadowalający. W ewentualnej odpowiedzi władze UMP zapewne stwierdzą, że treści zamieszczane na okładce dyplomu oraz w jego wnętrzu (tak na marginesie także dość „zabawnie” wypełnionym – zdj. 3) wynikają z zapisów stosownego rozporządzenia. I to jest prawda – obecne dyplomy są opisane w rozporządzeniu z 2011 r. Ale prawdą jest także to, że zgodnie z art. 167 ust. 1 pkt 1a ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym wzór dyplomu zatwierdza senat uczelni, a wspomniane rozporządzenie z 2011 r., jest bardziej elastyczne i daje więcej możliwości uczelni w określeniu formy i wyglądu dyplomu, a także nie narzuca już koloru okładki, tak jak to czyniło rozporządzenie z 2009 r. Muszę przyznać, że wiele uczelni skorzystało z tego, o czym mogłem się przekonać, oglądając dyplomy tych uczelni w Internecie. Zapewne zastanawiają się Państwo, po co ja to wszystko opisuję, przecież już raz to robiłem. Otóż przyczyna jest taka. Obecne rozporządzenie określające wygląd i treść dyplomów ukończenia studiów (to z 2011 r.) jest, jak to się określa, „uznane za uchylone”. Aktem, który je uchylił, jest ustawa z 2015 r. o zintegrowanym systemie kwalifikacji. Ustawa ta wprowadza Polską Ramę Kwalifikacji i przypisuje odpowiednie poziomy kolejnym szczeblom edukacji. Ukończenie studiów na wydziale lekarskim odpowiada 7. poziomowi. Ukończenie studiów doktoranckich to poziom 8. Równocześnie ustawa zobowiązuje odpowiedniego ministra do wydania nowego rozporządzenia określającego, jak mają wyglądać dyplomy uczelni, równocześnie uchylając dotychczasowe. I w tym miejscu pojawia się szansa dla uczelni, w tym UMP, by zawalczyć o większe zindywidualizowanie dyplomów, tak by dyplom lekarza był unikalny, a nie stanowił tylko jedną z odmian dyplomów przyznawanych przez naszą uczelnię „w obszarze kształcenia nauk medycznych i nauk o zdrowiu oraz nauk o kulturze fizycznej”. By we wnętrzu nie było „oczywistych oczywistości”, że studia są w formie „stacjonarnej” oraz o profilu „praktycznym”. By na okładce widniało, ponownie, proste „Dyplom Lekarza” i była ona w atrakcyjniejszym kolorze, a nie burym Pantone nr 4695C. Przy okazji można by usankcjonować zwyczajowy tytuł doktora i wzorem krajów anglosaskich (USA i W. Brytanii) zamienić tytuł zawodu lekarza na tytuł doktora medycyny. Wiem, ten ostatni postulat może spowodować protesty doktorów nauk medycznych, ale oni właśnie mogli by nosić taki tytuł dla odróżnienia od zwykłych „doktorów”, podobnie jak jest np. w Stanach Zjednoczonych, gdzie kończąc studia lekarskie, można posługiwać się tytułem M.D. – *Medical Doctor*, a otrzymując stopień naukowy odpowiadający naszemu doktorowi nauk medycznych, używa się (zazwyczaj) tytułu Ph.D. – *Doctor of Philosophy*. Na zakończenie moich wywodów podam Państwu ciekawostkę: Na Węgrzech osoba kończąca studia lekarskie i prawnicze otrzymuje automatycznie tytuł doktora, który jest dopisywany do nazwiska i staje się jego częścią. Jednakże nie postuluję przeniesienia tego rozwiązania na grunt Polski.

Profesor Naci powiedział w wypowiedzi dla „Guardiana”, że producent po zatwierdzeniu leku do użycia z niewystarczającymi badaniami powinien je kontynuować, żeby wykazać jego przydatność. Jednak na ogół tak się nie dzieje.

Doktor Deborah Cohen z „British Medical Journal” zwraca uwagę, że dopuszczenie do użycia leków o nie w pełni potwierdzonej skuteczności stawia rządy krajów Unii w trudnej sytuacji, kiedy muszą decydować, jakie terapie powinny być refundowane z budżetu.

Czy najszybszy ultrasonograf świata dokona przełomu w medycynie?

Zespołowi naukowców pod kierownictwem znanego fizyka prof. Mickaela Tantera udało się po raz pierwszy zapisać aktywność mózgu wcześniaka podczas odpoczynku i napadu padaczkowego. Stało się to możliwe dzięki zastosowaniu nowej nieinwazyjnej technologii ultrasonograficznej. Wynalazek prof. Tantera, opisany niedawno w czasopiśmie „Science Translational Medicine”, oferuje szeroki zakres neuroobrazowania mózgu bez szkody dla zdrowia i w niespotykanych dotąd okolicznościach. Wysoka rozdzielczość, szybka obsługa, bezpieczna i przenośna konstrukcja to prawdziwa rewolucja w ultrasonografii.

Aktualne narzędzia, w tym funkcjonalny rezonans magnetyczny (fMRI), pozytonowa tomografia emisyjna (PET) i tomografia komputerowa (CT), mimo wysokiej skuteczności mają duże ograniczenia. Rozmiar, hałaśliwość oraz brak mobilności często stanowią poważne utrudnienie w przeprowadzeniu diagnostyki.

Nowa technika prof. Tantera, podobnie jak popularne USG, opiera się na sonografii, czyli generowaniu obrazów przez odbijanie fal ultradźwiękowych. Zwykłego ultrasonografu nie stosuje się w neurochirurgii, ponieważ pozwala jedynie na obrazowanie przepływu krwi w dużych naczyniach krwionośnych.

Aby zobaczyć subtelną aktywność neuronów mniejszych naczyń mózgu, gdzie przepływ krwi jest mniej intensywny, konieczna była większa, do-

PERYSKOP onet.pl

tańd nieosiągalna wrażliwość sprzętowa. Urządzenie prof. Tantera zawdzięcza błyskawiczne obrazowanie odpowiednim algorytmom przetwarzania danych.

Nagrywanie aktywności mózgowej wcześniaków jest wynikiem owocnej współpracy badacza z jego kolegą, pediatrą prof. Olivierem Baudem ze szpitala dziecięcego Roberta Debré w Paryżu. To bezprecedensowe osiągnięcie, wytyczające drogę wejścia urzędzeń ultrasonograficznych w świat neurologii klinicznej.

Zespół skroniowo-żuchwowy przyczyną migreny

Przypadki migreny przewlekłej nasilane są przez zaburzenia szczęki i żuchwy. Badania przeprowadzone przez badaczy w Ribeirao Preto School of Medicine Uniwersytetu Sao Paulo w Brazylii pokazują, że osoby z przewlekłą migreną 3-krotnie częściej cierpią na ciężkie zaburzenia zespołu skroniowo-żuchwowego (TMD). Pacjent cierpiący na tę dolegliwość ma dysfunkcję połączenia górnej i dolnej szczęki, a jest to jeden z najbardziej złożonych stawów w organizmie. To dzięki niemu można poruszać żuchwą do przodu, do tyłu i na boki.

Według Lidiane Florenci – jednej z autorek badania – uwrażliwienie organizmu może wyjaśniać związek pomiędzy częstością występowania ataków migreny a nasileniem zespołu skroniowo-żuchwowego. – *Nasz wniosek jest taki, że migrena działa jak czynnik predysponujący pacjentów do TMD. Z drugiej strony zespół może być uważany za potencjalny czynnik utrwalający migrenę, ponieważ działa jako stały element, który przyczynia się do uwrażliwienia i zaburzenia procesów bólowych* – mówi Florenci.

Osoby, które cierpią na migrenę, są predysponowane do TMD, choć ludzie z TMD nie zawsze mają migreny. Zatem w przypadku odczuwania chronicznego bólu i dysfunkcji ruchu głowy powinno się skonsultować się z lekarzem dentystą w celu leczenia prawidłowej pod kątem neuromięśniowym pozycji zgryzu za pomocą specjalnie dopasowanej szyny.

Październik w izbie

- 4.10 – posiedzenie Komisji Socjalnej
zebranie wyborcze POZ 58
spotkanie przedstawicieli szpitali powiatowych
- 6.10 – zebranie wyborcze POZ 50
zebranie wyborcze POZ 41
zebranie wyborcze POZ 40
- 7.10 – certyfikowany przez ERC kurs ALS – Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne u osób dorosłych – I dzień
szkolenie współorganizowane z firmą Pozytron „Rentgenodiagnostyka stomatologiczna”
- 8.10 – certyfikowany przez ERC kurs ALS – Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne u osób dorosłych – II dzień
- 9.10 – kurs specjalizacyjny „Ratownictwo medyczne” – I dzień
szkolenie „Zarządzanie personelem medycznym”
- 10.10 – kurs specjalizacyjny „Ratownictwo medyczne” – II dzień
posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
wersnisaż prac malarskich dr Ewy Smoguleckiej
- 11.10 – posiedzenie Komisji Stomatologicznej
kurs specjalizacyjny „Ratownictwo medyczne” – III dzień
zebranie wyborcze POZ 43
zebranie wyborcze POZ 59
zebranie wyborcze POZ 60
- 12.10 – kurs specjalizacyjny „Ratownictwo medyczne” – IV dzień
posiedzenie Prezydium Komisji ds. Emerytów i Rencistów
- 13.10 – kurs specjalizacyjny „Ratownictwo medyczne” – V dzień
- 14.10 – szkolenie współorganizowane z firmą Pozytron „Ochrona radiologiczna pacjenta”
konferencja współorganizowana z kołem naukowym przy Szpitalu im. Kryświewicza „Co młody lekarz z pediatrii powinien wiedzieć, a boi się zapytać”
- 15.10 – szkolenie współorganizowane z firmą Pozytron „Ochrona radiologiczna pacjenta”
koncert Polskiej Orkiestry Lekarzy – Muzyka Filmowa
- 16.10 – posiedzenie Komisji ds. Etyki Lekarskiej
- 18.10 – posiedzenie Komisji Bioetycznej
- 19.10 – posiedzenia komisji specjalnych
posiedzenie Komisji ds. Młodych Lekarzy
- 20.10 – szkolenie w Krotoszynie – „Dokumentacja medyczna w praktyce lekarskiej”
- 21.10 – kurs komputerowy – I dzień
- 22.10 – akcja Senior
- 24.10 – posiedzenie Komisji ds. Konkursów
- 25.10 – szkolenie zewnętrzne
- 26.10 – posiedzenie komisji specjalnej
- 28.10 – kurs komputerowy – II dzień
posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

Naszej koleżance

dr Oli Urbaniak-Smogur

i

dr. Piotrowi Smogurowi

wyrazy współczucia z powodu śmierci

mamy

składają

pracownicy NZOZ Zdrowie Rodziny

Pożegnania

*Panie: już czas. Tak długo lato trwało.
Rzuć na zegary słoneczne twój cień
i rozpuść wiatry na niwę dojrzałą*

W jesienne, słoneczne, październikowe południe na cmentarzu poznańskiego Miłostowa pożegnaliśmy prof. Stefana Mackiewicza.

Kim był, czego dokonał, czym się zasłużył i jak się go podobno żałuje, możemy się dowiedzieć ze stworzonych z brązu i patyny nekrologów, a fragmentem jednego się posłużę:

Żegnaj Profesorze,

Nauczycielu i Mistrzu

„w sztuce, nad którą nie ma trudniejszej ani wybitniejszej...”

Fakt – prof. Mackiewicz był postacią nietuzinkową.

Wybitny nauczyciel, dydaktyk i lekarz – to opinie jego bezpośrednich współpracowników. W pełni je podzielam.

Jego wykłady, nawet dotyczące najtrudniejszych zagadnień, zawsze były żywe, ciekawe, zrozumiałe, pełne dowcipnych dygresji, jakże odbiegające od tych znanych nam „prezentacji” odczytywanych z nudnawych slajdów; jego wskazówki dotyczące praktycznej pracy z pacjentem tak czytelne i konkretne, przydatne do dziś.

Jako szef podobno nie był osobą najłatwiejszą. Ale który szef na takie miano nie zasłużył? Filip Macedoński do swojego syna Aleksandra rzekł ponoc: „Aby nadać wielkość dziełu, które chce zrealizować, władca musi poświęcić dobro niejednego poddanego i jest to ciężar, który nie każdy jest w stanie udźwignąć”.

Profesor dał radę i wyniósł poznańską reumatologię na krajowe wyżyny...

Dlatego tak zabolala nieobecność na jego pogrzebie i brak choćby jednego zdania pożegnania ze strony przedstawicieli władz uczelni, której służył tak długo, szpitala, którego renomę podnosił, oraz izby lekarskiej szanującej ponoc swoich mistrzów.

Profesor Antoni Kępiński, filozof, wielki znawca ludzkiej psychiki, napisał kiedyś: „Sam człowiek jest nieoznaczony, da się jednak określić i oznaczyć to, co wyrzeźbił on swoją osobą w otoczeniu, jaki ślad po sobie zostawił. Ślad jest ten zazwyczaj trwalszy od samego człowieka, a nieraz sięga w lata, nawet w wieki poza kres jego życia”.

Jestem głęboko przekonany, że prof. Stefan Mackiewicz taki właśnie ślad po sobie pozostawił...

IRENEUSZ KIZER

PERYSKOP

onet.pl

Specjaliści z Centrum Onkologii w Bydgoszczy wprowadzili innowacyjną metodę wycinania nowotworów płuc. Guz usunięto przez niewielki (ok. 4 cm średnicy) otwór w klatce piersiowej.

Specjaliści zachwalają nową metodę, która – jak podkreślają – jest już na świecie standardem. Wskazują, że dzięki niej pacjent może iść do domu na trzeci dzień po operacji. Metoda jest droższa od tradycyjnej, ale daje pacjentowi wiele korzyści.

Zamiast szerokiego otwarcia klatki piersiowej i rozszerzania żeber, w „metodzie przez dziurkę od klucza” wystarczy niewielkie nacięcie. Dzięki temu zminimalizowane zostają odczucia bólowe i ryzyko ewentualnych powikłań (np. zapalenia płuc), a pacjent może szybko wrócić do domu. Sam zabieg, prowadzony przez doświadczonego lekarza, trwa tylko godzinę.

Innowacyjna metoda radykalnego usuwania guza nowotworowego wraz z płatem płuca jest stosowana w bydgoskim Centrum Onkologii od początku 2017 r.

Elastyczny klej chirurgiczny zamyka rany w ciągu 60 sekund

Nowa metoda spajania ran może zrewolucjonizować sposoby leczenia trudnych do rekonstrukcji miejsc.

Wysocze elastyczny i niezwykle przyklepny klej chirurgiczny, który szybko uszczelnia rany bez konieczności stosowania zszywek lub szwów chirurgicznych, może zmienić sposób wykonywania operacji i poprawić komfort pacjentów.

Inżynierowie z Uniwersytetu w Sydney opracowali klej MeTro, który idealnie nadaje się do zamykania stale rozszerzających się ran w tkankach ciała, takich jak płuca, serca i tętnice. Materiał sprawdza się również w trudno dostępnych miejscach, gdzie płyny ustrojowe niszczą skuteczność bardziej konwencjonalnych środków uszczelniających. Klej zastyga w ciągu zaledwie 60 sekund po naświetleniu światłem UV. Ma on wbudowany enzym, który można modyfikować, aby kontrolować czas uszczelniania rany w zależności od przewidywanego okresu gojenia.



NINA SZMYT

APOSTROFA DO ŚMIERCI

Przychodzisz cicha,
czekają Cię czy nie,
najczęściej nad ranem...
Przynosisz spokój i taki dar,
którego człowiek nie rozumie.

Przy Tobie
wszystkie troski i cierpienia
ustają.

Śmierci szalona,
cudowna,
konieczna,
niechętnie widziana.

PERYSKOP onet.pl

Czas ten można regulować w procedziale od kilku godzin nawet do kilku miesięcy.

– *Piękno preparatu MeTro polega na tym, że gdy tylko zetknie się on z powierzchnią tkanki, utwardza się w formę zbliżoną do żelowej i nie spływa* – powiedział profesor Nasim Annabi z północno-wschodniego Northeastern University, który współpracował z innymi badaczami przy tym projekcie.

Klej MeTro przeszedł przez wszystkie etapy badawcze, gdzie zespół szybko i skutecznie zamknął rany w tętnicach i płucach gryzoni oraz świń.

– *MeTro wydaje się stabilny w sytuacjach, gdy rany muszą się goić w trudnych warunkach mechanicznych, a następnie ulega degradacji bez jakichkolwiek oznak toksyczności* – mówi profesor Ali Khademhosseini z Harvard Medical School, który pomagał tworzyć MeTro.

Zaawansowane kleje chirurgiczne, które szybko zamykają rany, mogą mieć duże znaczenie dla opieki medycznej. Przyspieszają czas rekonwalescencji i dają mniejszą liczbę powikłań, co może przynieść tylko korzyści.

– *Pokazaliśmy, że MeTro działa w różnych sytuacjach i rozwiązuje wady innych dostępnych materiałów. Jesteśmy teraz gotowi testować nasz produkt na ludziach. Mam nadzieję, że w najbliższym czasie MeTro będzie używane w praktyce klinicznej, ratując ludzkie życie* – podkreśla profesor Khademhosseini.

Klej do ran nie jest całkowicie nową koncepcją. Najbardziej rewolucyjną cechą MeTro jest możliwość regulacji czasu jego działania.

Pomoga w chorobie wieńcowej

– *Wzorujemy się na strukturze naturalnych naczyń wieńcowych. Składa się ona z kilku warstw, które zamierzamy odwzorować z materiałów polimerowych. Ostatnia powłoka, mająca bezpośredni kontakt z krwią, będzie naturalna, pokryjemy ją komórkami pobranymi od pacjenta. Połączenie sztucznej powierzchni z komórkami stanowi największe*

W sejmowej Sali Kolumnowej o seniorach Długie życie jest darem

Uczestnicy konferencji i jej obserwatorzy byli zgodni co do tego, że dotyczyła ona najważniejszych spraw seniorów (zwłaszcza polityki społecznej wobec osób starszych, opieki zdrowotnej i geriatry). Jej inicjatorka, Małgorzata Zwiercan – przewodnicząca sejmowej Komisji Polityki Senioralnej – może mieć powody do zadowolenia. Podobnie, jak i współorganizatorzy: Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz Wielkopolskie Stowarzyszenie Wolontariuszy Opieki Paliatywnej „Hospicjum Domowe” w Poznaniu.

Honorowy patron tego wydarzenia, marszałek Sejmu Marek Kuchciński, napisał: „Konieczne staje się podejmowanie wszelkich działań na rzecz poprawy jakości zdrowia i życia seniorów. To stawia wiele nowych wyzwań przed polskim systemem opieki zdrowotnej, a przede wszystkim przed polskim systemem opieki geriatrycznej. Nie można przy tym zapominać o działaniach przeciw wykluczeniu społecznemu ludzi w podeszłym wieku. Ważne są wszelkie inicjatywy, przyczyniające się do zmiany postrzegania osób starszych przez społeczeństwo, a w szczególności przez młodsze pokolenia”.

Małgorzata Zwiercan w swym wystąpieniu zdecydowanie wskazywała na to, że należy skoordynowana polityka senioralna staje się jednym z priorytetów rządu. – *Długie życie – mówiła – jest darem. Zbudowanie zatem właściwego otoczenia, pozwalającego utrzymać jego dobrą jakość jest koniecznością, jak również jednym z najpoważniejszych wyzwań dla wszystkich członków naszego społeczeństwa. Osoby starsze to niesamowity potencjał, który może i powinien być wykorzystywany przez organizacje pozarządowe i społeczności lokalne. Musimy uważnie słuchać naszych seniorów, aby móc usłyszeć ich najważniejsze potrzeby. Muszą one być systematycznie monitorowane i realizowane w taki sposób, aby wszelkie systemy wspomagające dobrze im sprzyjały, aby szybko reagowały na zachodzące zmiany.*

Elżbieta Bojanowska, podsekretarz stanu w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, poinformowała, że z zamiarem dostosowywania polityki publicznej do zmieniającej się struktury demograficznej, Rada Ministrów przygotowuje dokument: „Polityka społeczna wobec osób starszych 2030”. Wspiera się on na trzech filarach: bezpieczeństwo, solidarność, uczestnictwo.

Konferencja „Najpilniejsze potrzeby i oczekiwania seniorów w Polsce” odbyła się 2 października 2017, w sejmowej Sali Kolumnowej im. Kazimierza Pużaka. Znaczący, nie tylko organizacyjny, udział mieli poznaniacy. W programie były wystąpienia: dr n. med. Anny Jakrzewskiej-Sawińskiej, wiceprezesa Miejskiej Rady Seniorów, wiceprezesa Wielkopolskiego Stowarzyszenia Wolontariuszy Opieki Paliatywnej „Hospicjum Domowe”, kierownika medycznego Poradni Geriatrycznej w Poznaniu i prof. dr hab. n. med. Katarzyny Wieczorowskiej-Tobis, przewodniczącej Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, doradcy sejmowej Komisji Polityki Senioralnej. Z kolei w panelu dyskusyjnym udział wzięli: Jędrzej Solarski – wiceprezydent Poznania i dr Zdzisław Szkutnik – przewodniczący Miejskiej Rady Seniorów. Zaprezentowana została także książka *Polityka senioralna w Polsce – doświadczenia miasta Poznania* pod redakcją naukową prof. dr. hab. Jerzego Babiaka.

Do najpilniejszych postulatów, których realizacja powinna służyć dobrej jakości życia seniorów w aspekcie zdrowotnym, zaliczone zostały m.in.:

- utworzenie Centrum Geriatry i Gerontologii w każdym województwie pod merytorycznym nadzorem uniwersytetów medycznych, których zadaniem byłoby m.in. szkolenie kadr medycznych i niemedycznych,
- tworzenie dziennych domów opieki medycznej oraz ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami funkcji poznawczych, umożliwiającym osobom niepełnosprawnym utrzymanie względnej samodzielności oraz pozwalającym na uniknięcie po-



Fot.: Kancelaria Sejmu/Paweł Kula

wikłań mogących prowadzić do nawracających hospitalizacji i niejednokrotnie śmierci,

- tworzenie szpitalnych oddziałów geriatrycznych oraz wielospecjalistycznych poradni geriatrycznych, w których wykonywano by pełną diagnostykę i szybkie wdrożenie leczenia; pozwoliłoby to skuteczniej unikać kaskad geriatrycznych prowadzących do szybkiej utraty samodzielności,
- wprowadzenie całościowej oceny geriatrycznej jako świadczenia gwarantowanego w ramach poradni geriatrycznych wraz z uwzględnieniem adekwatnego finansowania tego świadczenia,
- rozwój domowej opieki geriatrycznej oraz hospicjów geriatrycznych, co pozwoli na zmniejszenie liczby hospitalizacji osób starszych,
- poszerzenie dostępu do specjalistycznej diagnostyki i leczenia dla osób starszych, dotychczas dyskryminowanych w opiece zdrowotnej, w tym rozszerzenie wykazu jednostek chorobowych kwalifikujących pacjentów dorosłych do objęcia opieką paliatywną,
- zwiększenie nakładów finansowych na geriatrię z wyceną rzeczywistych kosztów,
- refundacja kosztów świadczeń realizowanych przez pielęgniarki, psychologów i fizjoterapeutów oraz konsultacji psychiatry, kardiologa i neurologa w poradni geriatrycznej (dotychczas nieopłacanych przez NFZ),
- modyfikacja warsztatu pracy lekarza rodzinnego, na wzór rozwiązań zachodnich, poprzez poszerzenie zespołu lekarza rodzinnego o pielęgniarkę koordynującą (rozwiązanie to znajduje się w nowo przyjętej ustawie o podstawowej opiece zdrowotnej); wprowadzenie do poradni lekarza rodzinnego możliwości konsultacji geriatrycznych i innych konsultacji specjalistycznych w ramach telemedycyny; współpraca lekarza POZ z poradniami geriatrycznymi umożliwiającą szybkie przekazanie pacjenta pod specjalistyczną opiekę; lekarze POZ powinni odbyć szkolenia z zakresu geriatrii i gerontologii (w Centrach Geriatrii i Gerontologii), w tym w szczególności w zakresie umiejętności wykonywania i interpretacji całościowej oceny geriatrycznej; przygotowanie lekarza rodzinnego i pracowników socjalnych do prowadzenia profilaktyki starzenia i starości,
- wspieranie rozwoju systemu teleopieki nad osobami starszymi jako wsparcie opieki bezpośredniej, z wykorzystaniem nowych technologii teleinformatycznych dostosowanych również do potrzeb najmniej sprawnych seniorów.

ANDRZEJ PIECHOCKI

PERYSKOP onet.pl

wyzwanie – wyjaśnia dr inż. Beata Butruk-Raszei z Wydziału Inżynierii Chemicznej i Procesowej.

Obecnie w przypadku niedrożności naczyń wieńcowych opłatających serce stosuje się by-passy. Z innych części ciała pacjenta, najczęściej z podudzia, pobiera się naczynia krwionośne i tworzy z nich pomost między tętnicą główną (aortą) a tętnicą wieńcową. Dzięki temu omija się zatkany fragment tętnicy i krew zostaje doprowadzona do serca. Zabieg nie zawsze jest jednak możliwy. Jeśli ktoś ma chore naczynia wieńcowe, to pozostałe również mogą być w złej kondycji, a wtedy nie ma skąd pobrać zdrowych. W takich przypadkach będzie można użyć protez naczyń wieńcowych.

W medycynie stosuje się już protezy naczyniowe dużych średnic, jednak implantów naczyń o małych średnicach – do 4–5 mm, jak naczynia wieńcowe, o odpowiednio wysokiej biogodności – nie ma. Problemem jest wykrzepianie krwi. Jeśli w naczyniu o dużej średnicy powstanie niewielki skrzep, krew może dalej płynąć. W naczyniu o małej średnicy jest to niemożliwe, a to oznacza, że nie ma tu miejsca na najmniejszy błąd. Dlatego tak skomplikowane badania wymagają wiedzy z zakresu inżynierii materiałowej, wytrzymałości materiałów, hodowli komórek, procesów *in vitro* i *in vivo*, ogólnej wiedzy biologicznej i medycznej.

Wpływ kawy na zdrowie.

Badanie wykazało, że przedłuża życie

Badanie przeprowadzone na 215 tys. respondentów w wieku 45–75 lat dało zaskakujące wyniki. Jedna filiżanka kawy dziennie zwiększa szanse na dłuższe życie aż o 12%. To bardzo dobry powód, by zacząć od niej każdy dzień. Dla osób, które piją trzy kawy dziennie wiadomości są jeszcze lepsze. Mają o 18% większe prawdopodobieństwo, że będą cieszyć się zdrowiem dłużej niż osoby, które wybierają inne napoje.

Uczestnikami badania byli afrykańscy i japońscy Amerykanie, Latynosi i biali. Dane zostały skorygowane ze względu na wiek, płeć, pochodzenie etniczne, nawyki związane z pale-

PERYSKOP onet.pl

niem, edukację, wcześniej przebyte choroby, aktywność fizyczną i spożywanie alkoholu. Średni okres obserwacji uczestnika badania wynosił 16 lat.

Okazało się, że w tej ogromnej grupie picie kawy wiąże się z mniejszym ryzykiem śmierci z powodu chorób serca, raka, udaru mózgu, cukrzycy, chorób układu oddechowego i nerek.

– *Mniejsza śmiertelność była niezależna od tego, czy badani pili zwykłą czy bezkofeinową kawę. Płynię z tego wnioszek, że kofeina nie ma z tym nic wspólnego* – powiedziała Veronica W. Setiawan, współautorka badania i profesor nadzwyczajny medycyny profilaktycznej University of Southern California. – *Nie możemy z całą pewnością stwierdzić, dlaczego picie kawy przedłuża życie, ale widzimy, że jest jakiś związek. Jeśli lubisz pić kawę, pij! Jeśli nie jesteś kawoszem, musisz rozważyć, czy nie zmienić przyzwyczajajeń* – dodała.

Wyniki opublikowane 11 lipca w periodyku „Annals of Internal Medicine” pochodziły z wieloletniego badania kohortowego – wspólnego wysiłku Centrum Onkologii Uniwersytetu na Hawajach i Szkoły Medycznej w Keck (USC). Ta szeroko zakrojona inicjatywa miała zbadać czynniki ryzyka zachorowań na raka.

– *Do tej pory istniało niewiele danych na temat związku pomiędzy konsumpcją kawy i śmiertelnością wśród niebiałych* – twierdzi Setiawan. Takie badania mają duże znaczenie, ponieważ styl życia i ryzyko zachorowań na choroby cywilizacyjne mogą się znacznie różnić w zależności od rasy i pochodzenia, a wnioski z obserwacji jednej grupy niekoniecznie dotyczą innych. Związek między picciem kawy a długością życia był widoczny we wszystkich badanych grupach. Poprzednie obserwacje przeprowadzone m.in. przez USC wykazały, że picie kawy można skojarzyć z obniżeniem ryzyka wystąpienia raka, cukrzycy, w tym typu 2, schorzeń wątroby, narządów rodnych, choroby Parkinsona i innych chorób przewlekłych. – *Kawa zawiera wiele przeciwutleniaczy i związków fenolowych, które odgrywają ważną rolę w zapobieganiu nowotworom* – tłumaczy

Komisja Kultury proponuje**Frieda Kahlo na Zamku**

Zachęcamy do udziału w jednym z najważniejszych wydarzeń kulturalnych tego roku w Poznaniu.

„Frieda i Diego” to nie tylko wielka sztuka malarska Meksyku. To także, szczególnie dla lekarzy, studium bliskiego widzenia bólu i zmagania się z własną niepełnosprawnością.

**„Serial” wystawowy Koła Lekarzy Malujących**

W Klubie WIL, a także w Klubie Starówka przy Starym Rynku, od stycznia co miesiąc odbywają się kolejne wystawy dorobku malarskiego członkiń naszego koła. Za nami już wernisaże koleżanek Aleksandry Smogór, Ewy Szwedzy-Piczman, Grażyny Omylak, Marii Bicz-Kubiatołowicz, Katarzyny Bartz-Dylewicz i Danuty Korytowskiej-Mikusińskiej.

Obecnie w siedzibie Klubu WIL można oglądać prace kol. Ewy Smoguleckiej, w listopadzie zaprezentuje się kol. Jolanta Silska-Hałupka, a w grudniu zapraszamy na wernisaż kol. Barbary Żyły.

Wszystkie autorki prac intrygują indywidualnym oraz niepowtarzalnym sposobem widzenia i odczuwania otaczającej rzeczywistości.

Niezależnie od indywidualnych prezentacji w siedzibie WIL prezentowane są efekty pleneru koła w Świeradowie Zdroju na wystawie poświęconej architekturze pogranicza polsko-czesko-niemieckiego.



„Muzyczny listopad”

III Ogólnopolski Festiwal Chórów Lekarskich 9.11–11.11. w Gnieźnie. Szczegóły na plakacie.

Z uwagi na uszkodzenia przez huragan Katedry w Gnieźnie koncerty zostały przeniesione do Bazyliki w Trzemesznie.

„Opera w grudniu”

„Legenda Bałtyku” Feliksa Nowowiejskiego. Premiera Lekarska.

Teatr Wielki – niedziela 10.12, godz. 18.

Chór Kameralny czeka na Ciebie

Szczegóły na plakacie.

Relacje z wydarzeń kulturalnych oraz ich zapowiedzi można oglądać na stronie internetowej Komisji Kultury WIL. KATARZYNA BARTZ-DYLEWICZ

PERYSKOP onet.pl

Setiawan. – *Choć badanie nie wykazuje związku przyczynowo-skutkowego ani nie wskazuje, które substancje chemiczne zawarte w kawie mogą czynić z niej „eliksir życia”, to jasne jest, że kawa może być włączona do zdrowej diety i stylu życia.*

Nanocząstki mogą odbudować rdzeń

Naukowcy z Northwestern University w Chicago chcą leczyć uszkodzone rdzenie kręgowo za pomocą nanocząstek. Dzięki wszczępieniu biodegradowalnych nanocząstek nie pojawia się stan zapalny oraz bliznowacenie, które są odpowiedzialne za powstawanie uszkodzeń wtórnych, blokujących zdolność układu nerwowego do samonaprawy. Myszy, którym po urazie rdzenia podano specjalny zastrzyk, zdecydowanie lepiej chodziły niż inne gryzonie z grupy poddanej kontroli. Specjaliści z dziedziny neurologii widzą w nanocząstkach nadzieję na szybki i skuteczny ratunek dla człowieka. Jeżeli osoba będąca uczestnikiem ciężkiego wypadku dozna urazu rdzenia, błyskawiczne podanie zastrzyku z nanocząstkami jeszcze przed dotarciem do szpitala pozwoli na ograniczenie wystąpienia wtórnego uszkodzenia rdzenia. Doktor Jack Kessler z Northwestern University zaznaczył, że „nanocząstkowy zastrzyk” nie jest złotym środkiem, który „cofnie” uszkodzenie powstałe na skutek urazu.

Melatonina może zminimalizować uciążliwość terapii onkologicznej

Podawanie melatoniny pacjentom onkologicznym może zminimalizować uciążliwość terapii. Nowe badania nad minimalizowaniem efektów ubocznych chemioterapii przynoszą nadzieję, że problem ten będzie można rozwiązać za pomocą leku na *jet lag*. Melatonina zalecana jest przy dolegliwościach pojawiających się w trakcie lotów równoleżnikowych. Głównymi objawami *jet lagu* są zaburzenia snu, ból głowy, często utrata apetytu i problemy żołądkowe. Okazuje się, że melatonina znosi nie tylko dyskomfort, lecz także dolegliwości spowodowane uszkodzeniem nerwów przez chemioterapię.

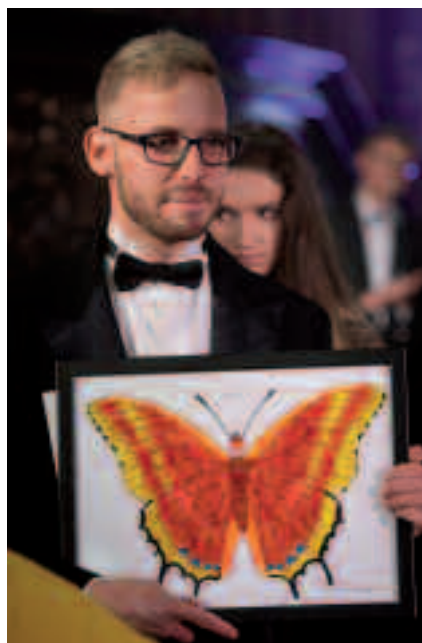


Wrześniowe Requiem

Requiem jest mszą za dusze zmarłych. Zbioru typowych łacińskich części wzbogacony o pięć japońskich wierszy haiku o tematyce dotyczącej śmierci w muzycznym opracowaniu Karla Jenkinsa, współczesnego walijskiego kompozytora, mieliśmy przyjemność wykonać dwukrotnie – 23.09.2017 r. w poznańskiej katedrze oraz 24.09.2017 r. w farze. Utwór nietypowy, nostalgicznie łączący sztukę klasycznego warsztatu Jenkinsa z instrumentami charakterystycznymi dla muzyki japońskiej. Całości dopełniała piękna gra świateł i wypełnione po brzegi dwie najpiękniejsze świątynie Poznania. Do dziś niesłabnące emocje i docierające do nas głosy pozwoliły, by staraniem Wielkopolskiej Izby Lekarskiej koncert został zarejestrowany. Z niecierpliwością więc czekamy na

płytę CD w wykonaniu Chóru Kameralnego WIL, Chóru UP w Poznaniu, Orkiestry Kameralnej WIL „Operacja Muzyka” zasilonej Orkiestrą POSM II st. w Poznaniu. Dziękujemy, że byliście i jesteście z nami. W imieniu wykonawców oraz Hospicjum Palium w Poznaniu, na rzecz którego został zrealizowany ten projekt, bo umieranie może być pięknym przeżyciem, na granicy światów i bytów, tego, co znane i tego, co obce. Może być także chwilą wdzięczności wobec tych, którym jesteśmy ją winni, i nauką dla tych, którzy przychodzą po nas. W końcu wspólnie tworzymy ten świat, dzielimy piękno i brzydotę, radość i łzy, by na końcu odejść w samotności. I jedynym, który wtedy choć na chwilę nie przystaje, jest czas – ulotny, niepowtarzalny jak sztuka, jak muzyka, nim zostanie głuchą ciszą...

DANIEL IWANOWSKI



Poznaniacy mają „Asa”

Co piąty Polak ma ponad 60 lat. Prognoza demograficzna na rok 2050 mówi, że wówczas w takim wieku będzie ok. 40% społeczeństwa.

W politykę senioralną wpisują się ostatnio także próby zmiany postrzegania starszych ludzi w różnych środowiskach. Telewizja publiczna wręcz deklaruje, że ma nową misję. Jest nią odczarowanie wizerunku polskiego seniora. Zdaniem wiceminister Elżbiety Bojanowskiej starsze osoby pokazywane w telewizji kojarzą się na ogół z problemami – chorobą i niedostatkiem. Tymczasem umyka realizatorom programów ich znaczenie i pozytywna lub aktywna rola w społeczeństwie. Dlatego Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej zdecydowało się podpisać stosowną umowę w tej sprawie z zarządem TVP.

Na rynku mediów co jakiś czas pojawia się nowy tytuł dedykowany seniorom. Od kwietnia miesięcznik „POZnan* Informator Samorządowy Metropolii Poznań” ma więcej stron. Te dodatkowe zajmuje teraz „As”, czyli kącik aktywnego seniora. Przynosi on informacje o działaniach seniorów i dla seniorów. Stało się to możliwe dzięki dobrej współpracy Wydawnictwa Miejskiego Poznania, Centrum Inicjatyw Senioralnych i Miejskiej Rady Seniorów. Na marginesie, niedawno Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) dołączyła Poznań do Sieci Miast Przyjaznych Starzeniu.

Jeszcze w październiku, na rynku ogólnopolskim, ukaże się kwartalnik „Opiekun”. Jest on skierowany do osób, które opiekują się bliskimi – starzejącymi się i chorymi. W pierwszym numerze m.in. o rehabilitacji, psychologii, żywieniu, koniecznych zmianach w wyposażeniu domu lub mieszkania, a także porady, jak zajmować się osobą wyłącznie leżącą i ustrzec się odleżyn.

(AP)



Fot. Big Touch



Den-med
CENTRUM STOMATOLOGII

Aplikacje

kontakt@stomatologiadenmed.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 wszechstronną opiekę stomatologiczną
na najwyższym poziomie

zatrudni
LEKARZA STOMATOLOGA

Oferujemy:

- stowarzyska w przyjaznym, sympatycznym zespole;
- pracę w gabinecie kompleksowym i nowoczesnym wyposażeniem
Intr. pantomograf, mikroskop stomatologiczny w kabinie gabinetowej;
- pracę poza systemem świadczeń NFZ;
- pracę w systemie „na cztery ręce” w stałym zespole
z doświadczoną logistyką stomatologiczną;
- możliwość rozwoju zawodowego lekarza z dofinansowaniem kursów specjalistycznych;
- indywidualnie ustalane godziny pracy;
- atrakcyjne warunki;
- elastyczność w wyborze formy zatrudnienia;
- możliwość analizowania wyników.

Zarządzanie profesjonalne

10 metod motywacji pacjenta

Oto 10 metod motywacji pacjenta. Uwier i spróbuj – działają zawsze, bez względu na to, w jak dużym ośrodku zdrowia pracujesz. Działają na pacjentki ginekologiczne, pacjentów chirurgicznych czy pedodontycznych. Są pomocne przy pacjentach długoterminowych (ortodontycznych, w ciąży, onkologicznych, alergologicznych itd.).

Metoda 1.

Rozmawiając z pacjentem, poszerz rozmowę z osobą bardziej pozytywnie nastawioną do wizyty i lepiej zorganizowaną niż sam pacjent. To pomoże ci sprawnie rozmawiać, a także zyskać większe prawdopodobieństwo, że pacjent zastosuje się do zaleceń lekarza i że będzie sumiennie chodził na kolejne wizyty.

Metoda 2.

Stwórz motywujące warunki w poczekalni i recepcji. Nawet jeśli to nie ty jesteś szefem gabinetu, to twój głos się liczy, jeśli chodzi o np. dekoracje czy udogodnienia w recepcji, na stronie WWW i w otoczeniu gabinetu. Mamy na myśli: TV, parking, czasopisma, dodatkowe fotele i ich ustawienie, takie rozwiązania, jak przewijak w toalecie czy kwiaty lub stosowny zapach w pomieszczeniu dla osób towarzyszących pacjentowi.

Metoda 3.

Spraw, by ludzie wzajemnie się motywowali. Możesz przykładowo powiedzieć do przechodzącej pielęgniarki czy asystentki: „Pani Mariolu, prawda, że nasz dr Nowaczyk to przemiły człowiek i dobry lekarz?” albo do pacjenta po kilku zabiegach, czekającego na wizytę kontrolną: „Proszę pana, pan już zna bardzo dobrze nasze centrum medyczne. Jest tu bezpiecznie, ciepło i bez bólu, prawda?”. Zarówno pielęgniarka, jak i drugi pacjent zapewne odpowiedzą: „Tak, oczywiście!”, co zmotywuje przestraszonego pierwszorazowego pacjenta.

Metoda 4.

Dowiedz się więcej o grupie pacjentów (tak zwanym segmencie), która przychodzi do gabinetu, gdzie pracujesz. Jeśli są to przykładowo młode kobiety przed 35. rokiem życia, to jakie są? Czy ktoś im towarzyszy? Jakie czytają czasopisma? Czy lubią telewizję? Jakiej słuchają muzyki? Czy przychodzą z dziećmi? Znajac odpowiedzi na te pytania, możesz lepiej zagospodarować fundusze na gazety, przygotować dobrą rozrywkę dla dzieci, ustawić TV niekoniecznie (!) na film edukacyjny pokazujący pierwsze chwile po porodzie czy cudowne działanie lasera. Po prostu dopasuj do tych, którzy będą z tego wszystkiego korzystać – do pacjentów i ich rodzin. Uzyskasz większy związek z centrum medycznym i mniej potencjalnie negatywnych reakcji, czyli wyższą satysfakcję pacjentów.

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.

Metoda 5.

Stosuj premie i nagrody. Magiczny kufer w recepcji dla dzieci z nagrodami do wyboru? Wyśmienicie! Ważne, by nie były to darmowe naklejki od firmy farmaceutycznej, ale coś od twojego gabinetu, od lekarzy tutaj pracujących. Dzieci kochają bańki mydlane, książeczki, przypinki, mniejsze auta czy pierścionki (uwaga – wręczyć przy rodzicach i wyłącznie za ich świadomą zgodą). Pamiętaj, że wszystko powinno być dopasowane do wieku.

Metoda 6.

Wyzwól ukryty potencjał w ludziach, tzn. otocz miłością pacjenta i osoby mu towarzyszące. Nie mówimy tutaj o miłości w kategorii brat – siostra, mąż – żona, czy matka – dziecko. Przez miłość należy rozumieć okazanie ludziom zainteresowania, pomoc w odniesieniu sukcesu czyli powodzenia terapii, zadowolenie gdy tylko to odniosą – słowem, że są ci bliscy i pomożesz im, gdy zajdzie potrzeba. Świadomość, że w centrum medycznym pacjenci są otoczeni miłością i troską, uczyni z nich ludzi niezwykle silnie zmotywanych [1].

Metoda 7.

Nakłaniaj wszystkich swoich pacjentów do współodpowiedzialności. Umawiając pacjenta na kolejną wizytę, wspomnij, że jest zasada, iż potwierdzamy wizytę minimum dobę przed umówionym terminem, a jeśli pacjent z ważnych powodów jest zmuszony wizytę przełożyć, najlepiej aby to uczynił dwie doby przed terminem. Wprowadzenie tej zasady sprawia przede wszystkim, że większość pacjentów pamięta o umówionej z wyprzedzeniem wizycie. Dopowiedz, że taki system potwierdzania pozwala też pacjentom oczekującym na rezerwowych listach dostać się w ogóle do lekarza.

Metoda 8.

Stosuj zasadę społecznego dowodu, korzystając z takich określeń, jak: „wszyscy”, „nigdy”, „każdy”. Sprawisz, że większa liczba pacjentów będzie pojawiała się na zaplanowanych wizytach, podporządkuje się trudnym regulaminom, spełni wymóg osobistego potwierdzenia zwrotnej wizyty, nie umówi się do dwóch specjalistów jednocześnie, wystawi pożądaną opinię. Możesz powiedzieć: „Każdy pacjent po wyjściu z gabinetu zazwyczaj uma-

wia się na dwie wizyty do przodu, aby w dobrych odległościach czasu pojawić się u pani doktor”. Albo: „Wszyscy zadowoleni pacjenci, tak jak pani, piszą opinie o nas w Internecie. To dla nas ważne, aby nie tylko usłyszeć miłe podziękowanie, lecz aby każdy potencjalny pacjent, który szuka dobrego lekarza, zapoznał się z opinią z wiarygodnego źródła. Serdecznie proszę, by pani to osobiście zrobiła, najlepiej jeszcze dzisiaj. Bardzo uprzejmie dziękuję”.

Metoda 9.

Daj pacjentom dodatkową wiedzę. Przekazuj foldery, ulotki edukacyjne, te które główny lekarz lub właściciel wskaże ci jako obowiązujące. Informuj, że przesłesz w imieniu lekarza (o ile jest to umocowane prawnie i organizacyjnie) dietę, siatki normujące wagę i wzrost, kalendarz szczepień, informacje o profilaktyce nowotworowej, zasadach dbania o aparat ortodontyczny itd. Postaraj się też wiedzieć jak najwięcej, aby rozumieć, o co pyta pacjent. O profilaktyce trzeba wiedzieć niezwykle dużo, jeśli pracuje się w recepcji gabinetu medycznego. Niejednokrotnie osoby pracujące w recepcji są również odpowiedzialne za sprzedaż produktów profilaktyki domowej. Zadbaj o to, aby wiedzieć o nich wszystko.



Autorzy: dr n. ekon. Magdalena Szumska, mgr Marcin Szumski

Tekst pochodzi z nowej książki pt. *Doskonała recepcja w medycynie – poziom wyżej*, wydanej przez Wydawnictwo Kapitał Ludzki www.e-szumska.pl



Metoda 10.

Wielką metodą motywacji pacjentów oraz ich rodzin jest podawanie przykładów efektów po kuracji. Z różnych powodów nie we wszystkich miejscach można je stosować. Spytaj najpierw swojego przełożonego, czy możesz tę metodę motywacji zastosować. Natomiast w wielu gabinetach medycyny estetycznej, dermatologicznych, dentystrycznych, ortodontycznych spotkasz

się z pewnością z księgami metamorfoz różnych pacjentów. Przybliżają one pacjentów do wymarzonego celu, szczególnie gdy przed nimi są wyrzeczenia i nierzadko cierpienie.

Piśmiennictwo

1. Bruce A. 24 metody motywowania pracowników. Kierowanie zespołem w nowoczesnej firmie. Wydawnictwo Studio EMKA, Warszawa 2005.

Start – Poznań: 24–25 listopada 2017 r.

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 dentyistów oraz ich menedżerów, prowadzących mniejsze i średnie ośrodki medyczne – zespoły gabinetów, centra medyczne, kliniki.

Dobre zajęcia są bardzo dobre, bo pokazują, jak się chronić przed pacjentem. Pacjent ma pazury i trzeba umieć go obłaskawić. Tego wymaga współczesna rzeczywistość mniejszych i średnich jednostek medycznych.

dr n. med. Krzysztof Kordel
kierownik merytoryczny
w dziedzinie Prawo
Praktyki Medycznej

Lekarze w swojej działalności zawodowej ciągle stykają się z problemami prawnymi w zakresie organizacji i odpowiedzialności. Znacznie lepiej jest wiedzieć, jak te problemy rozwiązywać zawczasu, a nie dopiero wtedy gdy się pojawią. Wówczas, nawet gdy, nie jest za późno, rozwiązanie bywa znacznie kosztowniejsze.

prof. dr hab. Teresa Gardocka
kierownik merytoryczny
w dziedzinie Prawo



Doskonałość buduje się latami albo dzięki wiedzy przekazanej wprost w błyskotliwy i ultrapraktyczny sposób. Nazwa studiów mówi najwięcej: Zarządzanie i Prawo – Medical Maestro Academy. Doświadczenie w doborze przedmiotów oraz wykładowców i praktyków zapewnia wiedzę i umiejętności praktyczne w obszarze prawo i zarządzanie.

dr n. ekon. Magdalena Szumska
kierownik merytoryczny w dziedzinie
Ekonomia (Zarządzanie, Marketing)

Wypadek przy pracy a renta i brak możliwości zarobkowania

Od wielu lat zajmuję się kwestiami rent powypadkowych i niepełnosprawności, a jednocześnie krytycznie oceniam działanie władzy. Problem jest skomplikowany, a zarazem dziwny i wzbudza we mnie jako w lekarzu duży smutek.

W lipcu br. Rada Okręgowa podjęła decyzję wystąpienia z apelem do Minister Rodziny Pracy i Polityki Społecznej o dokonanie niewielkiej zmiany legislacyjnej w Ustawie uchwalonej 30.10.2002 r., która zabrała prawo do jakiegokolwiek zarobkowania obok renty powypadkowej i po przejściu na emeryturę (a tak było od 1975 r. do 30.10.2002 r.).

Rząd premiera Leszka Millera z inicjatywy wicepremiera Jerzego Hausnera 30.10.2002 r. dokonał zmiany ustawy dotyczącej wypadków przy pracy i chorób zawodowych.

W czasie procedury sejmowej i w trakcie uchwalania nowej ww. ustawy była ona oprotestowana przez posłów z ramienia PiS, którzy składali również interpelacje sejmowe do premiera Hausnera. Między innymi dr Małgorzata Stryjska z Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. Niestety, rząd SLD premiera Millera prze-

Odpowiedź wiceministra może świadczyć wg mnie o tym, że nie zrozumiał on istoty naszego apelu, a jego podwładni przygotowali treść odpowiedzi nie na temat.

forsował tę ustawę. Po jej uchwaleniu była też oprotestowywana przez prezesa NIL, dr. n. med. Konstantego Radziwiłła, i Naczelną Radę Lekarską (w czym osobiście uczestniczyłem), a próby interwencji w Trybunale Konstytucyjnym nic nie dały. Najbardziej aktywnym przeciwnikiem był poseł Ryszard Kalisz.

Ponieważ od wielu lat zajmuję się medycznymi aspektami wśród osób niepełnosprawnych (obarczonych niepełnosprawnością wskutek wypadków przy pracy i chorób zawodowych), jestem inicjatorem Uchwały Okręgowej Rady Lekarskiej z apelem o dokonanie bardzo niewielkiej zmiany (w 1. podpunkcie) obowiązującej ustawy z 2002 r. Chodziło o to, żeby przywrócić seniorom – emerytom prawo do pobierania pełnej emerytury plus połowę renty wypadkowej wraz z możliwością dalszego zarobkowania. Tak było od 1975 r. do 2002 r. Obecnie emeryt mający prawo do renty wypadkowej nie może zarobić nawet jednej złotówki (oskładkowanej przez ZUS), bo traci prawo do otrzymania tej renty.

Wprowadzenie tej drobnej zmiany nie spowoduje wzrostu kosztów ZUS (renty też są finansowane ze składek wypadkowych), a jednocześnie może stworzyć większe możliwości wykorzystywania wiedzy i umiejętności osób, których ta zmiana dotyczy i którzy pracując na zasadach ogólnych dla rencistów, odprowadziliby stosowne podatki i składki na NFZ. Przedstawiając ten problem, nie działałem wybiórczo na rzecz lekarzy,

ale na rzecz wszystkich grup zawodowych w Polsce, w których zdarzyły się wypadki przy pracy lub choroby zawodowe niezawinione przez poszkodowanych.

Jednocześnie chcę podkreślić, że otrzymana odpowiedź od wiceministra jest nie na temat. Cytowane przez niego argumenty fragmenty wyroków Trybunału Konstytucyjnego są nam doskonale znane. Ponadto uczestniczyłem z ramienia NRL i NIL w tych dwóch posiedzeniach TK, kiedy były one rozpatrywane. Odpowiedź wiceministra może świadczyć wg mnie o tym, że nie zrozumiał on istoty naszego apelu, a jego podwładni przygotowali treść odpowiedzi nie na temat.

Jest nam bardzo smutno, a odpowiedź wiceministra jest żenująca.

Zapewniam, że nadal będziemy podejmować działania, które doprowadzą do logicznego zakończenia sprawy.

DR N. MED. KRZYSZTOF TUSZYŃSKI
CZŁONEK KKW – NIL ORAZ WIL W POZNANIU

Apel nr 2/2017/VII Okręgowej Rady Lekarskiej z dnia 8 lipca 2017 r.

Okręgowa Rada Lekarska Wielkopolskiej Izby Lekarskiej zwraca się do Ministra Zdrowia oraz Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej o podjęcie inicjatywy legislacyjnej zmierzającej do uchwalenia przepisów prawnych, które pozwolą uzyskać emerytom pobierającym renty na podstawie ustawy z 20 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, dodatkowy przychód bez utraty prawa do tego świadczenia.

UZASADNIENIE

Zgodnie z przepisem art. 26 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych osobie uprawnionej do renty z tytułu niezdolności do pracy z ubezpieczenia wypadkowego oraz do emerytury na podstawie odrębnych przepisów wypłaca się, zależnie od jej wyboru:

- 1) przysługującą rentę powiększoną o połowę emerytury albo
- 2) emeryturę powiększoną o połowę renty.

Jednocześnie, jak stanowi art. 26 ust. 3, przepis wyższego nie stosuje się, jeżeli osoba uprawniona osiąga przychód powodujący zawieszenia prawa do świadczeń lub zmniejszenie ich wysokości określony w ustawie o emeryturach i rentach z FUS, niezależnie od wysokości tego przychodu. W konsekwencji nawet uzyskanie przychodu o symbolicznej wysokości pozbawia osoby wcześniej korzystające z tej możliwości pobierania ww. świadczeń w zbiegu.

Obecny stan prawny – zwłaszcza w sytuacji, gdy brakuje pracowników w wielu obszarach rynku pracy i gdy wydłużeniu uległ wiek emerytalny – oznacza dyskryminację seniorów –

emerytów, którzy stracili zdrowie w czasie pracy lub na skutek złych warunków BHP. Postulat likwidacji tej regulacji wielokrotnie zgłaszali pacjenci podczas udzielania porad lekarskich. Niewątpliwie ma on więc szerokie poparcie społeczne, które w pełni uzasadnia konieczność przeprowadzenia szczegółowej analizy niekorzystnych skutków powołanego wyżej przepisu i podjęcie prac nad jego usunięciem z obowiązującego porządku prawnego.

PREZES ORL WIL
DR N. MED. KRZYSZTOF KORDEL
SEKRETARZ ORL WIL
LEK. WOJCIECH BUXAKOWSKI

Odpowiedź ministerstwa

Pan dr n. med. Krzysztof Kordel
Prezes ORL WIL

Szanowny Panie Prezesie,

w związku z przesłanym przy piśmie z dnia 12 lipca 2017 r. [...] Apelem Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 8 lipca 2017 r. o podjęcie działań w celu zmiany przepisu art. 26 ust. 3 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych [...], pragnę uprzejmie poinformować, że ustawa ta zrównała pod względem możliwości dodatkowego zarobkowania osoby pobierające renty wypadkowe z osobami pobierającymi renty z ogólnego stanu zdrowia. Renty te podlegają zawieszeniu lub zmniejszeniu na zasadach ogólnych, przewidzianych dla emerytur i rent z ustawy z 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych [...].

Jednocześnie ustawa o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych wzorem wcześniejszych rozwiązań nadal gwarantuje możliwość pobierania półtorakrotnego świadczenia (renty wypadkowej powiększonej o połowę emerytury albo emerytury powiększonej o połowę renty – zależnie od wyboru), jednak pod warunkiem nieosiągnięcia jakiegokolwiek przychodu z tytułu pracy. Rentę wypadkową można więc pobierać łącznie z emeryturą (w określonych proporcjach), ale kumulacja taka jest możliwa, jeżeli mający prawo do tych zbiegających się świadczeń nie osiąga przychodów z pracy lub innej działalności stanowiącej tytuł do ubezpieczenia społecznego. Osoba osiągająca taki przychód, niezależnie od jego wysokości może pobierać tylko jedno, wskazane przez siebie świadczenie. Wypłata tego wybranego świadczenia podlega zmniejszeniu lub zawieszeniu na ogólnych zasadach.

Motywy wprowadzenia powszechnych zasad dotyczących pobierania renty z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową przy możliwości osiągnięcia dodatkowych przychodów oraz zasad pobierania tej renty w zbiegu z emeryturą były już wielokrotnie wyjaśniane.

Regulacja zawarta w kwestionowanym przez Państwa przepisie art. 26 ust. 3 ustawy była również – na wniosek Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy – przedmiotem oceny Trybunału Konstytucyjnego. Trybunał Konstytucyjny stwierdził, że przepis ten nie narusza zasady prawnej wyrażonej w art. 67 Konstytucji, stanowiącej, że obywatel ma prawo do zabezpieczenia społeczne zarówno ze względu na inwalidztwo,

jak i na osiągnięcie wieku emerytalnego, z tym że szczegółowy zakres i formy zabezpieczenia społecznego określają ustawy. Nie może być oceniany również jako naruszający konstytucyjną zasadę równości (art. 32 Konstytucji) skoro dotyczy on szczególnej sytuacji.

Trybunał zwracał już uwagę (m.in. w wyroku z 23 października 2003 r.), że „żadne kryterium nie może stanowić postawy do zróżnicowań niesprawiedliwych, dyskryminujących określone podmioty. Zasada równości wyrażona w art. 32 ust. 1 i 2 Konstytucji polega na tym, że wszystkie podmioty prawa charakteryzujące się daną cechą istotną w równym stopniu powinny być traktowane równo, tj. bez zróżnicowań zarówno faworyzujących, jak i dyskryminujących. Jednocześnie zasada równości zakłada odmienne traktowanie tych podmiotów prawa, które nie posiadają wspólnej cechy istotnej. Badając zgodność regulacji prawnej z konstytucyjną zasadą równości, należy ustalić, czy zachodzi podobieństwo określonych podmiotów, a więc czy możliwe jest wskazanie wspólnej cechy istotnej lub faktycznej uzasadniającej równie traktowanie tych podmiotów. Ustalenie to wymaga analizy celu i treści aktu normatywnego, w którym zawarta została kontrolowana norma prawna. Jeżeli prawodawca różnicuje podmioty prawa, które charakteryzują się wspólną cechą istotną, to wprowadza on odstępstwo od zasady równości. Odstępstwo takie jest dopuszczalne, jeżeli zostały spełnione trzy warunki. Po pierwsze, wprowadzone przez prawodawcę zróżnicowania muszą być racjonalnie uzasadnione. Muszą one mieć związek z cele i treścią przepisów, w których zawarta jest kontrolowana norma. Po drugie, waga interesów, któremu ma służyć zróżnicowanie podmiotów podobnych, musi pozostawać w odpowiedniej proporcji do wagi interesów, które zostaną naruszone w wyniku różnego traktowania podmiotów podobnych. Po trzecie, zróżnicowanie podmiotów podobnych musi znajdować podstawę w wartościach, zasadach lub normach konstytucyjnych (szerzej w kwestii art. 26 ustawy wypadkowej – uchwała Sądu Najwyższego z dnia 27 kwietnia 2005 r.) [...].

Ostatecznie Trybunał Konstytucyjny w wyroku z 31 stycznia 2006 r. orzekł, że „ograniczenia prawa do uzyskania świadczeń emerytalno-rentowych w sytuacji uzyskiwania wynagrodzenia z tytułu pracy jest dopuszczalne. Powodem otrzymania świadczeń rentowych nie jest samo inwalidztwo czy też choroba, ale wynikająca z nich niezdolność do pracy. Obowiązkiem ustawodawcy jest zapewnienie środków utrzymania w razie takiej niezdolności. Natomiast ustawodawca nie ma konstytucyjnego obowiązku zapewnienia świadczeń rentowych osobom, które zachowały zdolność do pracy i które pracę kontynuują. Nie ma również konstytucyjnego obowiązku umożliwienia kumulacji świadczeń rentowych i emerytalnych z różnych tytułów. Kwestionowany przepis nie narusza istoty prawa do zabezpieczenia społecznego na wypadek niezdolności do pracy. Nie można też mówić o prawie nabytym do niezawieszenia i niezmnieszenia świadczeń rentowych w razie uzyskiwania innych przychodów. Nie ma więc podstaw do stwierdzenia, że kwestionowany przepis narusza zasadę ochrony praw oraz ochronę zaufania jednostki do państwa i stanowionego przez nie prawa”.

MARCIN ZIELENIECKI
PODSEKRETARZ STANU
MINISTERSTWO, PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ

Harmonogram kursów

Lp.	Temat kursu i prowadzący	Data i miejsce	Tematyka szczegółowa	Liczba punktów	Opłata	Sposób zapisu
1	Recepcja w podmiotach leczniczych – dr n. ekon. Magdalena Szumska, inż. Marcin Szumski	14.11.2017 godz. 16.00–20.00 Sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37	Wykłady i ćwiczenia o tematyce: • Prawidłowo zarządzana recepcja • „Dobra praca to lekka praca” – prawda czy fałsz? Jak pracować i nie zwariować? • Stresujące sytuacje w pracy rejestratorki. Jak sobie radzić? • Skuteczne rozwiązania organizatorskie • Uśmiech i właściwy wygląd oraz uprzejmość to podstawa • Internet jako medium komunikacyjne. Strona internetowa i prowadzenie Facebooka dla rejestraterek • Wsparcie rejestracji sprawnymi rozmowami telefonicznymi	–	50 zł (kaucja WIL) pozostali 50 zł	601 799 706 lub odz@wil.org.pl
2	RODO – Nowe rozporządzenie w sprawie ochrony danych osobowych – wymagania wobec podmiotów leczniczych i praktyk zawodowych – mgr Marek Saj	20.11.2017 godz. 18.00–20.00 Sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37	Wykład o tematyce: • Nowe uregulowania prawne w zakresie ochrony danych osobowych • Obowiązki podmiotów leczniczych/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	–	–	601 799 706 lub odz@wil.org.pl
3	Kurs komputerowy	21.11.2017 (I dzień) godz. 15.00–19.00 22.11.2017 (II dzień) godz. 15.00–19.00 Sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37	poziom podstawowy	8	50 zł	61 852 58 60 wewn. 220 lub 601 799 706
4	Kurs komputerowy	25.11.2017 (I dzień) godz. 09.00–13.00 2.12.2017 (II dzień) godz. 09.00–13.00 Sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37	poziom zaawansowany	8	50 zł	61 852 58 60 wewn. 220 lub 601 799 706
5	Zagrożenia biologiczne w praktyce dentystycznej – prof. dr hab. Mariusz Pryliński	25.11.2017 godz. 10.00–11.00 Sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37	Wykład o tematyce: • Rodzaje zagrożeń biologicznych w gabinecie dentystycznym • Drogi przenoszenia materiału zakaźnego • Drogi przenoszenia materiału zakaźnego • Sposoby i środki zabezpieczenia przed zagrożeniami biologicznymi • Zasady i sposoby dezynfekcji wycisków oraz prac protetycznych	1	50 zł (kaucja WIL) pozostali 50 zł	601 799 706 lub odz@wil.org.pl
6	Galwanofarming w praktyce klinicznej – prof. dr hab. Mariusz Pryliński	25.11.2017 godz. 11.00–12.00 Sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37	Wykład o tematyce: • Podstawy galwanofarmingu • Zasady postępowania kliniczno-laboratoryjnego • Wybór materiałów i technik postępowania zabiegowego • Niepowodzenia w leczeniu protetycznym	1	50 zł (kaucja WIL) pozostali 50 zł	601 799 706 lub odz@wil.org.pl
7	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
8	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 (kaucja WIL) pozostali 1150 zł	odz@wil.org.pl lub 601 799 706
9	Licówki ceramiczne – zasady projektowania nowego uśmiechu – prof. dr hab. Mariusz Pryliński	9.12.2017 godz. 10.00–12.00 Sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37	Wykład o tematyce: • Zasady złotych proporcji w estetyce uśmiechu • Kompozycja twarzowa • Kompozycja twarzowo-zębowa • Kompozycja zębowa • Kompozycja dziąsłowa • Podstawowe zasady projektowania estetycznego uśmiechu	2	50 zł (kaucja WIL) pozostali 50 zł	601 799 706 lub odz@wil.org.pl
10	Licówki ceramiczne – postępowanie kliniczno-laboratoryjne – prof. dr hab. Mariusz Pryliński	9.12.2017 godz. 12.00–14.00 Sala wykładowa Poznań, al. Niepodległości 37	Wykład o tematyce: • Rodzaje licówek • Wskazania i przeciwwskazania do ich stosowania • Preparowanie zębów filarowych pod licówki • Metody laboratoryjnego wykonawstwa licówek • Metody kondycjonowania dożebowej powierzchni licówek • Wybór cementu i procedura cementowania	2	50 zł (kaucja WIL) pozostali 50 zł	601 799 706 lub odz@wil.org.pl
11	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. med. 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 dentystów, 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

OGŁOSZENIA

także na www.wil.org.pl

Pilnie zatrudnię lekarza dentystę.

Praca w ramach kontraktu oraz w gabinecie prywatnym.

Atrakcyjne wynagrodzenie,
forma zatrudnienia do uzgodnienia.

Kontakt 668 449 597

NARAMOWICE Wynajmę umeblowany gabinet, pow. 25 m²
z bezpośrednim dostępem do łazienki, w nowoczesnym obiekcie
spa, w którym przyjmują: fizjoterapeuta, dietetyk, kosmetolog,
lekarz medycyny estetycznej.

tel. 668 494 955

Neurologiczny Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Leczenia SM Ośrodek Badań Klinicznych im. dr n. med. Hanki Hertmanowskiej

ul. Fabianowska 40
62-064 Plewiska

zaprasza do współpracy **lekarzy specjalistów:**

- ✓ dermatologa
- ✓ internistę
- ✓ psychiatrę
- ✓ reumatologa

Oferujemy pracę w ramach badań klinicznych.

Osoby zainteresowane prosimy o kontakt telefoniczny
pod nr telefonu **61 863 00 68**

w godz. 10.00–16.00 (dni robocze)

lub na adres e-mail **neurologiczny.nzoz@gmail.com**

w celu umówienia się na spotkanie.

Wiersze



RYSZARD KRAWIEC

Listopadowe refleksje

Przychodzi taki czas, przyznacie to sami
A wielu z mojego rocznika to się zdarza,
Że zaczynamy życie odliczać... listopadami
I czujemy to samym sobą, bez kalendarza.

Bywa, że stojąc przed bogatym pomnikiem
Na cmentarzu pełnym kolorowych zniczy
Lub przed skromnym ziemnym kopczykiem,
Myślisz: Co tak naprawdę w życiu się liczy?

Ono pędzi, rzeczywistość wciąż się zmienia
Ledwie ją ogarniasz, nie wiesz, co się stanie
Jutro. Analizujesz przeszłość i zdarzenia...
I nagle myśl: czy miałem czas na kochanie?

Tą miłością prawdziwą i godną człowieka,
Cierpliwą, ufną, łaskawą, która nie ustaje,
Nie pamięta złego, gniewu też się wyrzeka,
Do tego nie jest bezwstydną, choć usta podaje...

Miłość...

(słowo przez przypadki, liczby odmieniane
I rodzaje) wszystko znosi, przetrwa wiele prób,
Choć bywa eufemistycznie dziś wykoślawiane,
Wszystko przetrzyma. I trwa nie tylko po grób.

To dzięki miłości na cmentarze przybывamy –
Jej rola w tej starej tradycji jest bezsprzeczna.
Przez nią wierzymy, że ukochanych spotkamy
TAM, by nadal kochać... Bo miłość jest wieczna.

Przychodnia na Piątkowie
nawiąże współpracę
z lekarzem
medycyny rodzinnej
na preferencyjnych warunkach finansowych.
Zainteresowanych
proszę o kontakt telefoniczny
w celu umówienia spotkania 664 970 755



WIELKOPOLSKA
IZBA LEKARSKA

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

ISSN 1233-2216 Nakład 14 000 egz.

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

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

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

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

**ADRESY DELEGATUR
WIELKOPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ:**

DELEGATURA W KALISZU

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

DELEGATURA W KONINIE

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

DELEGATURA W LESZNIE

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

DELEGATURA W PILE

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

DELEGATURA OSTROWSKO-KROTOSZYŃSKA

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

kolegium redakcyjne Biuletynu Informacyjnego WIL

redaktor naczelny: Andrzej Baszkowski

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

Na zlecenie WIL wydany przez

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

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



znajdź nas na Facebooku

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

62-064 Plewiska, ul. Grunwaldzka 571

Pilnie zatrudni lekarzy specjalistów

LARYNGOLOGII

dla realizacji części kontraktu NFZ.

Prosimy o kontakt: tel. 600 370 110,

bsm@use.pl

**Zatrudnię lekarza
do pracy w POZ**

DĘBIEC

(blisko zjazdu z A2)
tel. 63 263 99 83
603 789 324

**Sprzedam
kompletnie wyposażony
gabinet stomatologiczny
w Poznaniu.
Tel. 608 319 020**

**SPRZEDAM PORADNIĘ
MEDYCYNY PRACY
Centrum Poznania
tel. kontaktowy 601 930 636**

N.Z.O.Z. PRZYCHODNIA STOMATOLOGICZNA

KA-DENT
STOMATOLOGIA

we Wschowie

ZATRUDNI
lekarza stomatologa

umowa z NFZ oraz prywatnie
(oferujemy dobre warunki pracy)

kontakt z kierownikiem - 509 502 611

www.kadent.com.pl

**Wynajmę
gotowy do pracy
gabinet stomatologiczny
w Wągrowcu
w pobliżu
gabinetów lekarskich.
Tel. 503 036 065**

**Zatrudnimy lekarzy
na dyżury w pomocy doraźnej
w Poznaniu, ul. Kasprzaka 16
ZAPEWNIAMY DOBRE WARUNKI PŁACOWE
Tek. kontaktowy: 509 800 203, 509 800 507**

**Wynajmę
gabiny lekarskie
na tyłach
Wielkopolskiego
Centrum Onkologii.**

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

Tel. kontaktowy 501 033 451

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

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

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

**Gabiny 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@gabinytmedyk.pl

Acard

Nie trzeba słów,
żeby wiedzieć,
że to Acard.

UNIKATOWY
KONTAKT

[Wymagania i informacje](#)

**maxigra
go**

maxigra go
weź mnie
bez recepty

dowiedz się więcej o leku

[Wymagania i informacje](#)

PIROLAM

3 sposoby
na grzybicze
choroby

- żel na skórę
- zawieszka na skórę
- płyn na skórę

[Wymagania i informacje](#)

pyrantelium
MEDIANA

Trzy sposoby
na owsiki!

plynie
na owsiki

[Wymagania i informacje](#)

reklama termedia