



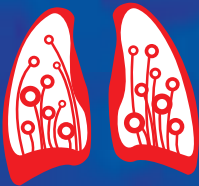
WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA



Nasza galeria

Kontynuujemy prezentację prac lekarzy malujących w Kole Zajęć Plastycznych WIL. Grażyna Szukalska – lekarz stomatolog z Poznania, jest absolwentką Akademii Medycznej w Poznaniu. Malować zaczęła w 2007 r. Posługując się pastelami, akrylami i trochę techniką olejną, skupia się na pejzażach i martwej naturze. Swoją technikę doskonalili na zajęciach w kole plastycznym WIL i w Muzeum Narodowym. Brała udział w ogólnopolskich plenerach malujących lekarzy i plenerach Muzeum Narodowego. Jej prace można było podziwiać na kilkunastu wystawach zbiorowych.

Publikujemy obraz „Droga” – pastele



GORĄCE TEMATY PNEUMONOLOGII 2015

WARSZAWA, 27–28 lutego 2015 r.

TERMIN:
27–28 lutego 2015 r.

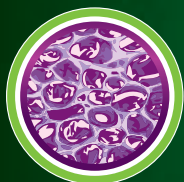
MIEJSCE:
Warszawa

KIEROWNIK NAUKOWY:
prof. dr hab. med. Jan KUŚ

ORGANIZATORZY:
I Klinika Chorób Płuc
Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc
w Warszawie

Wydawnictwo Termedia

WWW.TERMEDIA.PL



ZDROWE KOŚCI 2015

POZNAŃ, 6–7 marca 2015 r.

TERMIN:
6–7 marca 2015 r.

MIEJSCE:
Poznań, IBB Andersia pl. Andersa 3

KIEROWNIK NAUKOWY:
dr hab. Piotr Leszczyński

ORGANIZATORZY:
Sekcja Chorób Metabolicznych Kości i Osteoporozy
Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego

Katedra Reumatologii i Rehabilitacji
Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Oddział Reumatologii i Osteoporozy
Szpitala im. J. Strusia w Poznaniu

Wydawnictwo Termedia

WWW.TERMEDIA.PL

4TH PEDIATRIA UPDATE 2015

POZNAŃ, 6–7 marca 2015 r.

TERMIN:
6–7 marca 2015 r.

MIEJSCE:
Poznań

KIEROWNIK NAUKOWY:
prof. dr hab. med. Wojciech Szużewski

ORGANIZATORZY:
Oddział Poznański Polskiego
Towarzystwa Pediatricznego

oraz

Wydawnictwo Termedia

WWW.TERMEDIA.PL



Diagnoza wstępna

Spis treści

Dwadzieścia pięć lat

25

lat samorządu lekarskiego w Polsce... Czy to dużo...? Względność pojęcia czasu. Niby nie tak wiele, ale w skali naszego życia – ćwierć wieku. Mówimy nawet: szmat czasu. Ile w tym okresie się wydarzyło? Porodziły się dzieci i wnuki. Kto kiedyś myślał o wnukach? Na zdjęciach z tamtych lat czasem z trudnością się rozpoznajemy. A tamtej czy tamtego już nie ma z nami. A przecież byli, tam na tych krzesłach siadywali...

Samorząd się zmienił. Okrzepł. To już instytucja. Czasem krytykowana za biurokrację albo za niezadowolającą skuteczność, albo że nie potrafiła wypracować sobie pozycji, z którą musiałaby się liczyć administracja, albo że lekarzami mało kto się przejmuje... To wszystko prawda. Może nie całkowita, ale prawda. Nie udało się zmienić zapisów ustawy, że sprawy należy z samorządem UZGADNIAC, a nie tylko zasięgać jego opinii. To rzecz fundamentalna... Mimo wszystko izba stara się forsować swoje zdania wobec nowych pomysłów i projektów ministerstwa, często je kontestując. Od czasu do czasu słyszymy opinie o konieczności likwidacji samorządu. Po prostu przeszkadzamy. Izba stara się bronić finansów lekarzy przed NFZ. Popiera działania kulturalne, wydaje i zawiesza, a nawet odbiera, prawa wykonywania zawodu, prowadzi sądownictwo lekarskie, pomaga seniorom, podejmuje decyzje dotyczące etyki i deontologii lekarskiej, prowadzi szkolenia... Gdyby izby nie było, wszystkie te działania przejęłyby urzędniczką administracji. Już raz tak było...

Zmienił się cały świat. Nie tylko politycznie. Przez ten czas napisano wiele ważnych książek, skomponowano muzykę, powstały wzruszające filmy i teatralne przedstawienia. Nie zawsze zdajemy sobie sprawę, ile wokół nas następuje zmian. Wynaleziono nowe leki, jakby dla równowagi pojawiły się nieznane do tej pory choroby, skonstruowano skuteczniejsze w zabijaniu bronie, szaleje terrorizm. Na szczęście geniusz ludzki jest nieogarniony. Właśnie po dziesięcioletniej (!) podróży w kosmosie sonda Rosetta odnalazła gdzieś pomiędzy orbitami Marsa i Jowisza kometę 67P/Czuriumow-Gierasimienko, wypuściła próbnik, który miękko wylądował na jej powierzchni i wykonał zaplanowane badania. Wszystko to w olbrzymiej odległości od Ziemi. Sygnał radiowy z komety wędruje do nas ponad 28 minut! Koronkowa, niewyobrażalnie precyzyjna robota.

I jeszcze jedno. To nie 25 lat izby, tylko o wiele, wiele więcej. Od lat 80. XIX w. do dziś. Działalność samorządu przerwała wojna, ale zaraz po niej izba reaktywowała się. Tylko to były inne czasy, inna władza, inny system polityczny. Samorządów zawodowych nikt nie potrzebował. I definitywnie w 1950 r. izba lekarska została rozwiązana. Tak po prostu. Sejm tak chciał... Prawie 40 lat samorząd czekał na ponowne zaistnienie.

Andrzej Baszkowski



Moim zdaniem...	4
Czego nauczyłem się przez 25 lat w Izbie i poza nią	5
Rezydenckie pytania	5
Nasze spotkanie	5
Tak minął listopad w Izbie	6
Senior z czekiem za kilka miesięcy?	6
Omówienie posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej	7
„BioRezydencja”	8
Kalendarium lekarza-przedsiębiorcy	10
Pokrzywdzony	11
Ochrona informacji o pacjencie w gabinecie	12
Pożegnania	14
Pielęgniarski wypis	18
Lekarze – patroni wielkopolskich ulic	21
SHORT CUTS	22
Odnaczenia dla naszej Koleżanki i naszego Kolegi	23
Akcja Senior – cd.	23
Dawka informacji	24
Ból	26
Pałac Woroncowa – perła krymskiej riwieri	28
Wiersze	30
Fotoreportaż z Koncertu Finałowego II Ogólnopolskiego Festiwalu Chórów Lekarskich Poznań 2014	32

BÓG się rodzi nam na pociechę i nadzieję.
Cieszymy się więc Świętami.
I radość ta niech trwa przez cały 2015 rok!

Moim zdaniem...



Krzysztof Kordel
prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

...wśród przemówień, które zmieniły dzieje świata, było to, które zaczęło się od słów „miałem sen”. I ja też chciałbym jak Martin Luther King mieć sen, który się kiedyś spełni.

Śniło mi się, że będę pisał o zbliżających się świętach i Nowym Roku, w którym nasza praca będzie przebiegała spokojnie, harmonijnie i bez kolejnych rewolucyjnych zmian. Kiedy będziemy wiedzieli, czego od nas się oczekuje i za ile. O roku, kiedy lekarz będzie miał czas dla pacjenta, a nie wypełniał kolejne tabele w kolejnych sprawozdaniach i w zestawieniach. Kiedy nie będzie traktowany jak przestępca, który tylko oszukuje i wyłudza. Kiedy, jeśli już coś zmieniamy w systemie, to poprzedzone jest rozmowami, podczas których słucha się tego, co mamy do powiedzenia, i nie zakłada się *a priori* naszej złej woli i złośliwości w stosunku do „reformatorów”. Moim zdaniem jeśli nie przestaniemy myśleć, że tylko z centrali widać lepiej niż z dołu, to do niczego pozytywnego nie dojdziemy.

Wymyślony plan szybszej diagnostyki onkologicznej sam w sobie jest słuszny i w dłuższym okresie pewnie możliwy będzie do zrealizowania. Potrzebne są jednak przemyślane rozwiązania organizacyjne, a zwłaszcza bardziej liczna niż obecnie kadra medyczna. Kolejnym warunkiem jest zapewnienie więcej czasu dla pacjenta. W wielu cywilizowanych krajach już dawno rządzący i organizatorzy systemu ochrony zdrowia odkryli, jak cenny jest czas lekarza poświęcany pacjentowi i jak lekarza odciążać od działań, które z powodzeniem mogą wykonać inni, choćby sekretarki medyczne, higienistki medyczne czy też coraz lepiej wykształcone pielęgniarki i położne. Podstawowym problemem jest jednak to, że za ich pracę należy godziwie zapłacić i docenić kompetencje.

Moim zdaniem bez partnerskiego potraktowania świata lekarskiego żadna reforma nie może się udać. Potraktowanie nas jak ludzi bezwolnych i nieumiejących liczyć niczego dobrego przynieść nie może. Lekarzu, złóż deklarację o przystąpieniu do systemu, nie wiedząc nic na temat tego, jak on będzie finansowany, jakie badania masz pacjentowi z zieloną kartą zlecić, kto i gdzie te badania wykona. O jednym wiesz albo się domyślasz – że na pewno zostanie rozbudowany system kontroli mających na celu nałożenie na ciebie kary, bo przecież ktoś za tę reformę będzie musiał zapłacić.

Drugim pewnikiem jest to, że zostaniemy wskazani jako winni niepowodzenia zaplanowanej propacjenckiej reformy. Być może się mylę, ale już trwają działania medialne mające na celu przekonanie o tym naszych pacjentów. W mediach coraz więcej jest informacji o błędach lekarskich i o pazerności lekarzy zgodnie z tezą „chcą skoku na kasę” i dlatego utrudniają wejście w życie reformy onkologicznej. Nic nie straciła na aktualności rzymska maksyma *divide et impera*. Jak stawiają się podczas rozmów organizacje zrzeszające lekarzy rodzinnych, to zerwać negocjację i zrobić pseudosondaż, pytając lekarzy, który z dwóch wariantów – zły czy jeszcze gorszy – wybierasz. A może by zapytać tych lekarzy, co by tu jeszcze zmienić i jak system ulepszyć. Są na to przykłady choćby w Belgii. Po negocjacjach płatnika z reprezentantami lekarzy następuje pytanie skierowane do lekarzy, czy akceptują wynegocjowane podczas rozmów warunki. Jeśli zgodzi się na nie 60% lekarzy, to system wchodzi w życie, a jeśli nie, to nadal trwają rozmowy. Najlepiej skłócić lekarzy POZ z AOS i z tymi, którzy pracują w szpitalach. Związki zawodowe przeciwstawić pracodawcom. Skonfliktować lekarza z izbą lekarską czy też pokazać (oczywiście w internecie), ile zarabiają konsultanci krajowi czy też wojewódzcy, oczywiście zapominając, że mają kompetencje, a także podać dane o ich czasie pracy.

Chciałbym dożyć takich czasów, gdy pisząc w „Biuletynie WIL” w okresie przedświątecznym, będę się ograniczał jedynie do złożenia życzeń spokojnych i rodzinnych świąt oraz radości z pracy, z pięknego zawodu, który wybraliśmy i który wykonujemy.

Wielki poznański lekarz Heliodor Święcicki, występując w 1911 r. na Zjeździe lekarzy i przyrodników, powiedział do słuchającego go wówczas audytorium: „Serce lekarza powinno być podobnym do owych trzech szkatulek, w której Trzej Królowie przynieśli myrrę, kadzidło i złoto i złożyli Dzieciątku Jezus. Legendy średniowieczne piszą o nich, że nigdy zawartość ich nie wyczerpywała się. Tak nigdy w piersi lekarza nie winno wyczerpywać się złoto litości, kadzidło współczucia i myrra zrozumienia cierpień. Wewnętrzne odczuwanie uczuć bliźniego jest właściwym środowiskiem wszelkiego współczucia estetycznego, bez którego można sobie pomyśleć prawdziwego lekarza. Nieraz lekarz winien zupełnie zapomnieć o samym sobie, aby móc współcierpieć z cierpiącymi pacjentami i być dla tych «co nadzieję stracili», nadzieją”.



„Nieuczesane” myśli „pierwszego prezesa” na srebrny jubileusz WIL, czyli: Czego nauczyłem się przez 25 lat w Izbie i poza nią

- Nie zapominać w żadnej sytuacji, że wśród wielu cech, które świadczą o wielkości lekarza, najważniejszą jest POKORA.
- Wystrzegać się owacji na stojąco. Świat jest pełen efekciarzy zarówno wśród bijących brawo, jak i oklaskiwanych. Srebrny jubileusz izby jest najlepszym, bezkompromisowym sędzią.
- Potrafić powiedzieć NIE, gdy spotykamy się z działaniami zagrażającymi naszemu poczuciu ludzkiej godności. Pozostawanie biernym, ale wiernym jest bezpieczne jedynie na krótką metę. Koniec bywa najczęściej żałosny.
- Pamiętać, że także w środowisku lekarskim sprawdza się stara prawda, że punkt widzenia zależy od punktu siedzenia. Można to dostrzec również w 25-letniej retrospekcji naszego życia samorządowego.
- Przedstawiać swoje stanowisko możliwie już w pierwszej wypowiedzi i to niezależnie od treści zadanego pytania. Druga okazja może się nie pojawić.
- Unikać rozmów z dziennikarzami przez telefon. Umawiać się na osobistą rozmowę, wyłącznie po godz. 15.00. O tej porze nikt z mediów się nie pojawi, a my mamy czas na wyjaśnienie sprawy we własnym gronie.
- Szanować dorobek i doświadczenie starszych koleżanek i kolegów, niezależnie od pozycji zawodowej i społecznej, jaką udało im się osiągnąć.
- Wierzyć w młodość i postęp, a równocześnie pomagać następcom tworzyć mosty między naukami medycznymi a sztuką leczenia oraz uczyć PRYZWOITOŚCI i UCZCIWOŚCI w stosunku do pacjentów, ich rodzin i współpracowników.
- Nie komentować nigdy publicznie czyjegoś niepowodzenia. Też kiedyś możemy mieć słabszy dzień.
- Pogodzić się z myślą poety:
„Nikt żywy w kraj młodości raz drugi nie wraca,
Młodość, raz już miniona, minęła niezwrotnie...”

PROF. DR HAB. N. MED. PIOTR DYLEWICZ

Rezydenckie pytania

Jak zrozumieć system przyznawania miejsc rezydenckich w Polsce? Zrozumieć nie sposób. Bo jak można wyjaśnić sensowność składania podań tylko na jeden kierunek i pozostania bez pracy w wypadku, gdy ów kierunek jest bardzo popularny?

Taki system godzi przede wszystkim w stażystów zdolnych i ambitnych – np. w 2012 r. bez możliwości rozpoczęcia specjalizacji została osoba zdająca na ginekologię z wynikiem ok. 83%, podczas gdy stażysta o wiele gorszy, z wynikiem 58%, z powodzeniem mógł liczyć na pensję rezydencką na chirurgii ogólnej. Prowadzi to do sytuacji, że ludzie zdolni boją się składać wnioski na prestiżowe specjalizacje, bo jeśli się nie dostaną, nie mają żadnej możliwości szkolenia specjalizacyjnego przez najbliższe pół roku. I tak ci „gorsi”, z mniejszymi ambicjami, mają zapewniony byt od razu, lepszym natomiast pozostaje albo składanie dokumentów na specjalizację, na którą łatwo się dostać, albo liczenie się z bezrobociem, jeśli nie zostaną zakwalifikowani na jedyne miejsce, np. z ginekologii.

O ileż mniej krzywdzące byłoby, gdyby można było składać dokumenty na kilka kierunków – wtedy na specjalizację naprawdę dostawaliby się najlepsi, a nie ci, którym się poszczęściło.

Kolejnym problemem pozostaje fantazja osób ustalających liczbę miejsc rezydenckich w poszczególnych latach. Bo o ile wierzyć zapewnieniom, że liczba tych miejsc koreluje z zapotrzebowaniem na danych specjalistów w regionie, o tyle trudno uwierzyć, by jednego roku zapotrzebowanie wynosiło 7, w kolejnym 24, a w następnym spadało do 15. Taki nierówny rozdział sprawia, że jednego roku nie dostają się naprawdę dobrzy lekarze, po to, by w kolejnym został przyjęty niemal każdy, kto zechce.

LEK. HANNA WINIARSKA

Nasze spotkanie

Wielkopolska Izba Lekarska 29 września 2014 r. w swojej siedzibie zorganizowała spotkanie koleżanek i kolegów, którzy po okresie studiów 1950–1954 i zdaniu wszystkich egzaminów otrzymali tytuł lekarza dentystry. Pragnę nadmienić, że każdy z nas po ukończeniu studiów otrzymywał tzw. nakaz pracy i musiał w tym zakątku ojczyzny pracować, gdzie były największe medyczne potrzeby i gdzie tzw. władza ludowa go skierowała. Często w danym ośrodku zdrowia zaczęliśmy pracę od zera, gdzie załączkiem gabinetu była nieraz tylko wiertarka nożna.

Miłe naszemu sercu spotkanie rozpoczął dr Stanisław Dzieciuchowicz, opiekun lekarzy emerytów przy WIL. Następnie prof. UM w Poznaniu dr hab. n. med. Anna Surdacka powitała nas serdecznie, życząc nam wszystkiego co dobre, a przede wszystkim zdrowia. Wspomniała także o kadrze profesorskiej Akademii Medycznej w tamtym okresie. Następnie wiceprezes WIL Andrzej Cisko złożył nam serdeczne życzenia od Izby.

Nasz rocznik 1950–54 był najliczniejszym w historii Akademii Medycznej w Poznaniu, jeśli chodzi o liczbę studentów – 150 stomatologów. Na 50-lecie odnowienia dyplomu, 10 lat temu, było nas jeszcze 56 osób, a na tym spotkaniu już tylko 24 osoby. Mamy tutaj namacalny dowód, jak rocznik nasz na tej drodze życia się wykrusza.

Podczas spotkania nie zabrakło dyskusji i wspomnień. Wyświetlano też zdjęcia z czasów naszych studiów, projekcji towarzyszył smaczny poczęstunek. Na zakończenie uroczystości dr Stanisław Dzieciuchowicz wręczył każdemu ładnie oprawiony zestaw dokumentów dotyczących naszego spotkania oraz wspólną fotografię.

DR STOMATOLOGII
TADEUSZ SZYMAŃSKI

Tak minął listopad w Izbie

- 03.11 – posiedzenie Komisji ds. Młodych Lekarzy
- 04.11 – posiedzenie Komisji ds. Konkursów
- 06.11 – posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
- 06.11 – szkolenie „Ochrona wizerunku lekarza w internecie”
- 08.11 – koncert dla członków izby z okazji Święta Niepodległości w Muzeum Archidiecezjalnym
- 08.11 – kurs komputerowy – 1. dzień
- 12.11 – posiedzenie Komisji Bioetycznej
- 13.11 – posiedzenie Komisji ds. Emerytów i Rencistów
- 15.11 – posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej WIL
- 15.11 – kurs komputerowy – 2. dzień
- 15.11 – posiedzenie Komisji Historycznej
- 17.11 – szkolenie „Podstawy EKG u dzieci” – 1. dzień
- 18.11 – spotkanie przedstawicieli szpitali powiatowych
- 18.11 – spotkanie Koła Plastycznego
- 19.11 – szkolenie „Zabezpieczenie prawne działalności lekarza i lekarza dentysty”
- 22.11 – kurs komputerowy – 1. dzień
- 24.11 – szkolenie „Podstawy EKG u dzieci” – 2. dzień
- 24.11 – spotkanie przedstawicieli szpitali powiatowych
- 25.11 – warsztaty szkoleniowe Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i jego Zastępców
- 25.11 – spotkanie Koła Plastycznego
- 27.11 – posiedzenie Komisji ds. Zasad Działalności Leczniczej i Warunków Wykonywania Zawodu
- 29.11 – Kurs Komputerowy – 2. dzień
- Wtorki i piątki – spotkania Chóru WIL
- Środy – spotkania – Zespół Kameralny Operacja Muzyka
- Poniedziałki, wtorki, czwartki, piątki – kursy językowe

Senior z czekiem za kilka miesięcy?

Wydłuża się u nas przeciętna długość życia (kobiety – 81,1 roku, mężczyźni 73,1). A to oznacza – biorąc pod uwagę ujemny przyrost rzeczywisty ludności – wyraźne przyspieszenie procesu starzenia się społeczeństwa.

Ostatnio w „Biuletynie Informacyjnym WIL” poświęcamy temu sporo uwagi. Odnotowujemy także zmiany w sposobie myślenia o sprawach i dolegliwościach (fizycznych, psychicznych, także społecznych), z którymi przecież każdy z nas się spotka. Zmiana struktury demograficznej sprawia, że ośrodki władzy na różnych szczeblach muszą się zająć zdecydowanym planowaniem i realizowaniem polityki w zakresie ochrony zdrowia i aktywności społecznej seniorów. Czas nagli, a niektóre rozwiązania proponowane kilka lat temu nadal pozostają w sferze życzeń. Tymczasem, jak alarmowano na niedawnej konferencji zorganizowanej w poznańskim „Bazarze” przez Wielkopolskie Stowarzyszenie Wolontariuszy Opieki Paliatywnej „Hospicjum Domowe”, już dzisiaj milion starszych ludzi w Polsce nie może samodzielnie o siebie zadbać. Za 20 lat ich liczba sięgnąć ma 2,5 mln.

Już trzy lata temu media informowały, że państwo będzie pomagać w opiece nad ludźmi starymi i niedołącznymi. Wprowadzenie czeków opiekuńczych, które rewolucjonizowały system wspierania seniorów, miało nastąpić lada miesiąc. Leszek Kostrzewski i Piotr Mączyński pisali wówczas (28 kwietnia 2011 r.) w „Gazecie Wyborczej”: „Rodzina, która będzie chciała wynająć opiekuna dla chorego krewnego, umieścić go w domu pomocy społecznej lub w domu dziennego pobytu, dostanie czek opiekuńczy pokrywany z budżetu. Sumy? Od 800 do 1200 zł miesięcznie w zależności od stopnia niesamodzielności. – *Mając czek, będziemy mogli wybrać na rynku usługodawcę, który zapewni nam opiekę* – mówi senator Mieczysław Augustyn (PO), który przewodniczy pracom nad ustawą. Wybrać będziemy mogli spośród wszystkich usług opiekuńczych dostępnych na rynku. Według senatora Augustyna, przyjęcie tej usta-

wy to konieczność. Jak szacuje GUS, do 2035 r. liczba Polaków mających 65 lat dojdzie do 8,5 mln. W tej grupie coraz więcej będzie ludzi, którzy nie będą w stanie o siebie zadbać. Dziś jest ich około miliona, w 2035 r. będzie ich 2,5 mln. Obecnie niesamodzielnymi Polakami zajmuje się przeważnie rodzina. Ale to się wkrótce skończy, bo w ciągu najbliższych 20–30 lat o połowę zmniejszy się liczba młodych w stosunku do seniorów potrzebujących pomocy”.

Zespół senatorów i ekspertów pracuje nadal, ujawnia on pierwsze szczegóły dotyczące czeku opiekuńczego wartego od 650 do 1000 zł netto miesięcznie. Do końca 2014 r. ma przedłożyć premier Ewie Kopacz projekt ustawy nad osobami niesamodzielnymi. O jednym z jego aspektów senator Augustyn, przewodniczący prac Komisji Rodziny, Polityki Senioralnej i Społecznej, mówi (także Leszkowi Kostrzewskiemu z „Gazety Wyborczej” z 3 listopada 2014 r.), co następuje: – *W wielu rodzinach, gdy mama czy babcia zachoruje, wynajmuje się panią Anię i daje jej pieniądze pod stołem. Gdy będą czeki, rodzina dojdzie do wniosku, że nie oplaci się płacić pani 500 zł z własnej kieszeni, jeśli można w ośrodku pomocy społecznej dostać czek. Bierzymy więc czek i oficjalnie zatrudniamy panią Anię. Jego zdaniem budżet będzie musiał wyłożyć dodatkowe środki. Można je znaleźć w funduszach unijnych. Warto, bo w znacznej części się zwrócą. Dzięki ustawie przybędzie 200 tys. legalnych miejsc pracy, co zmniejszy wydatki i zwiększy wpływy do budżetu i ZUS. Szacuje się jeszcze finansowe następstwa czeku opiekuńczego. Rozstrzygnięcia wymaga też, jaki będzie status projektu: rządowy czy senacki.*

Senior w wieku powyżej 75 lat miałby zdecydować, czy chce pobierać zasiłek pielęgnacyjny wypłacany co miesiąc wraz ze świadczeniem ZUS, czy też wystąpi o czek opiekuńczy. Jego wysokość byłaby uzależniona od stopnia niesamodzielności osoby wymagającej opieki. Kontrakt ze świadczeniodawcą zawierałaby rodzina. Przewiduje się także roczny urlop opiekuńczy dla osób spokrewnionych. Mówi się również o „asystencie osoby niesamodzielnej” przygotowanym w trakcie szkolenia do wypełniania obowiązków pielęgnacyjnych.

ANDRZEJ PIECHOCKI



Omówienie posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej



SEKRETARZ
ORL WIL
WOJCIECH
BUXAKOWSKI

Ze względu na cykl wydawniczy „Biuletynu Informacyjnego WIL” omówię oba posiedzenia.

Podczas pierwszego spotkania 25 października 2014 r. obrady prowadził na początku wiceprezes Andrzej Obrębowski. Prezes Krzysztof Kordel reprezentował w tym czasie WIL na dyplomatorium Wydziału Dentystycznego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Po powitaniu złożono gratulacje członkom Okręgowej Rady Lekarskiej – Kasi Piotrowskiej za zajęcie trzeciego miejsca w konkursie Forbsa oraz Andrzejowi Grzybowskiemu za odznaczenie Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski.

Następnie przystąpiono do realizacji porządku obrad.

Przyznano lub przedłużono ważność prawa wykonywania zawodu lekarzom cudzoziemcom:

- lekarzom dentystom po stażu: obywatelowi Ukrainy oraz obywatelowi Włoch,
- przedłużenie ważności prawa: obywatelowi Jordanii, obywatelowi Kenii, od wielu lat pracują i mieszkają w Polsce, lecz nie mają prawa stałego pobytu, dlatego ORL przedłuży ważność prawa każdorazowo po przyznaniu przez wojewodę prawa pobytu na terytorium Polski.

Poszerzono składy osobowe komisji problemowych: Komisja Etyki – Elżbieta Kałuża-Maniewska, Komisja Emerytów i Rencistów – Teresa Kwiecińska Koźmińska, Witold Koberski.

Zatwierdzono nowe regulaminy komisji ds. rejestru ORL oraz ds. konkursów. Zmiany były konieczne w celu dostosowania do nowych przepisów, na podstawie których działają komisje.

Wytypowano kandydatów na stanowisko konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie nefrologii dziecięcej: prof. dr. hab. n. med. Jacka Zachwieję, dr. n. med. Alfreda Warzywodę.

Wiele miejsca zajęła dyskusja na temat organizacji pomocy prawnej dla lekarzy.

Chcąc spełnić oczekiwania lekarzy, prezes przedstawił propozycję poszerzenia obsługi prawnej dla lekarzy przez Kancelarię Adwokatów i Radców Prawnych Sowisło & Topolewski. Polegałaby ona na codziennej dostępności prawników w siedzibie WIL. Udzielaliby oni porad prawnych w zakresie wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentyści. W szczególności dotyczyłoby to doradztwa:

- w zakresie analizy prawa medycznego,
- w zakresie problematyki prawnej prowadzenia dokumentacji medycznej,
- w zakresie sporów przed sądami powszechnymi, Sądem Najwyższym itp.,
- w zakresie umów zawieranych przez lekarzy,
- w zakresie prawa pracy i ubezpieczeń społecznych,
- w zakresie postępowań przed Narodowym Funduszem Zdrowia oraz organami administracji rządowej i samorządowej,
- w zakresie windykacji należności na etapie przesądowym, sądowym oraz egzekucyjnym,

- doradztwa podatkowego związanego z działalnością leczniczą,
- doradztwa w zakresie zakładania form działalności gospodarczej.

W dyskusji część kolegów zwracała uwagę na konieczność dywersyfikacji usług prawnych, ponieważ kancelaria S & T. obsługuje również niektóre wielkopolskie szpitale i może nastąpić konflikt interesów, kiedy lekarze będą korzystali z tej samej kancelarii, co ich pracodawca. Obawy lekarzy były na tyle istotne, że aby ten problem rozwiązać, prezes zaproponował, aby w takiej sytuacji obsługę prawną zapewniał prof. prawa Jędrzej Skrzypczak, od lat współpracujący z WIL. Ta propozycja została przyjęta przez ORL 15 listopada.

Na posiedzeniu ORL 15 listopada przyznano prawa wykonywania zawodu lekarza po stażu i zdanim egzaminie LEK: obywatelowi Bułgarii, obywatelowi Niemiec, obywatelowi Białorusi i obywatelowi Kenii, a także lekarzowi dentyście z Anglii.

Wytypowano kandydatów do komisji konkursowych na stanowisko ordynatora: Oddziału Chirurgii i Traumatologii Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Koninie – Przemysław Mańkowski, Stefan Sobczyński, Krzysztof Połec, w Wojewódzkim Szpitalu Neuropsychiatrycznym w Kościanie – Lidia Dymalska Kubasik, Jerzy Olas, Sławomira Tomaszuk-Kozłowska.

Ustalono termin XXXVII Okręgowego Zjazdu Lekarzy WIL na 25 kwietnia 2015 r. oraz terminy posiedzeń RO na przyszły rok: 31 stycznia, 7 marca, 11 kwietnia, 16 maja, 20 czerwca, 12 września, 10 października, 7 listopada, 12 grudnia.

Z inicjatywy młodych lekarzy RO uchwaliła stanowisko skierowane do premiera RP, ministra zdrowia oraz posłów RP, w którym krytycznie odnosi się do niektórych zmian w ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentyści dotyczących kwalifikacji do specjalizacji oraz jej realizacji.

Stanowisko można znaleźć na stronie internetowej WIL.

Uchwalono również apel do przewodniczącego Naczelnej Komisji Rewizyjnej wzywający go do podania się do dymisji. Ma to związek z udzielonym przez niego wywiadem w „Gazecie Lekarskiej” (10/2014), w którym w sposób jednoznaczny neguje niezależność Naczelnej Komisji Rewizyjnej, przez co podważa zaufanie do organu wybieranego przez Krajowy Zjazd Lekarzy, którego zadaniem jest kontrola finansów Naczelnej Rady Lekarskiej. Apel wysłano również do „Gazety Lekarskiej” oraz członków NKR.

Metoda FELDENKRAISA

Pozwala wyjść poza ból, napięcia i ograniczenia, poprawić osiągnięte wyniki oraz odnaleźć lekkość i swobodę ruchu, zwiększyć jasność umysłu i kreatywność...

Dla seniorów i młodych, dla osób po udarach, dla tych, którzy odczuwają stres, bóle, mają problemy ze snem i koncentracją...

Kurs metody Feldenkraisa rozpoczyna się w styczniu w siedzibie WIL. Szczegółowe informacje w internecie, a także u kol. Anny Serafinowskiej, tel. 602 402 170.

Plener malarski w Świeradowie-Zdroju

„BioRezydencja”

Zanurzyliśmy się w listopadową szarugę omotane zimowymi kurtkami, bo jedziemy w Góry Izerskie – może tam śnieg?

Artystycznym opiekunem pleneru była tak jak w ubiegłym roku p. mgr Lidia Kot, a uczestniczkami koleżanki: Kasia Bartz-Dylewicz, Ola Berezowska, Ela Dąbrowska, Danka Korytowska-Mikusińska, Roberta Marcinkowska, Grażynka Omylak, Jola Silska-Hałupka, Grażynka Szukalska i Basia Żyła.

Najistotniejszym elementem obrazu jest kolor, którym wyrażamy własne emocje, to, co pragniemy przekazać widzowi. Wiele prac malowałyśmy abstrakcyjnie, a ta forma malarska eliminuje przedstawianie natury, wyraża sublimację i nieskończoność.

Ale nie da się pominąć człowieka i przyrody, zwłaszcza gdy kolory jesieni w słońcu tańczą nam przed oczami, bukowe lasy lśnią żółcieniami, nieskazitelne przejrzyste wody Kwisy kokietują dnem pełnym obłych kamieni i złocistym piaskiem, a jej wodospad – to Niagara Gór Izerskich.

Na wzgórzu św. Anny, zwanym także „wzgórzem straceńców”, stoi ciekawa kaplica, a wokół rozciągają się wspaniałe malarskie widoki.

Wreszcie ruiny wielowiekowego zamku Gryf – wspinamy się po malowniczych schodach, po drodze podziwiając mury i bramy obronne z dalekiej przeszłości. Idziemy w towarzystwie przewodnika i jego psa o sierści w kolorze kości słoniowej, który posilił się frykasami z jednej rozchylonej torebki.

Szczyt zamku wieńczy ściany ogromnej sali rycerskiej – jak całość obiektu zbudowanej z dużych, różnych miejscowych kamieni, z czarnymi bazaltowymi włączkami. Wspaniałe widoki i zaduma nad przemijaniem czasu, a nas czas woła na wegetariański obiad. (Naturalnie opisałam jedną wycieczkę).

W ogromnej sali ze sztalugami i naszym rysztunkiem malarskim do późnej nocy przenosimy nasze wrażenia na kolory – powstają ciekawe prace. Aprobata życzliwym skinieniem głowy lub „dobrze” naszej kochanej artystki Lidii, której sama obecność rzuca nas na kolana przed „muzą”, opóźnia złożenie naszych bardzo utrudzonych ciał do łoża ze śnieżnobiałą pościelą.

W ubiegłym roku w czasie pleneru w tej samej „BioRezydencji”, gdzie podobno rezydował Napoleon, a obiekt jest wręcz magiczny, niegdysiejszy, dzień zaczynał się od jogi – przez kilka dni malowałyśmy bez wytchnienia, nie opuszczając budynku. Kasia do chwili obecnej wspomina, że byliśmy jak w zamkniętym zakonie. Teraz również czas wypełniony jest naszą pasją, jesteśmy razem, malujemy ten sam temat, na który mamy określony czas, a dowiadujemy się





o nim, stojąc już przy sztalugach, gotowe „do boju”. Każda z nas maluje inaczej, czas przestaje istnieć, ale naprawdę szybko ucieka, a wokół nas coraz więcej obrazów.

Któregoś wieczoru, gdy inni już śpią, oglądamy film, piękny i wzruszający o opętanej pasją malarską prostej kobiecie Serafinie, której obrazy są obecnie ozdobą wielkich muzeów. Aby malować, sama robiła farby – nawet z kradzionej krwi zwierzęcej.

Może my mamy również w sobie nieco szaleństwa, by przez wiele godzin stać przy sztalugach, aby wymalować miłość, dom, jesień za oknami, odtworzyć tajemnicę modelki w błękitach wnoszonej na stół – tajemnicę, którą jest jej maleństwo w brzuchu, a ona podtrzymuje je wątłą ręką.

Jakże przydała się nasza pomoc lekarska w ratowaniu dwóch rosyjskich modeli siedzących na stole przytulonych dwuznacznie do siebie plecami, bo jeden z nich padał ze zmęczenia.

Wszystkie nasze dzieła, głównie dużych rozmiarów, ale także mniejsze w sobotni wieczór sama pani Lidia Kot, nasza znakomita pedagog i przyjaciółka, przeobraża w piękną wystawę w ogromnej sali („tortur malarskich”).

I oto nasze prace: „Niewidzenie”, „Cisza”, „Jesień”, „Miłość”, „Dom” wg wiersza Roberta Cohena pt. „Go home” oraz inne nasze obrazy, np. malowane w całkowitej ciemności z równocześnie zamkniętymi oczami, obrazy z modelką, modelami, wszystkie są na swój sposób piękne.

W niedzielny poranek na naszej wystawie słyszymy miłe słowa zachwyconych gości, migają flesze.

Kilka naszych prac jak w roku ubiegłym zostaje w „BioRezydencji”.

Serdecznie żegnamy się z Lidią do comiesięcznego spotkania w budynku WIL na zajęciach i z gospodarzami (do maja 2015 r.).

W grudniu br. w Galerii przy ulicy Wielkiej 1 w Poznaniu będzie czynna nasza wystawa poplenerowa od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 15.30 (proszę dzwonić – dzwonek „Galeria”), gdzie wystawiamy niestety tylko po jednym obrazie.

Serdecznie zapraszamy.

DANUTA KORYTOWSKA-MIKUSIŃSKA

Przegląd legislacyjny 2014

Nowości ważne (niekoniecznie tylko) dla stomatologów

Rok się kończy, warto zatem przejrzeć notatki i podsumować, co nam ten rok przyniósł i co zapewne zostanie, gdyż uchwalone ustawy i podpisane rozporządzenia to bagaż, który (niestety) zostaje na jakiś czas. Najważniejsze nowości legislacyjne w mijającym roku z uwagi na obszerność tekstu zamieszczono na stronie: www.wildent.org.pl/upload/2014

Andrzej Cisko, wiceprezes ORL WIL



Wybrane zagadnienia dotyczące obowiązków wobec organów państwa Kalendarium lekarza-przedsiębiorcy

KTO	OBOWIĄZEK	TERMIN	PODSTAWA PRAWNA
OBOWIĄZKI LEKARZA PRZEDSIĘBIORCY			
podmioty lecznicze oraz lekarze prowadzący praktyki zawodowe, wytwarzający odpady medyczne, z wyjątkiem: praktyk wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego oraz praktyk wytwarzających jedynie odpady komunalne	<p>prowadzenie ewidencji odpadów wraz z uzyskaniem dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie odpadów (wydawany co miesiąc na prośbę wytwórcy przez podmiot, który dokonał unieszkodliwienia)</p> <p>składanie zbiorczych zestawień danych o rodzajach i ilości odpadów oraz o sposobach gospodarowania</p>	<p>na bieżąco, (wytwórca jest zobowiązany przechowywać ewidencję przez 5 lat)</p> <p>do 15 marca każdego roku za rok poprzedni, dokument składa się do Marszałka Województwa (właściwego ze względu na miejsce wytworzenia odpadów)</p>	<p>– ustawa z 14 grudnia 2012 r. o odpadach (art. 66, 67, 76 ust. 1, 95)</p> <p>– rozporządzenie Ministra Środowiska z 13 stycznia 2014 r. w sprawie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych (§ 2)</p>
podmioty lecznicze oraz lekarze prowadzący praktyki zawodowe, którzy: – posiadają pojazd mechaniczny (osobowy lub ciężarowy); – korzystają z własnej kotłowni (niepodłączonej do sieci ciepłowniczej) – korzystają z własnego ujęcia wody (niepodłączonego do sieci wodociągowej)	<p>składanie zbiorczych zestawień informacji o zakresie korzystania ze środowiska oraz wysokości należnych opłat wraz z wniesieniem należnej opłaty</p> <p>nie wnosi się opłat z tytułu tych rodzajów korzystania ze środowiska, których roczna wysokość nie przekracza 800 zł, pozostaje jedynie obowiązek złożenia sprawozdania</p>	<p>do 31 marca każdego roku (za rok poprzedni), należy je składać do Urzędu Marszałkowskiego (właściwego ze względu na miejsce korzystania ze środowiska) oraz Wojewódzkiego Inspektora Ochrony Środowiska,</p> <p>ewidencję przechowuje się 5 lat</p>	<p>– ustawa z 27 kwietnia 2001 r. Prawo ochrony środowiska (art. 291 ust. 2)</p> <p>– rozporządzenie Ministra Środowiska z 27 lutego 2014 r. w sprawie wykazów zawierających informacje i dane o zakresie korzystania ze środowiska oraz o wysokości należnych opłat</p> <p>– bliższe informacje i wzory dokumentów do pobrania na stronie: http://www.umww.pl/departament_department-rodowiska_obowiazki-podmiotow-w-zakresie-korzystania-ze-rodowiska</p>
podmioty lecznicze oraz lekarze prowadzący praktyki zawodowe	<p>przeprowadzanie wewnętrznych kontroli, które obejmują ocenę prawidłowości i skuteczności:</p> <p>a) oceny ryzyka występowania zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych</p> <p>b) monitorowania czynników alarmowych i zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywanych świadczeń</p> <p>c) procedur zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w tym procedur dekontaminacji</p> <p>d) stosowania środków ochrony indywidualnej i zbiorowej</p> <p>e) wykonywania badań laboratoryjnych</p> <p>f) analizy lokalnej sytuacji epidemiologicznej</p> <p>g) profilaktyki i terapii antybiotykowej</p> <p>należy sporządzić raport kontroli wewnętrznych, może być w formie papierowej lub elektronicznej (szczegółowy zakres określa rozporządzenie Ministra Zdrowia)</p>	<p>co najmniej raz na pół roku</p> <p>należy przechowywać przez 10 lat</p> <p>okazać na żądanie organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w czasie kontroli</p>	<p>– ustawa z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (art. c11 i art. c12)</p> <p>– rozporządzenie Ministra Zdrowia z 27 maja 2010 r. w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych</p> <p>– rozporządzenie Ministra Zdrowia z 27 maja 2010 r. w sprawie sposobu dokumentowania realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz warunków i okresu przechowywania tej dokumentacji</p>
podmioty lecznicze oraz lekarze, którzy są pracodawcami, a ich pracownicy są narażeni na ryzyko zranienia ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych	<p>a) ostre narzędzia to: wyroby medyczne służące do cięcia klucia, mogące doprowadzić do zranienia oraz zakażenia</p> <p>b) sporządzanie i wdrażanie procedur bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami, opracowywany wraz z pracownikami</p> <p>c) sporządzanie i wdrażanie procedur używania odpowiednich do rodzaju i stopnia narażenia środków ochrony indywidualnej</p> <p>systematyczne szkolenia pracowników w zakresie postępowania z ostrymi narzędziami</p> <p>prowadzenie wykazu zranień ostrymi narzędziami</p>	<p>sporządzanie raportów nie rzadziej niż co 6 miesięcy dotyczących BHP w podmiotach leczniczych</p> <p>ocena procedur raz na dwa lata</p> <p>raporty mogą być w formie papierowej lub elektronicznej</p> <p>uzupełnianie wykazu w razie zaistnienia zdarzenia</p>	<p>– ustawa z 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (art. 237¹⁵ § 2)</p> <p>– rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6 czerwca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych</p>
podmioty lecznicze oraz lekarze prowadzący praktyki zawodowe	posiadanie kasy fiskalnej	zwolnienie z obowiązku do 28 lutego 2015 r. od 1 marca 2015 r. obowiązkowo – dotyczy tych podmiotów leczniczych i lekarzy prowadzących praktykę, którzy w latach wcześniejszych korzystali ze zwolnienia (mieli mniejszy obrót roczny niż 20 000 zł)	– rozporządzenie Ministra Zdrowia z 4 listopada 2014 r. w sprawie zwolnień z obowiązku prowadzenia ewidencji przy zastosowaniu kas rejestrujących
OBOWIĄZKI LEKARZY W STOSUNKU DO IZB LEKARSKICH W ZAKRESIE AKTUALIZACJI DANYCH W REJESTRACH SAMORZĄDU			
wszyscy lekarze będący członkami WIL	zgłaszanie zmian danych dotyczących wykonywania zawodu lekarza, m.in. a) umowy o pracę/zlecenia b) adresu korespondencji c) utrata dokumentów „prawo wykonywania zawodów”	30 dni od daty ich powstania	– ustawa z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (art. 49 ust. 7)
lekarze prowadzący praktyki zawodowe	zgłaszanie zmian związanych z wykonywaniem działalności leczniczej, w tym: a) miejsca wykonywania działalności oraz danych objętych rejestrem	14 dni od dnia ich powstania	– ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (art. 107 ust. 1)
	zgłoszenie zawarcia polisy obowiązkowego ubezpieczenia OC	7 dni od daty jej zawarcia lub 14 dni od daty jej zmiany	– ustawa o działalności leczniczej (art. 25 ust. 3 w zw. z art. 18 ust. 1 pkt 5 oraz art. 107 ust. 1 w zw. z art. 18 ust. 1 pkt 5)
kierownik podmiotu leczniczego	przekazanie informacji o liczbie osób, które wykonują zawody medyczne na podstawie umów cywilnoprawnych albo jako praktykę zawodową, z którą podmiot leczniczy zawarł umowę cywilnoprawną	raz na kwartał Państwowej Inspekcji Pracy oraz właściwym organom samorządu zawodów medycznych	– ustawa o działalności leczniczej (art. 17)

Przypominamy także, że w Dzienniku Ustaw z 29 czerwca 2012 r. ukazało się, nadal obowiązujące, rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Między innymi podane są szczegółowe wymagania, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia ambulatorium. Dotyczy to, jak inne zapisy rozporządzenia, także gabinetów stomatologicznych. W punkcie 10. tego rozdziału podana jest informacja, jak powinien wyglądać ciąg technologiczny sterylizacji. Obejmuje on blat z następującymi odcinkami: 1) odcinek do materiałów skażonych, 2) odcinek maszynowego mycia lub ręcznego – wtedy konieczny jest zlewozmywak dwukomorowy, 3) odcinek blatu na materiały czyste, 4) sterylizator parowy lub niskotemperaturowy, 5) odcinek do materiałów czystych, 6) osobne stanowisko do mycia rąk.



Z medycznej wokandy



JERZY SOWIŃSKI



JĘDRZEJ SKRZYPCZAK

Strony postępowania przed sądem lekarskim

Pokrzywdzony

W najbliższych odcinkach niniejszej rubryki chcielibyśmy przybliżyć czytelnikom przebieg postępowania przed sądami lekarskimi. Zaczniemy od prezentacji stron tego postępowania, a skoro tak, to może warto rozpocząć od prezentacji statusu prawnego pokrzywdzonego, bo to zwykle od niego wszystko się zaczyna.

W świetle art. 57 ust. 1 ustawy z 2 grudnia 2009 r. pokrzywdzonym jest osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której dobro prawne zostało bezpośrednio naruszone lub zagrożone przez przewinienie zawodowe. Jest to wyłączna przesłanka uznania kogoś za pokrzywdzonego. Pokrzywdzony nie musi zatem złożyć skargi do rzecznika, żeby uzyskać taki status. Pojawić się zatem mogą wątpliwości, jeżeli np. skargę wnosi Narodowy Fundusz Zdrowia, który w wyniku kontroli działalności np. gabinetów stomatologicznych stwierdza nieprawidłowe działanie lekarza wobec pacjenta, czy w takim wypadku dobro prawne tej instytucji zostało bezpośrednio naruszone. Pacjenta z pewnością, a Funduszu? Zgodnie z art. 56. ust. 1 ustawy, pokrzywdzony uzyskał status strony. Zatem ma prawo być obecny przy wszystkich czynnościach procesowych, o czym powinien być informowany, może składać wnioski dowodowe, skarżyć decyzje procesowe, przeglądać akta sprawy, składać odwołania do Naczelnego Sądu Lekarskiego (NSL) od orzeczeń sądów I instancji i to nie tylko tych uniewinniających lekarza. Może zatem w drodze postępowania instancyjnego kwestionować wysokość orzeczonej kary. Poza tym może ustanowić pełnomocni-

ków spośród lekarzy, adwokatów lub radców prawnych (maksymalnie dwóch). Jeżeli w postępowaniu przed sądem lekarskim zgłosi taką chęć, będzie obecny podczas całej rozprawy, także wraz ze swoimi pełnomocnikami, co z pewnością będzie pomocne dla rzecznika, stroną pokrzywdzonego może bowiem reprezentować i wspierać oskarżenie zawodowy prawnik lub lekarz.

Właśnie w kwestii uprawnień pokrzywdzonego zajął stanowisko NSL w sprawie o sygn. akt NSL Rep. 2/OWU/13. Sąd uznał, że w toku rozpoznawania sprawy na rozprawie przed okręgowym sądem lekarskim (OSL) doszło do naruszenia art. 384 § 2 k.p.k. Przypomnijmy, że zgodnie z tym przepisem „pokrzywdzony ma prawo wziąć udział w rozprawie, jeżeli się stawi, i pozostać na sali, choćby miał składać zeznania jako świadek. W tym wypadku sąd przesłuchuje go w pierwszej kolejności”. Dlatego też NSL stwierdził, że tym wypadku doszło do naruszenia uprawnień pokrzywdzonego poprzez uniemożliwienie mu udziału w rozprawie podczas składania wyjaśnień przez obwinionego. Podkreślono, że zgodnie z treścią przywołanego wyżej przepisu, pokrzywdzony ma prawo wziąć udział w rozprawie i być obecny także w trakcie przesłuchania obwinionego. Wprawdzie,

jak ustalono na podstawie protokołu posiedzenia przed OSL, wyjaśnienia obwinionego ograniczyły się jedynie do potwierdzenia wcześniej poczynionych ustaleń komisji w szpitalu X, jak również poczynionych w trakcie postępowania wyjaśniającego przez okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej oraz przyznania się przez obwinionego do zarzucanego mu czynu, tak więc obecność pokrzywdzonego na tej części rozprawy niewiele by wniosła. Dlatego też NSL w tej sprawie stwierdził ewidentne naruszenie przepisu art. 384 § 2 k.p.k. W ocenie sądu II instancji nie miało to jednak wpływu na treść wydanego orzeczenia i nie mogło stanowić samodzielnej podstawy do uchylenia lub zmiany zaskarżonego orzeczenia.

Jak z powyższego wynika, pokrzywdzony kimkolwiek jest, tzn. czy jest lekarzem (bo i takie mogą przypadki np. na skutek naruszenia art. 52 Kodeksu etyki lekarskiej), czy też jest pacjentem albo poszkodowaną instytucją, ma pełne prawa strony. Stawia to wyższe wymogi procedowania (np. udział pełnomocnika pokrzywdzonego), ale z pewnością jest gwarancją, że postępowanie przed sądem lekarskim odbywa się w sposób całkowicie transparentny.

ZAPROSZENIE

W pewien październikowy dzień 1965 roku spotkaliśmy się po raz pierwszy. Szczęśliwi ze zdania egzaminów wstępnych, trochę niepewni, studenci I roku Akademii Medycznej w Poznaniu. 50 lat temu...

Z tej okazji postanowiliśmy spotkać się jeszcze raz. W dniach 12–14 czerwca 2015 r. w Baranowie, koło Poznania. Przyjdźcie! Powspominamy! Bliższe informacje: Alicja Michalewicz (Kaczmarek) tel. 603 501 033 lub 61 867 3337

Prawo w pigułce

PAWELCZYK
KOZIKKANCELARIA
RADCÓW
PRAWNYCHKrzysztof Kozik
radca prawny

e-mail: k.kozik@pawelczyk-kozik.pl

dr n. praw. Bartosz Pawelczyk
radca prawny

e-mail: b.pawelczyk@pawelczyk-kozik.pl



Ochrona informacji o pacjencie w gabinecie

Nowy rok wita nas istotnymi zmianami prawnymi związanymi z wejściem w życie tzw. pakietu kolejkowego i onkologicznego. Dokonuje się to za sprawą zmian w ustawach:

- o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- o zawodach pielęgniarki i położnej,
- o konsultantach w ochronie zdrowia.

Gdy piszemy ten artykuł w drugiej połowie listopada, wciąż jeszcze jest bardzo dużo niewiadomych dotyczących konkretów, z jakimi te zmiany prawne będą się wiązać. Nie ma wciąż wszystkich przepisów wykonawczych, nie są w pełni przystosowane potrzebne systemy informatyczne, a na szkoleniach usłyszeć można zwykle informacje, że „prawdopodobnie” będzie tak a tak, ale czy „na pewno”, jeszcze nie wiadomo.

Mamy nadzieję, że w kolejnych numerach „Biuletynu Informacyjnego WIL” będziemy mogli przedstawić państwu szczegóły nowych regulacji i pomóc w ich wdrożeniu. Dziś pewne jest jednak to, że wprowadzane zmiany w istotny sposób wpłyną między innymi na terminy i sposoby raportowania do NFZ kolejek pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych. W świetle nowych przepisów listy pacjentów oczekujących mają być prowadzone w postaci elektronicznej. Trzeba więc będzie w pewnym zakresie uwzględnić te zmiany również w sposobie prowadzenia dokumentacji medycznej. Wydaje się, że jest to dobra okazja do przypomnienia kilku kwestii związanych z prowadzeniem, przechowywaniem oraz udostępnianiem dokumentacji medycznej pacjentowi i innym osobom. Tym bardziej że potrzeba zapewnienia ochrony informacji dotyczących pacjentów jest słusznie coraz silniej podkreślana.

Zasadnicze regulacje prawne w tym względzie zawiera ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Zgodnie z art. 23 ust. 1 tej ustawy, pacjent ma prawo dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych. W celu zaś realizacji tego prawa podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób określony w niniejszym rozdziale oraz zapewnić ochronę danych zawartych w tej dokumentacji (art. 24 ust. 1 ustawy).

Ochronę danych zawartych w dokumentacji rozpatrywać można na kilku płaszczyznach.

Po pierwsze, dokumentacja musi być przechowywana w miejscu gwarantującym jej bezpieczeństwo zarówno przed zniszczeniem, jak i przed dostępem osób niepowołanych. Jeśli jest prowadzona w wersji papierowej – powinna przede wszystkim znajdować się w pomieszczeniu zamykanym na klucz, do którego nie mają swobodnego dostępu pacjenci czy inne osoby odwiedzające gabinet. To jednak zwykle okazuje się niewystarczające do pełnej ochrony. Jeśli bowiem dokumentacja przechowywana byłaby na przykład w zamykanym gabinecie lub pomieszczeniu socjalnym, ale na wierzchu lub w otwieranych bez klucza szafach, wówczas dostęp do niej mogłyby mieć np. osoby sprząające, niebędące personelem medycznym, które absolutnie takiego dostępu mieć nie mogą. Zaleca się więc, aby dokumentacja była przechowywana w szafach czy kartotekach zamykanych na klucz, a więc w miejscach dostępnych wyłącznie dla upoważnionego personelu medycznego.

Po drugie, podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest uprawniony do

udostępniania dokumentacji medycznej wyłącznie pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu bądź osobie upoważnionej przez pacjenta (art. 26 ust. 1 przywołanej ustawy) i wyłącznie w formach i sposobach określonych w przepisach prawa. Mianowicie, jest udostępniana:

- 1) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych;
- 2) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii;
- 3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji.

Bardzo dużą nieprawidłowość stanowi zarówno odmowa wydania pacjentowi (lub innej upoważnionej osobie) dokumentacji medycznej, gdy ta ma do tego prawo, jak i wydanie dokumentacji osobie nieuprawnionej. Choć lekarze co do zasady znają wymienione regulacje prawne, to z doświadczenia wiemy, że w sytuacjach stresowych, gdy rozszczeniowy pacjent żąda niezwłocznego wydania dokumentacji, a bywa nawet, iż się awanturuje, straszy policją czy sądami, zdarzają się w tej sferze poważne błędy.

Poniżej podajemy przykłady oraz praktyczne wskazówki:

a) pacjent zażądał od ortopedy natychmiastowego wydania kopii dokumentacji medycznej. Na polecenie lekarza rejestratorka poszła zrobić ksero dokumentacji do publicznego punktu ksero. Okazało się później, że urządzenie do kserowania było wyposażone w funkcję skanera i zapamiętywania obrazów. Pracownik punktu usługowego wykorzystał i upublicznił treść kserowanej dokumentacji. Zdecydowanie za-



tem odradzamy wykonywanie kopii dokumentacji medycznej w publicznych punktach obsługi. Powinna być ona kopiowana we własnym zakresie, aby wyeliminować ryzyko zaistnienia podobnych sytuacji;

b) absolutnie niedopuszczalne jest, aby dokumentacja papierowa była pozostawiana „na chwilę” w ogólnodostępnym miejscu, np. w gabinecie, w recepcji. W tym czasie może bowiem zostać obejrzana lub nawet zabrana przez osobę nieuprawnioną. Zatem zawsze musi znajdować się ona pod nadzorem personelu medycznego i to w taki sposób, by była ona niedostępna dla osób trzecich;

c) wymaganym przez przepisy prawa elementem dokumentacji medycznej jest pisemne oświadczenie pacjenta, że upoważnia inną osobę (ze wskazaniem jej danych) lub też nie upoważnia nikogo do udostępniania swojej dokumentacji medycznej. Dokumentacja może zostać okazana do wglądu lub wydana wyłącznie osobie upoważnionej. Wydanie kopii, odpisu, wyciągu, a tym bardziej oryginału dokumentacji powinno być odnotowane na piśmie, najlepiej z podpisami zarówno osoby ją wydającej, jak i odbierającej;

d) duże ułatwienie pod względem organizacyjnym stanowi stworzenie wewnętrznej polityki ochrony informacji, w tym procedur postępowania w zakresie przechowywania i udostępniania dokumentacji. Polityka taka powinna przybrać postać formalnego dokumentu zatwierdzonego przez właściciela i przekazanego do stosowania całemu personelowi medycznemu. Pozwoli to zautomatyzować działania w tym obszarze w sytuacjach stresowych (np. w razie pojawienia się roszczeniowego pacjenta) i zminimalizować ryzyka błędów, a w konsekwencji odpowiedzialności prawnej;

e) warto, aby w gabinecie sporządzony został formularz wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej, obejmujący wszystkie wymagane od strony prawnej elementy (m.in. dane pacjenta, formę udostępnienia, sposób udostępnienia, odpłatność, dane osoby wydającej, dane osoby upoważnionej do odbioru dokumentacji). Stosowanie takiego formularza niewątpliwie również przyczynia się do zminimalizowania ryzyka

udostępnienia dokumentacji niewłaściwej osobie lub w niewłaściwy sposób).

Ochrona informacji dotyczących pacjenta obejmuje nie tylko odpowiednie przechowywanie i udostępnianie dokumentacji medycznej, lecz także należyte jej prowadzenie. Co prawda obowiązek prowadzenia dokumentacji w postaci elektronicznej został przesunięty na 1 sierpnia 2017 r. (stanowi o tym art. 56 ust. 1 ustawy o informacji w ochronie zdrowia), ale niejako „tylnymi drzwiami” wprowadzana jest powoli konieczność, a co najmniej zasadność wcześniejszego prowadzenia dokumentacji w tej postaci. Bez tego będzie bowiem coraz trudniej spełniać wszystkie nakładane stopniowo obowiązki w zakresie dokumentowania i raportowania udzielanych świadczeń zdrowotnych. Na przykład w związku z wchodzącym w życie, a przywołanym już wyżej, obowiązkiem prowadzenia list pacjentów oczekujących w postaci elektronicznej.

Uporządkowanie ochrony informacji dotyczących pacjentów, zwłaszcza w wypadku dokumentacji medycznej może się stać dobrą okazją do przemyślenia kompleksowych zmian organizacyjnych w gabinecie. Zwłaszcza warte przemyślenia jest dostosowanie formy prawnej, w jakiej prowadzona jest działalność – jednoosobowo, w formie spółki cywilnej, jawnej, komandytowej czy na przykład z ograniczoną odpowiedzialnością – do bieżących potrzeb. Coraz więcej gabinetów (firm medycznych) rozważa także przygotowanie przekazania swej działalności następcom (tzw. sukcesję). Do problematyki tej wrócimy w kolejnym numerze „Biuletynu Informacyjnego WIL”.

Podstawy prawne:

- ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. 2012.159, ze zm.);
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (t.j. Dz.U. 2014.177, ze zm.);
- ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z funduszy publicznych (t.j. Dz.U. 2008.164.1027, ze zm.);
- ustawa z 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (t.j. Dz.U. 2011.113.657, ze zm.).

Komunikat

dotyczący obowiązku prowadzenia przez lekarzy ewidencji obrotu przy zastosowaniu kas fiskalnych w latach 2015–2016

1 stycznia 2015 r. wchodzi w życie rozporządzenie Ministra Finansów z 4 listopada 2014 r. w sprawie zwolnień z obowiązku prowadzenia ewidencji przy zastosowaniu kas fiskalnych (opublikowane 7 listopada 2014 r., Dz.U.2014.1544).

W rozporządzeniu utrzymano na dotychczasowym poziomie limit kwotowy obrotu, którego przekroczenie powoduje konieczność zainstalowania kasy fiskalnej (20 000 zł), jednakże ograniczono grupę podmiotów, które mogą z tego zwolnienia korzystać.

Możliwość korzystania z tego zwolnienia pozbawiono m.in. lekarzy oraz lekarzy dentyistów świadczących usługi w zakresie opieki medycznej (§ 4 pkt 2 lit. f rozporządzenia). Powyższe oznacza, że lekarze oraz lekarze dentyści prowadzący własną działalność gospodarczą będą zobowiązani do ewidencjonowania za pomocą kasy fiskalnej usług świadczonych na rzecz osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej lub tzw. rolników ryczałtowych bez względu na wielkość tej sprzedaży.

Nie ulega natomiast zmianie sytuacja lekarzy „kontraktowych” świadczących usługi na rzecz podmiotów leczniczych (lub innych przedsiębiorców) – o ile nie przyjmują dodatkowo pacjentów w ramach własnych gabinetów, nie będą zobowiązani do zakupienia kas fiskalnych. Dotyczy to również lekarzy przyjmujących w gabinetach wyłącznie pacjentów ubezpieczonych w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia.

W przypadku lekarzy, którzy utracą prawo do zwolnienia z obowiązku ewidencjonowania przed 1 stycznia 2015 r., obowiązujące będą terminy rozpoczęcia ewidencjonowania wynikające z przepisów obecnego rozporządzenia. Przypomnijmy, iż obecnie zwolnienie traci moc po upływie dwóch miesięcy następujących po miesiącu, w którym podatnik przekroczył obrót (§ 8 ust. 1 rozporządzenia).

Lekarze, którzy do końca 2014 r. nie przestaną spełniać warunków do zwolnienia z obowiązku ewidencjonowania sprzedaży na kasie fiskalnej na podstawie obecnie obowiązujących przepisów (tj. do końca roku nie przekroczą progu 20 000 zł obrotu), zobligowani będą do rozpoczęcia ewidencjonowania z dniem 1 marca 2015 r. (§ 8 ust. 2 rozporządzenia).

PERYSKOP

onet.pl

Janusz Skowronek

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

Naukowcy odkryli wirus, który ogłupia

Wirus atakujący ludzki mózg i obniżający jego sprawność został odkryty przez amerykańskich naukowców – czytamy w „The Independent”. Wirusa ATCV-1 odkryli naukowcy z Johns Hopkins Medical School i University of Nebraska podczas przeprowadzania badania drobnoustrojów w gardłach. Namnażający się w glonach wirus nigdy wcześniej nie został wykryty u ludzi. Jak się okazało, wpływa on na funkcje poznawcze i wyobraźnię przestrzenną. Wirus został wykryty u 40 spośród 90 przebadanych osób. Jak wykazały przeprowadzone testy, zarażone nim osoby, niezależnie od wykształcenia i wieku, wolniej przetwarzały informacje wizualne i osiągały niższe wyniki w zadaniach mierzących koncentrację.

– *To uderzający przykład pokazujący, że „niewinne” mikroorganizmy, których jesteśmy nosicielami, mogą wpływać na zachowanie i poznawanie* – powiedział dr Robert Yolken.

„Płynna biopsja” zrewolucjonizuje leczenie nowotworów

Wykrywanie krążących w krwiobiegu komórek nowotworowych oraz ich materiału genetycznego, nazywane „płynną biopsją”, może zrewolucjonizować leczenie nowotworów – przekonywali specjaliści podczas międzynarodowego kongresu, który odbywał się w Nowym Jorku.

Dyskusja na temat „płynnej biopsji” oraz mutacji genetycznych komórek nowotworowych otworzyła tegoroczny kongres Lymphoma & Myeloma 2014: An International Congress on Hematologic Malignancies, na którym specjaliści z całego świata omawiali możliwości wykrywania i leczenia zaawansowanych

Pożegnania

Świętej pamięci dr med. Zbigniew Kledecki

12 października 2014 roku odszedł dr med. Zbigniew Kledecki, specjalista kardiologii i chorób wewnętrznych, twórca i wieloletni ordynator oddziału kardiologicznego kaliskiego szpitala, wieloletni prezes Kaliskiego Towarzystwa Lekarskiego, do końca prezes honorowy towarzystwa, wybitny społecznik w całym tego słowa znaczeniu. Doktor Zbigniew urodził się w Poznaniu 15 listopada 1921 r. Do wybuchu II wojny światowej ukończył gimnazjum i I klasę Liceum im. Paderewskiego w Poznaniu. Ponieważ w chwili wybuchu wojny nie ukończył 18 lat, zgłosił się do wojska na ochotnika. Początkowo ochraniał dworzec kolejowy w Poznaniu, później brał udział w obronie Warszawy. Po upadku stolicy dostał się do niewoli niemieckiej. Miał być deportowany w głąb Rzeszy, ale szybko wrócił do Poznania, gdyż podczas przejazdu transportu przez Puszczykowo brawurowo uciekł z pociągu. W lutym 1940 r. wraz z rodzicami został wysiedlony do Generalnej Guberni, do Brzeska, potem po aresztowaniu w czasie łapanki został wywieziony na roboty przymusowe do Greifenbergu na Pomorzu (obecnie Gryfice).

Po wyzwoleniu wrócił do Poznania. Tu został zmobilizowany i brał udział w walkach w rejonie Budziszyna. Po zakończeniu wojny pierwszy w Szczecinie, w 1946 r., zdał polską maturę i rozpoczął studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Poznańskiego. Od czwartego roku studiów był zatrudniony jako młodszy asystent w II Klinice Chorób Wewnętrznych u prof. Roguskiego. Po uzyskaniu dyplomu lekarza w kwietniu 1952 r. został przymusowo wcielony do wojska. Przez 5 lat pracował w charakterze starszego asystenta w 107. Wojskowym Szpitalu w Wałczu. Następnie uzyskał posadę starszego asystenta w I Klinice Chorób Wewnętrznych Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie. W marcu 1961 r. zdał egzamin specjalizacyjny II stopnia z tej dziedziny. Interesowała go kardiologia. Rozpoczął pionierski przewód doktorski na temat fonokardiografii płodowej, który obronił w marcu 1963 r. Jednocześnie w tym samym miesiącu objął stanowisko ordynatora oddziału chorób wewnętrznych Szpitala Miejskiego w Kaliszu. Od pierwszych dni swojej ordynatury pracę oddziału organizował według zasad wyniesionych z klinik – pełna punktualność raportów, wizyt, zabiegów. Był nauczycielem i wychowawcą wielu znanych kaliskich internistów i kardiologów. Dla swoich uczniów był zawsze wielką osobowością lekarską, nauczycielem wymagającym, ale bardzo życzliwym. Po zdaniu egzaminu specjalizacyjnego w 1978 r. przez 6 lat pełnił funkcję specjalisty wojewódzkiego w zakresie kardiologii. Na emeryturę przeszedł w 1989 r. Kontynuował pracę zawodową w Wojewódzkiej Poradni Kardiologicznej w Kaliszu (do 1998 r.), a później w poradni kardiologicznej w Poliklinice przy ul. Kordeckiego. Do ostatnich dni życia prowadził praktykę prywatną. Obok działalności zawodowej dr Zbigniew bar-





dzo dużo czasu poświęcał pracy naukowej. Był autorem ponad 100 prac. W okresie pełnej aktywności zawodowej zajmował się głównie tematyką kardiologiczną. Jego artykuły z tej dziedziny, w tym 6 na temat fonokardiografii płodowej, zostały opublikowane w „Kardiologii Polskiej”, „Polskim Tygodniku Lekarskim” i w „Wiadomościach Lekarskich”. Po przejściu na emeryturę jego pasją stała się historia medycyny ziemi kaliskiej. Publikacje z tej tematyki ukazywały się głównie w „Zeszytach Naukowych Kaliskiego Towarzystwa Lekarskiego”.

Świętej pamięci dr Zbigniew działał w wielu ważnych organizacjach naukowych, ale najważniejsze znaczenie dla niego miała jego działalność w Kaliskim Towarzystwie Lekarskim, którego członkiem został w 1963 r. Prezesem towarzystwa został w 1974 r. i nieprzerwanie piastował to zaszczytne stanowisko przez 33 lata. W październiku 1999 r. zarząd KTL, w uznaniu jego zasług dla towarzystwa, nadał mu godność członka honorowego. Zbiegło to się z jubileuszem 50-lecia pracy zawodowej. W zarządzaniu Kaliskim Towarzystwem Lekarskim dr Zbigniew pozostanie niedoścignionym wzorem. Szczególne uznanie i podziw budziły jego działania dotyczące edycji „Zeszytów Naukowych KTL”. Sam inicjował przygotowanie artykułów przez kolegów lekarzy do wspomnianych zeszytów, a następnie osobiście zajmował się, społecznie, ich redakcją i procesem edytorskim. Na ukończeniu był kolejny zeszyt. Poza redakcją „Zeszytów Naukowych KTL” dr Zbigniew przez 5 lat pełnił funkcje redaktora naczelnego „Serwisu Informacyjnego Lekarzy Województwa Kaliskiego”. Był również w składzie komitetu redakcyjnego „Słownika biograficznego Wielkopolski południowo-wschodniej – ziemia kaliska” i wzbogacił powyższy słownik sporządzonymi przez siebie biogramami wybitnych lekarzy z południowej Wielkopolski. Jego działalność społeczna na rzecz ziemi kaliskiej i jej mieszkańców to przede wszystkim działalność poselska VII i VIII kadencji Sejmu jako członka Stronnictwa Demokratycznego. Choć posłował w okresie Polski Ludowej, zasłużył się jako parlamentarzysta przeciwstawiający się wytycznym proponowanym przez władze państwowe, a nawet przez władze własnej partii. Głosował między innymi przeciwko rozwiązaniu NSZZ „Solidarność” w 1982 r., za co postawiono go przed sądem partyjnym SD. Działał także w obszarach niezwiązanych z polityką, ale istotnych dla społeczeństwa. Występował z powodzeniem w 1982 r. o zwrot kolekcji waz antycznych do muzeum w Gołuchowie. W 1983 r. spowodował anulowanie przepisu, który zawieszal prawo do emerytury lub renty lekarzowi prowadzącemu praktykę lekarską. W 1984 r. interpelował w sprawie reaktywowania izb lekarskich i w sprawie ordynacji wyborczej. W 1980 r. jego zdecydowany i konsekwentny sprzeciw wobec koncepcji tzw. rowu poznańskiego, czyli budowie kopalni odkrywkowej węgla brunatnego na południe od Poznania, uratował byt Wielkopolskiego Parku Narodowego. Za tę działalność otrzymał członkostwo honorowe Towarzystwa Miłośników Puszczykowa i Wielkopolskiego Parku Narodowego.

Doktor Zbigniew za swoją działalność społeczną i zawodową otrzymał wiele cennych odznaczeń i wyróżnień. Wśród najważniejszych należy wymienić Krzyże Orderu Odrodzenia Polski – Kawalerski i Oficerski, oraz otrzymany w 2002 r. medal Gloria Medicinæ – najwyższe odznaczenie Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. W 1981 r. przyznano mu tytuł Honorowego Obywatela Miasta Kalisza. W styczniu 2000 r. znalazł się wśród 4 osób odznaczonych Medalem Honorowym Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. Otrzymał również wiele odznaczeń za udział w walkach w II wojnie światowej, między innymi Za Udział w Wojnie Obronnej 1939 roku, Za Warszawę, Medal za Odrę, Nysę i Bałtyk i Za Udział w Walkach o Berlin.

W grudniu 1997 r. został członkiem nadzwyczajnym Światowego Związku Żołnierzy Armii Krajowej w stopniu podpułkownika rezerwy.

Jego pasją była filatelistyka. I tu również były osiągnięcia, między innymi za zbiór „Polska poczta lotnicza” otrzymał srebrny medal roku na Światowej Wystawie Filatelistycznej „Polska 93” w Poznaniu w 1993 r. Był współautorem monografii Poczta i filatelistyka w Wielkopolsce, wydanej w 1993 r.

Zbigniew Kledecki był osobą wybitną i wielce zasłużoną dla ziemi kaliskiej i jej mieszkańców. W życiu codziennym był człowiekiem życzliwym i sympatycznym. Wymienione dokonania i cechy charakteru sprawiają, że trudno się pogodzić z jego odejściem. Lekarze i mieszkańcy Kalisza pożegnali wielkiego syna Ziemi Kaliskiej.

DR N. MED. PIOTR SUDA

PREZES KALISKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO

nowotworów krwi, takich jak szpiczak, chłoniaki i białaczki.

Doktor Irene M. Ghobrial z Dana-Faber Cancer Institute w Bostonie powiedziała, że we krwi 70% pacjentów ze szpiczakiem mnogim krążą pojedyncze komórki nowotworowe. Wywodzą się one z pierwotnego ogniska choroby. Po jakimś czasie część z nich powoduje w innych miejscach organizmu mikroprzerzuty, np. w kościach, co często się zdarza w tej chorobie nowotworowej.

– *Mikroprzerzuty wraz z rozwojem choroby przekształcają się w nowe ogniska choroby nowotworowej w różnych miejscach układu kostnego* – wyjaśniała dr Ghobrial.

Tak powstają przerzuty w pełnej postaci, które zaczynają wywoływać bóle kostne, głównie w okolicy kręgosłupa i żeber (często mylone z tzw. korzonkami). Choroba może być wtedy już mocno rozwinięta i rozsiana po całym organizmie. Doktor Ghobrial twierdzi, że wykorzystanie „płynnej biopsji”, którą dopiero próbuje się wprowadzić do onkologii, pozwoliłoby wcześniej wykrywać początki zaawansowanej choroby nowotworowej. Dzięki temu wcześniej można byłoby zastosować bardziej skuteczne terapie dopasowane do danego pacjenta. Tradycyjna biopsja, która jest podstawą diagnostyki w onkologii i decyduje o wykrywaniu nowotworów, polega na pobraniu próbki tkanki z organizmu chorego.

Można to zrobić podczas operacji lub metodą małoinwazyjną, tzw. biopsją cienkoigłową używaną w raku piersi.

„Płynna biopsja” polega jedynie na pobraniu próbki krwi. To zupełnie nowa metoda polegająca na tropieniu tzw. krążących w krwiobiegu komórek nowotworowych (*circulating tumor cells* – CTCs). Ich obecność we krwi obwodowej świadczy o tym, że uwolniły się one z pierwotnego ogniska choroby i mogą doprowadzić do powstania przerzutów drogą układu krwionośnego.

Zwykle zdecydowana większość – bo aż 80% pojedynczych komórek nowotworowych – ginie w krwiobiegu, ale pozostałe mogą być groźne. Występują pojedynczo lub w postaci agregatów komórek nowotworo-

PERYSKOP

onet.pl

wych. Najbardziej niebezpieczne są agregaty tych komórek, gdyż krążą w zwartej grupie i mają większą szansę na przetrwanie.

Wykrywanie krążących w krwiobiegach komórek nowotworowych ma tę dodatkową zaletę, że ujawniają one najbardziej zaawansowaną postać choroby. Doktorr Nikhil Munshi z Dana-Faber Cancer Institute w Bostonie podkreślił, że komórki nowotworowe stale ewoluują i ulegają mutacji. Wykrycie ich dzięki „płynnej biopsji” pozwala lepiej dobrać terapię do aktualnego etapu rozwoju choroby.

Specjaliści potrafią już wyizolować nawet DNA i RNA komórek nowotworowych, a także biomarkery kwasów nukleinowych świadczące o rozpadzie we krwi chorego komórek nowotworowych po dokonaniu tzw. apoptozy, jak nazywana jest śmierć samobójcza komórek.

„Płynna biopsja” nie została jeszcze wprowadzona do praktyki leczniczej, jednak onkolodzy są przekonani, że będzie to możliwe w najbliższych latach. Tym bardziej, że taniej sprzyja do takich badań, który jeszcze niedawno był niezwykle kosztowny. Patomorfologia molekularna stanie się jeszcze ważniejszą dziedziną w wykrywaniu i leczeniu chorób nowotworowych – prorokują.

Pierwszy przeszczep serca, które przestało bić

Australijscy chirurdzy ogłosili, że pierwsi przeszczepili pacjentowi serce, które przestało bić w ciele dawcy – informuje serwis BBC News/Health.

W odróżnieniu od nerek, wątroby czy innych narządów serce do przeszczepu zawsze pobierano od osoby z zachowanym krążeniem krwi, u której stwierdzono śmierć mózgu. Takie serce umieszcza się w pojemniku z lodem i przechowuje najwyżej ok. 4 godzin. Tymczasem zespół z St Vincent’s Hospital w Sydney „ożywił”, a następnie przeszczepił serce, które przestało bić 20 minut przed pobraniem. Technika, którą posłużyli się Australijczycy, polega na pobraniu „martwego” serca i umieszc-

Zbigniew Kledecki – nasz szef

Wspominając po latach początki naszej pracy, wiemy już, ile dzieli absolwenta wydziału medycyny od dojrzałego lekarza. Wiemy też, jak różnie może przebiegać dorastanie do właściwego poziomu. Nasze terminowanie pod okiem „Kleda” widzimy dziś prawdziwiej i oceniamy wysoko.

Byliśmy trzymi krótko, a jednocześnie nieustająco stymulowani do samodzielnego myślenia, rozwoju naukowego i odpowiedzialności stosowanej. Niezapomniany cięty dowcip szefa podnosił temperaturę odpraw lekarskich. Ukazując nasze błędy, po chwili dawał nową szansę i nie pozbawiał wiary w siebie. Zawsze zauważał osiągnięcia. Umiejętnie wprowadzał nas w trudny świat medycyny.

Jako wieloletni prezes Kaliskiego Towarzystwa Lekarskiego organizował systematycznie zebrania naukowe. Zapraszał na nie wybitnych specjalistów. Sprawiało to, że spotkania stawały się wydarzeniami w życiu środowiska. Przy tej okazji zlecał swoim asystentom przygotowanie „zadanych” referatów naukowych.

Wystąpienia te były niemałym stresem ze względu na dostojne audytorium, brak wprawy, wreszcie nieśmiałość. Wspominając te chwile, każdy z nas czuje, że był to jeden ze sposobów na nasz rozwój naukowy i osobisty. Wchodziliśmy wyżej – niemal nie zauważając, że mistrz nad tym pracuje.

Kiedy szef stworzył pismo dla środowiska, okazało się, że wielu lekarzy ma nielubiane pióro i dużo do przekazania swoim kolegom. „Aesculapius” był czytany w wielu rejonach Polski i wysoko oceniany (o czym świadczą m.in. przedruki w innych czasopismach). Takie pisanie „dla swoich” to było radosne zadanie i z pewnością podnosiło ducha oraz było jak mistrzowski szlif.

Nigdy nie zapomnimy spotkań towarzyskich u szefa i innych lekarzy oddziału kardiologicznego. W szarej scenerii tamtych lat jawią się one jako złote, szampańskie chwile. Klimat tych spotkań był wynikiem niezwyklej osobowości Ireny Kledeckiej. Tworzyła ona kulinarne cuda, a swoją dobrocią, delikatnością i wdziękiem czarowała gości i nadawała ton. I było tak zawsze mimo mijających lat i słabszego już zdrowia gospodarzy. Zażyłe stosunki nie zmniejszały szacunku dla szefa, który po prostu był mądry, szczerzy i przyzwoity w każdym działaniu. Okazuje się, że to wystarczy.

Cóż, trafiło nam się być jakiś czas, na wyspie szczęśliwej,
a przecież świat jest tak rzadko taki.

Zostałeś, po trosze,
w każdym z nas, Kochany Szeffie!

ASYSTENCI DAWNEGO ODDZIAŁU KARDIOLOGICZNEGO SZPITALA PRZY UL. TORUŃSKIEJ W KALISZU:
ROMA PRUCHNICKA-FISZER, MARTA MIESZCZAŃSKA, ALA GREBERSKA,
KRYSTYNA JEZERSKA-REČKO, JOANNA WOLDAŃSKA-WITCZAK, MARIUSZ MIESZCZAŃSKI,
ANDRZEJ HADRYŚ, KRZYSZTOF KORZENIOWSKI

Nowe terminy kursów komputerowych!

Poniżej przedstawiamy nowe terminy kursów komputerowych:

- kurs podstawowy: 10 i 17 stycznia 2015 r.,
- kurs średnio zaawansowany: 24 i 31 stycznia 2015 r.,
- kurs zaawansowany: 7 i 14 lutego 2015 r.

Wszystkie kursy odbywają się w godz. 9.00–13.00 w Poznaniu w siedzibie Wielkopolskiej Izby Lekarskiej przy al. Niepodległości 37. Uczestnicy kształcą się w 10-osobowych grupach i mają zapewniony dostęp do komputera oraz bufet kawowy, a także 8 punktów edukacyjnych.

Szczegółowe informacje o płatnościach oraz zapisy
601 799 706 lub ksztalcenie@wil.org.pl



Ahmed Sharifi

Uroczystość Wszystkich Świętych to szczególny dzień. Odwiedzamy cmentarze, porządkujemy groby, palimy znicze i świece, zatrzymujemy się w codziennym zapędzeniu nad mogiłami, modlimy się, wspominamy albo tylko pomilczymy. Podajemy się szczególnej atmosferze tego jedyne dnia... Wielu najbliższych odeszło. Wielu kolegów. Także z naszych studiów. Byli z nami tyle czasu i raptem ich nie ma. Rozjechali się z dyplomami po Polsce i świecie, i czasem dopiero wiadomość o ich śmierci odświeża o nich pamięć...

10 lat minęło od śmierci Ahmeda Sharifiego, naszego kolegi z Afganistanu... Pamiętamy Go z Akademii, z ćwiczeń, z klinicznych korytarzy. Jego i Jego siostrę, Anisę. Razem przeżywaliśmy dolę i niedolę życia studenckiego, radości zdanych egzaminów i kolokwiów, i smutki niepowodzeń, bo przecież w ciągu 6 lat studiów różnie bywało... Oni mieli gorzej od nas. Głównie ze względów językowych. Oboje dali sobie doskonale radę i w 1971 r. zostali lekarzami. Anisa wróciła do rodzinnego Kabulu, Ahmed założył rodzinę i osiadł tu, w Polsce. Był urodzonym lekarzem. Takim, jakiego kochają pacjenci. Bezkonfliktowy, radosny, chętny do pomocy, wrażliwy na ludzką niedolę. Był chirurgiem. Zawsze chciał nim być. Pracował w Wiejskim Ośrodku Zdrowia w Dobieszczyźnie. Potem go rozbudował, dodatkowo organizując Poradnię Ginekologiczno-Położniczą i gabinet USG. Z czasem pochłonęła go inna pasja: specjalizacja z medycyny społecznej i rehabilitacji w zakresie chorób narządów ruchu. Potem jeszcze w zakresie medycyny rodzinnej. Poświęcił się ludziom niepełnosprawnym, a szczególnie dzieciom z upośledzeniem umysłowym. To nie są łatwe specjalności. Wymagają cierpliwości, wrażliwości, poświęcenia i oddania się ludziom tak bardzo przez los pokrzywdzonym i nieszczęśliwym. On taki był. Prowadził Poradnię Rehabilitacyjną w Jarocinie. Organizował kolonie letnie dla dzieci ze skrzywieniem kręgosłupa. W swoim ośrodku zdrowia utworzył poradnię rehabilitacyjną i wyposażył w nowoczesny sprzęt. Był miłym, ciepłym, towarzyskim człowiekiem, dobrym i lubianym lekarzem. Cechował Go wysoki poziom moralny.

Miał żonę Ewę, troje dzieci i dwie wnuczki. W Jarocinie wybudował dom i posadził sad. Hodował ekologiczne warzywa i owoce. Lubił podróżować. Kiedyś los sprawił, że z żoną zatrzymaliśmy się w hotelu, chyba w Kudowie, i odkryłem, że od wewnątrz cała szuflada biurka była „wytapetowana” pieczętkami lekarskimi Ahmeda... No tak, pomyślałem: Ahmed tu się zatrzymał i dzieciaki rozrabiały...

Otrzymał odznakę honorową Za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia. W 1978 r. Rada Państwa nadała Mu obywatelstwo polskie. Polska bardzo Go interesowała. Zwłaszcza jej historia. Mawiał, że Polska Go wykształciła i nakarmiła... Ahmed. Nasz kolega. Pomagał z poświęceniem innym. Nie dał sobie tylko rady z własną chorobą. Zmarł 18 września 2004 r. Smutny los, mógł przecież jeszcze żyć...

„Odszedł dobry człowiek” – napisali w gazecie.

ANDRZEJ BASZKOWSKI

PERYSKOP

onet.pl

czeniu go w maszynie przywracającej jego czynność, zwanej *heart-in-a-box* („serce w pudełku”). Serce jest ogrzewane, przywraca się jego bicie, a odżywczy płyn zmniejsza uszkodzenie tkanek.

Pierwszą pacjentką, której przeszczepiono tak potraktowany narząd, jest 57-letnia Michelle Gribilas, cierpiąca na wrodzoną niewydolność serca. Po dwóch miesiącach pacjentka twierdzi, że czuje się o dziesięć lat młodsza i jest teraz „inną osobą”. Zespół z Sydney przeprowadził jeszcze dwie dalsze udane operacje, korzystając z „martwego” serca. Specjaliści uważają, że dzięki technice *heart-in-a-box* można będzie zwiększyć liczbę dostępnych serc do przeszczepu o ok. 30% i poprawić jakość terapii.

Wcześniej metodę ogrzewania i odżywiania narządów przed przeszczepem zastosowano w celu podniesienia jakości przeszczepów płuc i wątroby.

Raport – odra powraca

Odra znowu powraca. W 2013 r. zmarło prawie 146 tys. chorych, więcej niż rok wcześniej, gdy odnotowano 122 tys. zgonów – alarmuje „New England Journal of Medicine”. Pismo podkreśla, że odra jest znacznie groźniejsza niż ebola.

Jeszcze do niedawna liczba zgonów z powodu odry systematycznie spadała. W 2000 r. zmarło na tę chorobę 562 tys. osób na świecie, czyli prawie pięciokrotnie więcej niż w 2012 r. Wydawało się nawet, że w niektórych regionach uda się ją całkowicie wyeliminować. W Europie miało to nastąpić już w 2015 r., dziś wiadomo, że nie będzie to możliwe. Odra każdego roku uśmierca znacznie więcej ludzi, niż w tym roku zmarło z powodu zakażenia ebolą. Z najnowszych danych Światowej Organizacji Zdrowia wynika, że do 9 listopada 2014 r. z powodu zakażenia tym wirusem w Afryce Zachodniej zmarło prawie 5,2 tys. osób, a ponad 14 tys. zostało zainfekowanych. Autorzy raportu, specjaliści Emory University School of Medicine, twierdzą, że w Europie i Stanach Zjednoczonych zwiększa się zachorowalność na odrę z powodu coraz

PERYSKOP

onet.pl

częstszych przypadków zaniechania szczepień przeciwko tej chorobie. Według Centrum Kontroli Chorób (CDC) w Atlancie, w tym roku w Stanach Zjednoczonych zachorowało na tę chorobę ponad 600 osób, najwięcej od 1994 r.

W 2013 r. wzrost zachorowań na odrę odnotowano również w wieku krajach Europy, głównie w Wielkiej Brytanii, Niemczech, Holandii, Bułgarii, Hiszpanii, Włoszech, Danii, Szwecji oraz na Litwie. Ponad 9200 przypadków odnotowano łącznie w Gruzji oraz Turcji, skąd część zakażeń mogło zostać zawleczona do krajów Unii Europejskiej.

Na całym świecie w 2012 r. zaszczepiono przeciwko odrze 145 mln dzieci. W sumie od 2000 r. zaszczepionych zostało ponad miliard dzieci. Jednocześnie z powodu tzw. ruchów antyszczepionkowych spada liczba zaszczepionych dzieci w krajach uprzemysłowionych.

Według „New England Journal of Medicine” w wielu szkołach Nowego Jorku przeciwko odrze zaszczepionych jest mniej niż 70% uczniów. To mniejszy odsetek aniżeli w niektórych krajach rozwijających się, takich jak Afganistan i Liberia, gdzie dobre efekty przyniosły prowadzone od wielu lat kampanie zachęcające do szczepień.

Prezes Fundacji Instytut Profilaktyki Zakażeń w Warszawie, dr Paweł Grzesiowski, powiedział, że w Polsce przeciwko odrze zaszczepionych jest ponad 90% populacji dzieci i młodzieży. Dzięki temu w 2011 r. zarejestrowano jedynie 38 zachorowań na odrę, a w 2012 r. – 60 przypadków.

Niepokojące jest jednak, że również w naszym kraju stopniowo zwiększa się odsetek dzieci, które nie są objęte szczepieniami obowiązkowymi. Według prof. Andrzeja Zielińskiego z Zakładu Epidemiologii Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny, w 2013 r. było ponad 7,2 tys. niezaszczepionych dzieci, w porównaniu z 5 tys. rok wcześniej. Jednocześnie wzrasta liczba dorosłych przeciwnych obowiązkowych szczepieniom.

Pielęgniarski wypis

W numerze październikowym wydrukowaliśmy artykuł Szczepana Cofty „Obnażając formalizmy: pielęgniarski wypis”. Tekst wzbudził wielką dyskusję. Drukujemy stanowisko samorządu pielęgniarek i położnych w tej sprawie oraz odpowiedź autora.

Stanowisko Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu podjęte na posiedzeniu 8 października 2014 r. w sprawie: treści artykułu „Obnażając formalizmy: pielęgniarski wypis”, zamieszczonego w „Biuletynie Informacyjnym WIL” 10/2014.

W artykule zatytułowanym „Obnażając formalizmy: pielęgniarski wypis” dr Szczepan Cofta – naczelny lekarz Szpitala Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, podważa zasadność sporządzania wypisów pielęgniarskich dla pacjentów po zakończeniu leczenia szpitalnego.

Według autora wypowiedzi, wypis pielęgniarski to nie tylko przesada, ale nawet śmieszność czy absurd niemający podstaw prawnych, wręcz przeczący zdrowemu rozsądkowi. Apeluje do lekarzy, by „...rozprzestrzeniającą się epidemię pielęgniarskich wypisów zatrzymać, dopóki nie jest za późno...”, i ogłasza mobilizację środowiska lekarskiego do takich działań. Natomiast wykonywanie zawodu pielęgniarskiego uznaje za usługę i podkreśla, że nasza grupa zawodowa „...stanowi też na pewno najbardziej karną część personelu placówki...”, stąd „...nie jest w stanie „wywinąć się” z sytuacji niewygodnych...” w przeciwieństwie do lekarzy. Niezrozumiałe jest również stwierdzenie, że im wyższe wykształcenie, tym mniejsze są sprawności zawodowe oraz mniejsza gotowość niesienia pomocy chorym.

Członkowie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu wyrażają oburzenie z powodu tychże treści i protestują przeciwko nakłanianiu lekarzy do podejmowania działań mających na celu ograniczenie naszej samodzielności zawodowej.

Zdziwienie budzi fakt, że naczelny lekarz Szpitala, będąc członkiem Dyrekcji, wykazuje nieznamość lub złą interpretację zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie dokumentacji medycznej, które według § 22 ust. 3 pkt 4 określa, że elementem dokumentacji jest karta wypisu, a w niej „...wskazówki dotyczące dalszego sposobu leczenia, żywienia, pielęgnowania lub trybu życia”.

Pielęgniarki, wywiązując się rzetelnie z nałożonych obowiązków, przygotowują zalecenia co do dalszej pielęgnacji jako odrębny dokument, ponieważ nie mają możliwości zamieszczenia tych informacji w karcie wypisu, a są one niezbędne dla pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej, opieki długoterminowej czy paliatywnej, także (a może przede wszystkim) dla pacjenta i jego rodziny. Ponadto ostatnim punktem procesu pielęgnowania nauczonego w toku przygotowania zawodowego pielęgniarek są zalecenia do dalszej pielęgnacji. Zasadne jest wiązanie teorii z praktyką.

Nawoływanie do mobilizacji przeciwko „zagrożeniu”, jakim są wypisy pielęgniarskie, i sprowadzanie ich do absurdu, jest kolejnym przejawem lekceważenia naszego środowiska przez lekarzy i próbą ograniczenia samodzielności zawodowej gwarantowanej m.in. zapisami ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.

Nie dajemy przyzwolenia na działania sprzeczne z zasadami poszanowania współpracownika – pielęgniarki.

**przewodnicząca ORPiP w Poznaniu
mgr Teresa Kruczkowska**

**sekretarz ORPiP w Poznaniu
mgr Jolanta Plens-Gałaska**



KOMENTARZ DO STANOWISKA

Z wielką uwagą zaznajomiłem się ze stanowiskiem Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu z 8 października 2014 r., dotyczącym treści mojego artykułu „Obnażając formalizmy: pielęgniarski wypis”, zamieszczonego w „Biuletynie Informacyjnym WIL” 10/2014.

Przepraszam, jeśli tym artykułem w jakikolwiek sposób naruszyłem pielęgniarskie odczucia. Nie było absolutnie moim zamiarem jakiegokolwiek urażenie środowiska, z którym od lat pozostaję w harmonii codziennej organicznej pracy przy chorych. Nie ukrywam, że zostałem nieco zaskoczony intensywnością odzewu, który na pewno powinien być impulsem do refleksji nie tylko mojej, lecz także w środowisku lekarskim. Prosiłbym jednak o zestawienia stanowiska z treścią artykułu, który je sprowokował. Takie podejście pozwoli ukazać w sposób rzetelny wyrażane myśli i uniknąć pewnych nadinterpretacyjnych komentarzy. Rozpowszechnianie głosu odzewu bez pierwotnego tekstu sugerowałoby przyjęcie postawy nieuprawnionej w zakresie wzajemnych relacji.

Podstawową intencją artykułu była chęć sprowokowania kontestacji związanej z koniecznością działań sprzeciwiających się formalizacji medycyny. Artykuł jest przede wszystkim apelem o zwarcie szeregów w reakcji na groźne w medycynie tendencje do mnożenia dokumentacji medycznej z ryzykiem zastępowania tymi działaniami właściwej opieki nad pacjentami. Nie można nie przytoczyć w tej sytuacji końcowego fragmentu tekstu: „Liczę na to, że tekst ten – napisany w dobrej wierze przez autora zachowującego wielką sympatię i szacunek do zawodu pielęgniarskiego – nie zdrażni naszych pielęgniarsko-lekarskich relacji, lecz raczej przyczyni się do ich harmonizowania i zostanie uznany za dobrą monetę. Wspólnie działajmy przeciwko tendencjom formalistycznym próbującym opanować nasze zawody.”

Artykuł został przygotowany do pisma lekarskiego, w formie felietonu, dlatego – może nieroztropnie – zostały w nim wyostrzone niektóre opinie. Muszę nadmienić jednak, że napisany przeze mnie artykuł został odebrany – także w samym środowisku pielęgniarskim – w sposób absolutnie niejednolity. Spotkałem się w ostatnich dniach w wieloma wyrazami zrozumienia i poparcia zawartych w nim poglądów u – jak mi się wydaje – znaczącej części personelu pielęgniarskiego, co powinno też – w mojej opinii – prowokować swego rodzaju refleksję.

Próbując zrozumieć charakter i intensywność reakcji, nie można – jak mi się wydaje – pominąć wyrażanych często trudnych stron relacji pielęgniarsko-lekarskich. Wydaje się, że reakcje być może uzasadniają częste sytuacje nieodpowiedniego podejścia lekarzy do personelu pielęgniarskiego, a także nieraz braku partnerskiego traktowania. Uwagę tę kieruję w opozycji do mojego bardzo dobrego doświadczenia wieloletniej współpracy, która – w kontekstach zespołowego postępowania w pulmonologii – zawsze była wzorowa. Czyżby okazywało się, że dobre osobiste doświadczenia współpracy nie są codzienną praktyką?

Nie ukrywam jednak, że największym smutkiem napeliła mnie reakcja zawarta w stanowisku pielęgniarek na użycie przeze mnie słowa posługa, co uczyniłem z największym wewnętrznym przekonaniem, wierząc, że poruszamy się właśnie wspólnie w sferze posługi lekarskiej czy pielęgniarskiej. Jeśliby tak nie było, to może się okazać, że znaleźliśmy się w sytuacji kryzysu współczesnej medycyny. Jesteśmy nadal służbą zdrowia (używając słowa bliskoznacznego posłudze), nawet jeśliby ktoś – może w sposób niezbyt roztropny – kontestował takie stwierdzenie.

Jestem orędownikiem i obrońcą autonomii zawodów medycznych, oczywiście także pielęgniarskiego, o czym zawsze w sposób prywatny i publiczny w sposób odważny się wyrażam. Uważam, że utrzymanie autonomii naszej posługi jest niezwykle ważnym zadaniem w czasach bolesnych formalizacyjnych przeobrażeń w służbie zdrowia. Jestem przekonany, że właśnie autonomia zawodów – rozumiana w sposób właściwy jako podporządkowana dobru chorego – jest najpełniejszym gwarantem jego praw i podmiotowości opieki.

Przepraszam jednak, jeśli stwierdzę, że ciężary związane z dokumentacją przekazaną do wypełniania przez środowisko medyczne mogą być kontrowersyjne, często jako ciężary ponad miarę (także odpowiednich nawet przepisów prawnych), ale przede wszystkim ryzykują zastępowanie osobowych postaw chowaniem się za dokumentami. Staram się wyrażać takie stanowisko przede wszystkim w odniesieniu do wielu aspektów dokumentacji lekarskiej, która jest mi najbliższa, gdyż na co dzień sam ją wypełniam. Wydaje mi się, że w wielu obszarach dokumentacja lekarska – także przechodząca w ostatnich latach dużą ewolucję – zaczyna nareszcie przyjmować charakter bardziej powściągliwy i zwięzły. Postulatem moim jest tworzenie mechanizmu, w którym osoby niewykonyjące praktycznie zawodu medycznego i same niewypełniające dokumentacji, nie miałyby mandatu do jej tworzenia i narzucania innym.

Niestety – po ponownym odpowiednim rozeznaniu prawnym – muszę potwierdzić tezę zawartą w artykule o nadinterpretacji przepisów rozporządzenia o dokumentacji medycznej, które oczywiście nie zabrania tworzenia wypisów pielęgniarskich, jednak wprost wspomina jedynie o przygotowaniu wypisu zawierającego odpowiednie elementy. Wypis, który powinien pacjent otrzymywać przy opuszczaniu szpitala, powinien być – w mojej opinii – kompletny i powinien być wyrazem skoordynowanej nad nim opieki. Wyraziłem opinię, że lekarze przygotowujący wypisy (choć te wypisy nie są wcale lekarskie!) powinni w sposób rzetelny zawrzeć – wśród innych informacji – także zalecenia pielęgnacyjne, najlepiej właśnie przygotowane przez personel pielęgniarski. Takie postępowanie powinno pozostać przedmiotem wspólnej refleksji. Podobnie sprawa dotyczy elementów wypisu zawierającego sugestie żywieniowe czy też związane z postulowanym trybem życia. Powtórzę słowa skierowane do lekarzy, że dyskusja stanie się asumptem do przemyślenia naszych wypisów, które powinny zawierać także zalecenia pielęgnacyjne, tak samo jak powinny wskazywać zadania związane z fizjoterapią.

Proszę o przyjęcie ze zrozumieniem moich refleksji i komentarza. Jeszcze raz przepraszam, o ile w sposób nieuprawniony spowodowałem poruszenie części środowiska pielęgniarskiego, ale być może zaistniała sytuacja może być okazją do sprowokowania twórczej dyskusji – w obu środowiskach – dotyczącej harmonii budowania wzajemnych relacji zawodowych. Są one – jak potwierdziła reakcja – związane z wypowiedzianymi, ale i często niewyrażanymi (jeszcze do wypowiedzenia) aspektami. Pozostaję osobiście w wielkim szacunku, a także sympatii dla środowiska pielęgniarskiego.

Nie mogę nie zaznaczyć niezwykle wyraźnie, że właściwie pojęta współpraca pielęgniarsko-lekarska jest niezbędnym i podstawowym elementem naszego współdziałania w obliczu chorego, który pochyla się ku nam z prośbą, byśmy udzielili mu pomocy w sytuacji zdrowotnej potrzeby. Powtórzę raz jeszcze konkluzję artykułu: „Wspólnie działajmy przeciwko tendencjom formalistycznym próbującym opanować nasze zawody”.

W poszukiwaniu złotego środka: karta informacyjna z leczenia szpitalnego

Zainicjowana treścią artykułu dr. Szczepana Cofty, opublikowanego w październikowym numerze „Biuletynu Informacyjnego WIL” dyskusja pomiędzy środowiskiem lekarskim oraz pielęgniarskim – jak każda rzeczowa wymiana zdań – powinna stanowić przyczynek do głębszej refleksji nad analizowanym zagadnieniem, które w niniejszym wypadku dotyczy kwestii skrupulatności w prowadzeniu tak istotnego z punktu widzenia zarówno personelu medycznego, jak i samego pacjenta elementu, jaki stanowi dokumentacja medyczna.

Po lekturze artykułu „Obnażając formalizmy: pielęgniarski wypis” przyznam, że z zainteresowaniem prześledziłem wymianę argumentów użytych w Stanowisku Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu, podjętym na posiedzeniu 8 października 2014 r., a następnie w komentarzu do powyższego stanowiska, które dr Cofta przedstawił w piśmie z 26 października 2014 r.

Niewątpliwie, poruszone zagadnienie budzić może wątpliwości, a czasami wręcz kontrowersje i to nie tylko wśród członków środowiska lekarskiego, lecz także pielęgniarskiego. Rzecz jednak w tym, aby słusznie zamierzona przez dr. Coftę dyskusja nie podzieliła dwóch ściśle współpracujących z sobą środowisk medycznych, pozostawiając kluczową kwestię niewyjaśnioną. W tym celu sięgnijmy więc do źródeł sporu, które wynikają z powszechnie obowiązujących przepisów prawa. Wyjaśnienie analizowanej kwestii należałoby rozpocząć od doprecyzowania, iż używanie pojęcia wypisu, choć znajduje ono praktyczne uzasadnienie, jest jednak mylące, ponieważ w § 22 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania mowa jest o karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego, która spośród kilku wymienionych w tym przepisie elementów, zgodnie z ust. 3 pkt 4, zawiera: „wskazania dotyczące dalszego sposobu leczenia, żywienia, pielęgnowania lub trybu życia”. Podkreślić przy tym należy, iż ustawodawca w sposób jasny zastrzegł w ustępie pierwszym powyższego paragrafu, iż to lekarz wypisujący pacjenta wystawia kartę informacyjną na podstawie historii choroby albo karty noworodka. Zarówno z § 22, jak i pozostałych przepisów analizowanego rozporządzenia nie wynikają uprawnienia do dokonywania powyższej czynności przez przedstawicieli innych niż lekarski zawodów medycznych, co w świetle tzw. zasady racjonalnego prawodawcy nakazuje przyjąć, iż ustawodawca przyświecał także w tym wypadku konkretny cel. Za niesłuszne należy wobec tego uznać doszukiwanie się elementów lekceważenia przez lekarzy uprawnień środowiska pielęgniarskiego, bowiem w świetle innej zasady: *clara non sunt interpretanda*, należy przyjąć, że skoro analizowany przepis jest jasny, nie podlega on wykładni innej niż literalna.

Odchodząc jednak od kwestii *stricte* prawnych, nie ulega wątpliwości, iż troska personelu pielęgniarskiego o każdorazowe dokonanie możliwie najdokładniejszego opisu wspomnianych wskazań dotyczących dalszego sposobu pielęgnowania pacjenta znajduje pełne uzasadnienie w słusznie podniesionym przez Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu argumente, iż pielęgniarki rzetelnie wywiązują się w ten sposób z nałożonych obowiązków. Nie sposób również nie przyznać racji stwierdzeniu, iż zasadnym jest wiązanie teorii z praktyką. Chciałbym w tym miejscu zwrócić uwagę, że za przedstawioną

postawą środowiska pielęgniarskiego przemawia także fakt, iż owa praktyka pielęgniarska jest z punktu widzenia lekarzy szczególnie cenna. Jak doskonale zdajemy sobie sprawę, realia udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalach, które wiążą się z wymuszoną przez panujący w Polsce system opieki zdrowotnej „obsługą” przez lekarzy ogromnej liczby pacjentów, z których każdy wymaga indywidualnej opieki, wręcz wymuszają potrzebę korzystania przez lekarzy z doświadczenia i pomocy pielęgniarek, z racji wykonywanych czynności służących pacjentom o wiele intensywniej. W konsekwencji powyższego, pielęgniarki mają także praktyczną wiedzę, jak należy przygotować pacjenta, jego najbliższych lub pielęgniarki środowiskowo-rodzinne do etapu następującego po opuszczeniu przez pacjenta szpitala.

Dochodzimy jednak w tym miejscu do meritum analizowanego zagadnienia – czy wobec niewątpliwiej potrzeby korzystania z wiedzy i doświadczenia pielęgniarek przepisy prawa powinny być interpretowane w ten sposób, iż z wymogu zawarcia w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego wskazówek dotyczących pielęgnowania pacjenta należy wnioskować, że uprawnieniem (bądź obowiązkiem) pielęgniarek jest sporządzanie w tym zakresie odrębnej dokumentacji? W świetle przedstawionych powyżej argumentów prawnych należy odpowiedzieć na to pytanie przecząco. W pełni podzielić należy w tym względzie stanowisko dr. Cofty, zgodnie z którym: „Instrukcja przy wypisie powinna być jedna i kompleksowa”, zaś tworzenie odrębnych wypisów pielęgniarskich powinno skłonić do „przemyslenia naszych wypisów, które powinny zawierać także zalecenia pielęgnacyjne oraz wskazywać zadania związane z fizjoterapią”, choć gwoli ścisłości – co również doktor podniósł w swym artykule – przygotowywane przez lekarzy i przekazywane pacjentom „wypisy” wcale nie są „lekarskimi”, mimo że przygotowywane są w większości przez lekarzy prowadzących, a sygnowane przez ordynatora lub lekarza przez niego upoważnionego.

W świetle przytoczonych stanowisk oraz użytej na ich poparcie argumentacji pokusić można się o stwierdzenie, iż tytułowy „złoty środek” jest na wyciągnięcie ręki, a kryje się on pod jakże często zapomnianym w natłoku codziennych szpitalnych obowiązków pojęciem współpracy. Karty informacyjne leczenia szpitalnego powinny być zatem wypisywane tak, jak wskazał to w rozporządzeniu ustawodawca – przez lekarza, który w razie potrzeby powinien jednak korzystać z wiedzy i doświadczenia pielęgniarek podczas wypełniania fragmentu poświęconego pielęgnacji pacjenta. Podzielić należy wobec tego postulat dr. Cofty, polegający na sprzeciwie wobec nadmiernej formalizacji medycyny. Zarówno pielęgniarki, jak i lekarze najlepiej zdają sobie sprawę z liczby obowiązków, którymi są obciążeni. Wśród nich znajduje się także rzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej. Nie możemy jednak popaść w rutynę i utracić zdrowy rozsądek, obarczając się dodatkowymi obowiązkami, które wyłącznie skomplikują i tak wystarczająco sformalizowany system służby zdrowia. Współpracujmy więc i szanujmy się nawzajem, gdyż symbioza naszych zawodów to zjawisko niezmiernie przez pacjentów pożądane.

LEK. MED. PRZEMYSŁAW DAROSZEWSKI
DYREKTOR SP ZOZ MSW W POZNANIU IM. PROF. L. BIERKOWSKIEGO
PREZES ZWIĄZKU PRACODAWCÓW SŁUŻBY ZDROWIA MSW



Lekarze – patroni wielkopolskich ulic

Metziga

Jan Metziga (1804–1868) niemiecki przyjaciel Polaków

Johann Christian Metziga urodził się 20 maja 1804 r. w Skwierzynie. Był synem niemieckich mieszczan wyznania ewangelickiego. Ojciec sprawował funkcję burmistrza Trzciela, a następnie adwokata oraz sędziego w Międzyrzeczu. Jan Metziga studia medyczne ukończył w 1826 r. w Wojskowej Szkole Lekarskiej w Berlinie. Po studiach został lekarzem wojskowym w Berlinie, a następnie w Poznaniu i Strzałkowie. W 1820 r. ożenił się z Polką Emilią Barbarą Schaffer. Miał z nią ośmioro dzieci, z czego przeżyło tylko troje. Żona była kuzynką Fryderyka Chopina. W 1831 r. przybył do Leszna i objął stanowisko lekarza w miejscowym batalionie, które to piastował do 1848 r. Podczas pobytu w Lesznie wielokrotnie okazywał swoje propolskie poglądy. Zaproponował utworzenie na terenie Wielkopolski księstwa polskiego, posiadającego własny sejm, kon-

stytucję i uniwersytet, którego władza należałaby do pruskiego króla. Wydawał propolskie pisma i broszury.

W swojej twórczości, na którą składało się ponad 48 pozycji, popierał prawo Polaków do samostanowienia. Utrzymywał kontakty z Karolem Libeltem, Karolem Marcinkowskim. Działalność Metziga skończyła się próbą zamachu na jego życie. Zamachowiec, który strzelając chybił, został skazany na 6 tygodni więzienia. Poglądy Jana Metziga były sprzeczne z ideologią pruskich władz Leszna. Zaproponowano mu przeniesienie do Głogowa na stanowisko lekarza pułkowego, na co Metziga nie wyraził zgody, zrzekając się stanowiska lekarza wojskowego oraz tracąc prawo do emerytury i przywileje. Po odejściu z wojska prowadził w Lesznie prywatną praktykę, pracował w szpitalu miejskim. Leczył Niemców, Polaków, Żydów, od biednych nie żądając zapłaty. W 1849 r. podczas powołania w Kórniku Ligi Polskiej Mez-

tig przemawiał jako Niemiec, przyjaciel Polaków. W tym roku został również radnym miejskim. W 1852 r. umarła jego żona, a rok później Metziga ożenił się powtórnie z Niemką Emilią Florentyną Hoch, z którą miał dwoje dzieci. W 1863 r. Metziga został posłem, wybrany głosami Polaków powiatu krobosko-wschowskiego. Jednak jako propagator sprawy polskiej już jego pierwsze wystąpienie zostało przyjęte ze śmiechem i szyderstwami. W 1865 r. wobec bezsilności złożył swój mandat i zamierzał oddać się praktyce lekarskiej. Zmarł 1 października 1868 r., został pochowany na cmentarzu ewangelickim w Lesznie przy Kościele Świętego Krzyża. W związku z likwidacją cmentarza w 1953 r. jego szczątki przeniesiono w inne miejsce. W 1985 r. spoczął w grobie przy murach kościoła.

W 1920 r. jeden z placów miasta został nazwany imieniem doktora Metziga. W latach osiemdziesiątych ubiegłego wieku na budynku, w którym mieszkał, odsłonięto pamiątkową tablicę.

Na szczególną uwagę zasługuje działalność lekarska Metziga. Podczas swojej pracy obserwował częste zachorowania żołnierzy na zapalenie płuc i tyfus plamisty. Za przyczynę tego stanu uznał archaiczne, niehigieniczne umundurowanie o kroju frakowatym. Opracował wzór munduru, hełmu i plecaka żołnierza. Przypominał on dzisiejsze mundury, miał tzw. krój marynarkowy. Model umundurowania przejęły armie ówczesnej Europy i spotkał się z szerokim uznaniem. Król pruski Fryderyk Wilhelm III ofiarował Metzigowi Order Czerwonego Orła IV klasy i nadał mu szlachectwo, a car rosyjski Mikołaj I, darował pomyślnie pierścień z brylantami.

Jan Metziga był przeciwnikiem amputacji poranionych oraz połamanych kończyn. Propagował zachowawcze leczenie urazów kończyn zgodnie z metodą brukselskiego lekarza profesora Louis-Josepha Seutina (1793–1862).

Jan Metziga był członkiem Towarzystwa Naukowego w Krakowie, Towarzystw Lekarskich w Warszawie, Brukseli, Pradze, Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk oraz Towarzystwa Pomocy Naukowej w powiecie wschowskim.

DR MED. TOMASZ KAZAŁO,
PROF. NADZW. DR HAB. MED.
ANDRZEJ GRZYBOWSKI



Dom Jana Metziga w Lesznie

„Opowieść wigilijna”

W klasycznych opowieściach wigilijnych zawsze występuje czarny charakter, którym jest zazwyczaj zgorzkniały, często bogaty, zazwyczaj skąpy i wpływowy starzec. Jego ofiarą jest bezradne, biedne dziecko, które dodatkowo jest sierotą. Po wielu perypetiach, opowieści wieńczy szczęśliwy koniec, w którym dobro triumfuje, a zło zostaje słusznie ukarane..., choć nie zawsze.

Gdy w lipcu przesunięto termin informatyzacji całej ochrony zdrowia w Polsce, wszyscy w niej pracujący odetchnęli z ulgą. Oczywiście pojawiły się głosy, że po raz kolejny lobby medyczne przepchnęło przesunięcie, by ukryć swoje przekręty. Argumenty, że system jest nieprzygotowany, nieprzetestowany w pilotażach, były i są traktowane jako atak na jedynie słuszne pomysły rządu. Niestety, dla tego ostatniego, szybko dostaliśmy dowód na to, że niesprawdzone w praktyce rozwiązania bywają zawodne i nie pomogą żadne zaklęcia, ani wysokie grona, wybierające i zatwierdzające rozwiązania, które z definicji miały być najlepsze i w dodatku najtańsze, bowiem cena nadal jest decydującym kryterium wyboru. Tym dowodem była klęska systemu obsługującego wybory samorządowe. Oczywiście nikt nie poczuwa się do winy, za to że kupiono najtańszy i niesprawdzony bubel. Co prawda, pod naporem opinii publicznej, niektórzy sprawcy podali się do dymisji, ale sądząc z ich nielicznych upubliczniętych wypowiedzi, uważali że zostali kozłami ofiarnymi.

SHORT CUTS

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



mi. Niestety wygląda na to, że powyższa historia nikogo niczego nie nauczyła, bowiem lada moment okaże się, że kolejny genialny system nie będzie działał. Tym systemem jest program mający obsługiwać rozliczenia w tak zwanym pakiecie onkologicznym. Mamy początek grudnia, a system nie jest gotowy. Nikt, no może poza twórcami, nie wie, jak będzie działał. Oczywiście nigdzie go nie przetestowano w pilotażu, z prostego powodu. Nikt, w tym nawet ministerstwo zdrowia nie wie, jak ten pakiet onkologiczny będzie wyglądał w szczegółach. Niestety obawiam się, że po raz kolejny nasze władze ministerialne i Narodowego Funduszu Zdrowia zastosują swoją ulubioną taktykę, wcześniej wielokrotnie stosowaną przez armię radziecką, czyli rozpoznanie bojem, bez względu na ofiary w ludziach. Tymi ofiarami nie będą zapewne pracownicy obu tych instytucji, tylko lekarze, szpitale i inne placówki ochrony zdrowia, które nierozważnie podejmą się realizacji księżycowych pomysłów ministerstwa zdrowia. Ostatecznie ucierpią zapewne pacjenci, którym wiele obiecano, a rzeczywistość będzie skrzeczała. Oczywiście oprócz obsługi pakietu onkologicznego mają także zacząć funkcjonować inne wynalazki ministerstwa, czyli e-recepta, e-zwolnienie i e-skierowania, które oczywiście także nigdzie nie zostały przetestowane. Znowu wiara twórców, w perfekcję ich dzie-

ła, ma zwyciężyć zdrowy rozsądek i doświadczenie, które mówią, że dopiero w praktyce ujawniają się błędy i niedociągnięcia doskonałych, niewątpliwie, rozwiązań, a tym niedoskonałym elementem, który psuje perfekcję rozwiązań, zazwyczaj jest ich użytkownik. Nie trzeba być prorokiem, by przewidzieć, że te kolejne, na siłę wprowadzane, rozwiązania nie zafunkcjonują. I oczywiście, znowu winnymi będą lekarze, z powodów, które każdy może sobie w dowolnej liczbie dopisać. Mam nadzieję, że ta wpadka z systemem wyborczym, a także przykłady płynące z innych krajów przekonają wreszcie zadufanych urzędników resortu zdrowia, że kolejny termin wprowadzenia elektronizacji całej ochrony zdrowia, wyznaczony już za dwa lata, jest nierealny, a cała koncepcja wymaga lepszego dopracowania, testów i przede wszystkim więcej czasu. O pieniądzach dla lekarzy i placówek ochrony zdrowia nie wspominając, bowiem jak zwykle, w zamyśle naszych rządowych władców te wdrożenia mają się odbyć beznakładowo – oczywiście po stronie końcowych wykonawców.

Mam nadzieję, że wnioski z tej opowieści wyciągną właściwi starcy i w efekcie będziemy mieli szczęśliwe zakończenie.

No ale to jest tylko opowieść...

Praktyczne zastosowanie metod statystycznych w diagnostyce i ocenie wyników

Informujemy, że Wielkopolska Izba Lekarska organizuje kurs medyczny

„Praktyczne zastosowanie metod statystycznych w diagnostyce i ocenie wyników”.

Kurs odbędzie się 19 stycznia 2015 r. w godz. 18.00–21.00 w siedzibie WIL w Poznaniu przy al. Niepodległości 37.

Program kursu:

18.00–19.00 Czy potrzebne są opracowania statystyczne w medycynie praktycznej?

19.00–20.00 Najczęściej stosowane oceny statystyczne w praktyce lekarskiej

20.00–21.00 Umiejętności wyciągania wniosków z danych statystycznych

21.00 Zakończenie kursu i rozdanie zaświadczeń

Uczestnikom przysługują 3 punkty edukacyjne.

Szczegółowe informacje:

Informacja o odpłatności i zapisy: +48 61 852 58 50 w. 220 lub 601 799 706, lub ksztalcenie@wil.org.pl



Odznaczenia dla naszej Koleżanki i naszego Kolegi

Z satysfakcją informujemy, że 8 listopada w Zamku Królewskim miała miejsce uroczysta Gala Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, pod honorowym patronatem prof. dr. hab. Michała Kleibergera, Prezesa PAN, prowadzona przez Piotra Fronczewskiego w asyście Alicji Woy-Wojciechowskiej. Podczas uroczystości uhonorowany został Medalem *GLORIA MEDICINE* między innymi nasz kolega, dr med. STANISŁAW DZIECIUCHOWICZ, a koleżanka dr BARBARA SIWIŃSKA, prezes zarządu Koła PTL w Śremie, otrzymała Tytuł PTL *MEDICUS PERFECTUS* oraz indywidualną nagrodę Katarzyny Frank Niemczyckiej. Laureatom serdecznie gratulujemy!



Akcja Senior – cd.

W odpowiedzi na nasz apel umieszczony w październikowym wydaniu „Biuletynu WIL” wpływają dalsze zgłoszenia od chętnych lekarzy czynnych zawodowo do służenia pomocą naszym seniorom.

Warto przytoczyć słowa jednej z osób, która przystąpiła do Akcji Senior: „Bardzo podoba mi się idea wspierania starszych lekarzy. Akcja Senior choć w niewielkim stopniu może pomóc naszym kolegom, którzy całe swe zawodowe życie poświęcili na pomoc innym, a teraz czują się osamotnieni w swych chorobach”. Zachęcamy lekarzy do przystępowania do Akcji i poświęcanie nieodpłatnie swego czasu kolegom seniorom. Prosimy o dalsze zgłaszanie akcesu do Akcji Senior e-mail: izba@wil.org.pl. Szczegółowych informacji o akcji można zasięgnąć u kol. Dzieciuchowicza – tel. 600 027 032, 61 867 46 09.

A. BASZKOWSKI, S.M. DZIECIUCHOWICZ, K. KORDEL

W ramach Akcji do grona udzielających bezpłatnych konsultacji lekarzom seniorom dołączają:

W ramach akcji bezpłatne konsultacje dla lekarzy seniorów

Imię i nazwisko	Specjalność	Adres	Rejestracja
Lek. dent. Andrzej Paluszkiewicz	stomatolog	Piła ul. Śródmiejska 16, I piętro	Informacja i rejestracja Tel. 603 675 244
Lek. dent. Jadwiga Tratwal	stomatolog	Nowy Tomyśl ul. Poznańska 30	Rejestracja NZOZ „Tradent” Poradnia Stomatologiczna tel. 600 355 612

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.

Udało się skruszyć mur

W Brukseli rozpoczęła się druga tura negocjacji Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego 2014–2020. Wielkopolska jest w gronie siedmiu województw, które są najbardziej zaawansowane w ustaleniach z Komisją Europejską co do ostatecznego kształtu swoich programów operacyjnych. W Stałym Przedstawicielstwie RP przy UE odbyło się wspólne spotkanie negocjacyjne dotyczące zasadniczych kwestii programowych, a także spotkania indywidualne województw z przedstawicielami Dyrekcji Generalnej ds. Polityki Regionalnej Komisji Europejskiej. W kolejnych dniach nastąpi seria spotkań redakcyjnych, ustalających szczegóły tekstu programu.

Udało się bowiem pozytywnie przedyskutować z Komisją perspektywę współfinansowania z funduszy UE budowy Szpitala Matki i Dziecka w Poznaniu. Komisja Europejska wyrazi zgodę na takie finansowanie, o ile projekt znajdzie się na liście potrzeb Ministerstwa Zdrowia. Do tej pory kategorycznie odrzucano możliwość realizacji nowych inwestycji w służbie zdrowia. Nadal jednak przedstawiciele Komisji zdecydowanie domagają się poprawy systemu opieki zdrowotnej w Polsce jako warunku dalszego inwestowania.

Marszałek Marek Woźniak przyjechał specjalnie do Brukseli, aby rozmawiać z Komisją Europejską w sprawie budowy szpitala dziecięcego. Po udanych obradach powiedział: – *Mam wrażenie, że udało się skruszyć mur. Teraz, przy wsparciu Ministerstwa Zdrowia, jest szansa na unijne pieniądze. Bruksela zdobyta, teraz czas na Warszawę!*

WWW.UMWWW.PL

Już obowiązuje

Prezydent Bronisław Komorowski podpisał ustawę z 10 października 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z pieniędzy publicznych oraz niektórych innych ustaw – tzw. ustawę transgraniczną. Nowelizacja reguluje kwestię zwrotu kosztów leczenia za granicą. Narodowy Fundusz Zdrowia będzie finansował świadczenia, które przysługują pacjentom w Polsce (są w tzw. koszyku świadczeń gwarantowanych). Ustawa weszła w życie 14 dni po ogłoszeniu w „Dzienniku Ustaw RP” – 15 listopada 2014 r.

WWW.MZ.GOV.PL

Niesamowity łut szczęścia

Do poznańskiego szpitala przy ul. Przybyszewskiego trafił pacjent z Konina. Mężczyzna miał wbity w głowę drewniany element. Wbił się tuż pod okiem i przeszedł na wylot. – *Listwa drewniana trafiła centralnie w lewy policzek tuż pod dol-*

nym brzegiem oczodołu. Przebiła całą czaszkę twarzową i przechodząc pomiędzy wyrostkiem sutkowatym kości skroniowej a otworem wielkim w podstawie czaszki, omijając kręgosłup, wyszła na plecach – mówi dr hab. n. med. Krzysztof Osmola, kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. – Z wielkim trudem, dzięki dużej posturze mojego zastępcy, udało się wyjąć ciało obce. Los sprzyjał temu choremu – nie miał istotnego krwawienia, usunęliśmy resztki drewna i kory. Jak przyznaje, nie potrafi pojąć, jakim cudem nieporozrywane zostały tętnica szyjna i żyła szyjna. To po prostu niesamowity łut szczęścia – mówi z niedowierzaniem Krzysztof Osmola.

WWW.TVN24.PL

Ile złotych w portfelu?

W pierwszym półroczu 2014 r. zarabialiśmy przeciętnie 3817 zł – wynika z danych GUS. Przeciętna pensja zatrudnionego w sektorze publicznym była wyższa o 22% od wynagrodzenia pracującego w sektorze prywatnym. W ochronie zdrowia sektor publiczny płaci lepiej – ale różnica nie jest aż tak istotna. Według GUS przeciętne zarobki w sektorze prywatnym wyniosły w pierwszym półroczu 3572 zł, natomiast w sektorze publicznym – 4371 zł. Niemal we wszystkich sekcjach gospodarki lepiej zarabiali zatrudnieni „na państwowym”.

– Średnia płaca na etacie w służbie zdrowia to 3895,72 zł. Połowa lekarzy zarabia od 3900 do 7800 zł. Pensje ponad 80% pielęgniarek nie przekraczają 3900 zł – podaje firma Sedlak and Sedlak. Według „Rzeczpospolitej” płace lekarzy, pielęgniarek i położnych zatrudnionych na etatach w publicznych placówkach leczniczych prawie się nie różnią od zarobków w sektorze prywatnym. Lekarze zarabiają przeciętnie 6802 zł w sektorze publicznym i 6721 zł w sektorze prywatnym. Pielęgniarki odpowiednio: 3309 i 3127 zł, a położne – 3264 zł i 3069 zł.

Inaczej jest w wypadku dentystów i diagnostów laboratoryjnych – dla nich bardziej opłacalne są etaty w sektorze publicznym. Dentyści w publicznych placówkach dostają średnio 5795 zł, a w prywatnych aż o 1100 zł mniej, bo 4688 zł. Z kolei diagnostki w państwowym laboratorium zarabiają 4355 zł, a w prywatnym 3631 zł.

WWW.TERMEDIA.PL

Pierwszy w Polsce

W Szpitalu Klinicznym Przemienienia Pańskiego dr hab. Przemysław Mitkowski, wraz z zespołem, przeprowadził pierwszy w Polsce zabieg wszczepienia najmniejszego rejestratora omdleń. Urządzenie wielkości baterii służy do zdalnego monitorowania pracy serca. Dzięki długotrwałemu monitoringowi możliwe jest poznanie przyczyn choroby bez konieczności odbywania wizyt lekarskich, a w przypadkach nagłych – natychmiastowe udzielenie pomocy. Zespołowi gratulujemy, a pacjentowi życzymy dużo zdrowia!

WWW.SKPPEDU.PL



Andrzej Piechocki

Trzy scenariusze

Jeżeli w piątek 2 stycznia 2015 r. pacjent będzie potrzebował pomocy od swojego lekarza rodzinnego, możliwe będą trzy scenariusze. Pierwszy to taki, w którym pocałuje klamkę, a na drzwiach gabinetu zobaczy karteczkę z napisem „nieczynne do odwołania”. Drugi scenariusz zakłada, że wizyta się odbędzie, ale pacjent dostanie do ręki rachunek. Jest jeszcze trzecia możliwość. Najbardziej korzystna dla wszystkich pacjentów (czyli tak, jak do tej pory: wizyta w ramach ubezpieczenia), w którą jednak już nie wierzą lekarze rodzinni. – *Ostatnie rozwiązanie jest możliwe wyłącznie wtedy, kiedy przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia pójdą po rozum do głowy i zaproponują rozsądny system finansowania podstawowej opieki zdrowotnej* – mówi Bożena Janicka, prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia. Jej zdaniem, to jednak z tygodnia na tydzień wydaje się coraz bardziej niemożliwe.

KRYSTIAN LURKA
WWW.GLOSWIELKOPOLSKI.PL

Ku jednorazowej terapii

W pani badaniach dominuje temat życia pacjentów po przeszczepie. Jak można im pomóc?

Prof. Maria Siemionow: Wciąż zajmuję się i jednym, i drugim. Odpowiadam za przygotowanie pacjentów do transplantacji oraz równolegle prowadzę badania naukowe dotyczące życia po przeszczepie. Pracuję nad metodą terapii, która skróci czas leczenia pacjenta po transplantacji. Może się to udać, dzięki komórkom macierzystym. Obecnie pacjenci po transplantacji są zmuszeni do brania do końca życia leków mających wiele skutków ubocznych. Mamy inny pomysł.

Jaki?

Prof. Maria Siemionow: Przyszłość transplantologii to szukanie nowych leków, które zapobiegą odrzutom. Przełomowe okazałyby się, gdyby wystarczyła jednorazowa terapia, a nie leki do końca życia. Taki przełom jest możliwy dzięki terapii komórkowej polegającej na łączeniu komórek szpiku dawcy i biorcy. W ten sposób tworzymy tzw. komórki chimeryczne. Celem naszego zespołu badawczego jest stworzenie dzięki tym komórkom takiej jednorazowej terapii. Rewolucją w leczeniu pacjentów po przeszczepie będzie uwolnienie ich od stosowania leków do końca życia.

KAROLINA KOZIOŁEK
WWW.GLOSWIELKOPOLSKI.PL

Sprzedam
dobrze funkcjonującą
**przychodnię
wielospecjalistyczną
z pracownią rentgenowską**
(kontrakty z NFZ),
położoną 30 km od Poznania
Kontakt: poradnia specjalistyczna@gmail.com

Poradnia Zdrowia
Psychicznego
w Poznaniu
zatrudni
lekarza psychiatrę
Tel. 696 547 950



Prywatna Lecznica
CERTUS zatrudni

**chirurga
do pracy
na oddziale szpitalnym**

Prosimy o kontakt pod
numerem tel. 507 003 855
lub przesłanie oferty na adres:
kierownik.dp@certus.med.pl

WYNAJMĘ

**URZĄDZONE
GABINETY
LEKARSKIE**

W CENTRUM POZNANIA
tel. 601 873 203

Sobota House of Dentistry
w Poznaniu
podejmie współpracę

**z dentystą
lubiącym
leczyć dzieci**

Wymagane minimum
3-letnie doświadczenie.

Oferta via e-mail
rejestracja@sobotadent.pl
lub na adres
Gabinet Stomatologiczny
Hanna Sobota
ul. Iwaskiewicza 3
60-461 Poznań

Wynajmę
w pełni
wyposażony
gabinet
stomatologiczny
w Poznaniu

Wielkość – 50m²

Lokalizacja – ul. Bułgarska 86/1
Informacje – as@sobotadent.pl
lub tel. 693 787 002

USG Akademia Ultrasonografii
w Poznaniu
zaprasza na kursy USG

Zyskaj **100 zł rabatu** na swoje uczestnictwo
w naszych kursach. Wystarczy, że wpiszesz kod
AK_USG00309 podczas realizacji zamówienia.

Kod rabatowy do wykorzystania do 30.06.2015 r.



praktycznie najlepsza

AKADEMIA IZBY LEKARSKIEJ
Poznań, Stajki 10

CERTYFIKATY
AKADEMIA IZBY LEKARSKIEJ

MATERIAŁY SZKOLENIOWE
konferencje

Szczegółowy harmonogram
kursów dostępny jest
na naszej stronie
internetowej
www.akademiausg.pl

BÓL

Na otwartym posiedzeniu Komisji Etyki WIL 27 października wykład wygłosił prof. dr hab. med. dr h.c. Jacek Łuczak. Tematem był ból. Ból to cierpienie. Jest to przykre czuciowe i emocjonalne doznanie. Pacjenci cierpiący wymagają specjalistycznej pomocy. Dziś jest to wiedza, która w ciągu ostatnich dziesięcioleci znacznie się rozwinęła.

Dotyczy to zarówno preparatów przeciwbólowych, jak i – przede wszystkim – sposobów podawania leków. O tym wszystkim mówił prof. Łuczak. Przedstawiamy otrzymane od profesora opracowanie „Ogólne zasady postępowania u pacjenta z bólem”.

PROF. DR HAB. MED. DR H.C. JACEK ŁUCZAK, DR N. MED. ALEKSANDRA KOTLIŃSKA-LEMIESZEK, DR N. MED. IWONA ZAPOROWSKA-STACHOWIAK

Ogólne zasady postępowania u pacjenta z bólem

1. Wywiad dotyczący bólu

Pytamy chorego:

CZY ODCZUWA PAN /PANI BÓL? NIE TAK

1.1. Stały, okresowy, przebijający: spontaniczny i/lub incydentalny (wyzwalany czynnością)

1.2. Jak silny jest ból?

Natężenie bólu ocenia się według skali werbalnej

Likerta lub numerycznej (NRS):

- skala Likerta: 0 – nie ma bólu, 1 – ból słaby, 2 – ból umiarkowany, 3 – ból silny,
- skala NRS od 0 do 10 (0 – nie ma bólu, 10 – ból nie do zniesienia).



1.3. Charakterystyka bólu:

piekący/parzący, przeszywający, kolkowy, kurcz mięśnia, inny...

1.4. Czynniki, które łagodzą i nasilają ból.

2. Rozpoznanie choroby, skrócony wywiad i badanie ukierunkowane na ustalenie przyczyny bólu (u chorych na nowotwory: wykluczenie innych przyczyn bólu).

Prawdopodobna przyczyna bólu.

Rodzaj bólu: T – trzewny, K – kostny, S – somatyczny z tkanek miękkich (skóra), N – neuropatyczny, M – mieszany (nocyceptywny z komponentą neuropatyczną).

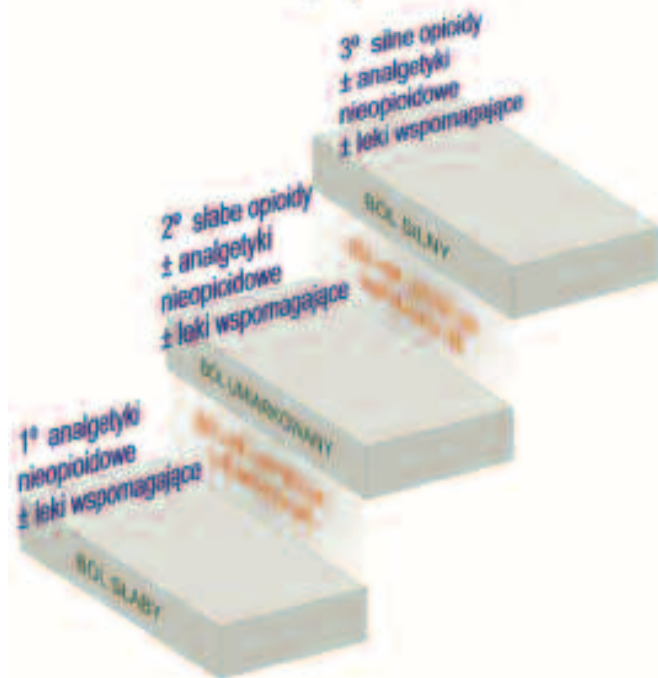
3. Ocena stanu ogólnego: świadomość, częstość oddechów/min, tętno, RR, SpO₂ – pomiar pulsoksymetrem (u chorych z chorobami układu krążenia i oddechowego).

4. Obecnie/wcześniej stosowane leki, w tym leki przeciwbólowe (sprawdzić, czy chory nie ma naklejonego plastra z opioidem!) – ich skuteczność, leki wpływające na ośrodkowy układ nerwowy (OUN), uczulenia.

5. Choroby współistniejące wskazujące na potrzebę ostrożności w dozowaniu opioidów, m.in. nerek i wątroby, przebyte uszkodzenia OUN.

6. Leczenie: leki przeciwbólowe dobiera się w zależności od nasilenia bólu i skuteczności dotychczas stosowanych leków, wg DRABINY ANALGETYCZNEJ WHO, uzależniając dawki i drogi podania od sytuacji klinicznej (p.o., s.c. przy użyciu igły motylek lub i.v.) i skuteczności przeciwbólowej, uwzględniając specyfikę bólu (szczególny rodzaj bólu, np. kolkowy).

Drabina analgetyczna WHO



7. Leczenie bólu należy monitorować (założenie Karty do-różnego leczenia bólu – patrz niżej). Przy wypisie ze szpitala każdy chory z bólem przewlekłym winien być zaopatrzony w recepty na analgetyki, co dotyczy także silnych opioidów (konieczne jest posiadanie druków Rpw!) oraz poinformowany o sposobie dawkowania leków, ich potencjalnych działaniach niepożądanych, a w razie potrzeby skierowany do poradni medycyny paliatywnej lub leczenia bólu.

OPIOIDY mogą wywołać nudności/wymioty, senność, pocenie się, zaparcia stolca, świąd skóry, obniżenie RR, groźne dla życia objawy niepożądane są bardzo rzadkie: ↑ częstość oddechów (< 8/min), utrata przytomności, i wymagają podawania naloksonu i tlenu.

nalokson 0,4 mg (1 amp.) + 0,9-procentowy NaCl do 10 ml: i.v. 0,5–1 ml co 2 min do czasu ustąpienia zaburzeń oddechowych; dalsze dawkowanie w zależności od stanu klinicznego pacjenta.

UWAGA: czas działania naloksonu = 60 min, krótszy od czasu działania morfiny o szybkim uwalnianiu (= 4 godz.!).



Tabela 1. DORAŻNE LECZENIE BÓLU

UWAGA: Przed podaniem pierwszej dawki opioidu należy podać metoklopramid w dawce 10 mg <i>p.o.</i> , <i>s.c.</i> lub <i>i.v.</i> , lub inny lek przeciwwymiotny.				
Dotychczasowe leczenie przeciwbólowe	NATĘŻENIE BÓLU			Ocena leczenia
	słaby – umiarkowany	umiarkowany	silny	
nieleczony	I st. WHO: ketoprofen (Ketonal) 0,1 <i>p.o.</i> lub <i>i.v.</i> w 100 ml soli fiz., wlew 30 min lub paracetamol (Perfalgan) <i>p.o.</i> lub <i>i.v.</i> 500–1000 mg	II st. WHO: A) tramadol <i>p.o.</i> od 12,5–50 mg (= 5–20 gtt.) co 20–40 min do łącznej dawki 100 mg B) tramadol <i>s.c.</i> 25–50 mg co 15–20 min do łącznej dawki 100 mg C) tramadol <i>i.v.</i> 10 mg co 2 min do łącznej dawki 100 mg	III st. WHO: A) morfina <i>s.c.</i> 2 mg co 20–30 min B) morfina <i>i.v.</i> (tylko na oddziale!) 0,5–1 mg co 5 min (morfina rozcieńczona 1 mg/1 ml, w strzykawce: 1 amp. 0,02 siarczanu morfiny + sól fiz. do 20 ml) C) szczególnie rodzaj bólu, np. ból kolkowy: buskopolizyna 20 mg <i>s.c.</i> lub <i>i.v.</i> , spasmalgon 1 amp. w 100 ml 0,9-procentowego NaCl <i>i.v.</i> ; ciasnota OUN: deksametazon (Dexaven) 8–16 mg <i>i.v.</i> , furosemid 20 mg <i>i.v.</i> , mannitol <i>i.v.</i>	ocena efektu analgetycznego i działań niepożądanych oraz parametrów życiowych wyjściowo i co 10–30 min po podaniu leków <i>p.o.</i> lub co 5–10 min po podaniu leków <i>s.c.</i> lub co 3–5 min po podaniu leków <i>i.v.</i>
I st. drabiny WHO – leki nieopiodowe		j.w.	j.w.	
II st. – słabe opioidy	↑ dawkę dobową i/lub zastosuj leki III. st. drabiny	↑ dawkę dobową i/lub zastosuj leki III. st. drabiny	j.w.	
III st. – silne opioidy: morfina		↑ dawkę dobową i/lub dodaj koanalgetyk	A) dotychczasowa dawka interwencyjna morfiny <i>p.o.</i> lub <i>s.c.</i> zwiększona o 50% co 40–60 min (<i>p.o.</i>) lub 20–30 min (<i>s.c.</i>), np. jeżeli dawka 120 mg morfiny <i>p.o.</i> /dobę jest nieskuteczna, to podajemy 1/6 tej dawki (= 20 mg) + 50%, tzn. 30 mg <i>p.o.</i> B) morfina <i>i.v.</i> 0,5–1 mg co 5 min po opianowaniu bólu morfiną w dawce zwiększonej o 50% C) szczególnie rodzaj bólu – j.w.	
III st. – inne silne opioidy, np. fentanyl przeskórny		↑ dawkę dobową i/lub dodaj koanalgetyk	A) morfina <i>s.c.</i> lub <i>i.v.</i> wstępnie od 2 mg <i>s.c.</i> co 20–30 min, 0,5–1 mg <i>i.v.</i> co 5 min B) do czasu opianowania bólu utrzymuje się opioid dotąd stosowany (leczenie dwoma opioidami) C) po uzyskaniu stabilnej kontroli bólu, stopniowa redukcja dawki dotąd podawanego opioidu (o 30%) i zastąpienie tej dawki morfiną D) alternatywnie: 1) oksykodon (OxyNorm) 0,5–1 mg <i>i.v.</i> co 5 min lub 2) buprenorfina (Bunondol) 0,05 mg <i>i.v.</i> co 5 min lub 0,2 mg <i>s.l.</i> co 20 min E) szczególnie rodzaj bólu – j.w.	
BRAK EFEKTU (po 2–3 dawkach) lub DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE po morfinie lub innym opioidzie	A) PONOWNA OCENA BÓLU – wykluczenie przyczyn wymagających pilnego specjalistycznego postępowania! B) +/- Podanie interwencyjne morfiny inną drogą (zamiana morfiny <i>p.o.</i> na <i>s.c.</i> lub <i>i.v.</i> ; dawka <i>s.c.</i> lub <i>i.v.</i> = 1/3 dawki <i>p.o.</i>) C) +/- METODY ANESTEZJOLOGICZNE			

KARTA DORAŻNEGO LECZENIA BÓLU				
	Czas	Czas	Czas	Czas
Natężenie bólu				
Nazwa leku				
Dawka				
Droga podania				
Efekt przeciwbólowy w spoczynku/podczas ruchu				
Częstość oddechów				
tętno				
RR				
SpO ₂				
Objawy niepożądane leku				

Kontynuacja leczenia

1. Zasady miareczkowania morfiny

- do miareczkowania morfiny stosuje się z reguły preparaty morfiny *p.o.* o szybkim uwalnianiu, krótko działające (roztwór wodny, np. 0,5/100,0; 1,0/100,0, tabl. Sevredol) lub preparaty *i.v.*,
- u chorych, którzy dotąd nie stosowali opioidu, rozpoczyna się od dawki jednorazowej 2,5–5 mg *p.o.*,
- u chorych, którzy stosowali wcześniej opioid, np. tramadol, z niedostatecznym skutkiem, rozpoczyna się od dawki jednorazowej 5–10 mg *p.o.*,

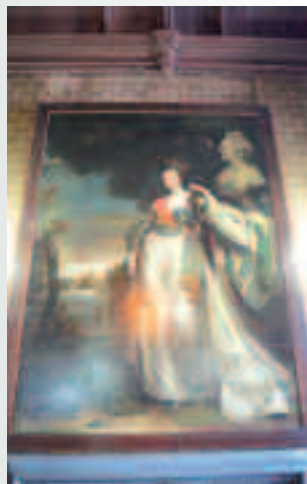
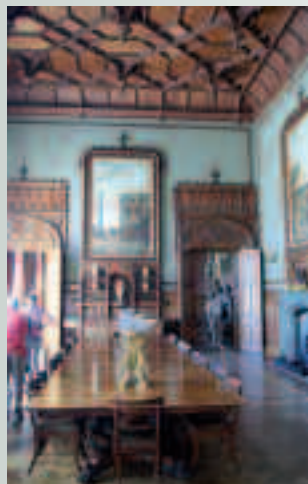
- te dawki *p.o.* można powtarzać 2–3-krotnie co 50–60 min do ustąpienia bólu lub wystąpienia działań niepożądanych,
- jeżeli ból ustąpi po podaniu morfiny *p.o.*, należy kontynuować leczenie w dawce skutecznej, podając ją *p.o.* co 4 godz., z dawką większą o 50% na noc,
- w razie nieskuteczności morfiny *p.o.*, należy rozpocząć miareczkowanie morfiny *i.v.* (dawki 0,5–1 mg co 5 min do ustąpienia bólu lub wystąpienia działań niepożądanych),
- po opianowaniu bólu należy kontynuować leczenie morfiną *i.v.* w pompie infuzyjnej, w początkowej dawce dobowej równej 6 dawkom skutecznym, lecz nie większej niż 30 mg/dobę.

Leczenie przewlekłe:

- droga podania – najbardziej dogodna dla pacjenta – najczęściej *p.o.* lub *s.c.* w bolusach co 4 godz. (z przerwą nocną, dawka wieczorna o 22.00 – zwiększona o 50%) lub wlew ciągły (dawka *s.c.* = 1/3 dawki *p.o.*); jeżeli chory przebywa na oddziale, należy pozostawić wenflon i podawać morfinę *i.v.* w razie zaostrzenia bólu.
- W bólu neuropatycznym dołącza się koanalgetyk (pregabalina lub gabapentyna, deksametazon), w bólu kostnym – niesteroidowe leki przeciwzapalne, np. ketoprofen.

Pałac Woroncowa – perła krymskiej riwiery

Kiedy ostatnio pisałem o podróży na Górę Krymu, padło nazwisko hrabiego Woroncowa. Nie byłoby pałacu w Ałupce, gdyby nie hrabia; książę Woronców... Tym razem pojechaliśmy z Jałty podmiejskim autobusem. Udało się wytropić miejsce postojowe tych pojazdów w centrum miasta, ba, udało się znaleźć miejsca siedzące. Niestety, dalej było już tylko gorzej. Autobus zabierał wszystkich chętnych po drodze, jakby wszyscy w tym momencie musieli też jechać do Ałupki z zamiarem zwiedzania pałacu. Za chwilę nie było czym oddychać, dogorywałem przyciśnięty do szyby, dopchnięty przez dosia-



dających się pasażerów, z ich tobołkami na moich kolanach. Nie wiem, jak długo trwała ta podróż, ale szczęśliwie pojazd linii 26 dojechał do końcowego przystanku w zachodniej części parku, skąd nie było już daleko do bramy pałacu... Książę Michaił Woronców był synem rosyjskiego dyplomaty. Dzieciństwo spędził w Anglii i Republice Weneckiej. Kiedy został gubernatorem kilku prowincji, a także wicekrólem na Kaukazie, przyczynił się do rozwoju gospodarczego tych stron. Przy okazji stawiał pałace właśnie w Ałupce, ale także w Odessie, Sankt Petersburgu i Tbilisi. Zauroczony architekturą brytyjską zlecił projekt oraz nadzór nad budową pałacu w Ałupce Williamowi Blore. Ten poszedł na całość. Połączył w jedno styl romański i gotycki z architekturą Wielkich Mongołów w Indiach i stylem mauretańskim.

Najzabawniejsze, że Blore nigdy na Krymie nie był. Książę woził mu osobiście mapy i szkice krajobrazu z okolicą – do Anglii... Pałac został zbudowany z diabazu, zielonkawej odmiany bazaltu, rękoma chłopów z rosyjskich posiadłości Woronców, pod nadzorem wysokiej klasy kamieniarzy. Wypadło nadspodziewanie pięknie, tak że architekt otrzymał wkrótce od królowej Wiktorii zlecenie rozbudowy pałacu Buckingham... Mury wzorowane na staroangielskich sprawiają wrażenie potęgi i niedostępności, ale już angielskie smukłe kominy przypominają arabskie minarety.

Podłogi, drzwi i sufity z czarnego dębu. Meble z orzecha, dębu i mahoniu, na ścianach liczne obrazy mistrzów włoskich, francuskich, holenderskich i flamandzkich. Przestrzeń wypełniają żyrandole, kandelabry, wazy, srebra, kryształ i porcelana. Wszystko otoczone pięknym 40-hektarowym parkiem z tropikalnymi roślinami, pomiędzy którymi bielą się marmurowe kopie antycznych rzeźb... Okazałego lwa (z fotografii poniżej) upatrzył sobie premier Churchill, goszcząc tu z angielską delegacją podczas podpisywania układu jałtańskiego i rzekomo próbował wyłudzić go od Stalina... Są i polskie akcenty. W 1819 r. Michaił Woronców ożenił się z Elżbietą z Branickich, córką hetmana Franciszka Ksawerego Branickiego, niestety okrytego niesławą, jednego z największych zdrajców w naszej historii (Targowica!). I jeszcze jedno. Pałac Woroncowa z otaczającym parkiem „zagrał” pałac cesarza Bajdocji w „Akademii Pana Kleksa”, filmie nakręconym dla młodego pokolenia, w latach 80. przez reżysera Krzysztofa Gradowskiego...

Na koniec niespodzianka. Książę Woronców „dał” Francji... bistro. Tak, właśnie bistro... Niewątpliwie był dowódcą wojsk rosyjskich okupujących Francję po upadku Napoleona. Anegdota głosi, że Rosjanie, wchodząc do tamtejszych barów, krzyczeli od progu „bystro” (po rosyjsku: szybko). Gonili cesarza przez całą Europę. Obłowili się przy tym nieźle i mieli czym płacić. Francuscy restauratorzy wywieszali czym prędzej tabliczki, że tutaj jest szybko (bistro)... i tak zostało.

MAREK WALKIEWICZ,
PRZEWODNICZĄCY KOMISJI WSPÓŁPRACY MIĘDZYNARODOWEJ WIL



Wielkopolska Izba Lekarska oraz firma Pozytron Radiologia w Medycynie postanowiła w 2015 r. kontynuować współpracę w zakresie wspólnej organizacji przedsięwzięć szkoleniowych. W 2014 r. zorganizowano przede wszystkim szkolenia z zakresu „Ochrony radiologicznej pacjenta”, podczas których certyfikaty otrzymało 300 osób. Dzięki finansowemu zaangażowaniu izby udało się znacząco (o 50%) obniżyć koszty udziału w tych przedsięwzięciach.

Poniżej przedstawiamy wspólne plany szkoleniowe na 2015 r.:

„Ochrona radiologiczna pacjenta” „Rentgenodiagnostyka stomatologiczna – interpretacja obrazu” „Ochrona radiologiczna pacjenta”

Kurs przeznaczony jest dla wszystkich wykonujących badania i zabiegi lecznicze z wykorzystaniem promieniowania jonizującego, m.in. dla: lekarzy radiologów (LR), lekarzy wykonujących procedury z zakresu medycyny nuklearnej (LMN), lekarzy wykonujących procedury z zakresu radiologii zabiegowej (LRZ), lekarzy wykonujących inne medyczne procedury radiologiczne z wykorzystaniem promieniowania rentgenowskiego (LIX), lekarzy dentyków wykonujących medyczne procedury radiologiczne (LST), fizyków medycznych, techników elektroradiologii (FT), lekarzy wykonujących procedury z zakresu radioterapii (LRT), pielęgniarek uczestniczących w procedurach z zakresu medycyny nuklearnej (PMN).

Szkolenie zostanie przeprowadzone zgodnie z programem określonym w RMZ z 18 lutego 2011 r. (Dz. U. z 2013 r. Nr 0, poz. 1015) załącznika nr 7.

Szkolenie odbywa się drogą korespondencyjną.

Kurs zakończony jest egzaminem i otrzymaniem certyfikatu ważnego przez 5 lat.

Dla wszystkich członków WIL udział w szkoleniach na preferencyjnych warunkach – koszty zmniejszone o 50 proc.

„Rentgenodiagnostyka stomatologiczna”

Konferencja naukowo-szkoleniowa oraz warsztaty z zakresu rentgenodiagnostyki stomatologicznej wzbogacają wiedzę i umiejętności przede wszystkim lekarzy stomatologów. Szkolenia z tego zakresu cieszą się dużym zainteresowaniem w gronie lekarzy stomatologów i nie tylko.

Kurs zakończony jest otrzymaniem przez uczestników zaświadczenia.

Za szkolenie przyznawanych jest 5 punktów edukacyjnych.

Dla wszystkich członków WIL koszt udziału w szkoleniach na preferencyjnych warunkach.

Wszelkie informacje o szkoleniu wraz z harmonogramem dostępne są na stronie www.pozytron.pl oraz na stronie www.wil.org.pl w zakładce Najbliższe kursy i szkolenia/Kursy organizowane przez WIL.

Kontakt: Martyna Jankowiak, tel. 505 440 173, szkolenia@pozytron.pl

Serwis prawny dla członków Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

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

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

Największymi zaletami produktu są:

- Schematy procedur i praktyczne wskazówki zgodne z obowiązującymi przepisami.
- Praktyczne wskazówki na bieżąco uzupełniane o najnowsze kluczowe orzecznictwo oraz kolejne praktyczne wskazówki.
- Monografie podzielone na fragmenty tak, aby użytkownik szybciej dotarł do istotnych dla niego informacji.
- Wysoka jakość merytoryczna opracowania ze względu na zaangażowanie wyłącznie praktyków specjalizujących się w prawie ochrony zdrowia.

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

- Zawieranie i realizacja umów z NFZ
- Zamówienia na świadczenia zdrowotne (subkontrakty)
- Kontrola działalności leczniczej
- Prowadzenie i udostępnianie dokumentacji medycznej
- Zakładanie i rejestracja działalności leczniczej
- Postępowanie przed wojewódzkimi komisjami ds. zdarzeń medycznych
- Obowiązki personelu medycznego w związku z rozpoznaniem zakażeń i chorób zakaźnych
- Procedury szpitalne związane z obsługą pacjenta (prawa pacjentów, lekarzy)
- Postępowanie z odpadami medycznymi i komunalnymi w szpitalach

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

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

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

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



w Kórniku przyjmie

LEKARZA PEDIATRĘ

do pracy na godziny

Warunki do uzgodnienia.

Kontakt: 608 244 423

**Przyjmę do pracy
w Pomocy
Doraźnej
lekarza pediatrę
na bardzo dobrych
warunkach
płacowych**

tel. 509 800 202, 509 800 203

Wiersze

LEK. MED. RYSZARD
KRAWIEC

Elżbietkom

Z pewnością nie była to jakaś ruletka
Tylko w gazecie konkurs-ankietka
A w niej pytanie:

Która jest dla pani (pana) kobietka
Bliższa niż kasa, czyli portmonetka,
Nieważne przy tym blond czy brunetka,
(Może otaczać ją dzieci czeredka),
Chodząca w spodniach czy kabaretkach,
Japonkach, szpilkach albo baletkach,
Do tego zwiewna jak awionetka.
Ona, gdy serce miota się jak fretka,
Wnet je uciszy – to dla niej betka,
Na naciśnięcie lek ci podetka.
Jak nie pomoże – będzie repetka.
Gdy ci zaszkodzi metka, krewetka
Wie, że pomoże dietka, tabletkta.
Kiedy zapalne masz płuc poletka,
Poradzi zanim przyjedzie karetkta.
Lub gdy do oka wpadnie ci śmietka
Czy jakaś zimna panna – ascetka
Z czego być może niemała biedka –
Też ci pomoże taka facetka.
(Tu odpadają: kokietka, nimfetka,
Gryzetka, firletka, także estetka
Choćby lubiła się w orgietkach,
Oraz smerfetka i subretka.
A w szczególności lekka poetka).
Którą wybierasz?
Bo do wygrania jest złotych pięćsetka!

Tu myśl przemknęła mi jak kometka:
TO MOŻE BYĆ TYLKO ELŻBIETKA!
I wygrałem!

Listopadowym Koleżankom Elżbietom
Ryszard Krawiec, 2014

revisio
BIURO RACHUNKOWE
biuro@revisio.pl | www.revisio.pl

ul. Tomasza Zana 11A
60-691 Poznań - Piątkowo
tel. +48 883 594 514



**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, Ilona Błaszczuk
kalisz@wil.org.pl

DELEGATURA W KONINIE

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

DELEGATURA W LESZNIE

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

DELEGATURA W PILE

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

DELEGATURA OSTROWSKO-KROTOSZYŃSKA

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





dental CARE

 GABINET STOMATOLOGICZNY

 Zaprasza do współpracy

LEKARZY DENTYSTÓW

 * gabinet wyposażony w nowoczesny sprzęt stomatologiczny

 (również mikroskop, prociwmię RTG, tomograf 3D),

 * doskonale przygotowany personel,

 * ciekawe warunki współpracy

 KALISZ, ul. Główna 30

 tel. 182 176-75-65

 kran. 606-190-200

 www.dentibcare.kalisz.pl

Zakład Leczenia Uzależnień

 w Charcicach zatrudni

lekarza specjalistę

w dziedzinie psychiatrii

lub chorób wewnętrznych,

lub neurologii, lub anestezjologii,

lub anestezjologii

i intensywnej terapii

 na umowę o pracę w niepełnym

 wymiarze czasu pracy,

 na stanowisko kierownika

Oddziału Leczenia

Alkoholowych Zespołów

Abstynenckich

 tel. 61 29 51 113

 e-mail: charcice@poczta.onet.pl

ZPLR GOS-MED

w Gostyniu

zatrudni

lekarza

do pracy

w przychodni POZ.

Warunki finansowe

do uzgodnienia.

Kontakt:

tel. 501 624 888

501 627 900



KLINIKA

PROMIENISTA

NZOZ

Klinika Promienista

w Poznaniu

zatrudni

- **ANDROLOGA** ● **DERMATOLOGA**
- **GASTROENTEROLOGA**
- **KARDIOLOGA** ● **NEUROLOGA**
- **PSYCHIATRĘ** ● **UROLOGA**

oraz

- **PIELĘGNIARKĘ EPIDEMIOLOGICZNĄ**
- **PIELĘGNIARKI INSTRUMENTALNE (OPERACYJNE)**

tel. 61 862 20 15; info@promienista.pl

Do wynajęcia

lokal

na gabinety

lekarskie

 w Swarzędzu

 tel. 500 162 417 po godz. 20.

Nowoczesna przychodnia lekarska

 w Swarzędzu

 zatrudni

lekarza medycyny rodzinnej

lub internistę

 w pełnym wymiarze zatrudnienia

 kontakt: e-mail: multimedica@wp.pl

BIURO RACHUNKOWE SALDO od 1990 r.

 ul. Prądnicka 4, Poznań, tel./faks 61 843 26 14, 603 096 750

PROWADZIMY ■ NZOZ ■ IND. PRAKTYKI ■ SP. Z O.O. ■ SP. KOMANTYDOWE	■ ZUS ■ PODATKI ■ KADRY ■ WYPROWADZAMY ZALEGŁOŚCI
---	---

ODBIÓR DOKUMENTÓW U KLIENTA

Dyrekcja

 Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego

 im. Ludwika Perzyny w Kaliszu

 pilnie zatrudni

lekarzy do pracy

na Szpitalnym Dziecięcym

Oddziale Ratunkowym

 oraz

lekarzy specjalistów

w dziedzinie otolaryngologii.

Oferty prosimy składać na adres:

 Wojewódzki Szpital Zespołowy im. L. Perzyny,

 62-800 Kalisz, ul. Poznańska 79

Gabinet w Jarocinie

podejmie współpracę

 z LEKARZEM STOMATOLOGIEM

 oraz zatrudni

DYPLOMOWANĄ HIGIENISTKĘ

STOMATOLOGICZNĄ

 tel. 662 030 839

Lekarz urolog

 szuka zatrudnienia

 w ramach umowy/kontraktu

 na terenie

Poznania i Wielkopolski

Kontakt: 604 759 490

K O M U N I K A T

 Zakładu Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Poznaniu

 Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Poznaniu, ul. Dąbrowskiego

 poszukuje kandydatów na 13, 5 wolnych etatów na stanowisko:

LEKARZA ORZECZNIKA

spełniających następujące wymagania:

 1. posiadanie tytułu specjalisty,

 2. minimum 5-letni staż pracy w bezpośrednim kontakcie z pacjentem.

Wymagane dokumenty:

 1. CV oraz list motywacyjny, ze wskazaniem stanowiska, o które ubiega się kandydat.

 2. Kserokopia dyplomu potwierdzającego wykształcenie.

 3. Kserokopia dokumentu potwierdzającego prawo wykonywania zawodu lekarza.

 4. Kserokopia dokumentu potwierdzającego stopień i rodzaj specjalizacji.

 5. Kserokopia świadectw pracy, jeżeli kandydat pracował w ramach umowy o pracę.

Oferujemy zatrudnienie w oparciu o umowę o pracę. Do składania ofert zachęcamy również kandydatów zainteresowanych podjęciem pracy w godzinach popołudniowych oraz w niepełnym wymiarze czasu pracy. Możliwe miejsce wykonywania pracy: Poznań, Piła, Konin

Zgłoszenia kandydatów na lekarzy orzeczników prosimy składać w Wydziale Spraw Pracowniczych I Oddziału ZUS w Poznaniu, ul. Dąbrowskiego 12, pok. 120.

 Szczegółowa oferta została zamieszczona na stronie internetowej

 www.zus.pl/praca.

Informacja telefoniczna pod numerem tel. 61 841 69 16, 841 60 06

DYREKTOR

Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

I Oddział w Poznaniu

Fotoreportaż z Koncertu Finałowego II Ogólnopolskiego Festiwalu Chórów Lekarskich Poznań 2014



Wielki finał – połączone chóry wraz z kwartetem smyczkowym pod dykcją Justyny Chełmińskiej



Justyna Chełmińska
– pomysłodawca
i dyrektor Festiwalu

**dr n. med. Hanna
Zajączkiewicz**
– sopran

