

nowy

dwumiesięcznik

gabINET

ginekologiczny

www.e-ginekologia.pl

magazyn branżowy

wyposażenie
materiały
prawo

nr 3 (28) 2016 r.

ISSN 2084-5839

Zgoda pacjenta na leczenie – spojrzenie prawne



**Laserowe
leczenie
NTM**



**Nowe zasady
kontroli
gabinetów**



**Zachowanie
tajemnicy
w gabinecie**



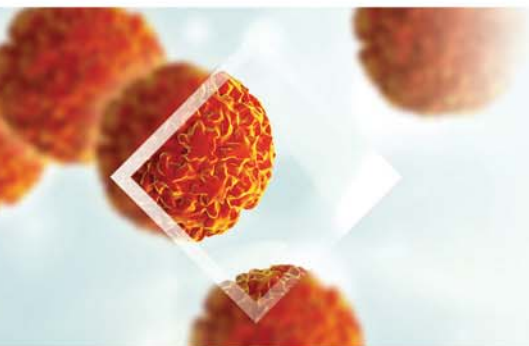
miej pewność



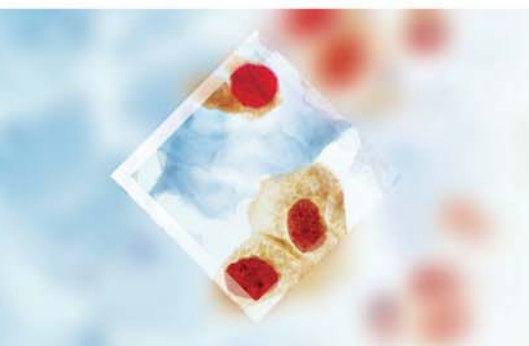
SCREENING — POTWIERDZENIE — DIAGNOZA

Nauka, która buduje pewność

Portfolio produktów firmy Roche, przeznaczonych do badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy, pozwala na podjęcie decyzji dla każdej pacjentki z całkowitą ufnością, pewnością i przekonaniem. Korzystanie z trzech, potwierdzonych klinicznie, testów Roche'a pomaga w stratyfikacji ryzyka u kobiet, poprawia wykrywanie i potwierdzenie choroby w jednym cyklu badań przesiewowych.



cobas[®] HPV Test jest jedynym klinicznie zwalidowanym testem zatwierdzonym przez FDA i posiadającym oznakowanie CE, który jednocześnie dostarcza spulowane wyniki dla genotypów „wysokiego ryzyka” oraz indywidualne wyniki testu na obecność genotypów o najwyższym ryzyku, HPV 16 i HPV 18, podając 3 wyniki po przeprowadzeniu zaledwie 1 testu.



CINtec[®] Plus Cytology jest jedynym testem, wykorzystującym technologię podwójnego barwienia do jednoczesnego wykrywania p16 i Ki-67, który pomaga zidentyfikować kobiety ze zmianami transformującymi, wymagające kolposkopii.



CINtec[®] p16 Histology pomaga rozpoznać i potwierdzić obecność lub brak zmian \geq CIN2 w biopsjach pobranych w czasie kolposkopii, przez co zwiększa dokładność diagnostyczną w chorobie o wysokim stopniu złośliwości.

Dowiedz się więcej na temat portfolio produktów Roche do diagnostyki raka szyjki macicy, kontaktując się z przedstawicielem firmy.

cobas[®]
HPV TEST

CINtec[®] PLUS
CYTOLOGY

CINtec[®]
HISTOLOGY

Wydawca:

Wydawnictwo SPS Media

Adres redakcji:

Modzelewskiego 67/4
02-679 Warszawa
Tel. 22 844 49 42
redakcja@spsmedia.pl
www.e-ginekologia.pl

p.o. Redaktora naczelnego:

Jacek Tulimowski
jtulimowski@gmail.com

**Dyrektor Działu Wydawnictw,
Zastępca redaktora naczelnego:**

Piotr Szymański
piotrs@spsmedia.pl
Tel. 22 844 49 42

Redakcja i korekta:

Halina Szostkiewicz

Reklama:

Krzysztof Kowalczyk
reklama@spsmedia.pl
Tel. 882 066 990
Tel. 22 844 49 42
Małgorzata Szymańska
gosias@spsmedia.pl
Tel. 604 372 921

Prenumerata:

Aleksandra Czarnecka
Tel. 22 844 49 42
Tel. 509 912 963
prenumerata@spsmedia.pl

Skład i łamanie:

Ewa Kopka-Nowakowska

fot. na okładce:

Chroma

Nakład: 2500 egz.

Wydawnictwo dostępne wyłącznie w prenumeracie. Cena za kolejnych 12 numerów 138 zł (w tym VAT). Redakcja nie odpowiada za treść materiałów reklamowych oraz ma prawo odmówienia ich publikacji bez podania przyczyny. Redakcja zastrzega sobie prawo do zmian tytułów i skracania nadesłanych artykułów. Reprodukacja lub przedruk wyłącznie za pisemną zgodą Wydawcy.

W NUMERZE

4
Miscellanea

Nowości z rynku ginekologicznego oraz informacje na temat najnowszych uregulowań prawnych dotyczących ginekologów.

11
Przechowuj dokumentację zgodnie z polskim prawem

Zgodnie z rozporządzeniem Ministerstwa Zdrowia wszystkie podmioty lecznicze będą miały obowiązek wprowadzenia zmian związanych ze sposobem przechowywania, tworzenia oraz udostępniania dokumentacji medycznej.

12
Pytania do prawnika

Na pytania Czytelników odpowiada prawnik Maciej Gibiński, absolwent Wydziału Prawa Uniwersytetu Jagiellońskiego, właściciel kancelarii prawnej Centrum Doradcze Prawa Medycznego.

16
Procedury sanitarne

Kontrola Sanepidu, w kwestii zachowania procedur sanitarnych, nasilają się z roku na rok. Lekarzom czasami wydaje się, że urzędnicy wymagają rzeczy wręcz kosmicznych. Lekarz, zamiast leczyć, coraz więcej czasu poświęca na przygotowanie się do leczenia. Jednym z takich koniecznych zadań do wy-

konania jest stworzenie planu ochrony sanitarnej (higienicznej) dla gabinetu. Krótko mówiąc trzeba wprowadzić do gabinetu zestaw procedur higienicznych.

22
Laserowe leczenie NTM

Nietrzymanie moczu występuje prawie u 70 proc. kobiet po 50 roku życia. Przyczyna jest wieloczynnikowa. Przede wszystkim jest to niedobór estrogenów u kobiet około i pomenopauzalnych, ale także: duża ilość ciąż i porodów drogą pochwową, zakażenia, otyłość, styl życia (szczególnie: wyczynowe uprawianie sportu), ciężka praca fizyczna oraz czynniki genetyczne.

26
Tajemnica lekarska w gabinecie lekarskim

Imiona, nazwiska i adresy są objęte tajemnicą medyczną na tych samych zasadach, co informacje dotyczące przebiegu leczenia. Taki zapadł wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego – NSA II FSK 1452/14. Co ważne, już sama informacja, że pacjent jest pod opieką lekarza jest tajemnicą.

28
Formularze zgód

Czy formularz zgody na leczenie może stanowić skuteczną obronę, czy choć ochronę przed roszczeniami pacjentów? Jest to na pewno prawne narzędzie wspomagające pracę lekarza, ale nie ochroni przed konsekwencjami błędów

medycznego. Zgoda pacjenta jest tylko dowodem, że pacjent decyduje się na dane leczenie i został poinformowany o innych metodach wyleczenia jego schorzenia.

31
Kontrola po nowemu

Trwają prace legislacyjne nad projektem ustawy o zmianie ustawy o Działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (ostatnia wersja projektu pochodzi z dnia 11 maja 2016 r.). Jednym z elementów nowelizacji ma być wprowadzenie pewnych modyfikacji w zakresie kontroli podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

34
Zastosowanie lasera w ginekologii

Historia laserów sięga początku XX wieku, gdy Albert Einstein przedstawił kluczową koncepcję mechanizmu działania laserów. Pierwszy laser powstał w 1960 roku, a powszechnie obecnie stosowany laser CO2 narodził się już rok później. Początkowe doświadczenia laseroterapii w ginekologii ograniczone były do leczenia zmian na szyjce macicy. Dziś lasery to popularne instrumentarium o coraz szerszym zastosowaniu leczniczym.

Jak zamówić prenumeratę Nowego Gabinetu Ginekologicznego

Na konto, podane obok, należy wpłacić 78 zł (prenumerata roczna) lub 138 zł (prenumerata dwuletnia). Po dokonaniu płatności należy przesłać faksem, e-mailem lub listownie potwierdzenie dokonania wpłaty wraz z adresem, na który gazeta ma być wysyłana. Osoby, które chcą otrzymać fakturę VAT, muszą przysłać wszystkie dane potrzebne do wystawienia faktury. Faktury wystawiamy do 7 dni od daty wpłynięcia płatności na konto. Tel. 22 8 444 942, fax 22 398 78 85, e-mail: prenumerata@spsmedia.pl
Możliwe jest przesłanie prenumeraty za załóżką pocztowym. Zamówienie należy złożyć telefonicznie lub faksem. Do kosztów prenumeraty doliczamy 12 zł za usługę pobrania pocztowego. Pierwszy zamówiony numer wysyłany jest następnego dnia po złożeniu zamówienia.

NUMER KONTA:

BZ WBK 37 oddział w Warszawie
nr 80 1500 1865 1218 6013 2651 0000,
SPS, ul. Modzelewskiego 67/4,
02-679 Warszawa

WARUNKI PRENUMERATY:

- Prenumeratę przyjmujemy na kolejnych 6 lub 12 numerów
- Prenumeratę opłaca się w banku lub na pocztę
- Koszty związane z dokonaniem wpłaty ponosi zamawiający
- Koszty przesyłki na terenie kraju ponosi wydawca



MISCELLANEA

LECZENIE

Narzędzia jednorazowe a wielorazowe

NARZĘDZIA WIELOKROTNEGO UŻYTKU SĄ POWSZECHNIE STOSOWANE W BRANŻY MEDYCZNEJ, JEDNAK CORAZ WIĘKSZĄ POPULARNOŚCIĄ CIESZĄ SIĘ NARZĘDZIA JEDNORAZOWE. Z czego to wynika?

Bezpieczeństwo. Skuteczna sterylizacja narzędzi wielokrotnego użytku jest istotna, aby zminimalizować ryzyko zakażeń związanych z opieką zdrowotną. Jednakże wiele z tych czynników zakaźnych, które wywołują poważne i potencjalnie śmiertelne infekcje jest odpornych na standardowy proces dekontaminacji. Sprzęt jednorazowego użytku gwarantuje czysty i sterylny produkt dla każdej pacjentki za każdym razem, tym samym minimalizując ryzyko zakażenia drogą krzyżową.

Czas. Proces sterylizacji lub dezynfekcji narzędzi wielorazowych pochłania dużo czasu i wymaga zaangażowania pracowników. Natomiast stosowanie sterylnych, gotowych do użycia urządzeń jednorazowych pozwala przede wszystkim zaoszczędzić czas i zwiększyć wydajność placówki.

Wpływ na środowisko. Utylizacja narzędzi medycznych po jednokrotnym użyciu może wydawać się marnotrawstwem, ale

w porównaniu do ponownego przetwarzania wyrobów wielokrotnego użytku, oddziaływanie na środowisko jest znacznie mniejsze. Skuteczny proces sterylizacji danego narzędzia generuje szereg odpadów, które

m. in.: dostaw do sterylizatorni, konserwacji maszyn i siły roboczej. Natomiast koszty użytkowania narzędzi jednorazowych ograniczają się jedynie do wydatku związanego z zakupem.



FOT. MERINGER

są odprowadzane na składowiska. Natomiast w przypadku narzędzi jednorazowego użytku, jedynym odpadem jest samo narzędzie.

Koszt. Przy porównywaniu cen narzędzi jednorazowego i wielokrotnego użytku nie należy brać pod uwagę jedynie ceny zakupu. Sterylizacja wyrobów wielokrotnego użytku wiąże się ze znaczącymi kosztami,

Narzędzia medyczne jednorazowego użytku oferują wiele zalet w porównaniu z narzędziami wielokrotnego użytku. Oprócz tego, że są od razu gotowe do użycia, pozwalają zmaksymalizować bezpieczeństwo i wydajność, zapewniając jednocześnie optymalną funkcjonalność i łatwość obsługi. (SZ)

SZPITALA

Cud we Wrocławiu

WŁOCŁAWSKY LEKARZE DOKONALI CUDU - KOMENTUJE WIELU SPECJALISTÓW. Przez 55 dni utrzymywali przy życiu ciało kobiety, by na świat mógł przyjść jej syn. Takie przypadki zdarzają się bardzo rzadko – do tej pory było ich tylko 30 na świecie.

Wrocławscy lekarze nie chcieli podawać tej informacji, dopóki na świat nie przyszło dziecko. Obawiali się komentarzy,

ponieważ ta decyzja nadal budzi emocje i kontrowersje natury etycznej, moralnej, medycznej. Kobieta była w stanie śmierci mózgowej, kluczowe w tej sytuacji było postanowienie ojca dziecka, który zdecydował się na takie rozwiązanie. Dziecko wyszło ze szpitala ważąc trzy kilogramy, w czwartym dniu pojawiły się komplikacje układu krążenia, na szczęście lekarzom udało się skutecznie pomóc dziecku. An-

drzej Kübler, kierownik Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu w jednym z wywiadów powiedział, że podczas wykładów dla studentów podawał przykład zderzenia wartości w przypadku stwierdzenia śmierci mózgowej kobiety w ciąży: – Są to przypadki na tyle rzadkie, że znałem je jedynie z piśmiennictwa. Nie spodziewałem się, że sam stanę w jego obliczu. (PT)

PRAWO

NSA potwierdza: pacjenci mają prawo do oryginałów dokumentacji medycznej

19 KWIEŹNIA 2016 R. NACZELNY SĄD ADMINISTRACYJNY UCHYLIŁ WYROK WOJEWÓDZKIEGO SĄDU ADMINISTRACYJNEGO W WARSZAWIE Z 1 LIPCA 2015 R. I ODDALIŁ SKARGĘ PODMIOTU LECZNICZEGO NA DECYZJĘ RZECZNIKA PRAW PACJENTA. Tym samym Naczelny Sąd Administracyjny ostatecznie potwierdził zasadność wydanej przez Rzecznika decyzji. Zgodnie z wyrokiem sądu, stosowane przez wielkopolską placówkę praktyki, polegające na odmowie udostępniania oryginałów dokumentacji medycznej, naruszają zbiorowe prawa pacjentów.

1 lipca 2015 r. zapadł wyrok przed Wojewódzkim Sądem Administracyjnym w Warszawie, w którym sąd stwierdził, że takie uprawnienie pacjentom nie przysługuje. Od tego wyroku Rzecznik Praw Pacjenta wniósł skargę kasacyjną do Naczelnego Sądu Administracyjnego. Naczelny Sąd Administracyjny w uzasadnieniu wyroku przychylił się do argumentacji Rzecznika Praw Pacjenta wskazując, że pacjent ma prawo dostępu do oryginałów dokumentacji medycznej. Zgodnie z art. 27 pkt 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, dokumentacja medyczna jest udostępniana m.in. poprzez wydanie jej oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji. Pojęcie uprawniony „podmiot”, odnosi się – zgodnie ze stanowiskiem sądu – również do pacjenta. Prawo to nie zostało w żaden sposób ograniczone w przepisie art. 26 ust. 1 i 3 ww. ustawy. Sąd powołał się także na art. 68 Konstytucji RP, zgodnie z którym każdy ma prawo do ochrony zdrowia, a prawo pacjenta do dokumentacji medycznej jest realizacją tego konstytucyjnego prawa.

Wyrokiem tym NSA ostatecznie potwierdził zasadność argumentacji, podniesionej przez Rzecznika. 19 kwietnia br. zapadły jeszcze trzy inne wyroki Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie korzystne dla Rzecznika Praw Pacjenta. W pierwszym wyroku sąd uchylił niekorzystny dla Rzecznika Praw Pacjenta wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego i przekazał sprawę do ponownego rozpoznania. Sprawa ta odnosiła się do zarzutu bezczynności Rzecznika Praw Pacjenta w zakresie rozpatrzenia wniosku pacjenta o wszczęcie postępowania w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjenta. Pozostałe dwa wyroki dotyczyły protestu lekarzy zrzeszonych w Porozumieniu Zielonogórskim w 2015 r. W uzasadnieniu sąd podtrzymał swoją argumentację prezentowaną we wcześniejszych wyrokach i potwierdził, że pacjenci nie mieli dostępu do swojej dokumentacji medycznej w dniach prowadzenia protestu. (PS)

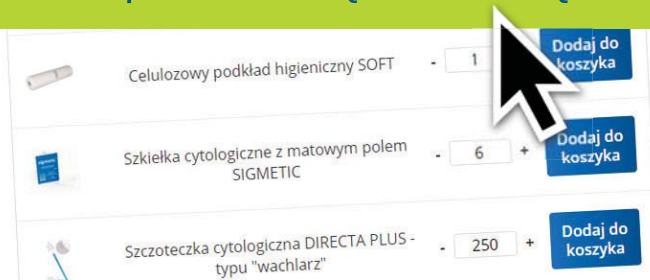
więcej na: E-GINEKOLOGIA.PL

Często zamawiasz te same produkty do gabinetu?



Nie trać czasu!

Skorzystaj z wygodnej listy zakupowej i składaj zamówienia za pomocą 5 kliknięć.



Wejdź i sprawdź

sklep.meringer.pl

Kod rabatowy

732866

Do wykorzystania tylko do 31.08.2016 r.

-30 zł


meringer[®]
tylko dla ginekologii

Kod rabatowy upoważnia do uzyskania zniżki o wysokości 30 zł na zakupy za pośrednictwem Platformy Zakupowej sklep.meringer.pl. Aby zrealizować kod należy złożyć zamówienie o min. wartości 450 zł brutto. Kod jest jednorazowy.

w razie pytań zadzwoń
tel. **62 501 35 50**

SPRZĘT

Znieczulają prądem podczas porodów

STYMULACJA PRĄDEM TO KOLEJNA METODA ZNIECZULAJĄCA PODCZAS BÓLÓW PORODOWYCH. Taką metodę zaczęto stosować na oddziale ginekologii i położnictwa Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Katowicach. Prąd elektryczny o niskiej częstotliwości blokuje odczuwany ból. Jest to możliwe dzięki zastosowaniu urządzenia TENS.

Aparat TENS umożliwia przepływ słabego prądu, który zwiększa uwalnianie endorfin, jednocześnie pobudzanie prądem nerwów czuciowych częściowo blokuje przekazywanie do mózgu bodźców bólowych. Metoda ta ma być prosta, nieinwazyjna i bezpieczna – wyjaśnia dyrekcja. Stymulator ma być skuteczny w 80 procentach i w znaczny sposób redukuje odczuwanie bólu. Po gazie rozweselającym, porodach w wodzie, stosowaniu technik relaksacyjnych ma być to kolejny krok, który oddział ginekologii i położnictwa Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego im. prof. K. Gibińskiego w Katowicach robi w kierunku poprawy komfortu rodzących. (PT)



Aparat TENS umożliwia przepływ słabego prądu, który zwiększa uwalnianie endorfin, jednocześnie pobudzanie prądem nerwów czuciowych częściowo blokuje przekazywanie do mózgu bodźców bólowych

SZPITALA

Trojaczki razy dwa

WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W KIELCACH W OSTATNIH DNIACH OPUŚCIŁY URODZONE TAM TROJACZKI. Jednak zanim dzieci poszły do domu, na świat przyszły kolejne trojaczki.

Pierwsze trojaczki – trzech chłopcy urodzili się w 29. tygodniu ciąży, dlatego chłopcy wymagali intensywnej opieki. Dzieci przyszły na świat z niską masą urodzeniową – największy chłopiec ważył 1480 gramów, średni 1400, a najmniejszy 1290. W tej chwili ważą odpowiednio 3200, 2650 i 2400 gramów. Kolejne trojaczki urodziły się już w korzystniejszym okresie – 34. tygodniu ciąży. Stan ich zdrowia oceniono jako dobry. Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach może pochwalić się bogatym doświadczeniem w tego typu porodach – od 2012 roku odbyło się już sześć trojacznych porodów. Ciąże trojaczne zdarzają się bardzo rzadko, raz na 6400 urodzeń. (PT)

SZPITALA

Chełm doczeka się ginekologii europejskich standardów

W CHELMIE ZAŚWIECIŁO SŁOŃCE NAD ODDZIAŁEM GINEKOLOGII. Ma tam ruszyć remont. Do tej pory stan chełmskiej ginekologii mocno odbiegał od standardów – sale były wieloosobowe. Na całym

Do tej pory stan chełmskiej ginekologii mocno odbiegał od standardów – sale były wieloosobowe

oddziale były tylko dwie łazienki i dwa natryski.

Po remoncie wiele ma się zmienić – do dyspozycji pacjentek będą sale dwuosobowe z oddzielnymi węzłami sanitarnymi. Remont ma potrwać do końca sierpnia. Do tej pory ginekologia będzie tymczasowo przeniesiona do części, gdzie znajduje się położnictwo i oddział noworodków. Cały remont ma kosztować 900 tysięcy złotych. Pieniądze pochodzą z dotacji Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubelskiego. Dyrekcja zapewnia, że po remoncie chełmska placówka dorówna europejskim standardom. (PT)

SZPITALE

Miliony na ginekologię

SZPITAL WOJEWÓDZKI W BIAŁYMSTOKU BĘDZIE WYREMONTOWANY - WSZYSTKO DZIĘKI PIENIĄDZOM - 10,5 MLN ZŁOTYCH - PRZEKAZANYM PRZEZ SAMORZĄD WOJEWÓDZTWA. Dzięki funduszom dokończona będzie rozbudowa oddziału ginekologiczno-położniczego i neonatologii.

10,5 mln zł na prace budowlane w nowych obiektach ginekologii i położnictwa to największa suma na inwestycje w ochronę zdrowia zapisana w budżecie województwa podlaskiego na 2016 r. – powiedział Marszałek województwa podlaskiego Jerzy Leszczyński. Po remoncie na pacjentki będzie czekało 68 łóżek w dwuosobowych salach z łazienkami. Ma powstać również sala operacyjna – cały remont ma być przeprowadzony do końca września. Białostocka ginekologia jest największa w regionie – w pierwszym kwartale 2016 r. w szpitalu wojewódzkim w Białymstoku urodziło się ponad 480 dzieci, jest to tyle, ile rodzi się na innych tego typu oddziałach w mniejszych szpitalach w Podlaskiem rocznie. Natomiast w samej placówce rocznie przychodzi na świat około 1,8 tysięcy dzieci. Oddział ginekologii powstaje w głównym kompleksie szpitala przy ul. Skłodowskiej. (PT)

SZPITALE

Regionalne Centrum Ginekologii Dziewczęcej zacznie działać we Wrocławiu

PIERWSZE NA DOLNYM ŚLĄSKU REGIONALNE CENTRUM GINEKOLOGII DZIEWCZĘCEJ JUŻ WKRÓTCE ZACZNIE DZIAŁAĆ. Kończy się urządzenie szpitalnych sal dla małych pacjentek i pomieszczeń zabiegowych. Działa już poradnia. W regionie brakowało ośrodka, w którym diagnozowane byłyby dziewczynki od niemowlaków do 18. roku życia.

Zdarza się bowiem, że badania ginekologicznego wymagają bardzo małe dziewczynki w wieku przedszkolnym, a nawet noworodki – mówi prof. Lidii Hirnle, ekspert ginekologii dziewczęcej. W Regionalnym Centrum Ginekologii Dziewczęcej wykonywane będą badania diagnostyczne (m.in. USG, tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny). Będzie możliwe również wykonywanie zabiegów i operacje. Dostępna będzie również poradnia. Zamontowano już histeroskop, z bardzo cienkim światłowodem do macicy umożliwiający badania bardzo młodych pacjentek. W klinice będą również diagnozowane ofiary przemocy seksualnej. Centrum mieści się w Klinice Ginekologii i Położnictwa przy ul. Chałubińskiego 3 we Wrocławiu. (PT)

więcej na: E-GINEKOLOGIA.PL

Bez ryzyka urwania nici.

Wybierz pessar ze stabilnie mocowaną nicią.



Pessar
Dr. Arabin

made
in
Germany



NOWOŚĆ

Pessar wyposażony w mocną, polimerową nici zamiast silikonowego sznurka

zminimowane ryzyko urwania nici i ułatwione wyjmowanie pessara.



Pewne mocowanie nici przy użyciu guzika

stabilne przytwierdzenie nici do centralnej części pessara (łatwe i bardziej komfortowe wyjmowanie).



Zaokrąglone krawędzie ścian pessara

brak ryzyka zranienia, większy komfort dla Pacjentki.



Dlaczego warto wybierać Pessary Dr. Arabin od Meringer?



* możliwość wymiany pessara na inny rozmiar – 0% ryzyka



* próbnik pessarów dla doboru odpowiedniego rozmiaru

ZAMÓW TERAZ

meringer
tylko dla ginekologii

62 501 35 50 • www.sklep.meringer.pl

PRAWO

Położne negatywnie o programie koordynowanej opieki

P OŁOŻNE RODZINNE OSTRZEGAJĄ, ŻE JEŻELI NFZ WPROWADZI W ŻYCIU PROGRAM KOORDYNOWANEJ OPIEKI W CIĄŻY, ODBIERZE CIĘŻARNYM MOŻLIWOŚĆ WOLNEGO WYBORU POŁOŻNEJ, KTÓRA ZAJMOWAŁABY SIĘ NIĄ PODCZAS CIĄŻY I POŁOGU. W praktyce to szpital zdecyduje, które położne przystąpią do nowego systemu opieki, czyli mówiąc wprost – z kim podpisze umowę – twierdzą przedstawicielki tego zawodu.

Według położnych, dokument pod nazwą „Standard opieki okołoporodowej”, miał gwarantować ciężarnej m.in. prawo wyboru położnej i to na każdym etapie ciąży – a tak nie jest. Jeśli szpital nie podpisze umowy z położną, która do tej pory sprawowała opiekę nad ciężarną, to po porodzie zajmie się nią już kto inny. Przypomnijmy, że całość opieki nad ciężarną w czasie porodu i po porodzie mogły kontraktować tylko szpitale, i to tylko te, w których odbywa się minimum 600 porodów rocznie. (PT)



Według położnych, dokument pod nazwą „Standard opieki okołoporodowej”, miał gwarantować ciężarnej m.in. prawo wyboru położnej i to na każdym etapie ciąży – a tak nie jest

LECZENIE

Mało operacji laparoskopowych

SPECJALIŚCI TWIERDZĄ, ŻE W GINEKOLOGII WYKONYWANYCH JEST ZBYT MAŁO OPERACJI LAPAROSKOPOWYCH, KTÓRE SĄ MNIEJ INWAZYJNE I BARDZIEJ KORZYSTNE DLA PACJENTEK. Chirurgia przez „dziurkę od klucza” może usuwać mięśniaki macicy i torbiele jajników, a nawet usunąć całą macicę z pozostawieniem szyjki macicy – operacje powodują mniej powikłań, są również bezpieczniejsze, ze względu np. na zachowanie płodności.

Statystycznie w szpitalach akademickich operacje laparoskopowe wykonuje się jedynie w 15 do 30 proc. wszystkich operacji ginekologicznych. W mniejszych ośrodkach ta liczba jest jeszcze mniejsza. Interesujące jest, że nie ze względu na brak profesjonalnego sprzętu – kliniki w dużej części takim dysponują. Brak jest odpowiednio przeszkolonych operatorów – metody tej trzeba się nauczyć, najlepiej pod okiem doświadczonego w tej technice chirurga. Wymaga to poświęcenia dużej ilości czasu, ponieważ technika ta wymaga od chirurga wyobraźni przestrzennej, gdyż pole operacyjne widoczne jest jedynie na monitorze. (PT)

PRAWO

Rozmawiali o wadach płodowych

URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA OPOLSKIEGO ZORGANIZOWAŁ KONFERENCJĘ POŚWIĘCONĄ POPRAWIE OPIEKI NAD KOBIETĄ W CIĄŻY Z ROZPOZNANĄ WADĄ PŁODU. Wzięli w niej udział ginekolodzy, neonatolodzy, genetycy, chirurdzy, anestezjolodzy i położne.

Specjaliści podczas konferencji mówili między innymi o tym, że w przypadku wad rozwojowych interwencja medyczna często jest możliwa już w życiu płodowym, ale kluczową rolę odgrywa tu diagnostyka. Najważniejsza jest wykrywalność wad, całościowa, wielospecjalistyczna opieka i poprawa komunikacji z rodzinami. Statystyki nie są optymistyczne – w Polsce tylko 20 procent wad rozwojowych udaje się zdiagnozować w łonie matki. Na świecie średnia wynosi 35 procent. Badania prenatalne finansowane przez NFZ obejmują w Polsce tylko kobiety powyżej 35 roku życia, jednak specjaliści starają się, aby mogły z niego korzystać także kobiety poniżej 35 lat. W województwie Opolskim wykonuje się ok. 1400 badań w obu grupach wiekowych. Około 2 proc. badanych kobiet dowiaduje się, że urodzą dzieci obciążone wadami. (PT)

BADANIA

Depresja, a ciąża

Z BADANIA OPUBLIKOWANEGO W AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY WYNIKA, ŻE KOBIETY Z CIĘŻKĄ DEPRESJĄ DOŚWIADCZAJĄ TRUDNOŚCI Z POCZĘCIEM DZIECKA BEZ WZGLĘDU NA TO, CZY PRZYJMUJĄ LEKI PSYCHOTROPOWE. Badanie przeprowadzili naukowcy z Uniwersytetu w Bostonie.

Uważają oni, że silne objawy depresji o 38 proc. zmniejszają szanse na zajście w ciążę. Badacze podkreślają, że kwestię przyjmowania leków trzeba jeszcze zbadać, ale z ich wstępnych obserwacji wynika, że leki nie mają większego wpływu na prawdopodobieństwo po-



FOT. SXC

częcia – w tym leki przeciwdepresyjne, przeciwpsychotyczne i normotymiczne. Koordynatorka przedsięwzięcia Yael Nillni stwierdziła, że zapłodnieniu nie sprzyjają nawet umiarkowane i silne symptomy depresji. Jednym z wniosków jest

stwierdzenie, że kobiety, które w przeszłości przyjmowały leki przeciwdepresyjne z grupy selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwyty serotoniny (SSRI), miały nieco większą szansę na zajście w ciążę. (PT)

reklama

Wybieramy najlepszą Położną w Polsce!

Kampania społeczno-edukacyjna i konkurs Położna na medal | III edycja

Zgłoś swoją Położną do konkursu od 1 kwietnia do 31 lipca 2016 r.

poloznanamedal2016.pl

Regulamin akcji dostępny na www.poloznanamedal2016.pl/regulamin

Naczelna Rada
Pielęgniarek i Położnych
Patronat Honorowy Prezesa NIKPiP

Partnerzy merytoryczni



Fundacja
Rodzic po Ludzku



Mecenas

ALANTAN PLUS®
(Allantoinum + Disparthenolum)

Główny patronat medialny



PRAWO

Rusza program opieki koordynowanej

CENTRALNARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA INFORMUJE, ŻE ROZPOCZYNA SIĘ WDRAŻANIE PROGRAMU OPIEKI KOORDYNOWANEJ NAD KOBIETĄ W CIĄŻY FIZJOLOGICZNEJ.

Prezes NFZ, Andrzej Jacyna podpisał w zeszłym tygodniu zasady określające przystąpienie do programu. Przypomnijmy, że program zawiera wiele elementów – m.in. opiekę medyczną nad matką w okresie ciąży, porodu, połogu oraz jej nowonarodzonym dzieckiem.

Kobiety mają mieć również pełną dostępność do świadczeń zgodnie ze wskazaniami medycznymi, a także możliwość zgłoszenia do programu na każdym etapie ciąży. Przyszłe mamy będą mogły korzystać z nowych rozwiązań w placówkach, które od lipca przystąpią do konkursu i spełnią określone kryteria. Szpitale, które przystąpią do progra-



FOT. MAD DOGG ATHLETICS

mu – zapewniając jakość, ciągłość i kompleksowość opieki – będą mogły skorzystać z nowego sposobu rozliczenia – jednak będzie ono uwarunkowane spełnieniem warunków.

Do programu może przystąpić szpital, który realizuje 600 porodów rocznie. Ponadto zabezpieczą dostęp do poradni ginekologiczno-położniczych oraz położnej. (PT)

BADANIA

Brak wiedzy o menopauzie

INSTYTUT BADAWCZY ARC RYNEK I OPINIA PRZEPROWADZIŁ BADANIA, Z KTÓRYCH WYNIKA, ŻE AŻ JEDNA CZWARTA POLEK W WIEKU MENOPAUAZALNYM NIE POTRAFI OCENIĆ, CZY MA OBJAWY ZWIĄZANE Z MENOPAUZĄ. Eksperti oceniają, że może to świadczyć o braku wiedzy lub o wypieraniu przekwitania ze świadomości. W badaniu wzięło udział

ponad 300 pań w wieku 45-55 lat.

Kobietom zaprezentowano definicję menopauzy, a także listę objawów utrzymujących się przed i po menopauzie. Aż 49 proc. kobiet oceniło, że przeszło menopauzę lub przechodzi ją obecnie, 27 proc. zaprzeczyło temu. Aż 24 proc., czyli niemal jedna czwarta, przyznało, że nie wie i ma trudności ze stwierdzeniem, czy tak jest. Wykorzystano

również obecność kobiet do przeanalizowania ich wiedzy pod kątem fizjologiczno – psychicznym związanym z okresem okołomenopauzalnym. Zadano kilka przykładowych pytań np. aż 35 proc. osób nie potrafiło powiedzieć, czy ma jakieś zmiany w cyklu miesięczkowym, 47 proc. nie umiało ocenić, czy ma gwałtowne uderzenia gorąca i towarzyszące im czasem kołatanie serca. (PT)

SZPITALÉ

Bogdan Chazan wróci na swoje stanowisko?

PACJENTKI CHCĄ PRZYWRÓCENIA PROFESORA BOGDANA CHAZANA NA STANOWISKO DYREKTORA SZPITALA IM. ŚWIĘTEJ RODZINY W WARSZAWIE. Blisko 40 tysięcy osób podpisało petycję, która trafiła na biurko prezydent Warszawy. Ratusz odpowiedział błyskawicznie – „żadne decyzje nie będą podejmowane do momentu zakończenia procesu pomiędzy urzędem a zwolnionym”.

Autorzy petycji – fundacja Citizen Go przypomnia, że „ani Naczelna Izba Lekarska, ani Prokuratura Rejonowa Warszawa-Mokotów nie znalazły w postępowaniu profesora podstaw do postawienia mu zarzutów”. Profesor Bogdan Chazan stracił swoje stanowisko prawie dwa lata temu, gdy odmówił wykonania w szpitalu aborcji. (PT)

PRAWO

Proponowane zmiany w działalności leczniczej

MAREK TWARDOWSKI, WICEPREZES POROZUMIENIA ZIELONOGÓRSKIEGO, WSKAZAŁ KILKADZIESIĄT PROPOZYCJI RÓŻNYCH AKTÓW PRAWNYCH, KTÓRE W JEGO OPINI, PRZESZKADZAJĄ W PROWADZENIU DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ. W tej sprawie obradował zespół powołany przez Ministra Zdrowia. Zespół jest ciałem eksperckim, a ostateczne decyzje będzie podejmował minister. Jakie zmiany zaproponowano?

Przedstawiono wiele propozycji do zmiany lub skasowania. Według zarządzenia ministra zdrowia, określającego zasady działania zespołu, do 31 marca b.r. miał on przedstawić raport ze swoimi rekomendacjami. „Niepotrzebnych i szkodliwych regulacji jest wiele i wie o tym każdy, kto zajmuje się działalnością leczniczą. Zebranie ich i omawianie podczas posiedzenia zespołu uświadamia dobitnie, do jakiego absurdu doszliśmy w mnożeniu biurokratycznych barier. Pokazuje także, czym my – lekarze – tak naprawdę się zajmujemy, zamiast leczyć chorych i im poświęcać nasz czas i wiedzę” – powiedział Marek Twardowski. (PT)

Przechowuj dokumentację zgodnie z polskim prawem

ZGODNIE Z ROZPORZĄDZENIEM MINISTERSTWA ZDROWIA WSZYSTKIE PODMIOTY LECZNICZE BĘDĄ MIAŁY OBOWIĄZEK wprowadzenia zmian związanych ze sposobem przechowywania, tworzenia oraz udostępniania dokumentacji medycznej.

Wychodząc na przeciw oczekiwaniom firma MedTrade Medical Systems sp. z o.o., posiadająca ogromne doświadczenie w dostarczaniu najnowocześniejszych rozwiązań dla rynku medycznego, stworzyła unikatowy produkt pod nazwą NewNioMed®.

Jest to profesjonalny system informatyczny do zarządzania pracą placówek medycznych. Ma on rozbudowane funkcje, począwszy od rejestracji pacjentów, do szczegółowych raportów dotyczących pracy personelu. NewNioMed® został także wyposażony we wszystkie narzędzia potrzebne lekarzowi do komfortowego prowadzenia dokumentacji z przebiegu wizyt, takie jak np. szablonowy wynik badań, czy też automatyczne wczytywanie pomiarów i obrazów z aparatu USG.

System NewNioMed®, oparty jest na sprawdzonej architekturze klient-serwer, zapewnia bardzo wysokie bezpieczeństwo przechowywa-

nia informacji medycznej. W przeciwieństwie do rozwiązań w tzw. chmurze, to przychodnia jest właścicielem i administratorem danych. Ma do nich dostęp w każdej chwili, niezależnie od np. połączenia internetowego. W rozwiązaniu stacjonarnym klient-serwer istnieje znikome ryzyko przejęcia (wykradzenia przez hakerów) istotnych danych osobowych oraz danych medycznych przez osoby niepowołane. Takie ryzyko jest niestety ogromne w przypadku rozwiązań w chmurze, gdzie tak na prawdę nie wiadomo, kto ma nadzór nad informacją.

Kluczową zaletą rozwiązania NewNioMed® jest możliwość archiwizacji obrazów, np. skanów wyników badań z innych przychodni, obrazów z aparatów USG, czy też wykresów KTG oraz EKG.

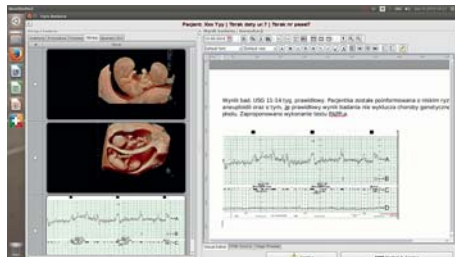
System NewNioMed® ma moduł PacsServer umożliwiający komunikację z urządzeniami medycznymi w formacie Dicom 3.0, zapewniając pełną archiwizację obrazów oraz raportów strukturalnych z aparatów USG. Funkcjonalność ta, do niedawna zarezerwowana wyłącznie dla

oddziałów klinicznych wyposażonych w bardzo drogie systemy, eliminuje konieczność przepisywania parametrów biometrycznych oraz tabel z obliczeniami dokonywanymi przez aparat USG. Ponadto system ten ma możliwość dodawania przez Użytkownika swoich własnych obliczeń np. wzorów do oceny ryzyka wad genetycznych, zgodnych z FMF.

Użytkownik może dodać do opisu badania dowolny, wybrany przez siebie obraz z aparatu USG, tabelę z obliczeniami lub dowolny pomiar.

System spełnia wytyczne dotyczące medycznej dokumentacji elektronicznej, w związku z powyższym nie ma obowiązku prowadzenia dodatkowej dokumentacji w formie papierowej. NewNioMed® pracuje na wszystkich systemach iOS Apple, Windows oraz Linux.

Zespół MedTrade Medical Systems, jako producent programu NewNioMed® zapewnia modyfikację według potrzeb konkretnej placówki.



MedTrade
medical systems

MedTrade Medical Systems Sp. z o.o.

ul. Mały Rynek 7/54, 96-300 Żyrardów

kom. (48) 602-516-643

tel. (48) 46-854-15-79

jacek.k@medtrade.com.pl

www.medtrade.com.pl

FUNKCJE SYSTEMU NEWNIOMED®:

- prosta i intuicyjna obsługa;
- możliwość obsługi wielu stanowisk jednocześnie;
- terminarz wizyt;
- wybór badań do wykonania na poziomie rejestratora wizyty;
- wstępna wycena wizyty z poziomu panelu rejestracji;
- automatyczne przypomnienie o wizycie drogą e-mail lub SMS-em z możliwością potwierdzenia SMS-em zwrotnym;
- wysyłanie zlecenia i pobieranie

- wyników z laboratorium;
- dodawanie skanowanej dokumentacji medycznej z innej placówki;
- tworzenie przez użytkownika listy procedur, szablonów: badań, skierowań itp.;
- tworzenie przez użytkownika swojego panelu obliczeń oraz kalkulacji;
- przypisywanie listy procedur poszczególnym lekarzom;
- archiwizacja obrazów z urządzeń

- medycznych np. USG, EKG w standardzie DICOM;
- dodawanie obrazów do opisu badania;
- aktualna baza kodów rozpoznania chorobowych ICD10;
- drukowanie recept z aktualną bazą leków Ministerstwa Zdrowia;
- kliniczny moduł położniczo-ginekologiczny;
- dodawanie szczegółowych informacji, na jakim urządzeniu wykonano badania np. USG;

- zdalna rejestracja pacjentów np. przez personel, poza główną placówką;
- rozliczanie personelu medycznego z wykonanych procedur;
- raport kasowy z możliwością wyliczenia prowizji;
- raport prognozowania ilości procedur na przyszłość, np. do wyliczenia zapotrzebowania na badania diagnostyczne czy laboratoryjne;
- możliwość wystawiania faktur.

Pytania do prawnika

PYTANIA PROSIMY KIEROWAĆ NA ADRES E-MAILOWY – prawnik@e-ginekologia.pl.

Na Państwa pytania odpowiada prawnik Maciej Gibiński, absolwent Wydziału Prawa Uniwersytetu Jagiellońskiego, właściciel kancelarii prawnej Centrum Doradcze Prawa Medycznego.



CZY MOŻNA UMIEŚCIĆ INFORMACJĘ, ŻE ZA WIZYTĘ, NA KTÓRĄ PACJENT SIĘ NIE ZGŁOSIŁ, BĘDZIE DOLICZANA OPŁATA DODATKOWA? CZY JEST TO ZGODNE Z PRZEPISAMI PRAWA I JEŚLI TAK, TO JAK TO UJĄĆ W KASIE FISKALNEJ? MAM POWAŻNE WĄTPLIWOŚCI, CO DO ROZWIĄZAŃ TEGO PROBLEMU. CZY NA PIERWSZEJ WIZYCIE POWINNO SIĘ ZAWRZEĆ TAKĄ UMOWĘ Z PACJENTKĄ, ŻE PONOSI KOSZTY W RAZIE NIEZGŁOSZENIA?

Problem pacjentów, którzy opuszczają ustalone terminy wizyty, jest coraz częściej spotykany w placówkach medycznych. Rozwiązanie tego problemu należy rozważać dwóch aspektach. Pierwszy dotyczy świadczeń refundowanych. W takim wypadku lekarz nie może zobowiązać pacjenta do pokrycia kosztu niestawienia się na wyznaczoną wizytę. Może natomiast, o ile pacjent nie uprawdopodobni, że jego nieobecność była wynikiem czynnika, na jaki pacjent nie miał wpływu (choroba), odmówić

autor:
Maciej Gibiński



FOT. CHROMA

mu zapisania się na kolejny termin. W przypadku świadczeń prywatnych lekarz ma prawo wpisania w cenniku takiej pozycji, jak niestawienie się pacjenta na wizytę. Taki punkt cennika będzie objęty 23 procentowym podatkiem VAT. Ponadto pacjent ma prawo zostać poinformowany o opłacie za niedowołanie wizyty. Taka informacja powinna się znaleźć w Regulaminie Organizacyjnym placówki oraz na tablicy informacyjnej.

ZAMIERZAM WYNAJĄĆ INNEMU LEKARZOWI POMIESZCZENIE WŁASNEGO GABINETU. O JAKICH ZAPISACH POWINIENEM PAMIĘTAĆ W UMOWIE NAJMU?

Wynajmując gabinet innemu lekarzowi należy pamiętać o kilku zapisach związanych z wykonywaniem działalności leczniczej. Lekarz wynajmujący gabinet (najemca) powinien w umowie najmu wpisać, że na wynajmującym ciąży obowiązek:

- odbioru własnego gabinetu przez PSSE;
- rejestracji kasy fiskalnej;
- prowadzenia własnej, odrębnej dokumentacji medycznej;
- podpisania odrębnej umowy na odpady – osoba, która wynajmuje drugiemu lekarzowi gabinet nie może w jego imieniu zbierać odpadów medycznych, gdyż nie ma do tego stosownych uprawnień;
- prowadzenia własnej dokumentacji przeciw zakaźniowej (procedury przeciwdziałania zakażeniom, wykonywania kontroli wewnętrznych);
- zatrudnienia personelu pomocniczego.

Dodatkowo istotne są kwestie treści umowy podyktowane przepisami kodeksu cywilnego. One uzależnione są od ustaleń pomiędzy stronami.

DOSTAŁEM INFORMACJĘ NA TEMAT KONTROLI URZĘDU WOJEWÓDZKIEGO. OD ROKU PROWADZĘ PODMIOT LECZNICZY. CO BĘDZIE PRZEDMIOTEM TAKIEJ KONTROLI?

Urząd Wojewódzki jako organ rejestrowy podmiotów leczniczych ma prawo nadzorować podległe im

jednostki. Jest to rodzaj obowiązków administracji publicznej. Zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej, organ rejestrowy ma prawo dokonać kontroli podległego mu podmiotu. O fakcie kontroli organ może (tak jak w Pana wypadku), ale nie musi informować jednostki kontrolowanej. W przypadku innych kontroli istnieje obowiązek informacji o fakcie przeprowadzenia kontroli. W trakcie nadzoru organ będzie sprawdzać przede wszystkim:

- dane objęte wpisem do rejestru – czy wszystkie komórki organizacyjne zostały wpisane i są aktualne (poradnie);
- posiadane decyzje właściwego Inspektora Sanitarnego – czy decyzje są aktualne i czy zakres udzielanych świadczeń jest zgodny z decyzją PSSE;
- Polisę OC – czy została zawarta na odpowiedni zakres świadczeń oraz czy została opłacona. Dodatkowo sprawdza się, czy polisa została zgłoszona do Wojewody (zaktualizowana);
- dokumentacja medyczna – sprawdzana jest zarówno indywidualna, jak i zbiorcza, oświadczenia pacjenta, zgoda na udzielane świadczenia. Przedmiotem badania jest prowadzenie dokumentacji zgodnie z wymogami przepisów powszechnie obowiązujących:
- kwalifikacje personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych – sprawdzane jest, czy personel, który udziela świadczeń zdrowotnych, ma ważne badania lekarskie, odpowiednie kwalifikacje;
- posiadanie Regulaminu Organizacyjnego, o którym mówi ustawa o działalności leczniczej (temat ten był szeroko omawiany w poprzednich numerach Nowego Gabinetu Ginekologicznego);
- sprawdzanie prawa do lokalu.

Dodatkowo, w zależności od województwa, kontrolerzy sprawdzają również dokumentację ochrony danych osobowych, wykonywanie sprawozdań (np. sprawozdania na temat wytworzonych odpadów, sprawozdania wykonywane w CSIOZ, sprawozdania GUS).

CZY GABINET LEKARSKI (JEDNOOSOBOWY) MA OBOWIĄZEK PROWADZENIE KSIĘGI PRZYJĘĆ?

Księga przyjęć to rodzaj dokumentacji medycznej zbiorczej, które mają obowiązek prowadzić wyłącznie podmioty lecznicze. Rozporządzenie Ministra Zdrowia, regulujące kwestie prowadzenia dokumentacji medycznej, dokonuje podziału dokumentacji medycznej, jak również wskazuje, jaki rodzaj dokumentacji ma prowadzić praktyka zawodowa a jaki podmiot leczniczy. Dokumentację medyczną dzieli się na indywidualną i zbiorczą. Dokumentację indywidualną prowadzą wszystkie placówki medyczne. Jest to dokument dotyczący konkretnego pacjenta. Dokumentacja zbiorcza to dokument, który zawiera informacje na temat ogółu pacjentów, którzy korzystają ze świadczeń zdrowotnych placówki. Księga przyjęć zawiera między innymi:

- oznaczenie pacjenta;
- godzinę przyjęcia pacjenta;
- rodzaj świadczenia udzielanego pacjentowi;
- oznaczenie lekarza, do którego pacjent został zapisany;
- oznaczenie osoby zapisującej pacjenta (pracownika).

Wynajmując gabinet innemu lekarzowi należy pamiętać o kilku zapisach związanych z wykonywaniem działalności leczniczej

ZGODNIE Z NOWELIZACJĄ PRZEPISÓW USTAWY O PRAWACH PACJENTA, OBECNIE MOŻLIWE JEST PRZESYLANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ W FORMIE ELEKTRONICZNEJ. CZY ZATEM MOŻEMY PRZESŁAĆ DOKUMENTACJĘ NA MAILOWY ADRES PACJENTA?

Ostatnia nowelizacja ustawy o prawach pacjenta wprowadziła możliwość uzyskania dokumentacji medycznej za pomocą poczty elektronicznej. Należy pamiętać, że pomimo, iż ustawa wprowadza możliwość przesyłania dokumentacji medycznej drogą elektroniczną, to należy przy tym zachować odpowiednie procedury bezpieczeństwa. Dokumentacja medyczna zawiera dane wrażliwe (rodzaj danych osobowych), które placówka medyczna ma obowiązek zabezpieczyć. Placówka medyczna powinna w momencie nowelizacji przepisów dostosować się do nowych przepisów np. poprzez pobieranie od pacjentów ich adresów e-mail, jeżeli wyrażą oni zgodę na przesyłanie dokumentacji medycznej na ich skrzynkę pocztową.

Natomiast wniosek pochodzący z Internetu od osoby, która podaje się za naszego pacjenta, nie może zostać spełniony. W takim wypadku placówka medyczna powinna odmówić przesłania dokumentacji medycznej osobie, co do której nie ma pewności, że jest pacjentem. Takie postępowanie, pomimo, że może być traktowane jako naruszenie przepisów ustawy, w rzeczywistości jest poszanowaniem łącznie przepisów ustawy o ochronie danych osobowych i ustawie o prawach pacjenta.

DO TEJ PORY POSIADAŁEM PRAKTYKĘ LEKARSKĄ ZGŁOSZONĄ W WZBIE LEKARSKIEJ. OBECNIE PLANUJĘ ZMIANĘ PRAWNĄ I PODJĘCIE DZIAŁALNOŚCI JAKO PODMIOT LECZNICZY. CZY

reklama



Centrum Doradczyci Prawa Medycznego zajmuje się profesjonalną opieką prawną nad placówkami medycznymi. Pomagamy w prowadzeniu zarówno praktyk zawodowych jak i podmiotów leczniczych.

W ramach podpisanej rocznej umowy wykonujemy za Państwa wszystkie czynności administracyjnoprawne związane z prowadzeniem placówki, na które składają się:

- wszelkiego rodzaju sprawozdania (m.in. GUS, do Urzędu Marszałkowskiego, odpady medyczne, emisja gazów do środowiska, kontrole wewnętrzne),
- prowadzenie akt osobowych pracowników, przygotowywanie umów cywilnoprawnych, przypominanie o terminach badań lekarskich,
- opracowanie procedury postępowania z odpadami oraz przeciwdziałania zakażeniom,
- opracowanie Regulaminu Organizacyjnego,
- pomoc przy dostosowaniu placówki do nowych przepisów, a także informowanie o wszelkich zmianach w przepisach,
- możliwość zadawania pytań prawnych odnośnie Państwa placówki.

Jeżeli chcą się Państwo umówić na BEZPŁATNE spotkanie, w trakcie którego przedstawimy, czy i jak możemy Wam pomóc, prosimy o kontakt:

Tel. 883-925-879, e-mail: biuro@cdpm.pl, e-mail: info@cdpm.pl
www.cdpm.pl



PO ZAŁOŻENIU PODMIOTU LECZNICZEGO BĘDĘ MUSIAŁ PROWADZIĆ ZARÓWNO PRAKTYKĘ JAK I PODMIOT LECZNICZY?

Kwestia, o którą Pan pyta, dotyczy ustawy o działalności leczniczej. Zgodnie z zapisami ustawy działalność leczniczą można prowadzić w dwóch formach: praktyki zawodowej lub podmiotu leczniczego. Praktyka zawodowa jest dopuszczalna dla lekarzy, lekarzy dentyistów, pielęgniarek i położnych. Z kolei podmiot leczniczy może założyć każda osoba bez względu na wykształcenie. Dodatkowo lekarzy wiąże stosunek członkostwa z odpowiednią Izbą Lekarską. Lekarz, który zamierza dokonać cesji z praktyki zawodowej na podmiot leczniczy powinien:

- uzyskać nową decyzję PSSE (o ile praktyka nie była odbierana po 2011 roku – od tego czasu obowiązują jednolite przepisy, które stawiają te same wymogi zarówno dla praktyki zawodowej jak i podmiotu leczniczego);
- zawrzeć nową polisę OC;
- dokonać zgłoszenia do Urzędu Wojewódzkiego.

Po wpisaniu podmiotu leczniczego do rejestru (powstałego na podstawie jednoosobowej działalności gospodarczej – czyli tak jak jest prowadzona praktyka zawodowa), lekarz może wykreślić własną praktykę z rejestru Izby Lekarskiej. W przypadku jednak, gdy podmiot leczniczy został założony w ramach spółki z o. o. założonej przez lekarza, będzie on musiał zostawić wpisaną praktykę w Izbie lekarskiej (w takim wypadku konieczna jest zmiana wykonywania praktyki zawodowej z: praktyki w pomieszczeniu, na praktykę zawodową wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego).

W pozostałych wypadkach lekarz może wykreślić własną praktykę z Rejestru Izby Lekarskiej i pozostać z OIL jedynie w relacji członkostwa.

CZY GABINET MUSI POSIADAĆ PODPISANĄ Z PRALNIĄ UMOWĘ NA PRANIE BRUDNEJ BIELIZNY?

Posiadanie umowy na pranie brudnej bielizny jest wymogiem, który jest sprawdzany podczas kontroli stacji sanitarnej. Nie ma jednak przepisów, które wprowadzają wymóg posiadania umowy na pranie brudnej bielizny. Ze względu na możliwość posiadania odzieży, która może zawierać drobnoustroje, placówka medyczna powinna uregulować sposób mycia i dezynfekcji odzieży ochronnej. Jeżeli w procedurach uregulowano, że placówka posiada umowę na pranie brudnej bielizny, należy taką umowę podpisać. Jeżeli jednak nie ma takiego wymogu, pranie fartuchów może być wykonywane: na bieżąco przez pralnię, indywidualnie we własnym zakresie.

DECYDUJĘ SIĘ NA ZAŁOŻENIE PODMIOTU LECZNICZEGO. OD ZNAJOMEGO DOWIEDZIAŁEM SIĘ, ŻE MÓJ PODMIOT NIE MOŻE W NAZWIE MIEĆ SŁOWA KLINIKA, CZY JEST TO PRAWDA?

Ustawa o działalności leczniczej zawiera pewne obostrzenia dotyczące nazwy podmiotu leczniczego. Zgodnie z art. 89 oznaczenie: klinika, kliniczny, są zarezerwowane dla podmiotu leczniczego założonego przez uczelnię medyczną. Drugą możliwością korzystania z nazwy kliniki jest udostępnienie przez uczelnię swojej jednostki organizacyjnej niezależnemu od niej podmiotowi. Wówczas placówka medyczna będzie miała prawo do korzystania z nazwy klinika lub kliniczny. Jeżeli w ramach podmiotu leczniczego wykonywane są jedynie świadczenia prywatne, niezwiązane z kształceniem innych osób, wówczas stosowanie nazwy klinika lub kliniczny nie jest dozwolone.



Pytania proszę przesyłać na adres: prawnik@e-ginekologia.pl

30 września - 1 października 2016 r.
Hotel Ibis***, Wrocław

OGÓLNOPOLSKA KONFERENCJA ZDROWIE KOBIETY - jako problem interdyscyplinarny

Patronat naukowy:

Prof. dr hab. med. Mariusz Zimmer

II Katedra i Klinika Ginekologii i Położnictwa UM we Wrocławiu

Za udział w Konferencji przewidziano punkty edukacyjne przyznane przez OIL

W sprawach organizacyjnych prosimy o kontakt:

AGORA

ul. Błażeja 10L/2, 61-608 Poznań

Tel./Fax 61 842 74 65, e-mail: biuro@agora-konferencje.pl

SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE oraz REJESTRACJA
www.agora-konferencje.pl

II Interaktywne Warsztaty Tematyczne „Od rozpoznania do leczenia”

Aktualne algorytmy postępowania klinicznego dla patologii szyjki macicy
oraz diagnostyka i leczenie wad wrodzonych pochwy



Dr hab. med. Robert Jach
(Kraków)



Prof. dr hab. med. Witold Kędzia
(Poznań)



Dr hab. med. Wojciech Rokita, Prof. UJK
(Kielce)

Klinika Ginekologii Uniwersytetu Medycznego
im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu
4-5 listopada 2016 r.
Novotel Poznań Centrum****

Patronat naukowy:

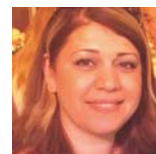
UNIWERSYTET MEDYCZNY
IM. KAROLAKA SZAROTKOWSKIEGO W POZNANIU

UJK
UNIWERSYTET
JAGIELLOŃSKI

PTK PSM

Za udział w Warsztatach przewidziano punkty edukacyjne przyznane przez OIL

Gość Honorowy:



Dr Randa Akouri
- członek zespołu, który
dokonał pierwszego na świecie,
udanego przeszczepu macicy

SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE oraz REJESTRACJA
na stronie www.agora-konferencje.pl, Tel./Fax 61 842 74 65, e-mail: biuro@agora-konferencje.pl

Procedury sanitarne

KONTROLE SANEPIDU, W KWESTII ZACHOWANIA PROCEDUR SANITARNYCH, NASILAJĄ SIĘ Z ROKU NA ROK. LEKARZOM CZASAMI WYDAJE SIĘ, ŻE URZĘDNICY WYMAGAJĄ RZECZY WRĘCZ KOSMICZNYCH.

Lekarz, zamiast leczyć, coraz więcej czasu poświęca na przygotowanie się do leczenia. Jednym z takich koniecznych zadań do wykonania jest stworzenie planu ochrony sanitarnej (higienicznej) dla gabinetu. Krótko mówiąc, trzeba wprowadzić do gabinetu zestaw procedur higienicznych.

Kilka lat temu na łamach Nowego Gabinetu Ginekologicznego opublikowaliśmy kilkanaście procedur sanitarnych związanych prowadzeniem gabinetu. Czasy się zmieniają, naukowcy znajdują nowe drogi przenoszenia się zakażeń, dlatego trzeba redagować i opracowywać nowe procedury.

KTO MUSI OPACOWAĆ PROCEDURY

Odpowiedź na to pytanie jest oczywista. Każda placówka medyczna, bez względu na wielkość, liczbę przyjmowanych pacjentów, czy liczbę pracujących lekarzy powinna mieć stworzone i wdrożone procedury sanitarne. Procedury te oczywiście powinny być dostosowane do zakresu działalności placówki.

Kiedyś wymóg wprowadzania procedur higienicznych obejmował w zasadzie tylko placówki, które starały się o uzyskanie certyfikatu jakości. Dziś taki certyfikat ma prawie każda większa placówka, a konieczność posiadania procedur jest wynikiem częstych kontroli gabinetów przez urzędników z Sanepidu.

TRAKTOWANIE PROCEDUR

Oczywiście wprowadzenie nowych restrykcji wywołuje sprzeciw osób, które powinny się stosować do nowych zaleceń. Szczególnie osoby od wielu lat pracujące w medycynie mają problem z przystosowaniem się do nowych warunków pracy. Jednak opracowanie nowych procedur najczęściej wynika z odkryć naukowców, którzy prześledzili drogi zakażeń, doszli do nowych wniosków i zalecają stosować się do nich. Kilkanaście lat temu lekarze nawet nie myśleli o tym, aby pracować w rękawiczkach medycznych. Dziś nie dość, że to jest norma, to opracowano procedurę bezpiecznego zdejmowania i zakładania rękawiczek. Procedura ta powstała pod wpływem badań dwóch naukowców J.W. Browna i H. Blackwella, którzy prześledzili zachowanie się wirusów AIDS.

Dlatego należy na bieżąco obserwować trendy w medycynie i jeśli jest coś nowego, wprowadzać do własnego gabinetu.

DOWÓD W SĄDZIE

Dobrze opracowane procedury mogą być nieocenione, na przykład w sytuacjach, gdy pacjenci próbują udowodnić, że zostali zarażeni w placówce medycznej. Brak opracowanych procedur lub niestosowanie ich, z góry skazuje nas na przegraną pozycję w walce z pacjentem.

Co ciekawe, pracownicy placówek medycznych coraz częściej upominają się u właścicieli o unormowane procedury postępowania w określonych przypadkach. W poprzednim numerze Nowego Gabinetu Ginekologicznego rozpoczęliśmy cykl artykułów na temat obowiązkowych szkoleń BHP dla pracowników. Wprowadzenie i wymaganie przestrzegania procedur sanitarnych jest elementem szkolenia stanowiskowego. Dotyczy to nie tylko pielęgniarek, asystentek, ale również lekarzy zatrudnionych w gabinecie.

JAK STWORZYĆ PROCEDURY?

Niestety nie ma uniwersalnych procedur, które można by zastosować we wszystkich gabinetach w Polsce. Każdy właściciel gabinetu musi sam stwo-



FOT. DURR DENTAL

Dla gabinetu ginekologicznego nie trzeba opracowywać procedury np. dezynfekcji łóżek szpitalnych, ale warto opracować procedurę postępowania z odpadami.

Jest bardzo mało aktów prawnych, które krok po kroku opisują postępowanie w kwestii procedury higienicznej. Procedury trzeba tworzyć samemu

autor:
Piotr Szymański

rzyć zestaw procedur obowiązujących w jego gabinecie. To oznacza, że powinien usiąść przy komputerze i opracować wszystkie procedury, uwzględniając specyfikę swojego gabinetu. W takiej procedurze mogą, a nawet powinny znaleźć się odniesienia do konkretnych miejsc w gabinecie. Na przykład: zużyte rękawiczki należy wyrzucić do czerwonego pojemnika na odpady stojącego pod blatem szafek medycznych. Lub: zużytą odzież ochronną należy odnieść do pomieszczenia gospodarczego mieszczącego się w pomieszczeniu nr. 2. Takie bardzo szczegółowe określenie czynności, które powinno się wykonać, podnosi jakość procedury i jest elementem normującym porządek w gabinecie. Czasami asystentki mają przyzwyczajenia i wykonują niektóre czynności nie zgodnie z zasadami sztuki medycznej. Tworząc procedurę możemy zwrócić na to uwagę, wpisując punkt informujący, że nie można wykonywać jakiejś czynności przy pacjencie. Może się okazać, że właściwe napisanie procedur usprawni pracę w gabinecie i spowoduje, że będzie łatwiejsza.

SKĄD WZIĄĆ WZORY PROCEDUR

Jest bardzo mało aktów prawnych, które krok po kroku opisują postępowanie w kwestii procedury higienicznej. W zasadzie jedynym takim aktem prawnym jest rozporządzenie w sprawie bezpiecznej pracy ostrymi narzędziami z 2013



FOT. CHROMA

Opracowując procedurę powinniśmy wziąć pod uwagę kilka czynników. Przede wszystkim nasza procedura musi mieć podstawę w aktualnej literaturze naukowej oraz wiedzy medycznej opartej na dowodach (EBM – evidence based medicine). Trudno oczywiście od lekarza wymagać, aby oprócz kształcenia w zakresie medycyny, poświęcał czas na studiowanie literatury lub nowości w zakresie bakteriologii sanitarnej czy

z innych placówek. Oczywiście, mało kto zada pytanie: czy mógłbyś mi pokazać, jak opracowałeś procedurę sanitarną dotyczącą np. postępowania ze zużytymi materiałami jednorazowymi. A szkoda, bo nie jest to żadna tajemna wiedza, a opracowanie dobrej procedury i jej wdrożenie przynosi tylko dobre efekty. Dlatego zwracamy się do lekarzy, którzy mają opracowane procedury i chcieliby się nimi podzielić z innymi lekarzami – prześlijcie swoje procedury na nasz redakcyjny maila: redakcja@nowygabinet.pl. W kolejnych numerach Nowego Gabinetu Ginekologicznego będziemy publikować te procedury.

Każda placówka medyczna, bez względu na wielkość, liczbę przyjmowanych pacjentów, czy liczbę pracujących lekarzy powinna mieć stworzone i wdrożone procedury sanitarne

roku. W nim bardzo rzetelnie punkt po punkcie zostało opisane wszystko, co należy wykonać. W zasadzie to rozporządzenie jest gotową procedurą. Ale z innymi procedurami nie jest już tak łatwo. Co ciekawe, lekarze mają różne doświadczenia i dyskutują za sobą na temat właściwego postępowania w konkretnych sytuacjach. Oczywiście zawsze decydujące zdanie ma właściciel i to on tworzy i odpowiada za procedurę.

Nowy Gabinet Ginekologiczny wielokrotnie pomagał i będzie pomagał lekarzom opracowywaniu nowych, niezbędnych procedur. Zachęcamy, aby zapoznać się z naszymi wzorami i z nich skorzystać, oczywiście jeśli Państwo akceptują nasze propozycje. Można procedur szukać w Internecie i korzystając z doświadczeń innych kolegów stworzyć własną procedurę.

epidemiologicznej. Dlatego warto korzystać z takich publikacji jak nasza, w których dajemy praktycznie gotowe wzory procedur w oparciu o najnowsze badania. Kolejnym warunkiem jest opracowanie procedur według aktualnych aktów prawnych, norm polskich i europejskich oraz, jeśli jest to możliwe, rekomendacji stowarzyszeń naukowych.

Dużo wiedzy w zakresie procedur sanitarnych można zaczerpnąć od kolegów

CO POWINNO BYĆ W PROCEDURZE

Każda procedura, stworzona na potrzeby konkretnego gabinetu, powinna być autoryzowana, czyli podpisana przez autora, którym najczęściej jest właściciel lub kierownik gabinetu. Na końcu procedury powinien być również wykaz źródeł, z których korzystał autor w czasie opracowywania procedury. Ponadto powinna być data wprowadzenia procedury w życie. Warto co kilka lat aktualizować procedury. Jeśli posługujemy się procedurą, która była datowana 15 lat temu – zdecydowanie zalecamy opracowanie nowej.



PIOTR SZYMAŃSKI

Dyrektor Działu Wydawnictw SPSMedia, zastępca Redaktora Naczelnego magazynu Nowy Gabinet Ginekologiczny

Przygotowanie do pracy personelu medycznego i personelu pomocniczego

CEL PROCEDURY:

Prawidłowe, zgodne z dostępną wiedzą na temat przenoszenia zakażeń, przygotowanie do pracy personelu medycznego i pomocniczego w podmiocie leczniczym lub praktyce medycznej.

Wprowadzenie:

Ręce personelu są główną przyczyną przenoszenia zakażeń w placówkach medycznych. Dotyczy to wszystkich rodzajów placówek medycznych (szpitali, przychodni, gabinetów). Częste, dokładne mycie oraz dezynfekcja rąk to podstawowy, a zarazem bardzo skuteczny sposób ograniczenia rozprzestrzeniania się zakażeń. Personel medyczny (lekarze, pielęgniarki, asystentki) oraz personel pomocniczy (repcjonistki, sprzątaczk) mają obowiązek dbania o biologiczną czystość rąk. W tym celu są zobowiązani przestrzegać wszystkich procedur związanych z myciem i dezynfekcją rąk.

Odzież medyczna to odzież, która zabezpiecza personel medyczny oraz personel pomocniczy przed bezpośrednim kontaktem z pacjentem. Każdy członek personelu medycznego i pomocniczego, który ma kontakt z pacjentem lub jego materiałem biologicznym, jest zobowiązany, bezpośrednio po przyjeździe do placówki medycznej, do zmiany odzieży z prywatnej na roboczą (medyczną). W tej odzieży ma pozostawać przez cały czas przebywania na terenie placówki medycznej. Jeśli odzież medyczna ulegnie zabrudzeniu należy bezzwłocznie ją wymienić, a zużyta odzież jednorazową wyrzucić do czerwonego worka na odpady medyczne. Odzież wielokrotnego użytku przenieść do koszy na brudną odzież medyczną.

OPIS POSTĘPOWANIA:

1. Bezpośrednio po przyjeździe do placówki medycznej, jeszcze przed pierwszym kontaktem z pacjentem, należy założyć na siebie czystą odzież medyczną oraz specjalne obuwie.

2. Zaleca się, aby odzież medyczna miała krótki rękaw. W przypadku odzieży medycznej z długim rękawem zaleca się, aby podwinąć go do 2/3 długości.

3. W przypadku zabrudzenia odzieży roboczej materiałem biologicznym należy ją zmienić na czystą. Brudną odzież umieścić w koszu na brudną odzież medyczną lub, jeśli używamy odzieży jednorazowej w czerwonym pojemniku (worku) na odpady medyczne.

4. Podczas przebywania na terenie placówki medycznej personel medyczny i pomocniczy ma obowiązek noszenia identyfikatora, na którym podany jest stopień naukowy oraz imię i nazwisko osoby noszącej identyfikator. Należy dołożyć starań, aby nie pomylić identyfikatorów.

5. Długie włosy podczas pracy muszą zostać upięte w taki sposób, aby luźne kosmyki włosów nie stanowiły miejsca przypadkowego kontaktu z pacjentem.

6. Podstawowe obostrzenia pielęgnacji rąk przed przystąpieniem do pracy:

- Nie wolno podczas pracy nosić sztucznych paznokci i tipsów.
- Nie wolno przystąpić do pracy z paznokciami pomalowanymi lakierem. W niektórych przypadkach dopuszcza się malowanie lakierem bezbarwnym.
- Paznokcie muszą być krótkie i wyczyszczone. Paznokcie nie mogą wystawać poza opuszkę palca.
- Do pracy należy zdjąć wszelką biżuterię, w tym również: obrączkę, wszelkie pierścionki i bransolety oraz zegarki.

7. Wszystkie skaleczenia, ukłucia i otarcia skóry rąk muszą być bezzwłocznie zaopatrzone wodoodpornym opatrunkiem. Bezzwłocznie należy wdrożyć procedurę higieniczną przeciw konsekwencjom skaleczeń i zranień.

8. Za każdym razem, gdy to jest konieczne, należy wdrożyć procedurę higienicznego mycia rąk oraz higienicznej dezynfekcji rąk. Procedura ta określa jak często i w jakich sytuacjach należy myć lub dezynfekować ręce.

.....
Data wprowadzenia procedury

.....
Zatwierdził i wprowadził

PODSTAWA PRAWNA:

- Rozporządzenie w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami, używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych (Dz. U. 2013 poz. 696).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 roku w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dziennik Ustaw 2011 Nr 31 — Poz. 158).
- Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 27 września 2001 roku w sprawie katalogu odpadów (Dz. U. Nr 112 poz. 1206 z dnia 8 października 2001 r.)
- Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. 2008 Nr 234 poz. 1570 z dnia 30 grudnia 2008 r.)

Zasady stosowania rękawic medycznych

CEL PROCEDURY:

Ujednolicenie zasad używania jednorazowych diagnostycznych rękawic medycznych w celu zapobiegania zakażeniom w placówce medycznej.

Wprowadzenie:

Diagnostyczne, jednorazowe rękawice medyczne służą do jednorazowego (jeden zabieg, czynność, procedura) zabezpieczenia dłoni personelu medycznego lub personelu pomocniczego w kontakcie z pacjentem lub środkiem chemicznym. Diagnostyczne rękawice medyczne są przeznaczone do ochrony pacjenta, personelu medycznego i pomocniczego przed wzajemnym, krzyżowym zakażeniem. Mogą również chronić personel przy pracy z odczynnikami chemicznymi (np. preparaty dezynfekujące). Jednorazowych diagnostycznych rękawic medycznych nie wolno używać wielokrotnie. Nie należy ich myć, dezynfekować czy w jakikolwiek inny sposób uzdatniać do powtórnego użycia.

POSTĘPOWANIE:

1. Rękawice medyczne należy zakładać zawsze, jeżeli wymaga tego procedura medyczna, pielęgnacyjna oraz procedura izolacji. Przyjęło się, że personel medyczny powinien mieć założone rękawice medyczne zawsze podczas kontaktu z pacjentem. Jedynymi wyjątkami od tej zasady jest przywitanie pacjenta poprzez uściśnięcie ręki oraz kontakt z pacjentem w recepcji. Po przywitaniu pacjenta należy niezwłocznie wdrożyć procedurę higienicznego mycia rąk. Zaleca się, mimo zasad *savoir-vivre*, ograniczyć kontakty powitalne z pacjentami.
2. Rękawice medyczne należy zakładać zawsze, gdy możemy się spodziewać, że dojdzie do kontaktu z krwią, śliną lub innym potencjalnie zakaźnym materiałem biologicznym, np. błoną śluzową lub naruszoną powłoką skóry.
3. Po zakończeniu zabiegu u jednego pacjenta należy bezpiecznie ściągnąć rękawice medyczne i umieścić w czerwonym pojemniku (worku) na odpady medyczne.
4. Zabrania się używania tych samych rękawic do procedur / zabiegów przy kolejnym pacjencie.
5. Jeśli wymaga tego sytuacja podczas zabiegów przy jednym pacjencie, należy wymienić rękawice na nowe w sytuacji, gdy wykonujemy zabiegi na zakażonych powierzchniach ciała i pod zakończeniu tych procedur zamierzamy, przy tym samym pacjencie, wykonywać zabiegi w innych miejscach. W takim przypadku, należy pomiędzy zabiegami wymienić rękawice poprzez bezpieczne ich usunięcie, dezynfekcję rąk oraz założenie nowych rękawic.
6. Po użyciu rękawic medycznych przy pacjencie należy je zdjąć, umieścić w czerwonym worku na odpady i wykonać higieniczną dezynfekcję rąk lub higieniczne mycie i higieniczną dezynfekcję rąk.
7. Stosowanie rękawic medycznych nie zastępuje higieny rąk prowadzonej z zastosowaniem preparatów do higienicznej dezynfekcji rąk.

.....
Data wprowadzenia procedury

.....
Zatwierdził i wprowadził

PODSTAWA PRAWNA:

- Rozporządzenie w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami, używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych (Dz. U. 2013 poz. 696).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 roku w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dziennik Ustaw 2011 Nr 31 — Poz. 158).
- Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 27 września 2001 roku w sprawie katalogu odpadów (Dz. U. Nr 112 poz. 1206 z dnia 8 października 2001 r.)
- Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. 2008 Nr 234 poz. 1570 z dnia 30 grudnia 2008 r.)

Zakładanie i zdejmowanie diagnostycznych rękawic medycznych

CEL PROCEDURY:

Procedura wyjaśnia, w jaki sposób należy prawidłowo zakładać oraz prawidłowo zdejmować diagnostyczne (niejałowe) rękawice medyczne. Procedura wyjaśnia, w jaki sposób podczas zakładania i zdejmowania rękawic nie dopuścić do przypadkowego zakażenia i w jaki sposób ochronić się przed czynnikami biologicznymi i chemicznymi.

Wprowadzenie:

Diagnostyczne, jednorazowe rękawice medyczne służą do jednorazowego (jeden zabieg, czynność, procedura) zabezpieczenia dłoni personelu medycznego lub personelu pomocniczego w kontakcie z pacjentem. Są przeznaczone do stosowania w ochronie zdrowia, w celu ochrony pacjenta, personelu medycznego i pomocniczego przed wzajemnym zakażeniem. Mogą również chronić personel przy pracy z odczynnikami chemicznymi (np. preparaty dezynfekujące). Rękawic nie wolno używać wielokrotnie. Nie należy ich myć, dezynfekować czy w jakikolwiek inny sposób uzdatniać do powtórnego użycia.

OPIS POSTĘPOWANIA:

1. Zakładanie rękawic medycznych:

- A. Wykonać higieniczną dezynfekcję rąk;
- B. Jeśli pudełko z rękawicami jest otwarte, wyjąć z opakowania wierzchnią rękawicę. Należy to wykonać w taki sposób, aby ograniczyć możliwość kontaktu dłoni z powierzchnią rękawicy;
- C. Jeśli pudełko z rękawicami nie jest otwarte, należy jednym energicznym ruchem otworzyć wierzchnią, górną część pudełka. Po tej czynności należy znów wykonać higieniczną dezynfekcję rąk;
- D. Po wyjęciu rękawicy z pudełka należy wywinąć mankiet rękawicy na zewnątrz możliwie jak najdalej;
- E. Prawą ręką przytrzymać wywinęty mankiet, kciukiem prawej ręki naciągając nieco rękawicę w środkowej części. Energicznym ruchem należy włożyć lewą rękę do rękawicy. Nie należy ciągnąć rękawicy za mankiet. Spowoduje to pęknięcie lub rozdarcie rękawicy;
- F. Zwrócić uwagę, że rękawice nitrylowe i lateksowe rozciągają się, natomiast rękawice winylowe nie rozciągają się i podczas wkładania „na siłę” łatwo się dra;
- G. Wyjąć drugą rękawicę z opakowania;
- H. Powtórzyć czynności jak przy zakładaniu pierwszej rękawicy;
- I. Po założeniu rękawic wywinąć ich mankiety i naciągnąć je na nadgarstki;

J. W przypadku przekłucia, pęknięcia, rozdarcia należy natychmiast wymienić rękawicę na nową.

2. Bezpieczne zdejmowanie rękawic medycznych:

- A. Kciukiem i palcem wskazującym jednej dłoni chwycić rękawicę na drugiej dłoni poniżej nadgarstka;
- B. Zdjąć rękawicę powoli odwracając ją na drugą stronę w taki sposób, aby wierzchnia część rękawicy znalazła się wewnątrz niej;
- C. Przełożyć wywinętą rękawicę do ręki, która jest jeszcze w rękawicy. Zdjętą rękawicę należy lekko zgnieść;
- D. Zdejmowanie drugiej rękawicy rozpocząć od włożenia palca wskazującego dłoni bez rękawicy do wewnątrz rękawicy znajdującej się na drugiej ręce;
- E. Zdjąć rękawicę z drugiej dłoni wywracając ją w taki sposób, aby wewnętrzna strona znajdowała się na zewnątrz, a zwinęta zewnętrzna strona rękawicy pozostała w środku. W środku powinna pozostać również rękawicą zdjętą z pierwszej dłoni.

3. Czynności po zdjęciu rękawic:

- A. Obie rękawice należy umieścić w czerwonym worku na odpady medyczne;
- B. Umyć lub zdezynfekować ręce przy użyciu procedury higienicznej dezynfekcji rąk lub higienicznego mycia rąk.

.....
Data wprowadzenia procedury

.....
Zatwierdził i wprowadził

PODSTAWA PRAWNA:

- Rozporządzenie w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami, używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych (Dz. U. 2013 poz. 696).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 roku w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dziennik Ustaw 2011 Nr 31 — Poz. 158).
- Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 27 września 2001 roku w sprawie katalogu odpadów (Dz. U. Nr 112 poz. 1206 z dnia 8 października 2001 r.)
- Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. 2008 Nr 234 poz. 1570 z dnia 30 grudnia 2008 r.)
- Putting on gloves in the fight against AIDS - Brown J.W., Blackwell H.

RĘKAWICE DIAGNOSTYCZNE

RĘKAWICE DOMAN

Sam wypróbuj
jakość rękawic!!!

Przy zakupie 40 opakowań
(można mieszać kartony)
firma e-stom.pl
zapewnia transport gratis.

Tak tanio
nie kupisz rękawic
nigdzie,
tylko u nas!!!

BEZPŁATNA DOSTAWA

Przy zakupie 40 opakowań
(można mieszać kartony)
transport gratis.

W jednym kartonie muszą
być te same rękawice
i ten sam rozmiar.
Można natomiast złożyć pakiet
z różnych kartonów.

W przypadku rękawic nitrylowych
transport gratis
przy zamówieniu min. 2 kartonów.

RĘKAWICE LATEKSOWE PUDROWANE

Cena za opakowanie 11 zł.
Rozmiary: XS, S, M, L, XL



11,00 zł

RĘKAWICE LATEKSOWE BEZPUDROWE

Cena za opakowanie 13,50 zł.
Rozmiary: XS, S, M, L, XL



13,50 zł

RĘKAWICE NITRYLOWE 200 szt.

Cena za opakowanie 25 zł.
Rozmiary: S, M, L, XL



25,00 zł

RĘKAWICE WINYLOWE pudrowe i bezpudrowe

Cena za opakowanie 9 zł.
Rozmiary: XS, S, M, L, XL



9,00 zł

RĘKAWICE LATEKSOWE PUDROWANE tylko rozmiar XS



13,00 zł

RĘKAWICE NITRYLOWE KIMBERLY-CLARK



55,00 zł

RĘKAWICE NITRYLOWE SEMPERCARE



39,00 zł

+48 888 040 666
sklep@e-rekawice.pl

www.e-rekawice.pl

LECZENIE NIETRZYMANIA MOCZU LASEREM PO NIESKUTECZNYCH METODACH LECZENIA OPERACYJNEGO. PRZYPADEK KAZUISTYCZNY. PRZEGLĄD

Laserowe leczenie NTM

NIETRZYMANIE MOCZU WYSTĘPUJE PRAWIE U 70 PROC. KOBIET PO 50 ROKU ŻYCIA.

Przyczyna jest wieloczynnikowa. Przede wszystkim jest to niedobór estrogenów u kobiet około i pomenopauzalnych, ale także: duża ilość ciąż i porodów drogą pochwową, zakażenia, otyłość, styl życia (szczególnie: wyczynowe uprawianie sportu), ciężka praca fizyczna oraz czynniki genetyczne.

STRESZCZENIE

Leczenie NTM jest zależne od typu nietrzymania moczu, nasilenia oraz innych objawów towarzyszących, takich jak obniżenie lub wypadanie przedniej ściany pochwy. W terapii nietrzymania moczu można zastosować leczenie zachowawcze: farmakologiczne

(antagoniści receptorów adrenergicznych, estrogeny, kwas hialuronowy), a także leczenie chirurgiczne z zastosowaniem różnego rodzaju taśm lub siatek oraz zabiegi operacyjne: zabiegi TVT – dostęp załonowy, TOT – dostęp przez otwory zasłonowe, sling łonowo-pochwowy z powięzi własnej, kolposuspensja Burcha, czy podwieszenie szyi pęcherza moczowego metodą Marshall-Mar-chatti-Krantz.

Opisana przez nas pacjentka, po wycięciu macicy z przydatkami, z powodu cystocele oraz nietrzymania moczu (zwłaszcza o charakterze wysiłkowym) była operowana czterokrotnie. Wykonano u niej: SSLF, double TOT, TVT – dwa zabiegi, jeden ze skróceniem taśmy – bez efektu terapeutycznego. Po zastosowaniu terapii laserem Er: YAG (procedura INCONTILASE tryb smooth) w okresie 26 miesięcznej obserwacji pacjentka oddaje mocz prawidłowo, jej życie stało się niemal komfortowe.



autorzy:
Beata Sterlińska-
Tulimowska,
Prof. dr hab. Janina
Markowska,
Prof. dr hab. Anna
Markowska

FOT. RITTER

Terapia laserem Er: YAG (procedura INCONTILASE w trybie smooth) okazała się efektywną uzupełniającą formą terapii.

ANALIZA PROBLEMU NTM

Nietrzymanie moczu u kobiet jest problemem społecznym opisywanym od wieków. Dotyczy około 16 proc. dorosłych kobiet, a częstość ta wraza wraz z wiekiem. Opisuje



FOT. PHILIPS

się, że choroba występuje w prawie 70 proc. populacji kobiet powyżej 50 roku życia [1, 2, 3, 4].

Wśród licznych czynników ryzyka wymienia się: wiek, uwarunkowania genetyczne, rasę, czynniki anatomiczne, styl życia, otyłość, przebyte ciąży i zakażenia [5, 6, 7, 8].

Niedobór estrogenów u kobiet około i pomenopauzalnych jest przyczyną zanikowego zapalenia pochwy, która traci swoje fizjologiczne funkcje, powoduje również ścieńczenie śluzówki, brak elastyczności, a zaburzenia w ilości i syntezie kolagenu są przyczyną między innymi objawów dysurycznych, częstego oddawania moczu i pojawienia się nietrzymania moczu.

Aż u 30 proc. kobiet w okresie pomenopauzalnym stwierdza się zaburzenia statyki narządów płciowych, a obniżająca się przednia ściana pochwy powoduje obniżenia dna pęcherza (cystocele). Obniżeniu ulega również cewka moczowa, co doprowadza do pogłębiającego się nietrzymania moczu [6, 9, 10, 11].

Inną przyczynę nietrzymania moczu upatruje się w zaburzeniach statyki narządów płciowych, powstałych na skutek dużej ilości porodów drogą przez pochwową [7, 8, 12].

W roku 2014 w Rio de Janeiro odbył się 44. Kongres International Continence Society (ICS). Na tym kongresie utrzymano klasyfikację nietrzymania moczu jako: wysiłkowe,

nagłace, z przepelnionego pęcherza, pozazwieraczowe i o mieszanej etiologii [1, 13, 14]. W praktyce istnieje również pojęcie zespołu pęcherza nadreaktywnego (overactive bladder), zespołu wielobjawowego, w skład którego wchodzi parcia nagłace, nagłace nietrzymania moczu, częstomocz (8 i więcej mikcji na dobę) i nokturia [1, 2, 8, 10, 13].

Wśród wielu różnych sposobów leczenia nietrzymania moczu wyróżnia się metody zachowawcze, farmakologiczne i operacyjne. Jedną z najstarszych metod jest technika ćwiczenia mięśni dna miednicy, opisana przez Kegla. Jest ona na pewno lepsza niż bierna obserwacja; w niektórych pracach opisuje się, że niejednokrotnie jest skuteczniejsza od elektrostymulacji [15, 16, 17].

Dość rozpowszechnioną metodą jest podawanie estrogenów u kobiet około i pomenopauzalnych różnymi drogami, w tym dopochwową. Rahn i wsp. [6, 9] dokonali analizy danych z bazy Medline i Cochrane obejmujących 1805 streszczeń i 44 badania nad efektem działania estrogenów na nietrzymanie moczu. Ocenili oni, że aplikacja dopochwowa estrogenów nie zwiększa surowiczego stężenia estradiolu, ale obniża częstość oddawania moczu, parcia nagłacego i znosi objawy zanikowego zapalenia pochwy.

Opisuje się również dobre wyniki leczenia nietrzymania moczu, zwłaszcza

Nietrzymanie moczu u kobiet jest problemem społecznym opisywanym od wieków. Dotyczy około 16 proc. dorosłych kobiet, a częstość ta wrasta wraz z wiekiem. Opisuje się, że choroba występuje w prawie 70 proc. populacji kobiet powyżej 50 roku życia

z obniżeniem przedniej ściany pochwy przy użyciu syntetycznych taśm lub siatek o różnych kształtach, ponieważ od dawna stosowane pessary nie pełnią stałej funkcji terapeutycznej [16, 18, 19, 20]. W terapii farmakologicznej, środki stosowane w leczeniu pęcherza nadreaktywnego, to głównie antagoniści receptorów adrenergicznych β (Mirabegon, Vesicare), których skutecz-



Po 26. miesiącach obserwacji po zabiegu stan pacjentki można opisać jako bardzo dobry. Wyniki badań: zaleganie moczu po mikcji – 8,7 ml, ilość punktów w kwestionariuszu ICIQ: 5 punktów

ność jest dobra, ale nie pozbawiona licznych objawów ubocznych [6, 10, 13].

Zadowolające wyniki uzyskano stosując iniekcje podcewkowe kwasu hialuronowego, ale poprawa kliniczna nie była długotrwała [6, 21]. W terapii stosuje się również przezcewkowe ostrzykiwanie tkanek okołocewkowych materiałami niewchłanianymi, takimi jak: bydłecy kolagen GAX, teflon, silikon, a także tkanek autologicznych (tkanka tłuszczowa), a także podawanie toksyny botulinowej.

Dodatkowymi zmianami, bardzo często towarzyszącymi nietrzymaniu moczu, są zaburzenia statyki – jak już wyżej opisano – powstałe na skutek atrofii pochwy lub dużej ilości porodów drogami naturalnymi. Różny stopień obniżenia narządów płciowych lub ich wypadania ocenia rekomendowana przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne skala Bump i wsp. [22].

Zarówno w nietrzymaniu moczu, jak i w zaburzeniach statyki stosuje się metody o minimalnym stopniu inwazyjności. To zabiegi z użyciem laserów Er:YAG. Metody te wykorzystują specyficzne właściwości fizyczne promienia laserowego, powodujące zmiany w różnych rodzajach tkanek poprzez efekty wtórne: przeciwbólowy, przeciwzapalny, biostymulujący. Za poprawę stanu klinicznego

jest odpowiedzialny głównie efekt biostymulujący, który powoduje poprawę krążenia, odżywienia i regeneracji komórek, jednocześnie stymulując syntezę białek i regenerację naczyń krwionośnych, w konsekwencji prowadząc do wzrostu produkcji fibroblastów i włókien kolagenowych. Pod wpływem laseroterapii dochodzi do zwiększonej syntezy kolagenu w fibroblastach (neokolagenezy), co prowadzi do remodelingu kolagenu oraz syntezy nowych włókien kolagenu, polepszając elastyczność i poprawiając grubość ścian pochwy [23, 24].

OPIS PRZYPADKU

W 2007 roku 56-letniej pacjentce wycięto macicę z przydatkami z powodu krwawienia pomenopauzalnego, spowodowanego mięśniakami macicy i gruczolistością wewnątrzmaciczną. Z powodu wypadania kikuta pochwy i wysiłkowego nietrzymania moczu w roku 2012 wykonano u niej zabieg umocowania kikuta pochwy-SSLF (sacrospinal ligament fixation).

Ponieważ zgłaszane przez pacjentkę dolegliwości - nietrzymanie moczu oraz obniżenie przedniej ściany pochwy występowały nadal, po 3-miesięcznej obserwacji wykonano zabieg podniesienia przedniej ściany pochwy systemem „double TOT” (trans obturator tape). Poprzednio opisywane dolegliwości powróciły po 2 tygodniach od przeprowadzenia zabiegu.

Po kolejnych 10-ciu miesiącach obserwacji w wyniku nasilania się wysiłkowego nietrzymania moczu, po ocenie urodynamicznej, a także ocenie wyniku RM (rezonansu magnetycznego) u pacjentki przeprowadzono zabieg TVT (tension free vaginal tape). Mimo przeprowadzonego kolejnego zabiegu dolegliwości utrzymywały się, zwłaszcza dokuczliwe wysiłkowe nietrzymanie moczu. Po 7,5 miesiącach stwierdzono, że przyczyną tego stanu była zbyt luźno założona taśma, którą w czasie kolejnego - już czwartego pobytu w klinice - skrócono i umocowano za pomocą niewchłaniającego się szwu. Wysiłkowe nietrzymanie moczu i obniżenie przedniej ściany pochwy występowały nadal.

W kwietniu 2014, po przeprowadzeniu koniecznych badań kwalifikujących (wykluczających m.in. stany zapalne w obrębie pochwy i pęcherza moczowego) i uzyskaniu prawidłowych wyników, przeprowadzono zabieg z użyciem lasera Er:YAG o długości fali 2940 nm w trybie smooth. W momencie kwalifikacji ilość punktów w skróconym kwestionariuszu ICIQ wynosiła 14 na 17 możliwych punktów do kwalifikacji. Zaleganie moczu po mikcji wynosiło 266 ml. Częstość oddawania moczu 8 razy na dobę. Przeprowadzono zabieg w trybie smooth, podając 4200 impulsów w trzetańkowym zabiegu, na ściany pochwy i przedsionka pochwy. Użyto głowicy R-11(360 stopni) oraz PS03 (90 stopni).

Po 26. miesiącach obserwacji po zabiegu stan pacjentki można opisać jako bardzo dobry. Wyniki badań: zaleganie moczu po mikcji – 8,7 ml, ilość punktów w kwestionariuszu ICIQ: 5 punktów. Częstość oddawania moczu: 4-5 razy na dobę.

Pacjentka czuje się znakomicie. Mocz oddaje prawidłowo. W badaniu ginekologicznym nie stwierdzono uwypuklenia się przedniej ściany pochwy. Według oceny pacjentki komfort jej życia uległ znacznej poprawie.

DYSKUSJA

Wśród wielu metod leczenia nietrzymania moczu i obniżenia się przedniej ściany pochwy (cystocele) u kobiet w okresie okołomenopauzalnym, za jedną z najskuteczniejszych i najczęściej stosowanych uważa się zabiegi operacyjne z użyciem syntetycznych taśm i różnego rodzaju siatek [18,19]. Leczenie bowiem środkami farmakologicznymi powoduje często objawy uboczne lub interakcje z lekami, których używają kobiety w okresie menopauzy [6, 10, 25]. Poza tym kobiety w większości wypadków nie wyrażają zgody na stosowanie w terapii estrogenów, gdyż obawiają się ich hormonalnego wpływu na błonę śluzową jamy macicy (endometrium) lub piersi (choroby nowotworowe), mimo zapewnień o ich lokalnym działaniu [9].



PIŚMIENNICTWO

- SINGLA A. NOWE ASPEKTY LECZENIA WYSIŁKOWEGO NIETRZYMANIA MOCZU. GIN. PO DYP. 2001; 3(1): 23-33.
- WRÓBEL R., KREMSKA A., KOŁODZIEJ B., BARNAŚ E. OCENA CZĘSTOŚCI WYSTĘPOWANIA OBJAWÓW NIETRZYMANIA MOCZU W POPULACJI KOBIET PO 40 ROKU ŻYCIA. PRZ. MED. UNIW. RZESZ. INST. LEKÓW. 2013; 1: 40-49.
- REYNOLDS WS., DMOCHOWSKI RR., PENSON DF. EPIDEMIOLOGY OF STRESS URINARY INCONTINENCE IN WOMEN. CURR UROL REP. 2011; 12(5): 370-6.
- TEMML C., HEIDLER S., PONHOLZER A., MADERSBACHER S. PREVALENCE OF THE OVERACTIVE BLADDER SYNDROME BY APPLYING THE INTERNATIONAL CONTINENCE SOCIETY DEFINITION. EUR UROL. 2005; 48(4): 622-7.
- MORALI G., POLATTI F., METELITS A EN., MASCARUCCI P., MAGNANI P., MARRÈ GB. OPEN, NON-CONTROLLED CLINICAL STUDIES TO ASSESS THE EFFICACY AND SAFETY OF A MEDICAL DEVICE IN FORM OF GEL TOPICALLY AND INTRAVAGINALLY USED IN POSTMENOPAUSAL WOMEN WITH GENITAL ATROPHY. ARZNEIMITTELFORSCHUNG. 2006; 56(3): 230-8.
- RAHN DD., WARD RM., SANSES TV., CARBERRY C., MAMIK MM., MERIWETHER KV., ET AL. VAGINAL ESTROGEN USE IN POSTMENOPAUSAL WOMEN WITH PELVIC FLOOR DISORDERS: SYSTEMATIC REVIEW AND PRACTICE GUIDELINES. INT UROGYNECOL J. 2015; 26(1): 3-13.
- MENEZES M., PEREIRA M., HEXTALL A. PREDICTORS OF FEMALE URINARY INCONTINENCE AT MIDLIFE AND BEYOND. MATURITAS. 2010; 65(2): 167-71.
- ZHU L., LANG J., LIU C., HAN S., HUANG J., LI X. THE EPIDEMIOLOGICAL STUDY OF WOMEN WITH URINARY INCONTINENCE AND RISK FACTORS FOR STRESS URINARY INCONTINENCE IN CHINA. MENOPAUSE. 2009; 16(4): 831-6.
- RAHN DD., CARBERRY C., SANSES TV., MAMIK MM., WARD RM., MERIWETHER KV., ET AL. VAGINAL ESTROGEN FOR GENITOURINARY SYNDROME OF MENOPAUSE: A SYSTEMATIC REVIEW. OBSTET GYNECOL. 2014; 124(6): 1147-56.
- GÓRCECKI R. LECZENIE NIETRZYMANIA MOCZU. STAN AKTUALNY I KIERUNKI ROZWOJU. PRZEGLĄD UROL. 2006; 2(36): 1-5.
- ZERBINATI N., SERATI M., ORIGONI M., CANDIANI M., IANNITTI T., SALVATORE S., ET AL. MICROSCOPIC AND ULTRASTRUCTURAL MODIFICATIONS OF POSTMENOPAUSAL ATROPHIC VAGINAL MUCOSA AFTER FRACTIONAL CARBON DIOXIDE LASER TREATMENT. LASERS MED SCI. 2015; 30(1): 429-36.
- GAMBLE TL., DU H., SAND PK., BOTROS SM., RURAK M., GOLDBERG RP. URGE INCONTINENCE: ESTIMATING ENVIRONMENTAL AND OBSTETRICAL RISK FACTORS USING AN IDENTICAL TWIN STUDY. INT UROGYNECOL J. 2010; 21(8): 939-46.
- REKOMENDACJE POLSKIEGO TOWARZYSTWA GINEKOLOGICZNEGO W SPRAWIE DIAGNOSTYKI I LECZENIA NIETRZYMANIA MOCZU. PRZEGLĄD MENOPAUZ. 2005; 5(21): 8-15.
- NOWARA A., WITEK A., WILK K. ZESPÓŁ PĘCHERZA NADREAKTYWNEGO - DEFINICJA, EPIDEMIOLOGIA, PATOGENEZA. GINEKOL POL. 2007; 78: 484-485.
- HAY-SMITH EJ., BØ BERGHMANS LC., HENDRIKS HJ., DE BIE RA., VAN WAALWIJK VAN DOORN ES. PELVIC FLOOR MUSCLE TRAINING FOR URINARY INCONTINENCE IN WOMEN. COCHRANE DATABASE SYST REV. 2001; (1): CD001407.
- HAGEN S., STARK D. CONSERVATIVE PREVENTION AND MANAGEMENT OF PELVIC ORGAN PROLAPSE IN WOMEN. COCHRANE DATABASE SYST REV. 2011; (12): CD003882.
- NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY. THE ROLE OF LOCAL VAGINAL ESTROGEN FOR TREATMENT OF VAGINAL ATROPHY IN POSTMENOPAUSAL WOMEN: 2007 POSITION STATEMENT OF THE NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY. MENOPAUSE. 2007; 14(3): 355-69.
- SHARIFIAGHDAS F., DANESHPAJOOH A., MIRZAEI M. SIMULTANEOUS TREATMENT OF ANTERIOR VAGINAL WALL PROLAPSE AND STRESS URINARY INCONTINENCE BY USING TRANSOBTURATOR FOUR ARMS POLYPROPYLENE MESH. KOREAN J UROL. 2015; 56(12): 811-816.
- BAŃACH R., ANTOSIAK B., BLEWNIIEWSKA G., MALINOWSKI A. OCENA BEZPIECZEŃSTWA I WCZESNYCH WYNIKÓW LECZENIA ZABURZEŃ STATYKI NARZĄDÓW PŁCIOWYCH (ZSNP) W ZALEŻNOŚCI OD RODZAJU ZASTOSOWANEJ SIATKI I TECHNIKI JEJ ZAKŁADANIA. GINEKOL POL. 2013; 84: 596-602.
- CULLIGAN PJ. NONSURGICAL MANAGEMENT OF PELVIC ORGAN PROLAPSE. OBSTET GYNECOL. 2012; 119(4): 852-60.
- POLACKWICH AS., SKOOG SJ., AUSTIN JC. LONG-TERM FOLLOWUP AFTER ENDOSCOPIC TREATMENT OF VESICoureTERAL REFLUX WITH DEXTRANOMER/HYALURONIC ACID COPOLYMER IN PATIENTS WITH NEUROGENIC BLADDER. J UROL. 2012; 188(4 SUPPL): 1511-5.
- BUMP RC., MATTIASSON A., BO K., BRUBAKER LP., DELANCEY JO., KLARSKOV P., ET AL. THE STANDARDIZATION OF TERMINOLOGY OF FEMALE PELVIC ORGAN PROLAPSE AND PELVIC FLOOR DYSFUNCTION. AM J OBSTET GYNECOL. 1996; 175(1): 10-7.
- VIZINTIN Z., LUKAC M., KAZIC M., TETTAMANTI M. ERBIUM LASER IN GYNECOLOGY. CLIMACTERIC. 2015; (SUPPL 1): 4-8.
- SALVATORE S., LEONE ROBERTI MAGGIORE U., ATHANASIOU S., ORIGONI M., CANDIANI M., CALLIGARO A. HISTOLOGICAL STUDY ON THE EFFECTS OF MICROABLATIVE FRACTIONAL CO2 LASER ON ATROPHIC VAGINAL TISSUE: AN EX VIVO STUDY. MENOPAUSE. 2015; 22(8): 845-9.
- PACZKOWSKA A., GRĘTKIEWICZ-TOMCZYK A., FRIEBE Z. OCENA JAKOŚCI ŻYCIA KOBIET Z WYSIŁKOWYM NIETRZYMANIEM MOCZU PRZED I PO LECZENIU OPERACYJNYM METODĄ TVT LUB KOLPOSPENSJĄ ZAŁONOWĄ SPOSOBEM BURCHA. UROLOGIA POL. 2006; 59: 1-3.

Od około 10 lat innowacyjną metodą w terapii nietrzymania moczu i obniżenia przedniej ściany pochwy jest zastosowanie laseroterapii z użyciem laserów Er:YAG. Nieinwazyjnej, precyzyjnej metody nie wymagającej znieczulenia. W większości wypadków, według obowiązujących procedur, zabieg jest jednorazowy (bardzo rzadko wymaga powtórzenia), niebolesny trwający około 20-25 minut. Pobudza produkcję kolagenu (zjawisko neokolagenezy) w błonie śluzowej ścian pochwy, w cewce moczowej i powięzi wewnątrzmacicznej, zwiększając napięcie i elastyczność i jedność tkanek, jednocześnie zmniejszając kąt nachylenia cewki moczowej, przywracając ich fizjologiczną funkcję [23]. To prowadzi do poprawy funkcji trzymania moczu. Skuteczność kliniczna zabiegów oceniana w 48-miesięcznej obserwacji wynosi około 70 proc.

Opisany przez nas przypadek leczenia nietrzymania moczu u kobiety, poddanej czterokrotnie działaniom zabiegowym, świadczy o możliwości zastosowania laseroterapii z użyciem laserów Er:YAG jako metody uzupełniającej wcześniej przeprowadzone leczenie operacyjne, w przypadku braku jego skuteczności.



BEATA STERLIŃSKA-TULIMOWSKA

Specjalista ginekolog-położnik, wykładowca LAHA, wykładowca FOTONA, Tulimowski&Sterlińska Gabinety Warszawa



PROF. DR HAB. JANINA MARKOWSKA

Specjalista ginekolog-położnik onkolog, Katedra i Klinika Onkologii UM w Poznaniu



PROF. DR HAB. ANNA MARKOWSKA

Specjalista ginekolog-położnik onkolog, Klinika Perinatologii i Chorób Kobiety UM w Poznaniu

Tajemnica lekarska w gabinecie ginekologicznym

IMIĘ, NAZWISKA I ADRESY SĄ OBJĘTE TAJEMNICĄ MEDYCZNĄ NA TYCH SAMYCH ZASADACH, CO INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZEBIEGU LECZENIA. Taki zapadł wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego – NSA II FSK 1452/14. Co ważne, już sama informacja, że pacjent jest pod opieką lekarza jest tajemnicą. Co wyrok NSA w praktyce oznacza dla lekarzy? Komu i jakich informacji nie muszą udzielać?



FOT. CHROMA

Trawo do zachowania tajemnicy zawodowej jest jednym z fundamentów prawnych zawodu lekarza. Istnienie prawnego i etycznego obowiązku zachowania w tajemnicy informacji związanych z leczeniem, buduje niezbędne w procesie leczniczym zaufanie między pacjentem a lekarzem. Bez niego trudno sobie wyobrazić skuteczne leczenie. Tajemnica lekarska daje komfort zarówno lekarzowi jak i pacjentowi.

OBECNY STAN PRAWNY

Zgodnie z art. 40 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, ze-

branych podczas wywiadu i leczenia, czyli uzyskanych w związku z wykonywaniem swojego zawodu.

Warto zwrócić uwagę, że w ocenie samorządu lekarskiego zakres tajemnicy lekarskiej jest szeroki. W konflikcie z organami podatkowymi wszelkie wątpliwości dotyczące tajemnicy lekarskiej winny być rozstrzygane na rzecz pacjenta i lekarza będącego ich strażnikiem, a nie organów kontrolnych.

Prawo pacjenta do zachowania informacji związanych z jego leczeniem wywodzi się bezpośrednio z Konstytucji. Artykuł 47 przyznaje obywatelowi prawo do ochrony życia prywatnego. Art. 51 z kolei nadaje prawo do ochrony jego osoby i jego danych.

autor:
Tomasz Popielski

PODSTAWA PRAWNA:

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2015 poz. 464 ze zm.).



Ingerencja w konstytucyjne prawa obywatela może być dokonywana wyłącznie na podstawie wyraźnego upoważnienia zawartego w ustawie, co staje się szczególnie aktualne w przypadku danych o stanie zdrowia, jako danych wrażliwych.

Art. 40 ustawy o Zawodach lekarza i lekarza dentystry przemawia za szerokim zakresem przedmiotowym tajemnicy lekarskiej. W myśl tego przepisu tajemnicą są objęte wszelkie informacje związane z pacjentem, uzyskane w związku z wykonywaniem zawodu. Dane dotyczące stanu zdrowia są ściśle związane ze sferą prywatności człowieka, a ich ujawnienie może wywołać uczucie wstydu i w niektórych przypadkach stać się powodem dyskryminacji ze strony otoczenia, dlatego znajdują się one pod ochroną prawa

Art. 40 nie ogranicza zakresu tajemnicy zawodowej do informacji stricte medycznych tj. danych o stanie zdrowia pacjenta, lecz wyraźnie mówi o wszelkich informacjach związanych z pacjentem. Można zatem wnioskować, iż organy skarbowe nie mają prawa domagać się informacji na temat podatnika od lekarzy, u których dany podatnik leczyc się. Tajemnica lekarska rozciąga się bowiem

wiązek zachowania tajemnicy dotyczy każdego lekarza, niezależnie od prawnej formy wykonywania przez niego zawodu oraz zajmowanego stanowiska czy pełnionej funkcji.

Tajemnicą zawodową objęta jest również informacja, że dana osoba korzysta z pomocy lekarza. Tajemnica lekarska rozciąga się także na wszelkie materiały związane z postawieniem diagnozy lekarskiej lub leczeniem, a więc na zaświadczenia, notatki, kartoteki, niezależnie od miejsca i sposobu utrwalenia tej informacji.

Zatem tajemnicą lekarską objęte są zarówno wyniki przeprowadzonych badań, jak i diagnoza postawiona na ich podstawie, historia choroby i uprzednie postępowanie terapeutyczne, metody i postępy w leczeniu, wcześniejsze lub współistniejące schorzenia, hospitalizacje, przyjmowane leki.

Śmierć chorego nie zwalnia lekarza z obowiązku dochowania tajemnicy poza przypadkami wskazanymi w art. 40 ust. 2 pkt 1-5 ustawy. Lekarz ma jednak prawo poinformować najbliższą rodzinę o chorobie i przyczynach śmierci chorego, chyba że pacjent wyraźnie takiego działania zabronił.

WYROK NSA

W dniu 4 marca 2016 r. Naczelny Sąd Administracyjny rozpatrzył na korzyść lekarza skargę kasacyjną, której przedmiotem było ustalenie, czy lekarz w czasie postępowania kontrolnego prowadzonego przez urząd kontroli skarbowej ma obowiązek przekazać organowi skarbowemu na jego żądanie imiona, nazwiska i adresy pacjentów, którzy podjęli u niego leczenie. Organy kontroli skarbowej nałożyły na lekarza karę porządkową za od-



FOT. CHROMA

Naczelny Sąd Administracyjny nie zgodził się z tą argumentacją, uznając, że przepis ordynacji podatkowej, na który powoływały się organy kontroli skarbowej, nie może stanowić podstawy do żądania od lekarza podania danych identyfikacyjnych swoich pacjentów i wyrokiem z dnia 4 marca 2016 r. (sygn. akt II FSK 1452/14) uchylił zaskarżony wyrok WSA oraz uprzednie decyzje organów skarbowych.

KONKLUZJA WYROKU

Organy skarbowe nie mają podstaw do żądania od lekarza w trybie wezwaniowym danych identyfikacyjnych jego pacjentów. Zatem nie ma żadnych podstaw prawnych, wynikających z ustaw, do nałożenia kary porządkowej na lekarza, który odmówił urzędnikom udzielenia takich danych. Oczywiście sam wyrok NSA ma o wiele większe konsekwencje. Imię i nazwisko pacjenta jest traktowane jako część dokumentacji medycznej. Czyli nie wolno nikomu udostępniać tych danych. Zatem sama księga przyjęć, która jest jednym z dokumentów wewnętrznych placówki medycznej, też jest chroniona tajemnicą lekarską.

PORADY DLA LEKARZA GINEKOLOGA

Każdy lekarz prowadzący swój gabinet ma prawo do zachowania tajemnicy zawodowej o swoich pacjentach. Nie musi więc ujawniać danych osobowych pacjentów na potrzeby organów skarbowych. Jest to podstawowy warunek pozwalający korzystać pacjentom z usług lekarskich bez obawy o jakąkolwiek inwigilację ich przez urzędy skarbowe.

Tajemnica lekarska rozciąga się także na wszelkie materiały związane z postawieniem diagnozy lekarskiej lub leczeniem, a więc na zaświadczenia, notatki, kartoteki, niezależnie od miejsca i sposobu utrwalenia tej informacji

na wszelkie informacje, które lekarz uzyskał w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Tajemnicą lekarską objęte są zatem wiadomości niezwiązane bezpośrednio ze stanem zdrowia pacjenta, z którymi lekarz zapoznał się przy wykonywaniu zawodu, w tym informacje dotyczące działalności pacjenta, czy jego stanu majątkowego. Obo-

bowe podania danych tych pacjentów. Karę utrzymał w mocy Wojewódzki Sąd Administracyjny w Gorzowie Wielkopolskim uznając, że lekarz miał obowiązek ujawnić urzędowi kontroli skarbowej wnioskowane dane, ponieważ dane takie jak imię, nazwisko i adres pacjenta – zdaniem WSA – nie są chronione tajemnicą lekarską.



TOMASZ POPIELSKI

Prawnik, absolwent studiów podyplomowych Prawo Medyczne na Uniwersytecie Mikołaja Kopernika w Toruniu.

Zawodowo specjalizujący się w tematyce roszczeń odszkodowawczych. Główny obszar zainteresowań, to szkody powstałe na zdrowiu, również w trakcie prowadzonego leczenia. Autor artykułów z zakresu praw osób poszkodowanych.

DO CZEGO POTRZEBNY JEST LEKARZOWI FORMULARZ ZGODY PACJENTA NA LECZENIE

Formularze zgód

CZY FORMULARZ ZGODY NA LECZENIE MOŻE STANOWIĆ SKUTECZNĄ OBRONĘ, CZY CHOĆBY OCHRONĘ PRZED ROSZCZENIAMI PACJENTÓW? Zgoda pacjenta jest prawnym narzędziem wspomagającym lekarza, ale nie chroni go przed konsekwencjami błędu medycznego. Zgoda pacjenta jest tylko dowodem, że pacjent zdecydował się na dane leczenie i został poinformowany o innych metodach wyleczenia jego schorzenia.



FOT. CHROMA

emat zgody na leczenie pojawia się bardzo często w pytaniach lekarzy. Niemal każdy lekarz już wie, że brak zgody na leczenie może wiązać się z poważnymi problemami. Pacjent może bowiem otrzymać odszkodowanie za leczenie nieobjęte jego zgodą bez względu na to, czy nastąpił jakiś negatywny skutek. Wystarczy choćby zwrócić uwagę na art. 4 ustawy o Prawach pacjenta, który pozwala sądom przyznawać zadośćuczynienie w związku z naruszeniem prawa pacjenta. Z tej ustawy wynika obowiązek poinformowania pacjenta o sposobie leczenia, ewentualnych powikłaniach i metodach alternatywnych. I nawet jeśli leczenie przebiegnie bez problemowo, pacjent wyjdzie z gabinetu zadowolony, może zaskarżyć lekarza, że nie dostatecznie poinformował go o przebiegu leczenia i ewentualnych konsekwencjach. Takie przypadki się zdarzały.

autor:
Tomasz Popielski

Pacjent podpisujący zgodę na leczenie nie miał przy sobie okularów, dlatego zgoda podpisana została bez jego rzeczywistej wiedzy – orzekł Sąd Najwyższy

PO CO FORMULARZ

Z tego powodu zapada coraz więcej wyroków, dlatego też lekarze próbują takim sytuacjom zapobiegać. Widoczną tendencją jest coraz szersze stosowanie

formularzy zgody na leczenie. Formularz, najlepiej przygotowany przez prawnika, ma być lekarstwem rozwiązującym wszelkie problemy. Pewnie jest to powód, dla którego obecne formularze stały się bardziej rozbudowane i skomplikowane w porównaniu do tych sprzed kilku lat. Niekiedy przybierają one formy pokazanych broszur, dokładnie opisujących cały zabieg i wszystkie jego powikłania. Pojawia się wręcz pokusa, aby mieć pod ręką dostępny formularz, dostosowany do każdego rodzaju leczenia, po który wystarczy tylko sięgnąć.

Z drugiej strony trudno dziwić się takim oczekiwaniom. Podstawowym zadaniem lekarza jest przecież prowadzenie leczenia. Przez długi zresztą czas w leczeniu funkcjonował model patriarchalny. Lekarz wiedział lepiej, pacjent miał się poddawać leczeniu. Jednak wraz z rozwojem praw pacjentów i wzrostem świadomości prawnej, odeszło się od tego modelu. Wyraz temu dał Sąd Najwyższy w swoim wyroku z dnia 1 kwietnia 2004 r. (II CK 134/03) który stwierdził, że pacjent nie może być traktowany jak przedmiot rozstrzygnięć innej osoby i nie może być pozbawiony swobodnej decyzji dotyczącej swojego zdrowia. Tym samym należy przyjąć, że stan prawny jak i orzecznictwo sądowe wymuszają leczenie nie tylko skuteczne, ale wymagające również dobrej znajomości przepisów ustawy o prawach pacjenta.

ZAPOMNIANA INFORMACJA

Uwaga lekarzy skupia się przede wszystkim na art. 18 ustawy o Prawach pacjenta. Przepis ten wskazuje na konieczność uzyskania zgody na piśmie w przypadku leczenia o podwyższonym ryzyku dla pacjenta. Niestety bardzo często lekarze pomijają przepis wskazujący, że do aktu wyrażenia zgody przez pacjenta może dojść dopiero po uzyskaniu informacji w zakresach: rozpoznania, proponowanych oraz możliwych metod diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstw ich zastosowań albo ich zaniechania oraz wyników leczenia i rokowań.

Dopiero przekazanie pacjentowi tych wszystkich wiadomości powinno pozwalać na odebranie od pacjenta zgody na leczenie, bez względu na to, czy zgoda ta jest wymagana na piśmie czy też nie. Jednak przepisy, choć mogłyby się wydawać oczywiste, sprawiają wiele problemów. Każdy bowiem przepis poddawany jest interpretacji przez sądy, które wyznaczają sposoby jego rozumienia. Przykład może stanowić wyrok Sądu Najwyższego z 24 września 2015 roku (V CSK 738/14) w którym wskazano, że obowiązek informacji obejmuje nie tylko metody leczenia stosowane w jednostce, w której przebywa pacjent, ale odnosi się także do metod stosowanych w innych krajowych ośrodkach medycznych, a w szczególnych sytuacjach, w rzadkich skomplikowanych przypadkach, także zagranicznych.

Zgodnie z tym wyrokiem, lekarz, proponujący pacjentowi leczenie, powinien przedstawić mu wszystkie możliwości wyliczenia danego schorzenia. W przypadkach szczególnie złożonych, może to być informacja o metodzie stosowanej za granicą, o której lekarz dopiero czytał, ale jeszcze jej nie wykorzystuje. Oczywiście powinien też poinformować pacjenta o metodach dostępnych w naszym kraju, ale w innych niż jego placówkach. To jest oczywiście trudny temat dla lekarza, bo może „utracić” pacjenta, ale taki nakaz wynika z orzeczenia Sądu Najwyższego.

FORMULARZ MOCNO POMOCNY?

Takich wyroków odnoszących się do różnych aspektów poszczególnych przepisów jest oczywiście o wiele więcej. Dlatego też lekarz może mieć trudności w codziennej pracy, gdyż oczywiste jest, że nie jest w stanie ich wszystkich na bieżąco śledzić. Przygotowane formularze mogą dawać nadzieję, że lekarz nie będzie musiał się tymi kwestiami zajmować. Formularze zresztą nie są wymysłem jedynie polskim. Funkcjonują one również

za granicą, a w Stanach Zjednoczonych przybrały nawet formy nagrań na płytach DVD, czy też specjalnych stron internetowych, na podstawie których pacjent może zapoznać się z przyszłym leczeniem. Niestety, nierzadko praca z formularzem sprowadza się do wskazania pacjentowi, gdzie musi go podpisać.

Podpisanie przez pacjenta formularza zgody jest potwierdzeniem, że lekarz poinformował go bardzo szczegółowo o przebiegu leczenia i ewentualnych problemach. Dlatego właśnie w USA, lekarze na wcześniej przygotowanych filmach krok po kroku pokazują pacjentowi, jak będzie przebiegał proces leczenia.

Formularz zgody na leczenie powinien być przede wszystkim traktowany jako jedno z narzędzi w pracy lekarza. Nawet najlepiej wyposażony gabinet nie może zastąpić doświadczonego lekarza, tak też formularz zgody nie może zastąpić rozmowy

Bardzo często lekarze pomijają przepis wskazujący, że do aktu wyrażenia zgody przez pacjenta może dojść dopiero po uzyskaniu informacji w zakresach: rozpoznania, proponowanych oraz możliwych metod diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstw ich zastosowań albo ich zaniechania oraz wyników leczenia i rokowań

z pacjentem. Nadmierne zaufanie do stosowanych formularzy może prowadzić bowiem do różnych problemów. Formularz może być nie przystosowany do pacjenta, który przychodzi do gabinetu. Przykładem może być pacjent słabo wykształcony, mający trudności w zrozumieniu tekstu zawartego w formularzu. Formularz może nie uwzględniać sytuacji zdrowotnej konkretnego pacjenta, u którego powikłania mogą być zupełnie inne niż u pacjenta typowego.

W sprawie rozpatrywanej przez Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z dnia 13 lutego 2013 r. (VI ACA 1013/12) problemem było, że pacjent podpisujący zgodę na leczenie nie miał przy sobie okularów, dlatego zgody podpisane zostały bez jego rzeczywistej wiedzy. W tym samym wyroku wskazano, że lekarz wykorzystał formularz zgody na zabieg do przeprowadzenia leczenia nie objętego tym formularzem. Powyższe przykłady mogą występować, jeżeli formularz zgody na leczenie będzie traktowany w sposób automatyczny, bez odniesienia się do każdego przypadku.

Sądy są zaś świadome, że pacjenci nie stanowią jednolitej grupy i różnią się między sobą. W wyroku Sądu Najwyższego z 16 maja 2012 r. (III CSK 227/11) wskazano, że o wyborze metody leczenia przesądzają przekonania pacjenta, jego indywidualna wrażliwość na ból, podatność na alergię i inne cechy osobnicze, którym daje wyraz, wypowiadając swoje zdanie w zakresie zgody. Lekarz powinien efektywnie wspomóc pacjenta w podjęciu decyzji o leczeniu. W tym samym wyroku sąd zwrócił uwagę że pacjent – z reguły – jest laikiem i nie ma pojęcia o zawiłościach diagnozowania i terapii, stąd też lekarz powinien uczynić wszystko, by przekonać pacjenta do optymalnej, jego zdaniem, metody medycznej. Jest to istota staranności zawodowej lekarza. Ostateczna jednak decyzja należy do pacjenta, który zresz-



FOT. SOREDEX

Zazwyczaj to nie sam błąd jest przyczyną pozwu, lecz sposób zachowania się lekarza po jego popełnieniu. Prowadzenie otwartej rozmowy z pacjentem jest najlepszym narzędziem pozwalającym uniknąć pozwu

tą może wybrać metodę mniej inwazyjną lub nawet o zmniejszonej skuteczności terapeutycznej, także ze względów pozamedycznych.

WARTO ROZMAWIAĆ

Jak wynika z powyższego orzecznictwa, to przede wszystkim głos pacjenta jest kluczowy podczas podejmowania decyzji o leczeniu. Aby do tego doszło, musi jednak być z pacjentem przeprowadzona rzetelna rozmowa. Oczywiście podczas informowania pacjenta formularz może stanowić scenariusz rozmowy, pozwalający poruszyć wszystkie istotne dla wyrażenia zgody kwestie. Tak zastosowany formularz na pewno będzie skutecznym narzędziem w pracy lekarza. Pozwoli po-

ruszyć kwestie alternatywnych metod leczenia, możliwych powikłań po leczeniu i wszelkich ryzyk związanych z zabiegiem. Podpisanie formularza po przeprowadzonej rzetelnie rozmowie na pewno będzie ze strony pacjenta bardziej świadome. Rozmowa pozwoli też dostosować przekaz do wymagań samego pacjenta, a także wychwycić sygnały świadczące o tym, że pacjent może czegoś nie rozumieć. Podczas rozmowy można również odnieść się do indywidualnych predyspozycji każdego pacjenta.

LEKARZ PRZED SĄDEM

Liczne badania przeprowadzone za granicą wskazują, że rozmowa z pacjentem jest

jednym z podstawowych narzędzi broniących lekarza przed roszczeniami. Przyczyną pozwów najczęściej była niepewność pacjentów w zakresie tego, co się stało i w jaki sposób to się stało. Wyniki wskazywały, że lekarze byli częściej pozywani, jeżeli nie ujawniali popełnionych błędów. Niektóre badania wykazały, że to nie sam błąd był przyczyną pozwu, lecz sposób zachowania się lekarza po jego popełnieniu. Inne zaś badania uznały, że prowadzenie otwartej rozmowy z pacjentem jest najlepszym narzędziem pozwalającym uniknąć pozwu.

Pomimo, że te badania pochodzą z innych krajów, niech stanowią dobry wyznacznik postępowania również w polskich warunkach. Tym bardziej że inne kraje doświadczały bardzo podobnych problemów w związku z pozyskiwaniem zgody na prowadzone leczenie. Należy przede wszystkim pamiętać, że żaden, nawet najlepiej przygotowany formularz nie będzie skuteczny, jeżeli będzie stosował go nieprzygotowany do tego lekarz. Podstawą bowiem jest rozmowa o treści formularza, bo dopiero po takiej rozmowie pacjent będzie faktycznie świadomy konsekwencji prowadzonego leczenia. Należy również pamiętać, że każdy pacjent jest inny i jeżeli chcemy, aby leczenie było bezproblemowe, do każdego należy dotrzeć ze stosowną informacją.

BŁĄD MEDYCZNY A FORMULARZ

Oczywiście, jeśli lekarz popełni błąd medyczny, to fakt, że pacjent podpisał formularz zgody na leczenie niewiele zmienia. Nie uchroni on lekarza przed prawnymi konsekwencjami błędu medycznego. To trochę tak jak z prowadzeniem samochodu. Aby móc zasiąść za kierownicą auta, trzeba mieć prawo jazdy. Jednak gdy spowodujemy wypadek, fakt posiadania prawa jazdy niewiele zmienia. Sprawca wypadku ponosi konsekwencje swojego błędu. Oczywiście, gdyby nie posiadał prawa jazdy, konsekwencje byłyby jeszcze bardziej dotkliwe.

Dlatego, dając pacjentowi formularz do podpisania, miejmy świadomość, że jeśli popełnimy błąd medyczny, to niewiele on zmieni. Jednak bez formularza zgody pacjenta będziemy, w takim przypadku, mieli znacznie większe problemy prawne.



TOMASZ POPIELSKI

Prawnik, absolwent studiów podyplomowych Prawo Medyczne na Uniwersytecie Mikołaja Kopernika w Toruniu.

Zawodowo specjalizujący się w tematyce roszczeń odszkodowawczych. Główny obszar zainteresowań, to szkody powstałe na zdrowiu, również w trakcie prowadzonego leczenia. Autor artykułów z zakresu praw osób poszkodowanych.

ZMIENIA SIĘ ZASADY KONTROLI PLACÓWEK LECZNICZYCH

Kontrola po nowemu

TRWAJĄ PRACE LEGISLACYJNE NAD PROJEKTEM USTAWY O ZMIANIE USTAWY O DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ ORAZ NIEKTÓRYCH INNYCH USTAW (OSTATNIA WERSJA PROJEKTU POCHODZI Z DNIA 11 MAJA 2016 R.). Jednym z elementów nowelizacji ma być wprowadzenie pewnych modyfikacji w zakresie kontroli podmiotów wykonujących działalność leczniczą.



FOT. PHILIPS

Przypomnijmy, że kontrolę podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie zgodności z przepisami, określającymi warunki wykonywania tej działalności, sprawuje organ prowadzący rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Z tego wynika, że do kontroli w gabinecie lekarskim upoważnione są trzy instytucje:

1. wojewoda właściwy dla siedziby albo miejsca zamieszkania podmiotu leczniczego – w odniesieniu do podmiotów leczniczych;
2. okręgowa rada lekarska właściwa dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej lekarza – w odniesieniu

autorzy:
Kamil Stolarski,
Konrad Majewski

Kluczową kwestią jest protokół pokontrolny i możliwości kwestionowania jego treści. Dotyczy to przede wszystkim zawartych w tym protokole zaleceń pokontrolnych

do tych praktyk (a w odniesieniu do członków wojskowej izby lekarskiej – Wojskowa Rada Lekarska);
3. okręgowa rada pielęgniarek i położnych właściwa dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej przez pielęgniarkę – w odniesieniu do tych praktyk.

Dodatkowo trzy rodzaje podmiotów uprawnione są do przeprowadzenia kontroli w zakresie zgodności z prawem działalności podmiotu leczniczego lub pod względem medycznym: 1) Minister Zdrowia; 2) podmiot upoważniony do przeprowadzenia kontroli przez Ministra Zdrowia; 3) właściciel placówki.

KONTROLA ZGODNOŚCI DZIAŁALNOŚCI Z PRZEPISAMI

Jak wiadomo, podmiot, który zamierza wykonywać działalność leczniczą, musi złożyć wnioski o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Rejestry takie prowadzą wojewodowie, okręgowe rady lekarskie i okręgowe rady pielęgniarek i położnych. Podmioty te są uprawnione następnie do kontroli podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie zgodności z przepisami określającymi warunki wykonywania działalności leczniczej.

Przepis wprowadzający tego rodzaju uprawnienie kontrole ma, jak wskazuje się w piśmiennictwie, dwa cele: po pierwsze ma „zapewnić organowi prowadzącemu rejestr instrumenty umożliwiające bieżące nadzorowanie spełniania przez podmiot leczniczy odpowiednich wymogów”; po wtóre przyznaje „temu organowi kompetencje do podejmowania działań w razie stwierdzenia nieprawidłowości w tym zakresie” (1).

W przypadku omawianego rodzaju kontroli kluczową kwestią jest protokół pokontrolny i możliwości kwestionowania jego treści. Dotyczy to przede wszystkim zawartych w tym protokole zaleceń pokontrolnych. Zgodnie bowiem z art. 108 ust. 2 pkt 4 wpis do przedmiotowego rejestru podlega wykreśleniu w przypadku niezastosowania się do zaleceń pokontrolnych. Jeśli więc w protokole pokontrolnym znajdują się adnotacje co do okoliczności, które mogą stanowić podstawę do wykreślenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą z rejestru, albo inne zastrzeżenia, podmiot kontrolowany będzie zmuszony – pod rygorem wykreślenia z rejestru – do zastosowania się do nich w pełni. Dodatkowo istnieje ryzyko, że w trakcie kontroli organ kontrolny stwierdzi okoliczności, które będą podstawą do niezwłocznego wykreślenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą z rejestru.

Jedyną w takiej sytuacji szansą dla podmiotu kontrolowanego, aby uniknąć konieczności stosowania się do zaleceń pokontrolnych, jest złożenie umotywowanych zastrzeżeń co do faktów stwierdzonych w trakcie kontroli i opisanych w protokole. Prawo takie przysługuje mu od sporządzenia protokołu do jego podpisania. Dodatkowo przysługuje kierownikowi kontrolowanego podmiotu prawo do wniesienia, w terminie 7 dni od dnia otrzymania protokołu, zastrzeżeń co do sposobu przeprowadzenia czynności kontrolnych oraz ustaleń zawartych w protokole. Niestety, „nie wiadomo [...], jaki ostateczny skutek mają zgłoszone przez kierownika podmiotu wykonującego działalność leczniczą zastrzeżenia [...]”. Z treści całego przepisu wynika, że stanowią one tylko element protokołu. Jednak będą one mogły być brane pod uwagę przy ewentualnej procedurze odwoławczej” (2).

KONTROLA SZCZEGÓLNA DOTYCZĄCA ZBYWANIA PRODUKTÓW LECZNICZYCH

Produkty lecznicze (o kategorii dostępności innej niż OTC – wydawane bez przepisu lekarza), środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne objęte refundacją nie mogą być, co do zasady, sprzedawane przez podmioty wykonujące działalność leczniczą. Mogą być przez te podmioty wykorzystywane wyłącznie w celu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Regulacja w tym zakresie została dodana do ustawy z dnia 6 wrze-



FOT. WHITEPRESS

Produkty lecznicze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne objęte refundacją nie mogą być, co do zasady, sprzedawane przez podmioty wykonujące działalność leczniczą

śnia 2001 r. Prawo farmaceutyczne (tj. Dz.U. z 2008 r., nr 45, poz. 271; dalej: Pf) ustawą z dnia 9 kwietnia 2015 r. o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2015 r., poz. 788). Tą samą ustawą dodano do ustawy o działalności leczniczej art. 111a, zgodnie z którym, w przypadku gdy do organu prowadzącego rejestr dotrze informacja o zbywaniu przez podmiot wykonujący działalność leczniczą produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych wbrew wyżej wskazanemu zakazowi, organ ten wszczyna kontrolę tego podmiotu. Jeśli informacja o bezprawnym zbywaniu wyżej wskazanych produktów, środków lub wyrobów potwierdzi się, organ prowadzący rejestr zobowiązany jest nałożyć na podmiot wykonujący działalność leczniczą karę pieniężną w wysokości dwukrotności wartości zbytych produktów, środków lub wyrobów – nadając decyzji takiej rygor natychmiastowej wykonalności. W zakresie tego rodzaju kontroli istnieje pewna luka prawna, związana z tym, że nie do końca jasne jest, według jakich zasad kontrola taka powinna przebiegać. Wskazana na wstępie nowelizacja ma lukę tę zlikwidować, dodając przepis, z którego wynikać będzie, że do tego rodzaju kontroli stosować się będzie przepisy regulujące ogólną kontrolę podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzoną przez organ prowadzący rejestr (a więc przepisy omówione pokrótce powyżej).

KONTROLA W ZAKRESIE ZGODNOŚCI Z PRAWEM DZIAŁALNOŚCI PODMIOTU LECZNICZEGO LUB POD WZGLĘDEM MEDYCZNYM

Jak już wskazano, kontrolę w tym zakresie mogą sprawować przede wszystkim Minister Zdrowia lub podmiot upoważniony do przeprowadzenia kontroli przez Ministra Zdrowia. Właśnie w zakresie kontroli, przeprowadzanych przez te podmioty nowelizacja ustawy przewiduje istotną i kontrowersyjną zmianę. Jej projekt zakłada, że nie będą miały zastosowania przepisy ustawy o swobodzie działalności gospodarczej.



LITERATURA

1. M. Dercz, Komentarz do art. 111 ustawy o działalności leczniczej, [w:] M. Dercz, T. Rek, Ustawa o działalności leczniczej, Komentarz, LEX 2014.
2. M. Dercz, Komentarz do art. 112 ustawy o działalności leczniczej, [w:] M. Dercz, T. Rek, Ustawa o działalności leczniczej, Komentarz, LEX 2014.
3. M. Dercz, Komentarz do art. 118 ustawy o działalności leczniczej, [w:] M. Dercz, T. Rek, Ustawa o działalności leczniczej, Komentarz, LEX 2014.

W tym miejscu warto dodać kilka słów wyjaśnienia o miejscu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej wśród norm regulujących kontrolę przedsiębiorców. Otóż, zawiera ona przepisy ogólne, które co do zasady mają zastosowanie do wszystkich kontroli działalności gospodarczej. Przyznaje ona przedsiębiorcom konkretne prawa, przysługujące im w związku z weryfikacją przez organy państwa prawidłowości prowadzonej przez nie działalności. Wprowadza generalny obowiązek zawiadomienia o planowanym wszczęciu kontroli, reguluje kwestię sposobu ich wszczęcia, legitymowania się stosownymi upoważnieniami przez pracowników organu kontrolnego, wskazuje, jak powinien być reprezentowany przedsiębiorca w trakcie kontroli, a także wprowadza ograniczenia w kwestii czasu kontroli i możliwości podejmowania równoczesnej kontroli przez więcej niż jeden organ kontrolny. Niemniej podkreślić należy, że już dziś część przepisów ustawy o swobodzie działalności gospodarczej nie stosuje się do kontroli działalności leczniczej, co wynika wprost z art. 84a pkt 1) ustawy o Swobodzie działalności gospodarczej.

Planowane wprowadzenie do ustawy o Działalności leczniczej przepisu, zgodnie z którym do kontroli prowadzonej przez Ministra Zdrowia i upoważnione przez niego osoby nie będzie miała zastosowania ustawa o Swobodzie działalności gospodarczej, spotkała się z krytyką na etapie konsultacji publicznych tej nowelizacji.

Business Centre Club wprost wskazał, że „zmiana dotycząca wyłączenia przepisów o Swobodzie działalności gospodarczej w zakresie kontroli może być niezgodna z Konstytucją”. Konfederacja Lewiatan wskazuje na niezasadność tej zmiany, a także na to, że nie została ona wystarczająco wyjaśniona. W ocenie Konfederacji „samo stwierdzenie, że podmiot prowadzi działalność leczniczą, nie jest wystarczającym argumentem za tym, aby wprowadzać proponowane wyłączenia”. Jako przykładowy skutek tego wyłączenia wskazuje ona sytuację, w której dojdzie do równoczesnego prowadzenia kontroli w tym samym zakresie przez Ministra Zdrowia, jak i wojewodę. Na niezgodność tego wyłączenia z ustaleniami dokonanymi z Ministerstwem Zdrowia w grudniu 2015 r. wskazało Porozumienie Zielonogórskie. Na wszystkie te uwagi Ministerstwo Zdrowia odpowiedziało następująco: „wyłączenie przepisów ustawy o swobodzie działalności gospodarczej dotyczy wyłącznie kontroli przeprowadzanych przez Ministra Zdrowia i przez wojewodę na zlecenie Ministra Zdrowia. Kontrola taka dotyczy nadzwyczajnych sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia pacjentów. Minister Zdrowia rocznie przeprowadza ok. 10 kontroli przedsiębiorców”.

Nie do końca można się jednak z taką argumentacją zgodzić. Uprawnienia kontrolne Ministra Zdrowia są bowiem dużo szer-

sze i nie dotyczą wyłącznie „nadzwyczajnych sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia pacjentów”. Kontrola ta ma być bowiem prowadzona „względem zgodności z prawem, czyli zarówno pod względem zgodności z obowiązującymi powszechnie przepisami, jak i pod względem legalności, czyli np. zgodnie z przyjętymi aktami wewnętrznymi, wyrokami, decyzjami administracyjnymi i zawartymi umowami. Należy także pamiętać, że jeżeli kontrola prowadzona jest pod względem medycznym, to tylko w tym zakresie, jaki został uznany za obowiązujący w ustaleniach zasad sztuki medycznej opartych na podstawach prawnych, a nie tylko na bazie zaleceń wydawanych przez działające w formie stowarzyszeń różnego rodzaju towarzystwa medyczne”(3).

USTALENIA POKONTROLNE

Należy dodać, że sposób i tryb przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych reguluje dziś dodatkowo rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie Sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (tj. Dz.U. z 2015 r., poz. 1331, ze zm.). W akcie tym uregulowano, między innymi, warunki i tryb przedstawienia ustaleń kontroli. Wynika z niego, że w pierwszej kolejności, po zakończeniu kon-

Nowelizacja ustawy o Działalności leczniczej zakłada, że nie będą miały zastosowania przepisy ustawy o Swobodzie działalności gospodarczej

troli, sporządza się projekt wystąpienia pokontrolnego, który przekazuje się kierownikowi jednostki kontrolowanej. Ten ma wówczas prawo w terminie 7 dni od dnia otrzymania takiego projektu wystąpienia pokontrolnego do zgłoszenia umotywowanych, pisemnych zastrzeżeń do tego projektu – przy czym termin ten uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem pismo zostało nadane w polskiej placówce pocztowej wyznaczonego operatora. Nadto termin do zgłoszenia zastrzeżeń może zostać przedłużony, jeśli zaistnieją szczególnie ważne przyczyny, kierownik jednostki kontrolowanej złoży umotywowany wniosek o przedłużenie terminu i podmiot uprawniony do kontroli przedłuży ten termin na dalszy czas oznaczony. Złożenie umotywowanych zastrzeżeń przez podmiot kontrolowany jest zasadniczo najistotniejszą z czynności, jakie może on podjąć w ramach postępowania kontrolnego w celu ochrony swoich praw. Zastrzeżenia te są następnie rozpatrywane przez podmiot uprawniony do kontroli, który może je: 1) odrzucić, jeśli zostały wniesione przez osobę nieuprawnioną lub po upływie terminu; 2) uwzględnić w całości lub w części; 3) oddalić w całości lub w części.



KAMIL STOLARSKI

Doradca prawny z grupy doradczej M&S Doradcy Strategiczni, redaktor naczelny budujprawie.pl, doktorant na Wydziale Prawa i Administracji UJ, kierownik projektu finansowanego przez Narodowe Centrum Nauki, specjalizuje się w prawie gospodarczym i prawie umów handlowych kamil.stolarski@msdoradcy.pl



KONRAD MAJEWSKI

Prawnik, doradca prawny z grupy doradczej M&S Doradcy Strategiczni i z Centrum Optymalizacji Procesów Zakupowych, redaktor budujprawie.pl, specjalizuje się w prawie zamówień publicznych i partnerstwa publiczno-prywatnego konrad.majewski@msdoradcy.pl

Zastosowanie lasera w ginekologii

HISTORIA LASERÓW SIĘGA POCZĄTKU XX WIEKU, GDY ALBERT EINSTEIN PRZEDSTAWIŁ KLUCZOWĄ KONCEPCJĘ MECHANIZMU DZIAŁANIA LASERÓW. PIERWSZY LASER POWSTAŁ W 1960 ROKU, A POWSZECHNIE OBECNIE STOSOWANY LASER CO₂ NARODZIŁ SIĘ JUŻ ROK PÓŹNIEJ. Początkowe doświadczenia laseroterapii w ginekologii ograniczone były do leczenia zmian na szyjce macicy. Dziś lasery to popularne instrumentarium o coraz szerszym zastosowaniu leczniczym.

Lodzaj lasera zależy od tego, jaki zastosowano materiał aktywny (gaz, kryształ lub szkło, ciecz, półprzewodnik). Zasada działania lasera na tkankę polega na zjawisku pochłaniania przez tę tkankę wiązki światła emitowanego przez laser. Dla często wykorzystywanych w ginekologii laserów pracujących na dwutlenku węgla (lasery CO₂) generowane promieniowanie charakteryzuje się długością fali 10,600 nm, a efekt działania lasera będzie dodatkowo zależny od stopnia uwodnienia tkanki, gdyż tkanka mocno uwodniona silniej pochłania światło lasera CO₂. Istotne parametry promieniowania laserowego to jego moc i gęstość mocy oraz średnica wiązki promieniowania. Parametry ustawień lasera (w tym tryb pracy: tryb fali ciągłej, impulsowy lub super pulse) są dostosowywane w zależności od obszaru ciała, którego zabieg dotyczy i od rodzaju stosowanej procedury leczniczej. Laser CO₂ uważany jest za narzędzie do precyzyjnej ablacji, koagulacji i cięcia, powodujące minimalną martwicę z przegrzania (< 100 μm). Światło lasera wykazuje działanie immunomodulujące i przeciwzapalne. Doskonale też wiadomo, że światło laserowe powoduje przebudowę kolagenu, czyli białka odpowiedzialnego między innymi za elastyczność skóry, która wraz z wiekiem niestety zmniejsza się, czego efektem jest pojawienie się zmarszczek.

JAKIE ZABIEGI Z UŻYCIEM LASERA CO₂ OFERUJE Kobietom NOWOCZESNA GINEKOLOGIA?

Laser CO₂ w wersji ginekologicznej, taki jak np. „Beladona” jest wykorzystywany do redukcji blizn poporodowych, blizn przerostowych i zanikowych, to jest w sytuacjach wymagających przebudowy tkanki łącznej (kolagenu). Dzięki działaniu obkurczającemu włókna kolagenowe znajduje on również zastosowa-

nie w leczeniu zespołu luźnej pochwy po porodzie. Działanie lasera powoduje proces neokolagenezy, czyli powstawania nowych włókien kolagenowych czego efektem jest większa elastyczność ścian pochwy. Pacjentki podają, że po zabiegu laserowym komfort współżycia zdecydowanie poprawia się.

Ginekologiczny laser CO₂ stwarza unikatową możliwość leczenia wczesnych etapów nietrzymania moczu. To przykre schorzenie pojawia się nie tylko u kobiet w okresie około menopauzalnym, ale także u młodszych pacjentek, które mają za sobą ciążę i poród. Dotychczas kobieta mogła zastosować odpowiednie pessaria czy zdecydować się na operację czy wreszcie, niestety, pogodzić się ze swoją dolegliwością. Laser powoduje zwiększenie napięcia mięśni miednicy, obkurczenie ścian pochwy i zmniejszenie kąta nachylenia cewki moczowej. Spora grupa kobiet skarży się na suchość i pieczenie pochwy oraz dolegliwości związane z atrofią sromu. Leczenie laserem CO₂ może okazać się właściwą terapią także w tej grupie pacjentek. Niektóre pacjentki są niezadowolone z wyglądu swoich warg sromowych (kolor, wielkość), u innych wargi sromowe utrudniają współżycie czy po prostu przeszkadzają w chodzeniu czy uprawianiu sportu. Zastosowanie odpowiednich parametrów ginekologicznego lasera CO₂ pozwala na zmniejszenie warg sromowych, ich rewitalizację, ujędrnienie i wybielenie. Laser CO₂ zapewnia wysoce skuteczne leczenie kłykcin kończystych sromu i pochwy, włókniaków, tłuszczaków sromu. Jest stosowany w leczeniu nadżerek i polipów szyjki macicy, a także w leczeniu zmian dysplastycznych sromu i szyjki macicy.

PROSTY ZABIEG

Zabieg laserowy to zabieg, który nie wymaga nacięć chirurgicznych. Jest to zabieg bez krwawienia, nie ograniczający codziennej aktywności. W pochwie zabieg jest bezbolesny, a zabieg na sromie wymaga wcześniejszego posmarowania skóry kremem znieczulającym. W większości przypadków wystarcza jednorazowe leczenie. Efekty zabiegów utrzymują się nawet do kilku lat. Leczenie laserowe jest bezpieczne w rękach doświadczonego lekarza ginekologa bardzo rzadko występują po nim powikłania.

autor:
Dr n. med. Katarzyna Olszak-Wąsik

Konsultacja:
Prof. dr hab. n. med. Anita Olejek

Wiedza- Doświadczenie- Rezultaty



LASER CO₂ STWORZONY SPECJALNIE DO REWITALIZACJI INTYMNYCH NARZĄDÓW KOBIECYCH

Beladona

Zabiegi:

Frakcyjne:

- przebudowa śluzówki pochwy
- ujędrnianie i wygładzanie warg sromowych
- leczenie wysiłkowego nietrzymania moczu
- dermatologia estetyczna

Chirurgiczne

- chirurgia ginekologiczna
- dermatochirurgia

Jak działa?

Posiada ginekologiczny tryb pracy W-Pulse. Emitowane impulsy światła są dwufazowe. Dzięki temu zachowana jest właściwa, precyzyjnie określona proporcja pomiędzy punktową waporyzacją i przegrzaniem tkanki, co jest kluczowe dla uzyskania efektywnej i bezpiecznej przebudowy kolagenu w śluzówce pochwy, bez brzemiennej w skutkach efektów ubocznych.

Dlaczego Beladona?

- aplikator endowaginalny zaprojektowany z myślą o łatwej i autotraumatycznej aplikacji w pochwie
- autoklawowalne i łatwe w czyszczeniu aplikatory
- brak zużywalnych akcesoriów
- zabieg bez krwawienia i bez znieczulenia
- zabieg ambulatoryjny, czas trwania 15 minut

Autoryzowane gabinety:

BĘDZIN- Prywatny Gabinet Ginekologiczny; **LEGIONOWO**- Klinika MEDIQ;
OPOLE - NZOZ Ginekologiczno-Położniczy JOLA-MED; **OPOLE** - Prywatny Gabinet Ginekologiczny dr Maria Radziukiewicz; **RYBNIK** - Centrum Medyczne LIFT MED.; **RADOM** - Gabinety Specjalistyczne CENTRUM;
RZESZÓW - Medycyna Estetyczna dr Agnieszka Koczyński;
SANOK - Prywatny Gabinet Ginekologiczny dr n. med. Janusz Wrótniak;
SWARZĘDZ - Prywatny Gabinet Ginekologiczny dr Iwona Lemańska;
SZCZECIN - DR OSADOWSKA Zespół Lekarski Medycyna Estetyczna;
SZCZECIN- dr Zbigniew Matuszewski LASER STUDIO; **ŚWIECIE** - Centrum Medyczne KWEL-MED; **WROCŁAW** - Centrum Estetyki dr Kulczycka;
WŁOSZCZOWA – NZOZ Nowe Życie; **ZAMOŚĆ** - Prywatny Gabinet Ginekologiczny dr Waldemar Dziki; **ŻARY**- Prywatny Gabinet Ginekologiczny dr Andrzej Cieślak



SIŁA GINEKOLOGII ESTETYCZNEJ

www.shar-pol.pl



—najważniejsze jest zdrowie

diagnostyka raka piersi

Rezonans magnetyczny piersi to obecnie najdokładniejsza metoda obrazowa, pozwalająca w sposób szybki, bezpieczny i nieinwazyjny zdiagnozować zmiany patologiczne w piersiach.

Czułość badania MR w wykrywaniu guzków piersi sięga **97%**.

Dzięki temu możliwe jest wykrycie zmian we wczesnym stadium, które mogą być jeszcze niewidoczne w klasycznym badaniu mammograficznym i/lub badaniu USG. Dodatkową przewagą badania MR nad klasyczną mammografią RTG jest brak promieniowania jonizującego oraz wyższy komfort badania.

 affidea.pl

 +48 22 44 11 111

