

nowy

dwumiesięcznik

gabINET

ginekologiczny

www.e-ginekologia.pl

magazyn branżowy

wyposażenie
materiały
prawo

nr 4 (29) 2016 r.

ISSN 2084-5839



Punkty edukacyjne – nowe zasady ich zdobywania

Zastosowanie lasera erbowo-yagowego w leczeniu zanikowego zapalenia pochwy i wysiłkowego NTM u pacjentek po leczeniu raka piersi

Endometriozę można usunąć nożem plazmowym

Gwarancja na zabiegi lekarskie - spojrzenie prawne



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 nitylowych
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

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 lub przedruk wyłącznie za pisemną zgodą Wydawcy.

W NUMERZE

4

Miscellanea

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

13

Endometriozę można usunąć nożem plazmowym

W Centrum Zdrowia Kobiety i Dziecka Szpitala Miejskiego w Zabrze przeprowadzono dwie pierwsze operacje usunięcia ognisk endometriozy z wykorzystaniem noża plazmowego

15

Referencje Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego dla programu NewNioMed®

16

Punkty edukacyjne

Ministerstwo Zdrowia planuje zmiany w zasadach

doskonalenia zawodowego lekarzy oraz lekarzy dentyistów. Dotyczą zasad zdobywania punktów edukacyjnych. Za niektóre aktywności będzie więcej punktów, np. za napisanie artykułu do Nowego Gabinetu Ginekologicznego, ale znikną punkty za inne aktywności, np. za przynależność do towarzystwa naukowego.

20

Pytania do prawnika

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

24

Zastosowanie lasera erbowo-yagowego w leczeniu zanikowego zapalenia pochwy i wysiłkowego nietrzymania moczu

u pacjentek po leczeniu raka piersi – doniesienia wstępne

29

Czy mi to zagwarantujesz?

W zrozumieniu sensu gwarancji nie pomaga wielość znaczeń wprowadzających zamęt. Ich rozróżnienie może być przydatne w codziennej praktyce.

32

Obowiązek szkoleń BHP

Wszystkie osoby zatrudnione w gabinecie lekarskim powinny przejść przeszkolenie z zakresu BHP. Dotyczy to także właściciela gabinetu. Na szczęście szkolenie takie wykonuje się raz na kilka lat i można to zrobić przez... Internet. Nie wywiązanie się z tego obowiązku przez pracodawcę jest wykroczeniem karanym przez Państwową Inspekcję Pracy (PIP) karą grzywny w wysokości od 1000 do 2000 zł.

Skład Rady Naukowej magazynu Nowy Gabinet Ginekologiczny:

Prof. dr hab. Anna Nasierowska-Guttmejer
Zakład Patomorfologii CSK MSW w Warszawie;
Zakład Patologii, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach;

Prof. dr hab. Janina Markowska
Katedra i Klinika Onkologii Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu;

lek. med. Beata Sterlińska-Tulimowska
Wykładowca LAHA, wykładowca Fotona, Tulimowski&Sterlińska Gabinety Warszawa;

Prof. dr hab. Zbigniew Celewicz
Klinika perinatologii, Położnictwa i Ginekologii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie;

Prof. dr hab. Włodzimierz Sawicki
Kierownik Katedry i Kliniki Położnictwa Chorób Kobietych i Ginekologii Onkologicznej II Wydziału Lekarskiego WUM;

Ivan Fistončić, MD, PhD
Professor at University of Applied Health Sciences, Zagreb, Croatia;
Assistant Professor at University Department of Health Studies, University of Split, Split, Croatia;
Director of Institute for Women's Health, Zagreb, Croatia;

lek. med. Jacek Tulimowski
Lekarz ginekolog, redaktor naczelny magazynu Nowy Gabinet Ginekologiczny; Tulimowski&Sterlińska Gabinety Warszawa

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 wpływu płatności na konto. Tel. 22 8 444 942, fax 22 398 78 85, e-mail: prenumerata@spsmedia.pl
Możliwe jest przesłanie prenumeraty za zaliczeniem 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

ANKIETA NFZ

W sprawie porodów jest jeszcze wiele do zrobienia

MLODE KOBIECY MAJĄ CORAZ WIĘCEJ WIEDZY NA TEMAT PROFILAKTYKI I BADAŃ ZALECANYCH W CIĄŻY. Znają również swoją położną środowiskową – tak wynika z ankiety przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Choć początek tej informacji brzmi pozytywnie, to jednak jest jeszcze wiele do zrobienia.

Okazuje się, że zbyt mało ciężarnych kierowanych jest do położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Aż 72 procent kobiet odpowiedziało przecząco na pytanie, czy

lekarz ginekolog skierował ciężarną do położnej POZ. Zdecydowanie też zbyt mało ciężarnych ma przygotowany plan opieki przedporodowej, tylko 57 proc. badanych negatywnie odpowiedziało na pytanie, czy przy pierwszej wizycie osoba sprawująca opiekę taki plan przedstawiła. Kobiety dość dobrze oceniły proces przyjęć do szpitala. Jednak ponad połowa z nich nie wiedziała, jak nazywa się lekarz prowadzący, a mniej niż połowa potwierdziła, że usłyszała pytanie o nazwisko lekarza prowadzącego przed podjęciem działań związanych z porodem. 45 proc. kobiet wskazało, że personel medyczny nie pytał ich o natężenie odczuwanego bólu, natomiast 58 proc., że



FOT. CHROMA

nie omówiono z nimi sposobów uśmierzenia bólu podczas porodu. (PT)

TOWARZYSTWA

Wybrano prezesa Towarzystwa Medycyny Perinatalnej

POLSKIE TOWARZYSTWO MEDYCYN PERINATALNEJ MA NOWEGO PREZESA.

Został nim profesor Jarosław Kalinka, specjalista z zakresu ginekologii i położnictwa oraz perinatologii. Nowego prezesa wybrano podczas VII Zjazdu Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej.



Profesor Kalinka zastąpi na tym stanowisku prof. Krzysztofa Czajkowskiego z Warszawy. Prof. Kalinka jest kierownikiem Kliniki Perinatologii i Katedry Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, a także od osiemiu lat kieruje oddziałem perinatologii w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu im. M. Pirogowa. W zeszłym roku uznany został za „Osobowość roku 2015” w kategorii medycyna. (PT)

PRAWO

Osobne sale dla kobiet po poronieniach

2 CZERWCA WESZŁY W ŻYCIE NOWE PRZEPISY. Zgodnie z nimi kobieta, która straciła dziecko, nie powinna przebywać w sali razem z innymi ciężarnymi lub kobietami, które urodziły zdrowe dzieci. Standardy opieki okołoporodowej nad ciężarnymi w ciąży z powikłaniami przygotowało jeszcze poprzednie kierownictwo ministerstwa zdrowia. Standardy uwzględniają różne sytuacje, gdy dochodzi do poronienia, urodzenia martwego dziecka, niezdolnego do życia, a także obciążone go letalnymi schorzeniami. Standardy obejmują również sytuację, kiedy kobieta spodziewa się urodzenia chorego dziecka. W trudnej dla mat-

ki sytuacji straty dziecka szczególnie ważne jest poszanowanie praw pacjentki. Jest do tego zobowiązany personel medyczny, który powinien udzielić pacjentce informacji m.in. o warunkach rejestracji martwego urodzenia w urzędzie stanu cywilnego. Lekarz po przekazaniu informacji o śmierci dziecka, powinien dać kobiecie czas na możliwość oswojenia się z tą sytuacją. Dopiero później ma obowiązek wyjaśnić jej szczegółowo przyczyny tego niepowodzenia, zanim podejmą decyzję o dalszym postępowaniu. Należy również zadbać o to, by pacjentka nie miała kontaktu z kobietami, które urodziły zdrowe dzieci. (PT)

LECZENIE

Pomimo śmierci mózgu urodziła dziecko

ZDROWE DZIECKO URODZIŁA PACJENTKA W LIZBONIE, U KTÓREJ STWIERDZONO ŚMIERĆ MÓZGU. Chłopiec przyszedł na świat w 32. tygodniu ciąży, ważył 2 kg. Poród odbył się przez cesarskie cięcie. U kobiety stwierdzono śmierć mózgu po przebytym wylewie.

Portugalscy lekarze podczas spotkania z mediami powołali się również na podobny – polski przykład. Przypomnijmy, że we wrocławskim szpitalu na świat przyszło dziecko, którego matka nie żyła od dwóch miesięcy. Wcześniej chorowała na nowotwór mózgu. Lekarze, by utrzymać ciążę, podtrzymywali jej funkcje życiowe przez 55 dni. Udało się szczęśliwie odebrać poród w 27. tygodniu ciąży. (PT)

PACJENTKI

Polki nie ćwiczą mięśni Kegla

JEDYNE CO CZWARTA POLKA CIERPIĄCA Z POWODU NIETRZYMANIA MOCZU ĆWICZYŁA MIĘŚNIE DNA MIEDNICY. Międzynarodowa trenerka pilates Agata Fryszak powiedziała PAP, że u nas to wciąż temat tabu. Specjaliści twierdzą, że nawet po zabiegach leczenia nietrzymania moczu należy wykonywać ćwiczenie mięśni dna miednicy.

Zabiegi te pomagają jedynie na pewien czas, a ich skuteczność wydłużają ćwiczenia Kegla. Poprzez ćwiczenie mięśni wzmocnimy kręgosłup i mięśnie brzucha oraz poprawimy ogólną kondycję ciała. Dzięki tym ćwiczeniom można również zwiększyć satysfakcję z seksu. Jednak dla wielu osób mięśnie te są trudne do zlokalizowania, często zatem się zdarza, że ćwiczenia wykonywane są w niewłaściwy sposób – twierdzi specjalistka od pilates. Ważne jest to, by podczas napinania mięśni dna miednicy nie były wykonywane żadne ruchy innych części ciała, np. pośladków czy wewnętrznych mięśni ud. (PT)

SZPITALA

W Polsce wciąż rodzą się dzieci z HIV

DWÓJKA NOWORODKÓW ZAKAZIŁA SIĘ W SZCZECINIE WIRUSEM HIV. Dziewczynka w wieku 1,5 roku zmarła, natomiast roczny chłopiec został poddany leczeniu. Matki dzieci prowadziły regularne badania, prowadziły również kartę ciąży, wykonywały wszystkie badania na bieżąco.

Jednak prowadzący je ginekolodzy nie zlecili badań w kierunku nosicielstwa wirusa. W jednym przypadku, kobieta podczas pierwszej ciąży miała wynik w kierunku HIV negatywny. Kiedy zaszła w ciążę z drugim dzieckiem, lekarz przepisał wynik, nie kierując jej na badania. Obecnie obowiązujące przepisy informują, że ginekolog ma obowiązek zaproponować pacjentce w ciąży badanie w kierunku HIV. Powinno ono być bezpłatne, podobnie jak badanie na grupę krwi. W USA i krajach Unii Europejskiej ryzyko urodzenia zakażonego dziecka przez kobietę z HIV wynosi ok. 3 proc. W Polsce jest ono wyraźnie większe, dlatego, że lekarze nie decydują się na skierowanie pacjentki na badanie. (PT)

więcej na: E-GINEKOLOGIA.PL

Jeszcze większy komfort i bezpieczeństwo badania ginekologicznego

invisio®

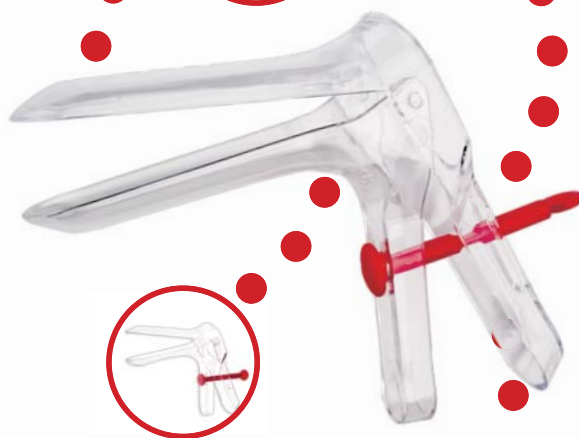
pierwszy wziernik z polską
ekspertyzą CBIET Poznań

polska ekspertyza CBIET Poznań
na **brak szkodliwych ftalanów**
oraz **wysoką wytrzymałość**
wzierników

5 rozmiarów do wyboru
dla większego
komfortu
Pacjentki

XXS XS
S M L

bez
FTALANÓW



mocno trzymający zamek,
niwelujący ryzyko
zamknięcia się
wziernika podczas badania



możliwość skorzystania
z **wygodnego dyspensera**
na 25 szt. wzierników Invisio

meringer®
tylko dla ginekologii

Zamów już teraz

tel. 62 501 35 50 • sklep.meringer.pl

PRAWO

Koniec z tajemnicą lekarską?

PISMA DO RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH ORAZ RZECZNIKA PRAW PACJENTA WYSTOSOWAŁA NACZELNA RADA LEKARSKA W ZWIĄZKU ZE ZMIANAMI USTAWY DOTYCZĄCEJ TAJEMNICY LEKARSKIEJ. Zmiany zakładają, że ujawnienie tajemnicy lekarskiej po śmierci pacjenta będzie mogło nastąpić również poprzez wyrażenie zgody przez osoby bliskie zmarłego, a nie jedynie decyzją sądu. Przeciwny tym zmianom jest Maciej Hamankiewicz - prezes NRL.

Twierdzi on, że ustawa podważa jeden z fundamentów wykonywania zawodu lekarza i lekarza denty. W myśl nowych uregulowań lekarze będą zmuszeni, nawet wbrew ich woli, do ujawniania bliskim zmarłego wszystkich informacji medycznych uzyskanych w związku z leczeniem tych pacjentów – powiedział Maciej Hamankiewicz. Lekarze będą musieli również zidentyfikować, czy osoba domagająca się takiej informacji jest rzeczywiście członkiem rodziny. Prezes twierdzi, że ujawnienie informacji objętych tajemnicą stanowi naruszenie najważniejszego w wykonywaniu zawodu Kodeksu Etyki Lekarskiej oraz przyrzeczenia lekarskiego. Istnieje także prawdopodobieństwo, że w myśl nowych przepisów,



FOT. MICROSOFT

pacjenci zaczną zatajać przed lekarzami informacje, potrzebne przy procesie leczenia. Prezydent Andrzej Duda podpisał ustawę 11 lipca, ma wejść ona w życie w ciągu najbliższych kilkunastu dni. (PT)

PRAWO

Prokuratura bada sprawę śmierci po cesarskim cięciu

W SZPITALU W OPATOWIE ZMARŁA KOBIETA PO CESARSKIM CIĘCIU. Sprawą zajęła się prokuratura, która o całej sprawie została poinformowana przez szpital. Przypomnijmy, że zmieniły się przepisy, w myśl których sprawy dotyczące ewentualnych błędów medycznych, skutkujących śmiercią, są badane przez prokuraturę regionalną.

Sprawą z Opatowa zajęła się prokuratura z Krakowa. Z nieoficjalnych źródeł wynika, że kobieta zmarła na skutek krwotoku, którego nie udało się opłonić. Kobieta wcześniej urodziła jeszcze dwójkę dzieci, również przez cesarskie cięcie. Kobieta zmarła w wieku 25 lat. (PT)

BADANIA

Niski poziom białka przyczyną obfitych krwawień

MOŻNA ZIDENTYFIKOWAĆ PRZYCZYNY OBFITEGO KRWAWIENIA PODCZAS MIESIĄCZKI. Naukowcy University of Edinburgh twierdzą, że oprócz mięśniaków czy też endometriozy, przyczyną może być niski poziom specyficznego białka HIF1, który aktywuje określone geny w razie spadku poziomu tlenu.

Białko to jest również zaangażowane w procesy naprawcze dotyczące jelita. HIF1 pojawia się w macicy podczas miesiączki, może zatem być zaangażowany w procesy naprawcze jej wyściółki. Na podstawie przeprowadzonych badań u ośmiu kobiet stwierdzono, że u kobiet miesiączkujących obficie poziom białka był znacznie niższy, niż w przypadku miesiączkujących typowo.

W związku z tym zdecydowano się na przeprowadzenie eksperymentu z wykorzystaniem myszy. Wstrzyknięto im estrogen i progesteron, który wywołał miesiączkę pojawiającą się co miesiąc, tak jak u kobiet. Już 16 godzin po rozpoczęciu krwawienia macice myszy wykazywały objawy regeneracji. Jednak u myszy, które z powodu modyfikacji genetycznej nie wytwarzały odpowiednika HIF1 – regeneracja nie następowała przez 24 godziny. Badacze twierdzą, że białko ma istotne znaczenie dla naprawy wyściółki macicy i hamowania krwawienia menstruacyjnego. Mają też nadzieję, że dzięki temu doświadczeniu uda się stworzyć nowe leki, które pomogą w leczeniu kobiet z problemami menstruacyjnymi. (PT)

PRAWO

Chcesz wystawiać recepty. Zarejestruj się do nowego portalu NFZ-u

LEKARZE OD POCZĄTKU PRZYSZŁEGO ROKU BĘDĄ MOGLI POBIERAĆ NUMERY RECEPT TYLKO ZA POŚREDNICTWEM PORTALU PERSONELU NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA. Nie będą już ważne umowy upoważniające do wystawiania recept podlegających refundacji.

Rejestracja na portalu jest bardzo prosta, wystarczy wypełnić wniosek na stronie internetowej Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, wydrukować i wysłać go pocztą do Oddziału.

Lekarze, którzy taki dostęp już posiadają, nie muszą dokonywać żadnych zmian. Jeśli takiej rejestracji nie dokona się do końca grudnia 2016 roku, wtedy będzie trzeba osobiście złożyć wniosek z prośbą o uzyskanie uprawnienia do pobierania numerów recept. Będzie trzeba również dostarczyć komplet dokumentów. (PT)

BADANIA

Kangurowanie jest wskazane dla noworodka

PERSONEL MEDYCZNY - Z GÓRNOŚLĄSKIEGO CENTRUM ZDROWIA DZIECKA - ZACHĘCA DO TZW. kangurowania. Specjaliści twierdzą, że kontakt fizyczny, dotyk „skóra do skóry” sprzyja rozwojowi emocjonalnemu noworodka. Dzięki temu dziecko szybciej się uspokaja, stabilizuje się akcja jego serca i oddech, rozluźniają się mięśnie.

Najbardziej w takiej formie mogą skorzystać wcześniaki. Kangurowanie polega na przytuleniu dziecka do klatki piersiowej opiekuna. Można w ten sposób ogrzać go ciepłem jego ciała. Dziecko czuje też znajomy zapach, słyszy bicie serca. Kangurowane dzieci szybciej przybierają na wagę, mają niższe poczucie lęku i szybciej opuszczają szpital, WHO zaleca ten sposób kontaktu, ponieważ łagodzi ono stres, ułatwia również kolonizację fizjologiczną florą bakteryjną. (PT)

BADANIA

Suplementy diety w modzie

Z WYNIKÓW BADAŃ PRZEPROWADZONYCH PRZEZ INSTYTUT BADAWCZY ARC RYNEK I OPINIA WYNIKA, ŻE NA OBJAWY MENOPAUZY POLKI STOSUJĄ NAJCZĘŚCIEJ SUPLEMENTY DIETY. Eksperti biją na alarm, twierdzą, że nie ma dowodów na to, że suplementy pomagają, niektórzy sugerują nawet, że mogą szkodzić.

Z przeprowadzonych badań wynika, że do zażywania suplementów przyznało się 40 proc. pań, u których występują objawy menopauzy. Natomiast 28 proc. z tej grupy zadeklarowało, że stosuje odpowiednią dietę. Aż 24 proc. kobiet twierdzi, że wspomaga się ćwiczeniami fizycznymi, natomiast 17 proc. wskazało, że stosuje hormonalną terapię zastępczą, 13 proc. używa leków pochodzenia roślinnego zawierających np. wyciąg z pluskwicy groniastej, a 6 proc. leki antydepresyjne. Badanie zostało przeprowadzone w grupie 300 pań w wieku 45-55 lat. (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 nić zamiast silikonowego sznurka

zniwelowane 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

Wady rozwojowe: zmiany w polskim prawie

ZOSTAŁO PODPISANE ZARZĄDZENIE ws. określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w związku ze świadczeniami udzielanymi na rzecz kobiet z rozpoznanymi wadami rozwojowymi płodu. Podpisał je 20 czerwca Prezes NFZ.

Zmiany mają na celu zapewnienie lepszej niż dotąd opieki nad matkami, które dowiadują się, że urodzą dziecko obciążone najcięższymi wadami. Dotyczy tych rodzin i matek, które spodziewają się dziecka z wadą płodu uniemożliwiającą przeżycie. W ramach opieki koordynowanej wszystkie szpitale III stopnia nadzoru będą musiały zapewnić przyszłej matce opiekę psychologiczną zgodnie ze standardem opieki nad ciążą patologiczną określonym przez Ministerstwo Zdrowia. Szpitale będą musiały spełnić te wymagania.

Do zarządzenia dodano m.in. ustęp dotyczący świadczeń jednostkowych, takich jak: "porada psychologiczna diagnostyczna, porada psychologiczna, porada lekarska diagnostyczna, porada lekarska terapeutyczna, wizyta/porada domowa/środowiskowa realizowana przez lekarza lub psychologa, w zakresach: świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych, świadczenia psychologiczne, udzielane na rzecz kobiet po 21. tygodniu ciąży



FOT. HEIMA STUDIO

z rozpoznanymi wadami rozwojowymi płodu określonymi w wykazie rozpoznań wg ICD-10, w związku ze świadczeniami opieki zdrowotnej udzielanymi na rzecz kobiet z rozpoznanymi wadami rozwojowymi płodu oraz na rzecz tych kobiet do 6. tygodnia po porodzie (z uwzględnieniem wsparcia psychologicznego udzielanego na rzecz rodziny (...)). Powyższe świadczenia są rozliczane bezlimitowo. Zarządzenie

nr. 48/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 20 czerwca 2016 r. zmieniające niektóre zarządzenia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w związku ze świadczeniami opieki zdrowotnej udzielanymi na rzecz kobiet z rozpoznanymi wadami rozwojowymi płodu zostało opublikowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. (PT)

LECZENIE

Leczenie WNM przy użyciu pessarów cewkowych

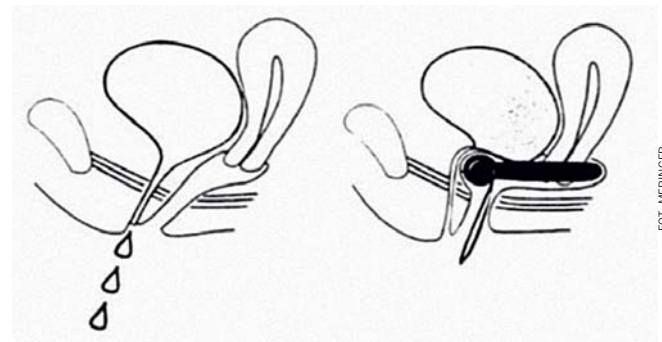
NIETRZYMANIE MOCZU TO ZABURZENIE, KTÓRE WEDŁUG DANYCH EPIDEMIOLOGICZNYCH DOTYCZY OK. 10% POPULACJI.

Szacunkowa częstość występowania NTM u kobiet w średnim i starszym wieku mieści się w zakresie od 30% do 60%. Z uwagi na to, że wyróżnia się: wysiłkowe, nagłące oraz mieszane nietrzymanie moczu – dostępne są różne metody leczenia.

Wśród nich na szczególną uwagę zasługuje pessaroterapia: pessary cewkowe i cewkowe kołnierzowe. Są one zalecane przede wszystkim u pacjentek z wysiłkowym nietrzymaniem moczu, które może współwystępować z obniżeniem ścian pochwy. Warunkiem jest wydolna przepona miednicy.

Cechą charakterystyczną pessarów cewkowych jest to, że posiadają specjalne zgrubienie, które podtrzymuje/przemieszcza okolice połączenia pomiędzy pęcherzem a cewką moczową, co zapobiega otwieraniu się górnej części cewki moczowej, gdy wzrasta ciśnienie w jamie brzusznej (np. podczas kaszlu lub przy poruszaniu się) (Rycina).

Dodatkowo zgrubienie to może również zapobiegać przedostawaniu się niewielkich ilości moczu do cewki moczowej, co może dawać korzystny efekt także w zakresie nagłącego nietrzymania moczu lub mieszanego nietrzymania moczu (wysiłkowego i nagłącego). (SZ)



FOT. MERINGER

BADANIA

Dzieci urodzone w 41. tygodniu są mądrzejsze

LEPIEJ ROZWIŃTE ZDOLNOŚCI POZNAWCZE MAJĄ DZIECI URODZONE W PÓŹNIEJSZYM TERMINIE (PO 40 TYGODNIU). Borykają się jednak z problemami natury fizycznej – tak wynika z badań przeprowadzonych przez brytyjskich naukowców.

Dzieci, które przyszły na świat w 41. tygodniu ciąży lepiej radzą sobie w szkole. Częściej również ujawniają swoje talenty. Jednak występuje też u nich więcej komplikacji zdrowotnych po porodzie i w wieku szkolnym niż u dzieci urodzonych pomiędzy 39. a 40. tygodniem ciąży. Na podstawie przeprowadzonych badań dzięki danym blisko 1,5 miliona dzieci stwierdzono, że późno urodzone maluchy osiągają lepsze oceny w szkole podstawowej i gimnazjum, o 2,8 proc. częściej bywają utalentowane i o 3,1 proc. rzadziej miewają trudności poznawcze. Również o 2,1 proc. częściej zalicza się je do osób z niepełnosprawnością fizyczną i doświadczają one więcej okołoporodowych problemów zdrowotnych. Autorzy badania twierdzą, że u późno urodzonych dzieci cechy poznawcze rozwijają się kosztem cech fizycznych. (PT)



FOT. CHROMA

Dzieci, które przyszły na świat w 41. tygodniu ciąży lepiej radzą sobie w szkole.

BADANIA

Paracetamol może być przyczyną autyzmu

PODWYŻSZONE RYZYKO WYSTĄPIENIA NADPOBUDLIWOŚCI I ZABURZEŃ KONCENTRACJI U DZIECI, A U CHŁOPCÓW NAWET AUTYZMU, MOŻE BYĆ SKUTKIEM STOSOWANIA PARACETAMOLU (ACETAMINOFENU) U KOBIET W CIĄŻY. Hiszpańscy naukowcy twierdzą, że paracetamol może przyczyniać się do powstawania zaburzeń ze spektrum autyzmu.

U dzieci kobiet, które stosowały paracetamol, może wystąpić zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi. Szczególnie niebezpieczne jest częste stosowanie paracetamolu w pierwszych 32. tygodniach ciąży. Paracetamol może być szkodliwy dla neurorozwoju ze względu na to, że oddziałuje na receptory kanabinoidowe – twierdzą badacze. Odgrywają one dużą rolę w dojrzewaniu komórek nerwowych i tworzeniu połączeń między nimi. (PT)

NFZ

Fundusz odpiera zarzuty Fundacji „Rodzić po Ludzku”

NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA ZABRAŁ GŁOS W SPRAWIE RAPORTU FUNDACJI „RODZIĆ PO LUDZKU”, W KTÓRYM PODANO, ŻE ŚREDNI CZAS OCZEKIWANIA NA WIZYTĘ U LEKARZA GINEKOLOGA W RAMACH NFZ WYNOŚI 18 DNI. NFZ argumentował, że dane te nie są obiektywne, ponieważ zostały obliczone na podstawie badań tylko w ok. 500 placówkach.

Przebadano 3 tys. poradni położniczo-ginekologicznych w całym

kraju. Wyniki wskazują, że w skali kraju średni rzeczywisty czas oczekiwania do poradni położniczo-ginekologicznych w przypadku stabilnym wynosi dwa dni. Oznacza to, że połowa kobiet czekała na udzielenie świadczenia dwa dni. NFZ dodaje, że w wielu poradniach pacjentki przyjmowane są na bieżąco. Przykładem może być województwo Lubelskie, tam na 108 poradni położniczo-ginekologicznych, w 55 – pacjentki przyjmowane są w dniu zgłoszenia. (PT)

NFZ

Wzrost liczby refundowanych znieczuleń porodowych



FOT. CHROMA

LICZBA REFUNDOWANYCH ZNIECZULEŃ ZEWNĄTRZOPONOWYCH PRZY PORODZIE, KTÓRE REFUNDUJE NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA, WZROSŁA TRZYKROTNIE. Resort zdrowia zapowiada, że ta liczba jeszcze wzrośnie – m.in. dzięki przygotowywanym standardom łagodzenia bólu porodowego.

Przypomnijmy, że NFZ płaci szpitalom dodatkowo 416 złotych za podanie kobiecie rodzącej znieczulenia – są to świadczenia nielimitowane. Polskie szpitale w ciąży dwóch miesięcy obowiązywania przepisów (lipiec, sierpień) – sko-

rzystały z tej możliwości 3,5 tysiąca razy. Dla porównania, w pierwszym półroczu 2015 – takie znieczulenia podano tylko 605 razy. Najwięcej znieczuleń podano na Mazowszu (1155), w Małopolsce (553) i na Dolnym Śląsku (402). Natomiast najmniej znieczuleń podano w województwach lubelskim i małopolskim – wykonano tylko kilka. Do Narodowego Funduszu Zdrowia

jak do tej pory wpłynęło tylko jedno zgłoszenie – skarga pacjentki za niepodanie znieczulenia. Przypomnijmy również, że wykonanie znieczulenia wymaga obecności anestezjologa – dyrekcje niektórych szpitali ubolewają, że brakuje im kadry. (PT)

Przypomnijmy, że NFZ płaci szpitalom dodatkowo 416 złotych za podanie kobiecie rodzącej znieczulenia – są to świadczenia nielimitowane

LECZENIE

Sfinansują staniki i wydadzą podręcznik

FUNDACJA „PEŁNĄ PIERSIĄ” SFINANSUJE ZAKUP SPECJALNYCH BIUSTONOSZY DLA PAŃ PO MASTEKTOMII, A TAKŻE WYDANIE PORADNIKA DLA KOBIET PO MASTEKTOMII. ZAKUP STANIKA TO OGROMNY PROBLEM DLA KOBIET, KTÓRE PRZESZŁY ZABIEG USUNIĘCIA PIERSI. WYZWANIEM MOŻE BYĆ NIEODPOWIEDNI KRÓJ, CZY PO PROSTU ZBYT WYSOKA CENA. BIUSTONOSZ POOPERACYJNY KOSZTUJE NAWET 200 ZŁOTYCH, A TYLKO TAKI STANIK POZWALA NA ODBYCIĘ ODPOWIEDNIEJ REHABILITACJI.

Fundacja „Pełną piersią” dostrzegła sprawę i zaplanowała dofinansowanie specjalnych biustonoszy lub współpracę z firmami, które zajmują się ich produkcją. Pieniądze na ten cel udało się zebrać dzięki aukcji charytatywnej, którą przeprowadzono podczas tegorocznej gali Bra Day (Światowy Dzień Informowania o Rekonstrukcji Piersi). Z tych środków uda się również wydać pierwszy w Polsce przewodnik dla kobiet po mastektomii. Przedstawiciele Fundacji chcą również przekonać kobiety, które mają usuniętą pierś, że rekonstrukcja biustu nie wpływa negatywnie na wynik leczenia. (PT)

AKCJA SPOŁECZNA

200 tysięcy podpisów przeciwko pigułce „dzień po”

PRZEDSTAWICIELE ORGANIZACJI PRORODZINNYCH WRAZ Z POSŁEM TADEUSZEM WOŹNIAKIEM POINFORMOWALI PODCZAS KONFERENCJI PRASOWEJ, ŻE ZEBRANO OKOŁO 200 TYSIĘCY PODPISÓW POD PETYCJĄ DO RZĄDU O WYCOFANIE TZW. PIGUŁKI „DZIEŃ PO” ZE SPRZEDAŻY W POLSCE. NA KONFERENCJI OBECNY BYŁ RÓWNIEŻ PROFESOR BOGDAN CHAZAN, KTÓRY WYRAZIŁ ZANIEPOKOJENIE WPROWADZENIEM TEGO ŚRODKA DO SPRZEDAŻY.

Powiedział, że zażywanie go może powodować zagrożenie dla zdrowia młodych kobiet. Przedstawicielki organizacji pozarządowych mówiły również o możliwych, negatywnych skutkach zażywania środka ellaOne. Podano argumenty, że może on mieć właściwości wczesnoporonne, a nawet zwiększa ryzyko ciąży pozamacicznej i prowadzi do wystąpienia problemów z płodnością. Poseł Woźniak zaapelował również do Rzecznika Praw Dziecka, by „zainteresował się swoimi podopiecznymi, bo to przecież powinna być jego walka o możliwość narodzenia się tych dzieci, które są w łonach matek”. Poseł Woźniak podkreślił również, że RPD nigdy nie zainteresował się sprawą abortowanych dzieci, a także sprawą sztucznego zapłodnienia. Podpisy pod petycją zbierało kilka organizacji prorodzinnych – Fundacja CitizenGo, Instytut na rzecz Kultury Prawnej Ordo Iuris, Fundacja Pro – prawo do życia oraz Instytut Ordo Caritatis. Podpisy zbierano drogą elektroniczną oraz tradycyjną – papierową. (PT)

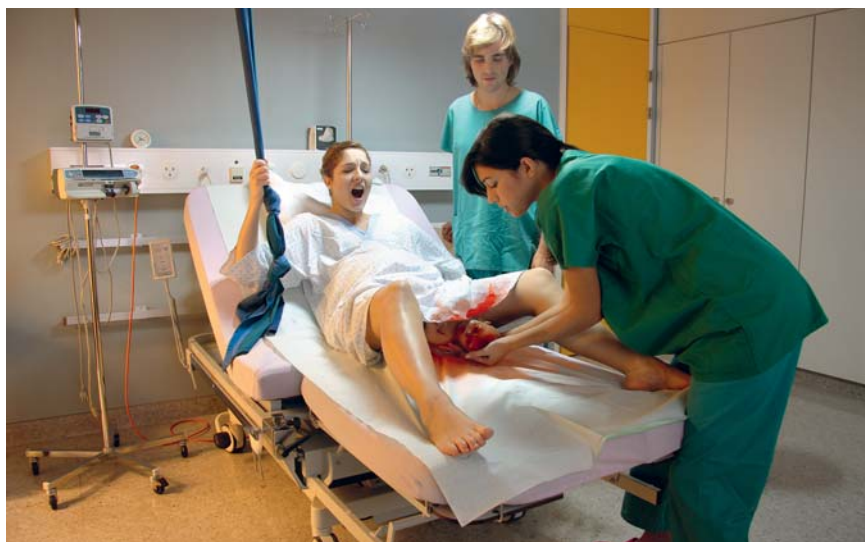
BADANIA

Krwotoki – jest proste rozwiązanie?

GŁÓWNA PRZYCZYNA ZGONÓW W POŁOŻNICTWIE SĄ KRWOTOKI MŁODYCH MATEK. Amerykańska specjalistka w dziedzinie patologii ciąży, dr Evelyn Lockhart, twierdzi, że wcale tak być nie musi. Według amerykańskiej uczzonej wystarczyłoby wprowadzić dla każdej ciężarnej gotowy protokół postępowania na wypadek krwotoku, którym dysponowałoby lekarze.

Jeśli uda się we wczesnym etapie zdiagnozować zagrożenia – można wtedy wdrożyć specyficzne leczenie profilaktyczne

Swoje tezy przedstawiła na 57. Kongresie American Society of Hematology. Wprowadzenie protokołu może pomóc we wczesnym rozpoznaniu ryzyka, m.in. na podstawie regularnego mierzenia napięcia mięśni macicy, by sprawdzić, czy występuje jej atonia. Jeśli uda się we wczesnym etapie zdiagnozować zagrożenia – można wtedy wdrożyć specy-



FOT. CHROMA

ficzne leczenie profilaktyczne. Protokół opisuje też sposób postępowania na wypadek wystąpienia krwotoku, w tym m.in. diagnozowania jego przyczyny, leczenia i transfuzji krwi. Doktor Lockhart mówiła także o tym, że kobietą, u której doszło do krwotoku po-

porodowego, powinien zajmować się zespół wielodyscyplinarny, złożony z lekarzy różnych specjalności, w tym hematologa, który na podstawie badań krwi podejmie decyzję o terapii, gdy u pacjentki występują zaburzenia krzepnięcia krwi. (PT)

SZPITALA

W Olsztynie elastografia dla wszystkich ciężarnych

W OLSZTYŃSKIM MIEJSKIM SZPITALU ZESPOLONYM WYKONANO KOBIECIOM W CIĄŻY TYSIĄCE BEZPŁATNYCH BADAŃ USG METODĄ ELASTOGRAFII. Dzięki tym badaniom można wykryć zagrożenie przedwczesnym porodem. W Polsce badanie to nie jest standardem.

Badania w olsztyńskim szpitalu wykonywane były ciężarnym bezpłatnie w ramach projektu, który kładzie nacisk na opiekę nad ciężarnymi i dziećmi do 1 roku życia. Środki udało się pozyskać z tzw. funduszy norweskich. Projekt opiewa

na blisko 8,4 mln zł, z czego 1,6 mln to pieniądze od gminy Olsztyn, a 6,7 mln – to środki z Islandii, Liechtensteinu i Norwegii. Projekt potrwa do końca 2016 roku. Najnowsze badania wskazują, że blisko połowa przedwczesnych porodów wiąże się z nieprawidłowościami dotyczącymi szyjki macicy.

Dr Bogdan Krasucki, koordynator oddziału ginekologiczno-położniczego w olsztyńskim szpitalu miejskim żywi nadzieję, że po zakończeniu projektu nadal będą mogli je wykonywać, bo są bardzo ważne. (PT)

PRAWO

Praca dla NFZ-u warunkiem rezydentury

SZYKUJĄ SIĘ ZMIANY W PRZEPISACH DOTYCZĄCYCH KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO LEKARZY I LEKARZY-DENTYSTÓW? PADŁA PROPOZYCJA ZE STRONY BARBARY KOZŁOWSKIEJ, RZECZNIKA PRAW PACJENTA, BY WARUNKIEM ROZPOCZĘCIA KSZTAŁCENIA BYŁA OBOWIĄZKOWA PRACA W POLSCE - W SYSTEMIE UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH.

Rzeczniczka wystosowała nawet zapytanie do obecnego ministra o planowane działania w tej sprawie. Chodzi o ograniczenie zjawiska niewystarczającej liczby specjalistów w niektórych dziedzinach medycyny – informowała rzecznik. Barbara Kozłowska zaproponowała, by po zakończeniu szkoleń w ramach rezydentury, lekarze i lekarze dentyści byli zobowiązani do przepracowania (jeszcze nie określonego) czasu – w Polsce. Od takiej deklaracji medyków miałyby zależeć ich zakwalifikowanie do szkoleń. (PT)

FINANSE

Coraz więcej prywatnych pacjentów

OKOŁO 6 PROCENT W 2015 ROKU WZRÓSŁ RYNEK PRYWATNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ - PODAJE AGENCJA PMR. Polacy zostawili u lekarzy ponad 39,5 mld złotych, prognozy na kolejne lata są jeszcze bardziej optymistyczne. W latach 2016-2021 wydatki będą rosły o 7 procent – czyli ok. 3 mld złotych.

Z analiz wynika, że w latach 2016-2021, najszybciej rozwijającym się segmentem prywatnego leczenia będą dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne.

Prywatne firmy będą wykupywać więcej abonamentów medycznych dla swoich pracowników. Duży wzrost będą notować firmy medyczne zrzeszone w segmentach. Jest to spowodowane niedoborem podaży usług publicznej służby zdrowia i rosnących kolejek do specjalistów. Analitycy informują



Z analiz wynika, że w latach 2016-2021, najszybciej rozwijającym się segmentem prywatnego leczenia będą dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne

również, że podnosi się skłonność Polaków do prywatnego opłacania wizyt lekarskich, pobytów w szpitalu i usług rehabilitacyjnych. (PT)

PRAWO

Czy lekarz może reklamować - zaciera się granica

OSTATNIO PISALIŚMY O LEKARZU, KTÓRY MUSIAŁ SŁONO ZAPŁACIĆ ZA WYSTĄPIENIE W REKLAMIE. Okazuje się, że wielu lekarzy decyduje się na takie kroki. Aż 42 sprawy dotyczące przekroczenia zakazu występowania w reklamie – dotyczące używania nazwiska i wizerunku lekarza do celów komercyjnych prowadzono w latach 2013-2015. Do sądu lekarskiego natomiast skierowano 26 wniosków o ukaranie.

Lekarze najczęściej tłumaczyli się, że nie wiedzieli o zakazach, które dotyczą reklamowania się, a które reguluje Kodeks Etyki Lekarskiej. Przypomnijmy, że lekarz nie ma prawa reklamować się, ani reklamować swoim nazwiskiem jakiegoś produktu. Jedynie dozwolona jest reklama podmiotu leczniczego, który nie jest praktyką lekarską, ale też bez podawania nazwisk lekarzy.

Prywatnie lekarz może budować renomę swojej marki (nazwiska) jedynie na podstawie wyników swojej pracy. Nowoczesne narzędzia marketingowe i technologie sprawiają, że granica między przekazem strictly informacyjnym a reklamowym zaczyna się zacierać, dlatego lekarze czasem nieświadomie wpadają

Jedynie dozwolona jest reklama podmiotu leczniczego, który nie jest praktyką lekarską, ale też bez podawania nazwisk lekarzy

w pułapkę i muszą ponieść konsekwencje finansowe. W żadnym wypadku nie stanowi to jednak okoliczności łagodzącej i nie wyłącza od odpowiedzialności. (PT)

SZPITALA

Na Mazowszu trudno o znieczulenie

W WOJEWÓDZKIM SZPITALU ZESPOLONYM ORAZ SZPITALU ŚWIĘTEJ TRÓJCY, KOBIETY NIE OTRZYMAJĄ ZNIECZULENIA ZEWNĄTRZOPONOWEGO PODCZAS PORODU. Wynika to z braku lekarzy anestezjologów – tłumaczą przedstawiciele placówek. Z analiz wynika, że w całym województwie mazowieckim, z 48 oddziałów położniczych – znieczulenia zewnątrzoponowe podaje się tylko na 27 oddziałach.

Przypominamy, że przepisy wskazują, że jeśli nie ma przeciwwskazań medycznych, kobiecie w trakcie porodu siłami natury można ulżyć w bólu. Znieczulenie jest także w całości finansowane z Narodowego Funduszu Zdrowia. W województwie mazowieckim nie ma problemu ze znieczuleniami m.in. w Szpitalu Klinicznym im. Anny Mazowieckiej w Warszawie, w Uniwersyteckim Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka WUM w Warszawie, czy w szpitalu Świętej Rodziny w Warszawie. W województwie świętokrzyskim znieczulenia oferują tylko cztery z czterestu szpitali. Rekordzistą jest Szpital Kielecki przy ul. Kościuszki w Kielcach. Tam znieczulenie zewnątrzoponowe podano w ciągu pół roku 112 pacjentkom. Zarząd szpitala wyjaśnia, że praca została zorganizowana w taki sposób, by na potrzeby oddziału przez całą dobę dyżurował anestezjolog. (PT)

LECZENIE

ENDOMETRIOZĘ można usunąć nożem plazmowym

W CENTRUM ZDROWIA KOBIECY I DZIECKA SZPITALA MIEJSKIEGO W ZABRZU PRZEPROWADZONO DWIE PIERWSZE OPERACJE USUNIĘCIA OGNISK ENDOMETRIOZY Z WYKORZYSTANIEM NOŻA PLAZMOWEGO. Dzięki tej metodzie pacjentki mogą szybciej wrócić do zdrowia, jest też bardziej bezpieczna.

Do tej pory nóż plazmowy wykorzystywano wyłącznie w laryngologii i okulistyce. Doktor Mariusz K. Wójtowicz, prezes szpitala w Zabrze, mówi, że nóż plazmowy jest znakomitym narzędziem do operacji usuwania ognisk endometriozy. To precyzyjne narzędzie, bezpieczne i bezkrwawe. Po zastosowaniu noża plazmowego nie występują obrzęki ani rany jak po użyciu tradycyjnego skalpela. Dzięki plazmie możliwe jest bardzo bezpieczne operowanie, bo ustawiając moc urządzenia i odległość do tkanki można ciąć i koagulować, rozdzielając tkankę jedną od drugiej. Ponadto pacjentki znakomicie się goją i szybko wracają do zdrowia.

Nóż plazmowy jest jednym z najbardziej zaawansowanych technologicznie systemów przeznaczonych do chirurgii tkanek miękkich. Możliwości jego zastosowania są szerokie i stale się powiększają.

Istota działania noża plazmowego (techniki koblacji) polega na wytwarzaniu plazmy gazu w wyniku zjawiska silnej jonizacji argonu. Efekt jonizacji zachodzi w narzędziu, którym operuje chirurg. Na końcu narzędzia powstaje ok. 2-centymetrowy strumień plazmy – silnie zjonizowanych cząstek argonu posiadających wysoką energię kinetyczną, temperaturę, które wywołują efekt luminescencji, oświetlając dodatkowo pole zabiegowe. Powstała w ten sposób plazma dezintegruje operowaną tkankę na poziomie molekularnym. To pozwala na usuwanie lub redukcję



Technika koblacji jest bezpieczną i bezkrwawą metodą operacyjną, nie występuje po nim obrzęk ani rany analogiczne do tych po użyciu skalpela

tkanki oraz tamowanie ewentualnych krwawień. Koblacja zachodzi w temperaturze od 40°C do 70°C. Jest to temperatura zbliżona do ciepłoty ludzkiego ciała, dzięki czemu podczas zabiegu nie dochodzi do poparzeń.

Technika koblacji jest bezpieczną i bezkrwawą metodą operacyjną, nie występuje po nim obrzęk ani rany analogiczne do tych po użyciu skalpela. Jest też bardzo precyzyzną techniką, nie ma wpływu na tkankę sąsiadującą z miejscem operacji, ponieważ plazma wytwarzana jest jedynie w polu wielkości 100-200 µm wokół elektrody. To powoduje, że koblacja pozwala na szybkie gojenie się ran i rekonwalescencję pacjenta po zabiegu.

Nóż plazmowy po raz pierwszy został użyty w 2001 r. w Stanach Zjednoczonych. Możliwości jego zastosowania w medycynie są szerokie i wciąż się powiększają. Technika koblacji jest wykorzystywana w operacjach laryngologicznych (w leczeniu chrapania, operacjach usuwania migdałków), okulistycznych (w leczeniu zaćmy) i eurochirurgicznych. Nóż plazmowy staje się też niezastąpionym systemem w zabiegach leczenia nowotworów jelita grubego, odbytu, jajnika i wielu innych. Pozwala na skuteczne i szybkie przeprowadzanie zabiegów usuwania rozsiewów nowotworowych na jelitach, nie uszkadzając ich, co rewolucjonizuje chirurgię otrzewną. (PR)

BADANIA

Zanieczyszczenia powietrza, a PRZEDWCZESNE PORODY

PRZEDWCZESNE PORODY MOGĄ MIEĆ ZWIĄZEK Z SILNIE ZANIECZYSZCZONYM POWIETRZEM Z ZAWIESZONYMI PYŁAMI. Najbardziej zagrożone są kobiety w trzecim trymestrze ciąży – twierdzą naukowcy z Cincinnati Children's Hospital Medical Center oraz z University of Cincinnati (Ohio, USA).

Przedwczesne porody częściej miały kobiety, które w okresie ciąży mieszkały na terenach o większym zanieczyszczeniu powietrza najmniejszymi pyłami zawieszonymi (o średnicy 2,5 mikrometra lub mniejszej).

Wcześniej rodziły również kobiety w wieku 40 lat lub więcej. Dane te dotyczą również Afroamerykanek, a także kobiet, które nie miały właściwej opieki w okresie ciąży, bądź były gorzej wykształcone. Autorzy badania dodają, że wzrost ryzyka przedwczesnych porodów jest umiarkowany, jednak konsekwencje mogą być ogromne, gdyż potencjalnie dotyczą to wszystkich kobiet w ciąży. (PT)



FOT. PHILIPS

PODATKI

W Wielkiej Brytanii zlikwidowano tzw. podatek od miesięczki

W WIELKIEJ BRYTANII ZLIKWIDOWANO 5-PROC. PODATEK VAT OD ARTYKUŁÓW KOBIECYCH. W tej sprawie brytyjskie władze porozumiały się z Komisją Europejską. Tzw. „podatek od tamponów” został nazwany zwycięstwem nad unijną biurokracją. Rozmowy na ten temat w Wielkiej Brytanii trwały już od miesięcy. Powstał nawet specjalny komitet, który zbierał podpisy obywateli Wielkiej Brytanii.

Komitetowi udało się zebrać ponad 300 tysięcy głosów pod internetową petycją o wymownej nazwie „Skończcie z opodatkowaniem miesięczki”. Jesienią 2015 r. rząd zapowiedział, że pozwoli na przekazywanie wpływów z „podatku od tamponów” organizacjom działającym na rzecz kobiet. Narzucenie takiego podatku zostało nazwane przez brytyjskich eurosceptyków jako „wtrącanie się w suwerenne prawa państwa”. Unijni przywódcy zgodzili się na zaproponowane przez Komisję Europejską zniesienie tego podatku. Przypomnijmy, że 23 czerwca odbyło się referendum, w którym Brytyjczycy zdecydowali o opuszczeniu Unii Europejskiej. David Cameron, premier przekonywał, że pozostanie we Wspólnocie będzie dla Wielkiej Brytanii korzystne. (PT)

NRL

Ginekolodzy zapłacą za wydanie zaświadczenia zawodowego

LEKARZE I LEKARZE DENTYŚCI BĘDĄ MUSIELI PŁAĆ ZA WYDANIE ZAŚWIADCZEŃ DOTYCZĄCYCH KWALIFIKACJI ZAWODOWYCH. Od 18 stycznia obowiązują przepisy regulujące tę kwestię. Teraz za wydanie zaświadczenia przez Okręgową Radę Lekarską będzie trzeba zapłacić 55,50 zł.

Kwota ta nie została ustalona przypadkiem – jest to 3 procent średniej

minimalnego wynagrodzenia za pracę. Obowiązek ten wynika z ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry i zaczął obowiązywać od 22 grudnia 2015 roku. Dotyczy on zasad uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej. Wpłaty należy dokonać na rachunek bankowy odpowiedniej Rady Lekarskiej. (PT)

PROGRAMY PROFILAKTYCZNE

Polki nie badają się w kierunku raka szyjki macicy i raka piersi

POLKI NIE KORZYSTAJĄ Z MOŻLIWOŚCI BADAŃ PROFILAKTYKI RAKA PIERSI, FINANSOWANEGO PRZEZ NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA - Z TAKIEJ MOŻLIWOŚCI SKORZYSTAŁO DO TEJ PORY TYLKO 42 PROCENT UPRAWNIONYCH PACJENTEK. W zakresie profilaktyki raka szyjki macicy nie wygląda to lepiej – z takiej możliwości korzysta tylko 21 procent kobiet wytypowanych do badania – informuje NFZ.

Pacjentki najczęściej tłumaczą się, że nie mają czasu, ochoty i boją się. Nie wolno, aby strach był przeszkodą. Lekarze powinni przekonywać pacjentki o potrzebie wykonywania badań profilaktycznych – twierdzą specjaliści. Powinna ruszyć na jeszcze szerszą skalę kampania informacyjna. Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy jest adresowany do kobiet w wieku 25-59 lat, które nie miały wykonanej cytologii w ciągu ostatnich trzech lat. (PT)



**POLSKIE
TOWARZYSTWO
ULTRASONOGRAFICZNE**

POLISH ULTRASOUND SOCIETY

ZAKŁAD DIAGNOSTYKI ULTRASONOGRAFICZNEJ I MAMMOGRAFII

Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie Sp. z o.o.

03-242 Warszawa, ul. Kondratowicza 8,
www.usgptu.waw.pl

tel. (22) 326-58-10, fax (22) 326-59-91
e-mail: usgptu@usgptu.waw.pl

Referencje Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego dla programu NewNioMed®

przeznaczonego do Gabinetów Lekarskich z Pracownią USG
i archiwizacją wyników badań + dokumentacji

NewNioMed® to kompleksowe oprogramowanie medyczne, które ma za zadanie usprawnienie organizacji pracy w placówkach medycznych, w których wykorzystuje się aparaturę do diagnostyki obrazowej. Program ułatwia przechowywanie i korzystanie z dokumentacji medycznej zapewniając przy tym pełnię bezpieczeństwa i komfortu. Program dedykowany jest zarówno lekarzom prowadzącym indywidualną praktykę medyczną, jak i przychodniom czy szpitalom multispecjalistycznym.

Program NewNioMed® posiada rozbudowane funkcje, począwszy od rejestracji pacjentów, do zaawansowanych raportów dotyczących pracy personelu. NewNioMed® został także wyposażony we wszystkie narzędzia potrzebne lekarzowi do komfortowego prowadzenia dokumentacji z przebiegu wizyt, takie jak np. szablony wyników badań, czy też automatyczne wczytywanie pomiarów i obrazów z aparatu USG.

NewNioMed® oparty jest na sprawdzonej architekturze klient-serwer, co zapewnia bardzo wysokie bezpieczeństwo przechowywania informacji medycznej. W przeciwieństwie do rozwiązań w tzw. chmurze, to przychodnia jest właścicielem i administratorem danych, a więc ma do nich dostęp w każdej chwili, niezależnie od np. połączenia internetowego. W rozwiązaniu stacjonarnym klient-serwer istnieje znikome ryzyko przejęcia istotnych danych osobowych oraz danych medycznych przez osoby niepowołane. Takie ryzyko jest niestety ogromne w przypadku rozwiązań w „chmurze”. 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 Pacs Serwer umożliwiającą komunikację z urządzeniami medycznymi w formacie Dicom 3.0, zapewnia 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 Apple Mac OS, Windows oraz Linux.

Zespół MedTrade Medical Systems, jako producent programu NewNioMed® zapewnia modyfikację według potrzeb konkretnej placówki. System posiada różne poziomy wejścia-aplikację lekarza, rejestratora oraz administratora pozwalające na właściwe zarządzanie programem. Umożliwia prowadzenie historii choroby z pełnym natychmiastowym dostępem do historii poprzednich wizyt, badań laboratoryjnych oraz wykonanych badań obrazowych łącznie z dokumentacją zdjęciową co ułatwia pracę dzięki pełnej znajomości wszystkich danych dotyczących pacjenta. System ułatwia pracę lekarza klinicysty poprzez wydawanie skierowań i pobieranie wyników badań laboratoryjnych, wystawianie recept, dodawanie rozpoznań chorobowych wg. kodów ICD10. Posiada również kliniczny moduł położniczo-ginekologiczny. Program pozwala na prowadzenie rozliczeń finansowych zarówno w zakresie wizyt pacjentów, jak i rozliczeń personelu medycznego. W zakresie pracy pracowni ultrasonograficznej program NewNioMed® umożliwia łączność pomiędzy rejestracją, a pracownią dzięki czemu nie ma potrzeby powtórnego wpisywania danych pacjenta - dane wpisane w rejestracji są automatycznie edytowane na komputerze w pracowni. Program jest stabilny, posiada dużą intuicyjność, współpracuje ze wszystkimi dostępnymi na rynku aparatami USG. Pobieranie obrazów jest możliwe podczas całego czasu trwania badania, i jest niezależne od włączenia modułu opisu. Istnieje możliwość wybrania do wydruku dowolnych obrazów (niezależnie od liczby obrazów zarejestrowanych na serwerze). Połączenie komputera/serwera z aparatem USG nie wymaga dodatkowego sprzętu. Obrazy są rejestrowane w formacie DICOM 3.0, dzięki czemu istnieje możliwość dokonywania pomiarów i obliczeń również po zakończeniu badania. Ponieważ system ma konfigurację serwerową ilość przechowywanych badań i obrazów jest praktycznie nieograniczona i zależna wyłącznie od posiadanego serwera. Praca z programem jest łatwa, nie wymaga specjalistycznego szkolenia, opanowanie zasad działania programu jest możliwe w jeden dzień, a program NewNioMed® usprawnia pracę zarówno przychodni, jak i pracowni USG, umożliwia pełną archiwizację i dostęp do wszystkich danych w bezpieczny sposób.

JEST GODNY DO ZAREKOMENDOWANIA W KAŻDYM PRZYPADKU PROWADZENIA NOWOCZESNEJ,
PROFESJONALNEJ, ZGODNEJ Z NAJNOWSZYMI STANDARDAMI PRZYCHODNI LEKARSKIEJ I PRACOWNI USG.

Członek Zarządu Głównego
Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego

dr med. Michał Elwertowski

Przewodniczący Zarządu Głównego
Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego

prof. dr hab. med. Wiesław Jakubowski

RZĄD PLANUJE ZMIANĘ W SYSTEMIE ZDOBYWANIA PUNKTÓW EDUKACYJNYCH

Punkty edukacyjne

MINISTERSTWO ZDROWIA PLANUJE ZMIANY W ZASADACH DOSKONALENIA ZAWODOWEGO LEKARZY ORAZ LEKARZY DENTYSTÓW.

Dotyczą zasad zdobywania punktów edukacyjnych. Za niektóre aktywności będzie więcej punktów, np. za napisanie artykułu do Nowego Gabinetu Ginekologicznego, ale znikną punkty za inne aktywności, np. za przynależność do towarzystwa naukowego.

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2016 r. zmieniającego rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełniania obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków (Dz. U., Nr 231, poz. 2326) zakłada zmianę katalogu form doskonalenia zawodowego lekarzy oraz lekarzy dentyków. Zmian będzie wiele, ale tą najistotniejszą, bo dotyczącą większości lekarzy jest wyeliminowanie z tego katalogu punktów zdobywanych za przynależność do kolegium specjalistów lub towarzystwa naukowego.

TOWARZYSTWA NAUKOWE BEZ PUNKTÓW

Zmiana ta, uzasadniona jest przez Ministerstwo Zdrowia koniecznością uniknięcia sytuacji, w której doskonale-

nie zawodowe sprowadza się jedynie do opłacenia odpowiednich abonamentów lub składek członkowskich, bez gwarancji faktycznego kształcenia zawodowego. Naczelna Izba Lekarska skrytykowała tę zmianę. NIL w swym stanowisku z dnia 22 kwietnia 2016 r. podkreśliła, że wyeliminowanie tej formy kształcenia znacznie

Duże zmiany planowane są w punktowaniu publikacji medycznych. Zasadniczo reguły punktacji ulegną zaostreniu

autorzy:
Kamil Stolarski

ogranicza możliwość doskonalenia zawodowego tym lekarzom i lekarzom denty stom, którzy nie pracują w ośrodkach klinicznych, nie pracują naukowo i nie zdobywają kolejnych specjalizacji. Jakże jeszcze zmiany planuje ministerstwo?

POZOSTAŁE ZMIANY

Zmianie ulegną trzy zasadnicze kwestie. Zniesione zostaną limity punktowe w odniesieniu do poszczególnych form kształcenia zawodowego. Modyfikacji ulegnie lista punktowanych form kształcenia zawodowego. Zmieniona zostanie punktacja za poszczególne formy kształcenia.

Po pierwsze, ministerstwo planuje znieść limity punktowe w odniesieniu do poszczególnych form kształcenia zawodowego. Obecnie osoby wykonujące zawód lekarza lub lekarza denty stom są obowiązane uzyskać 200 punktów w okresie rozliczeniowym, obejmującym 48 miesięcy. Dotychczas rozporządzenie zakładało, że co do zasady lekarz oraz lekarz denty stom nie może realizować obowiązku doskonalenia zawodowego wyłącznie w ramach jednej z form kształcenia zawodowego. Trzeba było zdobywać punkty co najmniej w dwóch aktywnościach. Wyjątkiem było odbywanie specjalizacji, w ramach której lekarz otrzymywał 50 punktów za każdy rok, uzyskanie stopnia naukowego doktora, doktora habilitowanego oraz tytułu naukowego profesora w specjalności nauk medycznych, za co lekarz otrzymywał 200 punktów oraz publikacje naukowe i popularnonaukowe. W zależności od rodzaju publikacji lekarz otrzymywał punkty, bez względu na ich ilość. Zmiana ta była wielokrotnie postulowana przez środowiska medyczne. Często dochodziło bowiem do sytuacji, w których lekarze, mimo wielu aktywności podnoszących kwalifikacje zawodowe, nie mogli zaliczyć ich na poczet realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego. Maksymalna liczba punktów zdobytych za szkolenia wynosiła 100 punktów, czyli po 25 punktów na rok. Aby zdobyć tyle punktów, wystarczyło raz na rok pojechać na 2-3 dniowe szkolenia. Jednak wielu lekarzy znacznie częściej uczestniczy w wykładach i zdobyte punkty po prostu im przepadały.

Zmianę należy przyjąć z umiarkowanym optymizmem. Z jednej bowiem strony taka zmiana istotnie uprości system doskonalenia zawodowego lekarzy i uczyni go bardziej przystępnym. Bez trudu można jednak zauważyć, że katalog dopuszczalnych form doskonalenia zawodowego lekarzy jest mocno zróżnicowany. Niektóre z form kształcenia niewątpliwie wymagają mniejszego zaangażowania, a co za tym idzie, są mniej efektywne jako narzędzie doskonalenia zawodowego. Ta uwaga nie dotyczy oczywiście wyceny za uzyskanie stopnia bądź tytułu naukowego i za udział w programie edukacyjnym, z zadaniami testowymi, bo ustawodawca zadbał o stosowną ewaluację punktową (odpowiednio 200 pkt i 0,2 pkt, a wedle znowelizowanego rozporządzenia 0,5 pkt). Warto jednak zwrócić uwagę, że dysproporcja punktowa pomiędzy przygotowaniem wykładu na sympozjum (dotychczas 10 pkt, a wedle znowelizowanego rozporządzenia 15 pkt), a udziałem w programie edukacyjnym nie jest już tak znaczna. Wystarczy bowiem wziąć udział w programie kończącym się 30-pytaniowym testem, by uzyskać tyle samo punktów, co za przygotowanie wykładu na sympozjum. Konsekwencją takiego rozwiązania jest pogłębianie wśród lekarzy różnic w jakości samokształcenia. Reasumując zatem, z aprobatą należy przyjąć zniesienie limitów punktowych, wątpliwości może jednak wywoływać zniesienie tych limitów we wszystkich, nawet tych najmniej absorbujących i wartościowych formach kształcenia zawodowego.

CZASOPISMA I TOWARZYSTWA

Po drugie, Ministerstwo Zdrowia istotnie modyfikuje listę punktowanych form kształcenia przez wyeliminowanie niektórych pozycji z listy punktowanych form, a także przez doprecyzowanie pozostałych form kształcenia. Z listy punktowanych form doskonalenia zawodowego lekarzy usunięto prenumeratę czasopism medycznych oraz udział w kolegiach lekarzy i towarzystwach naukowych.

Mimo sprzeciwu samorządu lekarskiego takie rozwiązanie należy przyjąć z aprobatą. Warto bowiem zwrócić uwagę, że dotychczasowy katalog form doskonalenia zawodowego w całości obejmował formy aktywnego doskonalenia zawodowego, z wyjątkiem dwóch, proponowanych do wykreślenia. Słusznie podnosi się, że indywidualna prenumerata czasopisma medycznego oraz udział w kolegium lekarzy bądź towarzystwie naukowym nie daje żadnej gwarancji, że cel doskonalenia zawodowego, jakim jest poszerzenie wiedzy i doświadczenia zawodowego, jest zrealizowany. Te formy kształcenia byłyby dopuszczalne przy ustaleniu limitów maksymalnych punktacji z nich uzyskanych. W takiej bowiem sytuacji lekarz mógłby jedynie w niewielkiej części uzyskać wymaganą punktację w cyklu szkoleniowym, co oznaczałoby konieczność skorzystania z innych, aktywnych form doskonalenia zawodowego. Skoro jednak obecnie odchodzi się od limitów punktowych, zresztą w odpowiedzi na postulaty środowisk lekarskich, to istotnie należałoby wykreślić te

Nie wymaga się, by artykuł został recenzowany przed publikacją, jeśli ma zostać opublikowany w czasopiśmie medycznym indeksowanym przez filadelfijski Instytut Informacji Naukowej, Medline lub Indeks Copernicus

dwie formy doskonalenia zawodowego. Przemawia za tym również szereg wątpliwości związanych z tymi formami kształcenia. Rozporządzenie nie wskazywało, jaki jest minimalny okres prenumeraty czasopisma medycznego. W konsekwencji taka sama ilość punktów przysługiwała za prenumeratę roczną jak i kwartalną. Co więcej, dopuszczalne było rozwiązanie umowy o prenumeratę czasopisma, ale punkty za tę prenumeratę były naliczone. Co prawda tych punktów otrzymywało się bardzo mało, bo maksymalnie za prenumeratę czasopisma można było uzyskać 10 punktów, co w przypadku limitu wynoszącego 200 punktów stanowiło zaledwie 5 proc.

Podobne wątpliwości występowały w odniesieniu do udziału w kolegium lekarzy lub towarzystwie naukowym. Co więcej, towarzystwa naukowe mogły być przez lekarzy tworzone wyłącznie w celu uzyskania punktów za doskonalenie zawodowe, co stanowiło pole do nadużyć.

PUBLIKACJE MEDYCZNE W CENIE

Duże zmiany zostały wprowadzone również w zakresie zasad punktowania doskonalenia zawodowego w formie redagowania tekstów naukowych i popularnonaukowych z zakresu nauk medycznych w czasopismach. Dotychczas punktowane było napisanie i opublikowanie artykułu w fachowym, recenzowanym czasopiśmie oraz napisanie i opublikowanie artykułu popularnonaukowego oraz przetłumaczenie i opublikowanie artykułu w takim czasopiśmie. Obecnie punktacji podlegać mają: napisanie lub opublikowanie artykułu w fachowym czasopiśmie medycznym, indeksowanym przez filadelfijski Instytut Informacji Naukowej, Medline lub Indeks Copernicus oraz napisanie i opublikowanie artykułu w innym recenzowanym, fachowym czasopiśmie medycznym, a także przetłumaczenie i opublikowanie w nim artykułu. Nowy Gabinet Ginekologiczny jest indeksowany w Indeks Copernicus, dlatego zapraszamy „piszących” lekarzy do współpracy z nami.

Należy stwierdzić więc, że reguły naliczania punktacji za publikacje zostały zaostrzone. Po pierwsze, punktowane są wyłącznie artykuły publikowane w fachowym czasopiśmie medycznym. Nie

LICZBA PUNKTÓW EDUKACYJNYCH ODPOWIADAJĄCYCH POSZCZEGÓLNYM FORMOM DOSKONALENIA ZAWODOWEGO

LP.	FORMA DOSKONALENIA ZAWODOWEGO	LICZBA PUNKTÓW	SPOSÓB WERYFIKACJI
1.	Realizowanie programu specjalizacji lub umiejętności	50 pkt na 1 rok	Zaświadczenie wydane przez kierownika specjalizacji lub umiejętności
2.	Udział w kursie medycznym nieobjętym programem odbywanej specjalizacji lub nabywanej umiejętności lub w kursie medycznym, realizowanym za pośrednictwem środków przekazu telewizyjnego i sieci internetowej z ograniczonym dostępem, który uzyskał akceptację Naczelnej Rady Lekarskiej	1 pkt za 1 godz.	Zaświadczenie lub dyplom, wydane przez organizatora; potwierdzenie przez organizatora w dokumencie ewidencji lub osobne zaświadczenie
3.	Udział w krajowym lub zagranicznym kongresie, zjeździe, konferencji lub sympozjum naukowym	1 pkt za 1 godz.	Zaświadczenie lub dyplom, wydane przez organizatora; potwierdzenie przez organizatora w dokumencie ewidencji lub osobne zaświadczenie
4.	Odbycie praktyki klinicznej w krajowym lub zagranicznym ośrodku specjalistycznym	5 pkt za 1 dzień	Zaświadczenie wydane przez kierownika jednostki
5.	Udział w posiedzeniu oddziału stowarzyszenia działającego jako „kolegium specjalistów” albo „lekarskie towarzystwo naukowe”, zwane dalej „towarzystwem naukowym”	3 pkt za posiedzenie	Potwierdzenie przez organizatora w dokumencie ewidencji lub osobne zaświadczenie
6.	Udział w szkoleniu wewnętrznym organizowanym przez podmiot leczniczy, w którym lekarz udziela świadczeń zdrowotnych, lub przez grupę lekarzy	3 pkt za posiedzenie	Potwierdzenie przez organizatora w dokumencie ewidencji lub osobne zaświadczenie
7.	Wykład lub doniesienie w formie ustnej lub plakatowej na kongresie, zjeździe, konferencji lub sympozjum naukowym	15 pkt	na podstawie programu
8.	Udział w programie edukacyjnym, opartym o zadania testowe, akredytowanym przez towarzystwo naukowe lub kolegium specjalistów lub w programie edukacyjnym, realizowanym za pośrednictwem środków przekazu telewizyjnego i sieci internetowej z ograniczonym dostępem, który uzyskał akceptację Naczelnej Rady Lekarskiej	maks. 0,5 pkt za jedno pytanie	Zaświadczenie wydane przez organizatora
9.	Uzyskanie stopnia naukowego doktora, doktora habilitowanego lub tytułu profesora – w zakresie nauk medycznych	200 pkt	Dyplom
10.	Napisanie i opublikowanie fachowej książki medycznej, rozdziału w książce lub edukacyjnego programu multimedialnego	100 pkt, wznowienie 50 pkt	Notka bibliograficzna
11.	Napisanie i opublikowanie książki, rozdziału w książce lub edukacyjnego programu multimedialnego o charakterze popularnonaukowym	50 pkt, wznowienie – 30 pkt	Notka bibliograficzna
12.	Przetłumaczenie i opublikowanie fachowej książki medycznej, rozdziału w książce lub edukacyjnego programu multimedialnego	50 pkt, wznowienie – 30 pkt	Notka bibliograficzna
13.	Napisanie i opublikowanie artykułu w fachowym czasopiśmie medycznym indeksowanym przez filadelfijski Instytut Informacji Naukowej, Medline lub Index Copernicus	50 pkt, wznowienie – 30 pkt	Notka bibliograficzna
14.	Napisanie i opublikowanie artykułu w innym recenzowanym, fachowym czasopiśmie medycznym;	20 pkt	Notka bibliograficzna
15.	Przetłumaczenie i opublikowanie artykułu w fachowym czasopiśmie medycznym	20 pkt	Notka bibliograficzna
16.	Sprawowanie funkcji opiekuna stażu podyplomowego, kierowanie specjalizacją lub nabywaniem umiejętności lekarzy lub lekarzy dentyków za rok za 1 lekarza	10 pkt	Potwierdzenie przez kierownika jednostki uprawnionej do prowadzenia specjalizacji lub umiejętności

są więc gratyfikowane artykuły publikowane w czasopiśmie innym, niż medyczne oraz innym, niż adresowane do profesjonalistów, tj. osób wykonujących zawód lekarza bądź lekarza dentystry lub do naukowców. W konsekwencji popularne rubryki lekarskie w prasie codziennej nie będą wynagradzane dodatkowymi punktami. Po drugie, projekt rozporządzenia wymaga, by tekst był opublikowany w czasopiśmie recenzowanym. Zgodnie z nieobowiązującym już rozporządzeniem przewodniczącego Komitetu Badań Naukowych z dnia 30 listopada 2001 r. (Dz. U. z 2001 r., Nr 146, poz. 1642) przez czasopismo recenzowane należy rozumieć czasopismo, w którym artykuły są przyjmowane do publikacji na podstawie opinii recenzentów. Od powyższej zasady istnieją dwa wyjątki. Po pierwsze nie wymaga się, by artykuł został poddany recenzji przed publikacją, jeśli ma zostać opublikowany w czasopiśmie medycznym indeksowanym przez filadelfijski Instytut Informacji Naukowej, Medline lub Indeks Copernicus. Po drugie, nie wymaga się, by artykuł został poddany recenzji przed publikacją, jeżeli został przetłumaczony. W tym wypadku zapewne ustawodawcy przyświeca założenie, iż sam fakt opublikowania artykułu w medium o zasięgu międzynarodowym, jest na tyle doniosły z punktu widzenia doskonalenia zawodowego, że nie ma potrzeby recenzowania go.

Za słuszością dosłownej interpretacji może przemawiać fakt, że czasopisma medyczne znajdujące się na liście filadelfijskiego Instytutu Informacji Naukowej, Medline lub Indeks Copernicus są czasopismami renomowanymi, więc opublikowanie na ich łamach artykułu, który ukazał się już w innym recenzowanym czasopiśmie medycznym, zasługuje na dodatkowe punkty. Należy jednak pamiętać, że przy publikacji w czasopiśmie medycznym, znajdującym się na liście filadelfijskiego Instytutu Informacji Naukowej, Medline lub Indeks Copernicus powinna znaleźć się informacja o tym, gdzie artykuł został pierwotnie opublikowany. O tym, czy powyższa wykładnia jest prawidłowa, przesądzi jednak praktyka stosowania nowych przepisów.

Warto też nadmienić, że nowe rozporządzenie przyznaje punkty za napisanie i opublikowanie rozdziału w fachowej książce medycznej, w książce popularnonaukowej oraz przetłumaczenie i opublikowanie rozdziału w fachowej książce medycznej. Dotychczas punktowane były wyłącznie publikacje obejmujące całą książkę.

KIEROWANIE STAŻAMI

Zmieniają się zasady punktacji za kierowanie uczącymi się lekarzami. Wreszcie nowe rozporządzenie istotnie doprecyzowuje kwestię przyznawania punktów za sprawowanie opieki zawodowej nad młodszymi lekarzami. Wedle obecnie obowiązującego rozporządzenia, punkty są przyznawane za kierowanie specjalizacją lekarzy lub nabywaniem przez lekarzy umiejętności. Wedle projektowanego rozporządzenia, punkty będą przyznawane za sprawowanie funkcji opiekuna stażu podyplomowego, kierowanie specjalizacją lub nabywaniem umiejętności lekarzy lub lekarzy dentystry - rok za jednego lekarza. Wprowadzono więc punkty za prowadzenie stażu podyplomowego oraz uzależniono ilość punktów za kierowanie poszczególnymi formami kształcenia od liczby podległych lekarzy.

Kosmetyczną zmianą jest zmiana formy kształcenia polegająca na udziale w szkoleniach wewnętrznych. Obecnie obowiązujące rozporządzenie wskazuje, że punktowany jest udział w szkoleniach wewnętrznych organizowanych przez zakład opieki zdrowotnej, w którym lekarz świadczeń zdrowotnych lub przez grupę lekarzy. Proponowana zmiana polega na zastąpieniu zakładu opieki zdrowotnej przez podmiot leczniczy, co wynika z uchylecia przez ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o Działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r., poz. 618) ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o Zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r., Nr 14, poz. 89 z późn. zm.).

Ministerstwo Zdrowia podnosi punktację za poszczególne formy doskonalenia zawodowego lekarzy. Najbardziej znaczące zmiany dotyczą fachowych publikacji medycznych. Tu punktacja za poszczególne formy została podwojona. Podobnie za kierowanie

stażem podyplomowym lub specjalizacją lekarzy będzie można otrzymać 10 pkt., zamiast dotychczasowych 5 pkt.

O CZYM WARTO BYŁOBY POMYŚLEĆ W PRZYSZŁOŚCI?

Proponowane zmiany w większości zasługują na aprobatę. Nadal jednak istnieją kwestie niedopracowane lub w ogóle pominięte w projektowanym rozporządzeniu.

Po pierwsze, wątpliwości budzi sformułowanie, zgodnie z którym punkty są przyznawane za napisanie i opublikowanie książki, rozdziału w książce lub edukacyjnego programu multimedialnego o charakterze popularnonaukowym. Należy założyć, że punktacji powinny podlegać jedynie takie publikacje popularnonaukowe, które dotyczą nauk medycznych. Nie zostało to jednak wyraźnie zaznaczone przez ustawodawcę, co może wywoływać spory w in-

Zmieniają się zasady punktacji za kierowanie uczącymi się lekarzami

terpretacji powyższego zapisu.

Po drugie, ustawodawca przyznaje punkty za „napisanie i opublikowanie” bądź za „napisanie lub opublikowanie”. Nie określa jednocześnie, czy lekarz otrzyma punkty za współautorstwo książki, artykułu bądź rozdziału w książce. Ta kwestia powinna zostać w rozporządzeniu doprecyzowana.

Po trzecie, mimo nadarżającej się okazji nie rozważono nawet, czy nie byłoby celowe proporcjonalne zmniejszenie wymogów punktowych wobec lekarzy korzystających z uprawnień rodzicielskich (przebywanie na urlopie macierzyńskim lub urlopie rodzicielskim).

Wątpliwości budzą też przepisy intertemporalne. Zgodnie z § 11 projektowanego rozporządzenia, rozporządzenie wchodzi w życie w terminie 14 dni od dnia ogłoszenia. W myśl § 10 ust. 2 rozporządzenia, punkty edukacyjne uzyskane przed dniem wejścia w życie rozporządzenia zalicza się do pierwszego okresu rozliczeniowego. Oznacza to, że wejście w życie projektowanego rozporządzenia spowoduje otwarcie nowego okresu rozliczeniowego, a punkty uzyskane przed wejściem w życie rozporządzenia zostaną zaliczone w wysokości wynikającej z nieaktualnych przepisów prawnych na poczet nowego okresu rozliczeniowego. To spowoduje, że w przypadku form kształcenia podwajających ilość punktu bardziej opłacalne będzie oczekiwanie na wejście w życie nowego rozporządzenia. Taki problem nie wystąpiłby w razie przeliczenia wszystkich punktów uzyskanych w trwającym okresie rozliczeniowym według nowych reguł, które przecież są korzystniejsze dla lekarzy, przy założeniu, że formy wykreślone z katalogu form projektowanych powinny być zaliczone na starych zasadach.

Omawiane rozporządzenie może wejść w życie jeszcze przed końcem tego roku. Właśnie zakończył się etap konsultacji publicznych.



KAMIL STOLARSKI

Doradca prawny z grupy doradczej M&S Doradcy Strategiczni, redaktor naczelny budujwprawie.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

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.



PYTANIE: Czy mogę zaprzestać leczenia pacjenta, który nie przestrzega moich zaleceń w trakcie leczenia?

ODPOWIEDŹ: Podstawowym obowiązkiem lekarza (lekarza dentysty) jest udzielanie osobie zgłaszającej się do niego pomocy, której wymaga. Ta pomoc zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej, nazywana jest świadczeniem zdrowotnym. Lekarze z jednej strony mają prawny obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych, które stanowią podstawę ich zawodu, z drugiej jednak, mogą znaleźć się w sytuacji, gdy będą chcieli zrezygnować z przyjęcia pacjenta po raz pierwszy, lub kontynuowania leczenia konkretnego pacjenta.

Powszechnie obowiązujące przepisy przewidują możliwość rezygnacji z leczenia. Konieczne jest jednak, aby lekarz postępował w takim wypadku zgodnie z wymogami ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Po pierwsze, odstąpienie od leczenia często jest mylone z klauzulą sumienia. Są to dwa różne uprawnienia przysługujące lekarzowi i nie należy ich mylić.

Klauzula sumienia obowiązuje tylko w wypadku konieczności wykonania świadczenia, które jest niezgodne z naszym światopoglądem.

Rezygnacja z dalszego leczenia, to uprawnienie do odstąpienia od udzielenia świadczenia zdrowotnego, ze względu na sytuacje, które pojawiły się w trakcie leczenia lub w związku z udzielaniem innych świadczeń.

W przypadku, gdy lekarz chce zrezygnować z udzielenia świadczenia zdrowotnego pacjentowi po raz pierwszy, ma do tego prawo, jeżeli nie jest możliwe przyjmowanie przez niego do leczenia (konsultacji) nowych pacjentów. Jeżeli ilość pacjentów w naszym gabinecie jest na tyle wysoka, że nie ma możliwości zapisywania nowych pacjentów, możemy zrezygnować z umawiania wizyt dla nowych pacjentów.

Jeżeli chcemy zrezygnować z leczenia pacjenta, który już rozpoczął leczenie i jest w jego trakcie, również mamy taką możliwość, jednak musimy pamiętać, o kilku elementach, jakie musimy spełnić:

1. poinformować pacjenta o naszym zamiarze na tyle wcześniej, aby nie był on zaskoczony naszą decyzją. Przykładowo: pacjent nie stosuje się do naszych

Powszechnie obowiązujące przepisy przewidują możliwość rezygnacji z leczenia. Konieczne jest jednak, aby lekarz postępował w takim wypadku zgodnie z wymogami ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

zaleceń, wówczas informujemy go, że jeżeli przy najbliższej wizycie stan ten będzie się powtarzać, zrezygnujemy z dalszego leczenia pacjenta. Ten fakt powinniśmy odnotować w dokumentacji.

2. Wskazujemy pacjentowi gabinet, w którym może uzyskać pomoc w dalszym leczeniu (podajemy nazwiska lekarzy). Nie musimy przekazywać numeru telefonu, nie musimy pacjenta umawiać na wizytę. Tylko mówimy, że dalsze leczenie może kontynuować dr Kowalski, który przyjmuje w konkretnym mieście lub w konkretnej placówce. Ten fakt również odnotowujemy w dokumentacji. Po naszej stronie nie ma znaczenia, czy pacjent umówi się na wizytę do wskazanego przez nas lekarza czy też nie. Naszym obowiązkiem jest ograniczenie się do wskazania placówki, gdzie pacjent może uzyskać pomoc.
3. Jeżeli udzielamy świadczeń na podstawie umowy o pracę, musimy uzyskać zgodę przełożonego.
4. Decyzję możemy podjąć w takiej fazie leczenia, która pozwoli pacjentowi przejść do innej placówki bez ryzyka pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta.
5. Decyzja o odstąpieniu od leczenia powinna zostać przez lekarza umotywowana. Nie wolno powiedzieć pacjentowi, że zrezygnujemy z jego dalszego leczenia,

Lekarz ma obowiązek poinformowania pacjenta przed udzieleniem przez niego zgody na leczenie na temat innych metod leczenia (o ile te oczywiście istnieją). Podnosi się, że lekarz powinien wskazać inne metody leczenia, nawet te, których on sam nie stosuje, ale są dostępne na rynku medycznym

bo mamy do tego prawo. Jako elementy usprawiedliwiające rezygnację z leczenia wskazuje się przykładowo utratę zaufania pomiędzy pacjentem a lekarzem. Jest to powód, który wskazuje się w literaturze prawniczej jako wystarczający. Czym innym jest na przykład założenie aparatu stałego pacjentowi, a następnie zrezygnowanie z leczenia, ponieważ lekarz nie dysponuje odpowiednią wiedzą w celu kontynuowania leczenia. W takim wypadku lekarz nie powinien w ogóle rozpoczynać leczenia. Podobnie w przypadku wystąpienia powikłań w leczeniu. Jeżeli pacjent w wyniku powikłania po ekstrakcji zęba wymaga częstych wizyt, za które nie płaci, nie powinniśmy w tym wypadku odsyłać go do innego lekarza, tylko otoczyć odpowiednią opieką. Z kolei rezygnacja z leczenia w przypadku nieprzestrzegania przez pacjenta zaleceń lekarskich podchodzi pod utratę zaufania na linii lekarz-pacjent i może być uznana jako podstawa do rezygnacji z leczenia. Proszę pamiętać, że każdy przypadek rezygnacji z leczenia musi być rozpatrywany indywidualnie.

PYTANIE: Czy jeżeli pacjent nie został poinformowany na temat innej metody leczenia niż prowadzona przez lekarza, to roszczenie pacjenta, że nie wyraził on zgody na leczenie jest uzasadnione?

ODPOWIEDŹ: Zgoda na leczenie z prawnego punktu widzenia jest czynnością, która legalizuje do udzielenia świadczenia zdrowotnego. Jest to jednostronne oświadczenie woli. w ramach którego pacjent wyraża zgodę na zaproponowaną metodę leczenia, pomimo możliwych powikłań, niezagwarantowania proponowanego efektu leczenia, przeciwwskazań. Jest to również oświadczenie, które mówi o tym, że pacjent spośród innych możliwych metod leczenia, wybrał tę konkretną.

Lekarz ma obowiązek poinformowania pacjenta przed udzieleniem przez niego zgody na leczenie na temat innych metod leczenia (o ile te oczywiście istnieją). Podnosi się, że lekarz powinien wskazać inne metody leczenia, nawet te, których on sam nie stosuje, ale są dostępne na rynku medycznym. Pacjent po analizie dostępnych metod leczenia powinien podjąć decyzję, którą metodę wybiera. Na podjętą przez niego decyzję wpływ mogą mieć różne czynniki: koszt zabiegu, powikłania, rokowania... Jednak jest to indywidualna decyzja pacjenta i lekarz powinien ją uszanować. Bardzo często w zgodach posiadanych przez placówki medyczne umieszcza się wpis o treści: „zostałem poinformowany o alternatywnych metodach leczenia”. Taki zapis, jeżeli jest pozbawiony wymieniienia alternatywnych metod leczenia (na formularzu zgody, bądź w dokumentacji medycznej), stanowi dla lekarza obciążenie dowodowe. Oczywiście nie chodzi o to, aby zgodę pacjenta powiększać do dużych rozmiarów. Lekarz w przypadku sporu będzie musiał udowodnić, jakie alternatywne metody leczenia zaproponował pacjentowi. Dlatego uzasadnione jest, aby podawać pacjentowi alternatywne metody leczenia i wpisywać je

w dokumentacji medycznej pacjenta, bądź jeśli jest miejsce, na formularzu zgody.

PYTANIE: W jakim terminie powinniśmy udostępnić dokumentację medyczną pacjentowi?

ODPOWIEDŹ: Nie ma przepisów, które jednoznacznie wskazują, w jakim terminie placówka powinna wydać dokumentację medyczną. Ustawa o prawach pacjenta podaje, że czynność ta powinna być wykonana bez zbędnej zwłoki. W praktyce termin ten może wynosić do 30 dni. Wskazuje się, że wydanie dokumentacji medycznej jest czynnością materialno-techniczną, do której ma zastosowanie Kodeks Postępowania Administracyjnego. Termin na załatwienie sprawy zgodnie z Kodeksem wynosi do 30 dni. Organy administracji publicznej takie jak Rzecznik Praw Pacjenta czy NFZ, wskazują jednak, że termin ten nie powinien być dłuższy aniżeli 14 dni. W większości placówek wynosi on 7-14 dni. Jeżeli jednak uzasadnione jest podanie terminu, który wynosić będzie 30 dni, to jest to możliwe. Wydawanie dokumentacji medycznej musi zostać uwzględnione w Regulaminie Organizacyjnym placówki. Konieczne jest, aby podać tam między innymi czas, w jakim dokumentacja powinna być udostępniiona, jak również ile wynosi opłata za udostępnienie dokumentacji.

PYTANIE: Czy pacjent może odmówić podpisania oświadczenia w sprawie udostępnienia dokumentacji medycznej?

ODPOWIEDŹ: Oświadczenie pacjenta w sprawie upoważnienia określonej osoby do dokumentacji medycznej jest zarówno uprawnieniem jak i obowiązkiem. Pacjent ma prawo wskazać konkretną osobę, którą chce upoważnić od udostępnienia dokumentacji medycznej, jednak nie musi tego robić. Placówka medyczna ma obowiązek pobrania od pacjenta takiego wniosku, a w przypadku gdy pacjent nikogo nie upoważnia do złożenia odpowiedniego oświadczenia lub do pod-

reklama



Centrum Doradcze 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

pisania pustego oświadczenia, które jest jednoznaczne z brakiem upoważnienia jakiejkolwiek osoby. Placówka medyczna nie może ograniczyć prawa pacjenta do wskazania tylko jednej osoby. Nie może również zabronić pacjentowi zmiany osoby upoważnionej. Pacjent nie może odmówić podpisania powyższego oświadczenia. W przypadku gdy nie chce go podpisać, należy wytłumaczyć pacjentowi, że musi dokonać odpowiedniego wyboru: albo upoważnić wybraną przez siebie osobę, albo nie upoważniać nikogo. W przypadku kontroli placówki medycznej, to Kierownictwo będzie musiało się tłumaczyć, dlaczego w dokumentacji medycznej brakuje oświadczeń pacjenta. To placówka medyczna ponosi odpowiedzialność w przypadku braku oświadczeń pacjenta.

PYTANIE: Czy pracownik recepcji może wylegitymować osobę, która zgłasza się po odbiór dokumentacji medycznej?

ODPOWIEDŹ: Problem wylegitymowania pacjenta jest złożony. Z jednej strony, legitymowanie osób zgłaszających się po odbiór dokumentacji medycznej stanowi zasadę bezpieczeństwa, która gwarantuje wydanie dokumentacji osobie upoważnionej, z drugiej jednak strony, pracownicy placówki medycznej nie mają możliwości legitymowania osoby stawiającej się do placówki. Uprawnienie do legitymowania konkretnej osoby mają organy ścigania, które mogą dokonać tej czynności tylko w określonej sytuacji (podejrzanie popełnienia przestępstwa). Jeżeli placówka medyczna decyduje się na zabezpieczenie danych osobowych pacjentów przed dostępem osób niepowołanych, może wdrożyć procedurę, która będzie polegała na legitymowaniu osób przychodzących po dokumentację medyczną. W przypadku wdrożenia odpowiedniej procedury, przy odmowie pokazania dowodu osobistego, pracownik wydający dokumentację medyczną powinien odmówić jej wydania. Może w tym momencie powołać na obowiązek zabezpieczenia danych osobowych pacjentów przed dostępem osób niepowołanych oraz na zapisy obowiązujących procedur.

PYTANIE: Jakie dane należy zebrać od pacjenta leczonego komercyjnie w prywatnej placówce? W przypadku leczenia na NFZ, obowiązkowe jest podanie numeru PESEL, czy ten obowiązek dotyczy też pacjentów leczonych prywatnie?

ODPOWIEDŹ: Dane zbierane przez pacjenta nazywane są ustawowo oznaczeniem pacjenta. Przepisy przewidują te same dane pobierane od pacjenta zarówno w przypadku leczenia komercyjnego jak i w ramach NFZ. Nie ma tutaj znaczenia forma przyjęcia pacjenta. Każda karta pacjenta powinna zawierać jego pełne oznaczenie:

- imię i nazwisko;
- datę urodzenia;
- numer PESEL;
- oznaczenie płci;
- adres zamieszkania;

W przypadku leczenia pacjenta małoletniego konieczne jest również podanie w karcie pacjenta:

- imienia i nazwiska przedstawiciela ustawowego pacjenta;
- adresu zamieszkania przedstawiciela ustawowego pacjenta.

PYTANIE: Coraz częściej dzwonią do mnie firmy, które mówią o obowiązku przesłania jakiegoś sprawozdania z zakresu ochrony danych osobowych do GIODO. Czy taki obowiązek rzeczywiście istnieje? Czego to sprawozdanie dotyczy i jak powinno wyglądać?

ODPOWIEDŹ: W ramach posiadanej dokumentacji ochrony danych osobowych konieczne jest wykonywanie tzw. sprawdzeń oraz weryfikacji. Wykonywanie tych czynności jest obowiązkiem właściciela placówki albo powołanego przez niego Administratora Bezpieczeństwa Informacji. Sprawdzenia robi się zgodnie z roz-

porządzeniem w oparciu o roczny plan sprawdzeń. Weryfikacje z kolei można przeprowadzać w ramach sprawdzenia. Każdy zbiór danych osobowych powinien być kontrolowany minimum raz na 5 lat. Potwierdzeniem wykonywanych sprawdzeń i weryfikacji jest sprawozdanie opracowywane wyłącznie przez Administratora Bezpieczeństwa Informacji. Oznacza to, że w przypadku, gdy właściciel nie powołuje Administratora Bezpieczeństwa Informacji, musi on wykonać sprawdzenia oraz weryfikację, jednak nie wykonuje sprawozdania z tych czynności. Przygotowane sprawozdanie należy w terminie zawartym w rozporządzeniu przekazać Administratorowi Danych Osobowych. Obowiązujące przepisy nie przewidują wymogu przekazywania jakichkolwiek sprawozdań Generalnemu Inspektorowi Ochrony Danych Osobowych.

Pacjent ma prawo wskazać konkretną osobę, którą chce upoważnić od udostępnienia dokumentacji medycznej, jednak nie musi tego robić

PYTANIE: Poszukuję nowego pracownika. Chciałabym najpierw sprawdzić tą osobę (przez kilka dni) a następnie podjąć decyzję o jej zatrudnieniu bądź też nie. Proszę o informację, czy w takim wypadku muszę spisać z taką osobą jakąś umowę?

ODPOWIEDŹ: Przepisy prawne przewidują różne rodzaje nawiązania współpracy pomiędzy pracownikiem a pracodawcą. Przyjęta praktyka niezawierania jakiejkolwiek umowy jest praktyką naganną i niebezpieczną dla lekarza. Po pierwsze osoba, która nie otrzymała jakiejkolwiek umowy, może wystąpić do niedoszłego pracodawcy z żądaniem potwierdzenia nawiązania stosunku pracy. W takim wypadku konieczne będzie zawarcie umowy o pracę. Obowiązek podpisania pomiędzy pracodawcą a pracownikiem umowy o pracę mija najdalej w dniu rozpoczęcia pracy. Za nieprzebrnięcie tego obowiązku grozi kara grzywny w wymiarze od 1 000 do 30 000 zł.

Lekarz może więc podpisać umowę o pracę na okres próbny wynoszący do 3 miesięcy. Innym rozwiązaniem jest zawarcie z potencjalnym pracownikiem umowy zlecenia. Umowa zlecenia może być zarówno zawarta na piśmie jak i w formie ustnej. Jeżeli jednak nie chcemy płacić za „sprawdzenie” potencjalnego pracownika, możemy umowę zlecenia zawrzeć bez wynagrodzenia. Przy tej formie współpracy powinno się ją jednak zawrzeć w formie pisemnej. Ewentualne roszczenie będzie skutkowało nałożeniem na pracodawcę obowiązku udowodnienia, że umowa została zawarta w formie ustnej oraz, że strony porozumiały się co do jej bezpłatnego charakteru.

Możliwe jest również podpisanie umowy o dzieło z potencjalnym pracownikiem. Powinna ona jednak polegać na wykonaniu określonych czynności, które ma wykonać osoba realizująca tę umowę.

W przypadku gdy lekarz wykonuje swój zawód w formie podmiotu leczniczego, możliwe jest też zawarcie umowy wolontariatu z potencjalnym pracownikiem. W takim wypadku nie ma konieczności wypłacania jakiegokolwiek wynagrodzenia oraz opłacenia składek. Problem polega na tym, że większość księgowych, którzy doradzają lekarzom w sprawach osobowych, nie zna tej możliwości, która została zarezerwowana dla wąskiej grupy jednostek, i z której niewątpliwie powinno się korzystać.



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

BTL INTIMA

FEEL GREAT
LOOK GREAT



Fotona
choose perfection



FOTONA INTIMA

Najbardziej zaawansowane lasery medyczne na świecie, które zapewniają precyzję i bezpieczeństwo podczas zabiegów intymnych.

Zabiegi laserem FOTONA INTIMA poprawiają wygląd stref intymnych (zabieg ujędrniania pochwy) oraz leczą uciążliwe dolegliwości intymne (zabieg eliminujący wysiłkowe nietrzymanie moczu).

PROTÉGÉ INTIMA

System do nieinwazyjnego obkurczania warg sromowych oraz do zwiększania satysfakcji seksualnej.



Zastosowanie lasera erbowo-yagowego

w leczeniu zanikowego zapalenia pochwy i wysiłkowego nietrzymania moczu u pacjentek po leczeniu raka piersi - doniesienia wstępne



FOT. CHROMA

STRESZCZENIE

Celem badania pilotażowego była ocena skuteczności i bezpieczeństwa zastosowania nieablacyjnej laseroterapii (laser Erbowo-Yagowy Er: YAG) w leczeniu zanikowego zapalenia pochwy lub/i wysiłkowego nietrzymania moczu (SUI) u pacjentek po wcześniejszym przebytych leczeniu raka piersi.

MATERIAŁ I METODY

Badaniem zostało objętych 20 pacjentek po przebytych leczeniu raka piersi. Odstęp od zakończenia leczenia onko-

logicznego wynosił od 36 do 60 miesięcy (średnio 45 miesięcy). U wszystkich zakwalifikowanych do zabiegu pacjentek stwierdzono objawy zanikowego zapalenia pochwy. Zmiany atroficzne stwierdzono również w wykonanym badaniu cytologicznym. U siedmiu pacjentek (35 proc.) rozpoznano także wysiłkowe nietrzymanie moczu: w 2 przypadkach (10 proc.) w I stopniu klinicznego zaawansowania, w 5 przypadkach (25 proc.) w II stopniu klinicznego zaawansowania. Po wykonaniu badań kwalifikacyjnych i uzyskaniu

prawidłowych wyników, pacjentki zakwalifikowano do laseroterapii, wykorzystując laser Er: YAG o długości fali 2940 nm. Wszystkie pacjentki odbyły jedną sesję terapeutyczną. Średni czas trwania sesji wynosił 22 minuty. W termicznym trybie nieablacyjnym na błonę śluzową pochwy i przedstonka pochwy podano średnio 4200 impulsów, stosując laser o mocy 10J. Przed zabiegiem u każdej pacjentki, wypełniono skrócony kwestionariusz ICIQ i LVT. Pacjentki zapytano również o dyskomfort w trakcie leczenia, moż-

autorzy:
Beata Sterlińska-Tulimowska,
Prof. dr hab. Janina Markowska,
Dr n. med. Wacław Śmierka

TABELA 1. ZACHOROWALNOŚĆ NA NOWOTWORY PIERSI W POLSCE W LATACH 1980-2010

Rok	Kobiety		
	Liczba	Wsp. surowy	Wsp. standard
1980	5144	28,2	23,0
1985	6138	32,2	26,1
1990	6649	34,0	26,8
1995	9173	46,3	34,3
2000	10987	55,3	38,8
2005	13385	67,9	44,5
2010	15784	79,4	79,6

liwe efekty uboczne, a także ogólną satysfakcję z terapii. U każdej pacjentki poddanej laseroterapii, w okresie pozabiegowym zastosowano miejscowo kwas hialuronowy drobnocząsteczkowy w postaci globulek dopochwowych.

WYNIKI

Okres obserwacji po leczeniu – 12 miesięcy. U 18 pacjentek (90 proc.) stwierdzono znaczącą poprawę elastyczności i nawilżenia pochwy, u 2 pacjentek (10 proc.) poprawa była umiarkowana. U pacjentek z towarzyszącym wysiłkowym nietrzymaniem moczu zastosowana terapia spowodowała poprawę u wszystkich (100 proc.) kobiet. Nie wystąpiły żadne działania niepożądane, a dyskomfort pacjentek w trakcie leczenia oceniony został jako minimalny.

WSTĘPNE WNIOSKI

W trakcie 12-miesięcznej obserwacji, po laseroterapii z użyciem lasera Er: YAG w trybie nieablastycznym u pacjentek po leczeniu raka piersi z objawami zanikowego zapalenia pochwy z wysiłkowym nietrzymaniem moczu, u 90 proc. pacjentek stwierdzono znaczącą poprawę elastyczności i nawilżenia pochwy, u wszystkich kobiet z towarzyszącym wysiłkowym nietrzymaniem moczu zabieg okazał się skuteczny w 100 proc. w 12 miesięcznym okresie obserwacji.

WPROWADZENIE

Nowotwory piersi są obecnie największym problemem onkologicznym w krajach rozwiniętych, a narastającym problemem w krajach rozwijających się. W krajach rozwiniętych występuje połowa zachorowań, natomiast większość zgonów notuje się w krajach słabiej rozwiniętych (60 proc.). W 2008 roku w krajach członkowskich Unii Europejskiej raka piersi rozpoznano u ponad 330 tysięcy kobiet, z czego około 89 tysięcy kobiet zmarło z tego powodu. Około 1,33 mln kobiet żyje z diagnozą raka piersi postawioną w ciągu ostatnich 5 lat.

W 2010 roku liczba zachorowań na nowotwory złośliwe piersi wynosiła w Polsce około 16000 przypadków (15784 kobiet).

Aż 80 proc. zachorowań na raka piersi u kobiet występuje po 50 roku życia, z tej grupy prawie 50 proc. zachorowań rozpoznaje się w przedziale między 50 a 69 rokiem życia. Należy pamiętać, że ryzyko zachorowania raka piersi wzrasta z wiekiem aż do połowy siódmej dekady życia (ponad 200/105), po czym ulega zmniejszeniu. W 2010 roku nowotwory złośliwe piersi spowodowały aż 13 proc. zgonów nowotworowych u kobiet w Polsce, a liczba zgonów z powodu nowotworów złośliwych piersi wynosiła ponad 5000 kobiet.

Niepokojący jest fakt, że zachorowalność na nowotwory złośliwe piersi u dorosłych kobiet w wieku przedmenopauzalnym (przedział 20-49 lat) w Polsce wzrosła ciągu ostatnich trzech dekad około 1,7 razy. Najwyższy wzrost ryzyka zachorowania notuje się wśród kobiet w wieku między 50-69 lat, przy czym największy wzrost zachorowalności obserwowano w ostatnich dwóch dekadach (1990-2010). U kobiet po 70 roku życia dynamika wzrostu zachorowalności wyhamowała w latach 90. ubiegłego wieku (rys. 4).

PRZEŻYCIA

Wśród kobiet, u których zdiagnozowano nowotwory piersi w latach 2000-2002, 12-miesięczne wskaźniki przeżyć wynosiły 92,8 proc., natomiast w latach 2003-2005 wynosiły 93,2 proc. kobiet. Przeżycia 5-letnie wśród pacjentek z nowotworami piersi w ciągu pierwszej dekady XXI wieku nieznacznie wzrosły: z 75,0 proc. w latach 2000-2002 do 77,2 proc. w latach 2003-2005 (rys. 5).

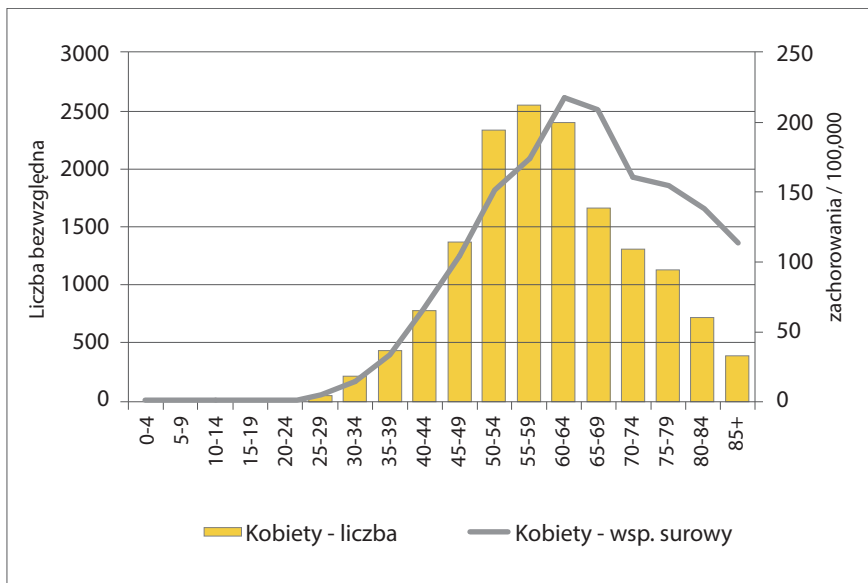
RAK PIERSI W POLSCE NA TLE EUROPY

W 2010 roku w Polsce częstość zachorowań na nowotwory piersi była o 35 proc. niższa niż średnia dla krajów Unii Europejskiej (dane z 2009 roku) (rys. 6).

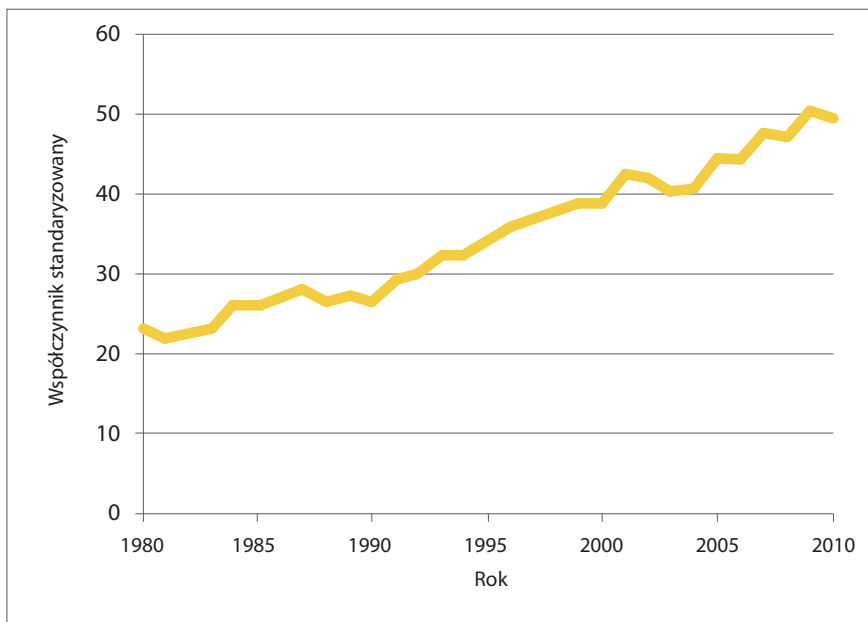
Większość zgonów z powodu nowotworów złośliwych piersi występuje po 50 roku życia (90 proc.), przy czym odsetek zgonów w kolejnych 5-letnich grupach wiekowych utrzymuje się na podobnym poziomie (około 10 proc. zgonów). Ryzyko zgonu z powodu tego nowotworu systematycznie wzrasta wraz z przechodzeniem do starszych grup wiekowych. W populacji kobiet przed menopauzą (20-49 lat), po okresie nieznacznego wzrostu umieralności w ciągu ostatnich 15 lat, obserwuje się spadek ryzyka zgonu (9,9/105 w 1994 roku wobec 6,3/105 w 2010 roku). W grupie kobiet w wieku 50-69 lat wzrost umieralności utrzymywał się w latach 1965-1982, w kolejnej dekadzie współczynniki umieralności utrzymywały się na stałym poziomie (około 55/105) i od początku lat 90 XX wieku widoczna jest tendencja malejąca. W najstarszej grupie wiekowej (powyżej 70 roku życia) wzrost umieralności utrzymywał się do połowy lat 90. ubiegłego wieku i od tego czasu utrzymuje się plateau (na poziomie około 90/105) (rys. 4).

Pamiętając że 80 proc. zachorowań na raka piersi u kobiet występuje po 50. roku życia, większość z pacjentek rozpoczynając leczenie onkologiczne jest już w okresie menopauzy. W grupie tej zanikowe zapalenie pochwy to dosyć powszechna dolegliwość. Według danych American Association of Family Physicians, zanikowe zapalenie pochwy dotyka ponad 40 procent kobiet po menopauzie. (AAFP), ale tylko 20 proc. z nich zgłasza objawy w trakcie wizyty u lekarza. Główną przy-

18 pacjentek (90 proc.) oceniło laseroterapię jako całkowicie bezbolesną, a 2 pacjentki (10 proc.) doświadczyły łagodnego uczucia bólu tylko w trakcie leczenia obszaru przedstonka pochwy i wejścia do pochwy



Rysunek 2. Liczba zachorowań na nowotwory piersi, a wiek pacjentek



Rysunek 3. Trendy zachorowalności na nowotwory piersi w Polsce w latach 1980-2010

czyną zanikowego zapalenia pochwy jest obniżenie poziomu estrogenu w surowicy krwi. Zmniejszenie stężenia estrogenu powodują zmiany zanikowe śluzówki pochwy, tkanka pochwy staje się cieńsza, mniej elastyczna, bardziej podatna na urazy. U pacjentek obserwuje się:

- ściwienie ścian pochwy;
- skrócenie i zwężenie kanału pochwy;
- brak odpowiedniego nawilżenia pochwy - suchość pochwy;
- stany zapalne pochwy;
- plamienia po stosunku;
- dyskomfort lub ból podczas stosunku (dyspareunia);
- częstsze oddawanie moczu;

- zwiększone uczucie parcia na pęcherz moczowy;
- ból lub pieczenie przy oddawaniu moczu (objawy dyzuryczne);
- częstsze, nawracające infekcje dróg moczowych;
- wysiłkowe nietrzymanie moczu (obniżenie narządu rodnego).

U chorych z rozpoznaniem raka piersi spadek poziomu estrogenu powodujący zanikowe zapalenie pochwy i objawy wysiłkowego nietrzymania moczu może nastąpić także po zastosowaniu w leczeniu chemioterapii, leczenia hormonalnego (antyestrogeny, analogi GnRh) jak również po usunięciu jajników (menopauza chirurgiczna).

U chorych z rozpoznaniem raka piersi spadek poziomu estrogenu powodujący zanikowe zapalenie pochwy i objawy wysiłkowego nietrzymania moczu może nastąpić także po zastosowaniu w leczeniu chemioterapii, leczenia hormonalnego (antyestrogeny, analogi GnRh) jak również po usunięciu jajników (menopauza chirurgiczna)

MATERIAŁ I METODY

Z powodu zanikowego zapalenia pochwy, z towarzyszącym wysiłkowym nietrzymaniem moczu, leczeniu laserem Er: YAG poddano dwadzieścia (20) pacjentek po przebyciu leczenia raka piersi.

KRYTERIA WŁĄCZENIA I WYŁĄCZENIA Z BADANIA

Wszystkie pacjentki podczas pierwszej wizyty konsultacyjnej zbadano, oceniając czy kwalifikują się do badania zgodnie z kryteriami włączenia i wyłączenia. Wszystkie pacjentki poddane badaniu spełniły kryteria włączenia, podpisując pisemne formularze świadomej zgody na zabieg.

Wszystkie 20 pacjentek uskarżały się na objawy zanikowego zapalenia pochwy (suchość, dyspareunia, zmniejszenie elastyczności pochwy) a u siedmiu z nich rozpoznano także wysiłkowe nietrzymanie moczu. U wszystkich 20 pacjentek w badaniu cytologicznym stwierdzono zmiany zanikowe.

Kryteria wyłączenia do terapii obejmowały: prawidłowy wynik badania ginekologicznego, cytologicznego wg. klasyfikacji Bethesda, prawidłowy wynik posiewu ze ścian pochwy, prawidłowy wynik testu PCR pobranego z kanału szyjki macicy na obecność DNA: Chlamydia, Mykoplasma, prawidłowy wynik badania ogólnego moczu wraz z posiewem, prawidłowy wynik badania USG dopochwowego; bez obecności mięśniaków, torbieli i guzów jajnika/ów.

Kryteria wykluczenia obejmowały: nietrzymanie moczu II i III stopnia klinicznego

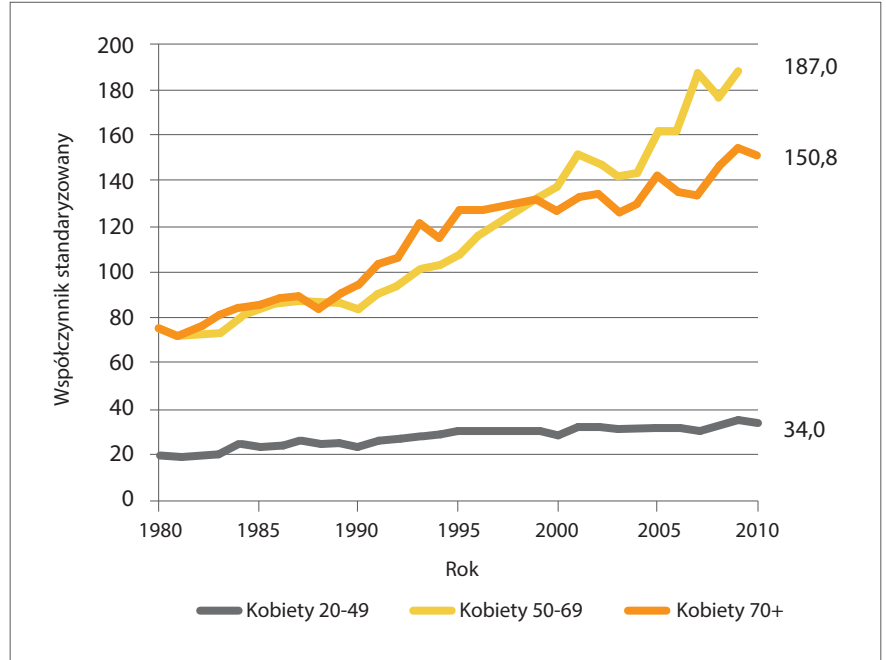
zaawansowania, uszkodzenia błony śluzowej i tkanek lub aktywną infekcję w obszarze objętym leczeniem, niezdiagnozowane krwawienia z pochwy, szyjki, trzonu macicy, aktywną menstruację, przyjmowanie leków psychotropowych, nieprawidłowe leczenie nadciśnienia tętniczego krwi.

W momencie kwalifikacji do leczenia wiek pacjentek wynosił 49-58 lat (średni wiek to 51,3 lat). Wszystkie 20 pacjentek były po okresie menopauzy. Średni indeks masy ciała wśród pacjentek wynosił 24,15 (zakres od 19,25 do 30,49). Historia ciąży i porodów wyglądała następująco: 18 pacjentek (90 proc.) urodziło jedno lub więcej dzieci, 4 spośród nich (20 proc.) miała wykonane cięcia cesarskie, pozostałe dwie (10 proc.) były bezdzietne. Wszystkie pacjentki były aktywne seksualnie i odbywały co najmniej jeden stosunek dopochwowy tygodniowo (zakres od 1 stosunku co 2 tygodnie do 2 stosunków w ciągu jednego tygodnia). Wszystkie pacjentki poddane leczeniu nie paliły papierosów, nie stosowały leków psychotropowych.

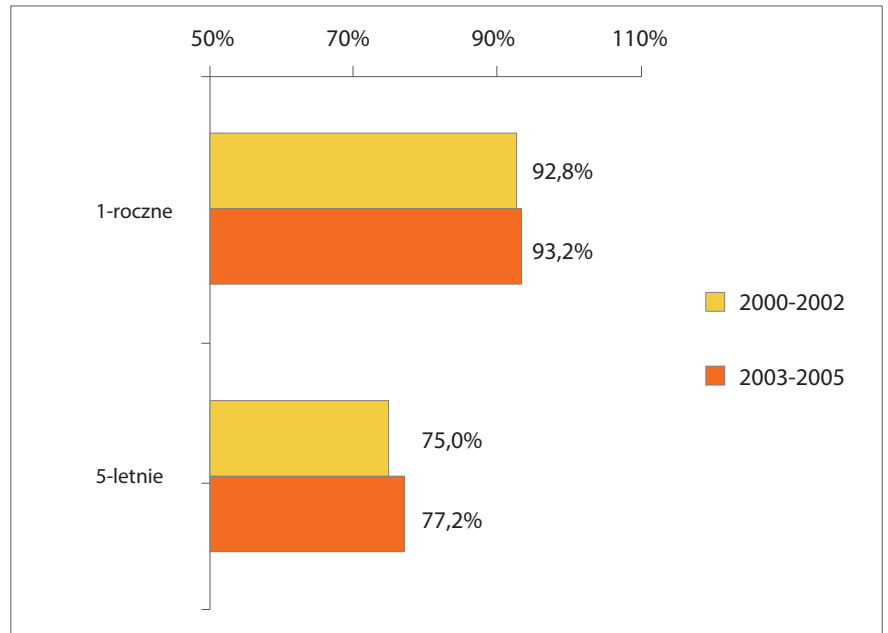
Przed leczeniem pacjentki wypełniły skrócony kwestionariusz – ICIQ, u 13 pacjentek ilość punktów wahała się od 4 do 7 średnio 6,0, u 7 ilość punktów od 11 do 16 średnio 13,0. Użyto również kwestionariusza poprawy elastyczności pochwy – LVT opracowanego przez Jorge E. Gavirre P. Jose A, Lanza L, mającego na celu ocenę skuteczności terapii. Kwestionariusz LVT składa się z pięciu pytań, z których dwa pytania to czterostopniowe skale subiektywnej oceny skuteczności leczenia dokonanej przez pacjentki (lub/i ich partnerów seksualnych). Pacjentki zostały poproszone o ocenę odczucia napięcia pochwy. O-bez zmian, 1-słaba poprawa, 2-umiarkowana poprawa, 3-znacząca poprawa. Dwa kolejne pytania dotyczyły satysfakcji i chęci polecenia terapii innym pacjentkom, z oceną wartości procedury. Ostatnie pytanie miało służyć ocenie zmian związanych z satysfakcją seksualną po zakończeniu leczenia, z kategorią odpowiedzi: brak poprawy, zwiększone odczucie, lepszy orgazm – pacjentki były poproszone o własny opis istotnych zmian.

Laseroterapia z użyciem lasera Er: YAG 2940 nm w procedurze nieablacyjnej składa się z dwóch faz. Pierwsza faza: naświetlanie laserem kanału pochwy na jego całej długości, druga faza: naświetlanie wejścia do pochwy i przedsionka pochwy. W fazie pierwszej wykorzystano specjalny wziernik laserowy wykonany ze szkła mineralnego, oraz adapter wysyłający wiązkę okrężną, w fazie drugiej wykorzystano głowicę emitującą wiązkę na wprost.

Bezpośrednio przed rozpoczęciem zabiegu pochwa, przedsionek pochwy i wejście do pochwy zostały umyte płynem do dezynfekcji błon śluzowych i osuszone sterylnymi gazikami. Po przygotowaniu pola zabiegowego wprowadzono do pochwy wziernik laserowy, po jego prawidło-



Rysunek 4. Trendy zachorowalności na nowotwory piersi w Polsce w latach 1980-2010 w wybranych grupach wiekowych

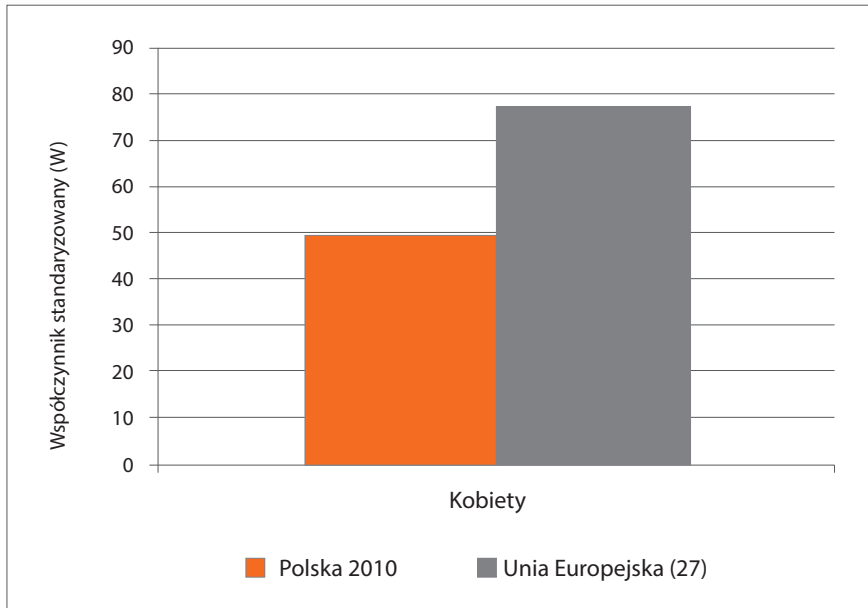


Rysunek 5. Wskaźniki 1-letnich i 5-letnich przeżyć względnych u chorych na nowotwory piersi w Polsce

wym umiejscowieniu w pochwie pacjentki, do wziernika wprowadzono głowicę, doprowadzając wiązkę laserową z kołowym adapterem. Adapter umożliwia 360 stopniowe naświetlanie kanału pochwy w kształcie pierścienia. Wysuwając głowicę lasera naświetlamy kanał pochwy bez ryzyka pokrywania się wiązek. W zależności od długości ścian pochwy naświetlanie może składać się ze zróżnicowanej liczby naświetlanych miejsc. W każdym naświetlanym pierścieniu aplikowana jest energia 90J (sekwencja

opracowana przez firmę FOTONA). Procedura ta powoduje wytworzenie dokładnie kontrolowanego nieablacyjnego termalnego działania na ściany pochwy, wywołując natychmiastowe kurczenie się tkanek z jednoczesową inicjacją procesu remodelowania kolagenu oraz rozpoczęcia procedur syntezy kolagenu – de novo.

Po zakończeniu fazy pierwszej, zarówno głowica lasera jak i wziernik zostają usunięte. W fazie drugiej użyta zostaje głowica emitująca wiązkę lasera na wprost. Energia lasera jest



Rysunek 6. Porównanie zachorowalności na nowotwory piersi w Polsce i w krajach Unii Europejskiej (27)

dostarczana na cały obszar przedstonka pochwy i wejścia do pochwy (energia 10J w każdej sekwencji).

Bezpieczeństwo i tolerancję zastosowanej procedury oceniano na podstawie obserwacji możliwych działań niepożądanych, występujących w trakcie oraz po zakończeniu terapii.

W trakcie drugiej fazy procedury (naświetlanie przedstonka pochwy i wejścia do pochwy) w przypadku pacjentek z niskim progrem bólowym istnieje możliwość zasto-

sowania lokalnej analgezji (żel/krem 2% lignocainum).

W zaleceniach po zabiegu u wszystkich pacjentek przez okres jednego miesiąca po zabiegu zastosowano drobnocząsteczkowy kwas hialuronowy, podawany raz dziennie miejscowo w postaci globulek lub/i kremu, jednocześnie zalecono oszczędzający tryb życia (przez okres 1 miesiąca), zakaz stosunków seksualnych (7 dni), zakaz uprawiania sportów, zwłaszcza wyczynowych (30 dni).



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

DR N. MED. WACŁAW ŚMIERTKA

Ginekolog, położnik, onkolog. Oddział Ginekologii Onkologicznej - Klinika Onkologiczna im. M. Skłodowskiej-Curie.

Wizyty kontrolne po przeprowadzonym zabiegu odbyły się 3 miesiące po zabiegu, a kolejne w odstępach 6 miesięcznych.

OCENA WSTĘPNA

Okres obserwacji po leczeniu – 12 miesięcy. U 18 pacjentek (90 proc.) stwierdzono znaczącą poprawę elastyczności i nawilżenia pochwy, u 2 pacjentek (10 proc.) poprawa była umiarkowana.

Siedem pacjentek skarżyło się przed terapią na problem z wysiłkowym nietrzymaniem moczu. Zastosowane leczenie spowodowało poprawę u wszystkich (100 proc.) kobiet.

18 pacjentek (90 proc.) oceniło laseroterapię jako całkowicie bezbolesną, a 2 pacjentki (10 proc.) doświadczyły łagodnego uczucia bólu tylko w trakcie leczenia obszaru przedstonka pochwy i wejścia do pochwy. Głównie był to ból spowodowany efektem termicznym. To odczucie dyskomfortu występowało tylko w trakcie leczenia i ustępowało natychmiast po zakończeniu naświetlania laserem.

Nie wystąpiły żadne działania niepożądane, zarówno bezpośrednio po zabiegu, ani w ciągu 48 godzin, a także podczas wizyty kontrolnej, mającej miejsce 3 miesiące po zakończeniu leczenia. Dyskomfort pacjentek w trakcie leczenia oceniony został jako minimalny.

Porównanie wyników kwestionariusza ICIQ-u. Siedem pacjentek z towarzyszącym SUI – średni rezultat wypełnionego po 3 miesiącach od zakończenia leczenia kwestionariusza wyniósł 6 punktów. Przed zabiegiem wynik ten wynosił 13. U pozostałych trzynastu pacjentek wynik po 3 miesiącach wyniósł 4,5. Kwestionariusz LVT przeprowadzony podczas wizyty kontrolnej w 12 tygodni po zakończeniu leczenia wykazał: 20 pacjentek oceniło pozytywne zmiany napięcia w pochwie (elastyczność pochwy) po przeprowadzonym leczeniu. U 19 pacjentek (95 proc.) przypadków stwierdzono poprawę znaczącą i umiarkowaną; 5 pacjentek poprawę oceniła jako znaczącą, 14 jako umiarkowaną, jedna jako słabą. Wszystkie pacjentki (pytania kwestionariusza LVT) uznały leczenie za wartościowe i poleciłyby leczenie swoim przyjaciółkom. Poprawę satysfakcji seksualnej po leczeniu (LVT) zaobserwowało 19 z 20 pacjentek.

Wstępna ocena pilotażowego badania skuteczności i bezpieczeństwa zastosowania nieablacyjnej laseroterapii (laser Erbowo-Yagowy Er: YAG) w leczeniu zanikowego zapalenia pochwy lub/i wysiłkowego nietrzymania moczu (SUI) u pacjentek po wcześniej przebyłym leczeniu raka piersi wykazała korzystny efekt terapeutyczny przy minimalnych objawach niepożądanych w okresie 12 miesięcznej obserwacji. Ze wstępnych wyników laseroterapia przy użyciu lasera Er: YAG w procedurze nieablacyjnej może stać się jedną z alternatywnych terapii zmian zanikowych w obrębie pochwy i/lub wysiłkowego nietrzymania moczu u pacjentek po wcześniej przeprowadzonym leczeniu raka piersi.



FOT. CHROMA

Czy mi to ZAGWARANTUJESZ?

**W ZROZUMIENIU SENSU GWARANCJI NIE POMAGA WIELOŚĆ ZNACZEŃ
WPROWADZAJĄCYCH ZAMĘT.** Ich rozróżnienie może być przydatne w codziennej praktyce.

Iewykłuczone, że główny problem związany z gwarancją, wynika z zakorzenienia tego pojęcia w języku potocznym, a ten w przeciwieństwie do języka prawniczego bywa mało precyzyjny. W tekście ustawy czy też umowy zazwyczaj każde słowo ma swoje określone jedno znaczenie. Przekładanie więc pewnych pojęć z języka potocznego na język praw i obowiązków może prowadzić do nieporozumień. Podobnie jest z gwarancją, która zgodnie z definicją słownikową może być poręczeniem, że coś nastąpi albo, że jest prawdziwe, bądź też jest zobowiązaniem producenta do bezpłatnej naprawy lub wymiany wyrobu na inny, w przypadku ujawnienia się w nim jakiegokolwiek wady.

Pamiętając więc o tych dwóch znaczeniach gwarancji, warto zastanowić się, w jakim sensie użyje jej pacjent, pytający o gwarancję proponowanego leczenia. Zapewne będzie oczekiwał poręczenia, że leczenie powiedzie się. Jednak, czy w pełni świadomy lekarz będzie mógł takiego zapewnienia udzielić, wiedząc, że skuteczność leczenia uzależniona jest od szeregu czynników, na które ani lekarz, ani pacjent nie mają wpływu. Mimo to, szczególnie przy prost-

szych zabiegach, pojawia się pokusa potwierdzenia, że to leczenie nie jest obciążone żadnym niebezpieczeństwem. Może to prowadzić, w przypadku pojawienia się nieprawidłowości, do uzasadnionych pretensji związanych z koniecznością kontynuacji leczenia i dokonywania kolejnych korekt.

Gwarancja powinna zawierać również informację, że jej zastosowanie nie wyłącza prawa do rąkojmi

JAK ZWYKLE ZGODA

Udzielenie gwarancji, rozumianej jako poręczenie skuteczności wdrażanego leczenia, może powodować naruszenie praw pacjenta. Jednym z nich jest prawo do wyrażenia świadomej i poinformowanej zgody na leczenie. Trudno będzie wybronić się lekarzowi, który przed przystąpieniem do leczenia zastąpił rzetelną in-

autor:
Tomasz Popielski



FOT. MEDIM

formację jedynie zapewnieniem pewności rezultatu. W przyszłości może stać się to nie tylko źródłem pretensji, ale również roszczeń cywilnych o naruszenie praw pacjenta. Lekarz zapewne wycofałby się z rzekomych gwarancji i przekonywałby, że zawsze informował o ryzyku związanym z leczeniem, a spór ostatecznie mu-

gwarancji, rozumianej jako zobowiązanie się do naprawienia wszystkich nieprawidłowości związanych z leczeniem, nawet jeżeli te nie wynikły z działań lekarza. To właśnie na taką gwarancję swoich usług powinien wskazywać lekarz w rozmowie z pacjentką.

ma charakter zbliżony do umowy zlecenia i polega na działaniu starannym, nie dającym jednak pewności co do rezultatu.

Jednak w przypadku niektórych zabiegów wskazuje się, że umowa ma charakter zbliżony do umowy o dzieło, w której najważniejsze jest osiągnięcie rezultatu. Niewątpliwie taka umowa będzie dla lekarza wiązała się z wyższymi wymaganiami i konsekwencjami wynikającymi z nie osiągnięcia celu leczenia. Podsumowując, waginoplastyka będzie zapewne traktowane jako umowa o dzieło, zaś leczenie NTM będzie bardziej zbliżone do umowy zlecenia. Warto o tym pamiętać, zawierając umowę z pacjentem oraz warto zapoznać się z treścią kodeksu cywilnego odnoszącego się do umowy o dzieło, gdyż te przepisy mogą być wykorzystywane w przypadkach występujących niejasności.

GWARANCJA - MOGĘ WSZYSTKO

Świadomość, że lekarza i pacjentkę łączy więź umowna, jest istotna dla stwierdzenia, że gwarancja może stanowić jeden z dodatkowych warunków umownych. Co istotne, gabinet może dobrze funkcjonować, pomimo nie udzielania gwarancji, gdyż ta jest zawsze dobrowolna. Zresztą wprowadzenie gwarancji zawsze powinno być przemyślane, gdyż może się wiązać ze znacznymi nakładami finansowymi w przyszłości.

Zakres gwarancji może być przez lekarza niemal dowolnie kształtowany. Może ona obejmować tylko niektóre zabiegi, wskazywać dowolnie wybrany okres obowiązywania, a także określać wymagania, jakie musi spełnić pacjent, aby mógł z danej gwarancji korzystać. Zakres gwarancji jest praktycznie nieograniczony, a jedynie należy zadbać, by w sposób rażący nie naruszał interesów pacjenta. Co ważne, pacjent akceptujący gwarancję nie może zostać pozbawiony innych praw związanych z zawartą umową, takich jak choćby prawa do odstąpienia od umowy czy też rękojmi.

Gwarancja może być skuteczną metodą związania pacjenta z gabinetem, gdyż może nakładać obowiązek na pacjenta, który chcąc nie stracić prawa do gwarancji, będzie poddawał się regularnym badaniom kontrolnym, które mogą być odpłatne. Jeżeli pacjent będzie wywiązywał się z zasad wskazanych w gwarancji, to będzie mógł liczyć na darmowe leczenie w przypadku wystąpienia problemów, oczywiście jeżeli zasady gwarancji takie rozwiązanie będą przewidywać. Problemy te niekoniecznie może spowodować lekarz, mogą wynikać z różnych sytuacji dotyczących pacjenta, jeżeli gwarancja takich okoliczności nie będzie ich wyłączała.

Gwarancja zgodnie z definicją słownikową - może być poręczeniem, że coś nastąpi albo że jest prawdziwe, lub też jest zobowiązaniem producenta do bezpłatnej naprawy lub wymiany wyrobu na inny, w przypadku ujawnienia się w nim jakiejś wady

siałby rozstrzygnąć sąd. W tego typu przypadku brak pisemnej zgody na leczenie postawi lekarza w złej sytuacji procesowej, szczególnie jeżeli leczenie stanowiło podwyższone ryzyko.

Natomiast udzielenie pacjentowi pełnej informacji na temat możliwych powikłań oraz ryzyk związanych z zabiegiem wcale nie wyłącza możliwości udzielenia

UMOWA NA LECZENIE

Rozpoczynając leczenie pacjentka i lekarz zawierają ze sobą umowę o leczenie i nie ma znaczenia, czy jest to umowa pisemna czy też ustna. Zgodnie z zasadą swobody umów, strony mogą dowolnie kształtować stosunek umowny, tak aby najlepiej spełniało oczekiwania każdej ze stron. Przyjmuje się że umowa o leczenie



Udzielenie gwarancji rozumianej jako poręczenie co do skuteczności wdrażanego leczenia może powodować naruszenie praw pacjenta. Jednym z nich jest prawo do wyrażenia świadomej i poinformowanej zgody na leczenie

DOKUMENTY PROSZĘ

Istotne jest, aby warunki i zasady gwarancji były przygotowane w formie dokumentu. Zgodnie z przepisami, oświadczenie gwarancyjne powinno być sformułowane w sposób jasny i zrozumiały, a nawet może mieć dodatkowo formę graficzną. Im tekst gwarancji będzie bardziej przystępny i dobrze tłumaczący zasady korzystania z gwarancji, tym dla pacjenta i lekarza lepiej, gdyż ogranicza niepotrzebne nieporozumienia. Przygotowanie dokumentu nie tylko dokładnie określa prawa i obowiązki, ale również jest przydatne w przypadku zażądania przez pacjenta wydania gwarancji na piśmie, do czego ma prawo. Ważne, aby gwarancja zawierała również podstawowe informacje potrzebne do korzystania z uprawnień z gwarancji, zwłaszcza nazwę i adres gwaranta oraz czas trwania, ale także spo-

sób postępowania w przypadku potrzeby skorzystania z gwarancji oraz sposób jej rozpatrzenia przez lekarza.

Na stronach internetowych różnych gabinetów można znaleźć informacje o stosowaniu w nich gwarancji. Jednak większość informacji ma charakter dość ogólny, nie określający w pełni zasad gwarancji, przez co mają one charakter reklamowy, nie dają możliwości realnego zapoznania się z zasadami stosowanej gwarancji. Wiele określeń pozostawia również duże pole do swobodnej interpretacji. Jednym z częściej podawanych warunków gwarancji jest dostateczne dbanie o higienę. Jednak trudno uznać, jaki stopień higieny będzie przez pacjenta uznany za dostateczny, a jaki przez lekarza i kto będzie ostatecznie to rozsądzał. Unikanie sformułowań „ocennych” jak i niedookreślonych powinno być podstawą w zapisach gwarancyjnych. Im warunki gwarancji zostaną jasniej sformułowane, tym lepiej.

RĘKOJMIA - TRUDNE POJĘCIE

Gwarancja powinna zawierać również informację, że jej zastosowanie nie wyłącza prawa do rękojmi. Rękojmia jest podstawą odpowiedzialności za nieprawidłowe leczenie, wynikające z uchybień leżących po stronie lekarza. Różnica więc pomiędzy gwarancją a rękojmią jest taka, że gwarancja może mieć szerszy zakres niż rękojmia. Z drugiej strony gwarancja może być niemal dowolnie formułowania, zaś rękojmia jedynie nieznacznie i to w przypadkach ściśle określonych przez prawo. Podstawą do rękojmi może być fakt, że leczenie nie spełniło swojego celu lub też nie spełnia wymagań stawianych przez pacjenta. Obecnie standardowy termin rękojmi wynosi dwa lata. Po zmianach prawnych z zeszłego roku korzyści z zastosowania rękojmi zostały znacznie rozszerzone na rzecz konsumentów, co może powodować rezygnację z korzystania z gwarancji właśnie na rzecz rękojmi. Pacjent nie będzie musiał spełniać dodatkowych warunków zawartych w gwarancji, a jedynie te wynikające z kodeksu cywilnego. Nie przekreśla to jednak potrzeby stosowania gwarancji.

GWARANCJA: CZY TO SIĘ OPLACA

Decyzja o wprowadzeniu gwarancji należy zawsze do lekarza prowadzącego gabinet. Na pewno może stanowić dodatkowy element budujący zaufanie, szczególnie jeżeli zasady gwarancji będą przejrzyste i korzystne dla pacjenta. Nie jest również wskazane, aby wyłącznie kopiować od innych informacje o gwarancji, gdyż te zamieszczone w Internecie zazwyczaj są niepełne. Nie można również zapominać, że zastosowanie gwarancji nie chroni we wszystkich przypadkach od realizacji uprawnień związanych z rękojmią. Gwarancja na pewno poprawia pozycję pacjenta w gabinecie. Po dokładnym przemyśleniu i przygotowaniu warto ją wprowadzić we własnym gabinecie.



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.

Obowiązek szkoleń BHP



WSZYSTKIE OSOBY ZATRUDNIONE W GABINECIE LEKARSKIM POWINNY PRZEJŚĆ PRZESZKOLENIE Z ZAKRESU BHP. Dotyczy to także właściciela gabinetu. Na szczęście szkolenie takie wykonuje się raz na kilka lat i można to zrobić przez... Internet. Nie wywiązanie się z tego obowiązku przez pracodawcę jest wykroczeniem karanym przez Państwową Inspekcję Pracy (PIP) karą grzywny w wysokości od 1000 do 2000 zł.

czywiście ten obowiązek dotyczy wszystkich pracodawców, a więc osób zatrudniających pracowników na podstawie umów o pracę, niezależnie od formy ich własności, branży, czy gałęzi gospodarki.

SZKOLENIE WŁAŚCIELI

Obowiązek szkolenia BHP dotyczy zarówno pracowników, jak i również samego pracodawcy, a także osób zatrudnionych na stanowiskach kierowniczych. Pracodawca ma także obowiązki szkoleniowe w stosunku do podwykonawców, a więc pracowni-

Przeszkolenie pracownika w dziedzinie BHP to jeden z podstawowych obowiązków ciężących na pracodawcy

ków lub osób zatrudnionych przez inne podmioty, ale wykonujących czynności na jego rzecz i na jego

Autor:
**Krzysztof
Jakubowski**

terenie. W takim przypadku właściciel przychodni jest zobowiązany zapoznać takie osoby z zagrożeniami, jakie mogą występować podczas wykonywania prac. Jeśli w przychodni jest zatrudniona osoba do sprzątnięcia, której oficjalnym pracodawcą jest firma sprzątająca, niezależna od podmiotu leczniczego, to właściciel przychodni i tak jest odpowiedzialny za przeszkolenie takiej osoby.

Zgodnie z art. 207 § 1. Kodeksu Pracy to pracodawca ponosi odpowiedzialność za bezpieczeństwo i higienę pracy w zakładzie pracy. Odpowiedzialność ta dotyczy, w ogólnym zarysie, stworzenia bezpiecznych i higienicznych warunków pracy dla pracownika, jak również dbałości o właściwe przeszkolenie pracownika w zakresie BHP. Przeszkolenie pracownika w dziedzinie BHP to jeden z podstawowych obowiązków ciążyących na pracodawcy. Obowiązek ten dotyczy zarówno przeprowadzania szkoleń wstępnych jak i okresowych.

SKOLENIE WSTĘPNE

Przed przystąpieniem do pracy każdy pracownik powinien odbyć szkolenie wstępne. Składa się ono z dwóch instruktaży: ogólnego i stanowiskowego.

Instruktaż ogólny to zapoznanie się z podstawowymi przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy zawartymi w Kodeksie Pracy, regulaminie pracy, z przepisami oraz zasadami BHP obowiązującymi w danym zakładzie pracy, a także z zasadami udzielania pierwszej pomocy w razie wypadku. Podczas takiego instruktażu właściciel gabinetu powinien poinformować o zasadach panujących w gabinecie, poinformować o ewentualnych zagrożeniach (najczęstszą przyczyną wypadków jest potknięcie się o otwartą dolną szufladę komody na dokumenty), podać godziny pracy, omówić zasady korzystania z Internetu na terenie placówki, itp.

Z kolei instruktaż stanowiskowy obejmuje szczegółowy instruktaż pracy na danym stanowisku, np. pielęgniarki, recepcjonistki, sprzątaczkę czy lekarza. Pracodawca musi dokładnie wytłumaczyć, jak obsługiwać poszczególne urządzenia, jak zachowywać się w nietypowych sytuacjach. Co jest niezmiernie ważne, instruktaż ten omawia ryzyko zawodowe związane z wykonywaną pracą oraz sposoby ochrony przed zagrożeniami.

KTO PRZEPROWADZA SZKOLENIE

Sytuacja jest dość skomplikowana. Wielu pracodawców błędnie uważa, iż skoro odpowiadają za stan BHP w swojej firmie czy gabinecie, to mogą również wykonywać, bez spełnienia dodatkowych warunków, wszystkie wymagane szkolenia BHP. Pogląd taki nie znajduje jednak uzasadnienia w przepisach prawa pracy. Warunkiem tego, aby pracodawca mógł samodzielnie przeprowadzać np. instruktaż ogólny, jest ukończenie 64-godzinnego szkolenia dla pracodawców wykonujących zadania służby bezpieczeństwa i higieny pracy. Zatem zalecamy każdemu pracodawcy ukończenie takiego kursu. Co do zasady, instruktaż ogólny może przeprowadzać albo pracownik służby bezpieczeństwa i higieny pracy albo wyznaczony przez pracodawcę pracownik o odpowiednim zasobie wiedzy i umiejętności. Pracownik ten musi mieć również aktualne zaświadczenie o ukończeniu wymaganego szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy. Jeśli pracodawca bez wymaganych uprawnień podpisze kartę szkolenia BHP, PIP zazwyczaj podważa legalność takiego szkolenia, co oznacza, iż pracownik traktowany jest jak osoba dopuszczona do pracy bez ważnych szkoleń wstępnych. Działanie takie z kolei stanowi wykroczenie pracodawcy, które jest karane postępowaniem mandatowym. Jedynym szkoleniem, które samodzielnie może wykonać pracodawca, jest instruk-

Wielu pracodawców błędnie uważa, iż skoro odpowiadają za stan BHP w swojej firmie czy gabinecie, to mogą również wykonywać, bez spełnienia dodatkowych warunków, wszystkie wymagane szkolenia BHP. Pogląd taki nie ma jednak uzasadnienia w przepisach prawa pracy

taż stanowiskowy, przypomnijmy, przeprowadzany w ramach szkolenia wstępnego. Jednak i tu jest jeden podstawowy warunek: pracodawca musi być przeszkolony w zakresie metod prowadzenia instruktażu stanowiskowego. Szkolenie w tym zakresie może odbyć się na dwa sposoby: albo jako oddzielne, specjalistyczne szkolenie prowadzone przez jednostki organizacyjne szkolące w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy, albo przeprowadzane w ramach szkolenia okresowego BHP dla pracodawców, co jest rozwiązaniem i tańszym i szybszym. Jeśli pracodawca z różnych powodów nie chce się angażować w przeprowadzanie dla swych pracowników szkoleń stanowiskowych, szkolenia te może wykonywać inny wyznaczony przez niego pracownik, spełniający jednak kilka warunków. Po pierwsze musi być zatrudniony na stanowisku kierowniczym, po drugie musi posiadać odpowiednie kwalifikacje i doświadczenie zawodowe, i wreszcie po trzecie, musi odbyć odpowiednie przeszkolenie.

reklama



PartnerBHP

BEZPIECZEŃSTWO TWOJEJ FIRMY

OFERTA WSPÓŁPRACY

OFERUJEMY

- Kompleksową obsługę firmy w zakresie bhp w tym nadzór i doradztwo w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy;
- Szkolenia w zakresie bhp i p. poż. (wstępne, okresowe w systemie samokształcenia kierowanego przez Internet – dla pracowników administracyjno-biurowych, kadry kierowniczej oraz pracodawców)
- Ocenę ryzyka zawodowego;
- Prowadzenie postępowania powypadkowego i odszkodowawczego;

JAWORZNIA 70A 26-065 PIEKOSZÓW

BIURO TERENOWE KIELCE, UL. MAŁA ZGODA 8,
TEL. 664724124, E-MAIL: K.JAKUBOWSKI@POCZTA.FM
WWW.BHP-KIELCE.PL



Instruktaż ogólny to zapoznanie z podstawowymi przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy zawartymi w Kodeksie Pracy, regulaminie pracy, z przepisami oraz zasadami BHP obowiązującymi w danym zakładzie pracy, a także z zasadami udzielania pierwszej pomocy

lenie w zakresie metod prowadzenia instruktażu stanowiskowego, które przypomnijmy, może uzyskać w ramach szkolenia okresowego BHP.

Fakt odbycia przez pracownika szkolenia wstępnego musi zostać potwierdzony na piśmie poprzez wypełnienie „Karty szkolenia wstępnego w dziedzinie BHP”. Jest to dokument będący załącznikiem do rozporządzenia w sprawie szkoleń BHP, a więc nie powinien być dowolnie modyfikowany ani zmieniany. Po właściwym wypisaniu Karty szkolenia wstępnego, należy ją przechowywać w części B akt osobowych pracownika (tj. zbiorze dokumentów dotyczących nawiązania stosunku pracy oraz przebiegu zatrudnienia).

SZKOLENIA OKRESOWE

Oprócz szkoleń wstępnych, pracodawca musi zapewnić pracownikom odbycie szkoleń okresowych. Szkolenie okresowe ma na celu, w przeciwieństwie do szkoleń wstępnych, aktualizację i ugruntowanie już posiadanej wiedzy i umiejętności zdobytych przez pracownika zarówno w toku szkolenia wstępnego, jak i w trakcie wykonywanej na rzecz pracodawcy pracy. Szkolenia okresowe odbywają co do zasady wszyscy pracownicy na wszystkich stanowiskach pracy, a więc: osoby kierujące pracownikami, pracownicy zatrudnieni na stanowiskach robotniczych, pracownicy inżynieryjno-techniczni oraz pracownicy administracyjno-biurowi. Szkolenie okresowe ma również obowiązek odbyć sam pracodawca. Szkolenie to jest cykliczne, a więc okresowo powtarzalne. Nie należy mylić okresu, po upływie którego należy wykonać pracownikowi pierwsze szkolenie okresowe z okresem, po którym istnieje obowiązek wykonania kolejnych szkoleń okresowych. Pierwsze szkolenie okresowe dla pracodawcy oraz osób kierujących przeprowadza się w okresie do 6 miesięcy od rozpoczęcia pracy, natomiast dla osób zatrudnionych na innych niż kierownicze stanowiskach szkolenie trzeba przeprowadzić w okresie do 12 miesięcy od rozpoczęcia przez nich pracy. Kolejne szkolenie okresowe dla pracodawców, osób kierujących oraz pracowników inżynieryjno-technicznych przeprowadza się nie rzadziej niż raz na 5 lat, dla pracowników zatrudnionych na stanowiskach robotniczych nie rzadziej niż raz na 3 lata, natomiast dla pracowników administracyjno-biurowych nie rzadziej niż raz na 6 lat. Wprawdzie to pracodawca ma obowiązek wyznaczyć częstotliwość tych szkoleń, jednak nie może być ona wyznaczona poniżej minimalnych czasookresów określonych w przepisach.

PRZEPROWADZENIE SZKOLENIA

Z punktu widzenia interesów pracodawcy ważny jest sposób, w jaki można odbyć szkolenie okresowe oraz kto może je przeprowadzić. Może być ono organizowane i prowadzone przez pracodawców lub, na ich zlecenie, przez jednostki organizacyjne prowadzące dzia-

łalność szkoleniową w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy. Szkolenie dla pracodawcy może wykonać wyłącznie jednostka prowadząca działalność szkoleniową w dziedzinie BHP. Sposób przeprowadzenia szkolenia okresowego zależy w głównej mierze od rodzaju stanowisk pracy, na których zatrudnieni są pracownicy. Wyróżniamy dwa sposoby prowadzenia szkolenia: stacjonarny i niestacjonarny, tzw. system samokształcenia kierowanego. Pierwszy ze sposobów dotyczy stanowisk robotniczych, a więc stanowisk, na których występują o wiele większe zagrożenia niż na pozostałych stanowiskach pracy. Z tych to powodów ustawodawca wprowadził obowiązek przeprowadzania szkolenia na tych stanowiskach wyłącznie w formie stacjonarnego instruktażu. W przypadku pozostałych grup stanowisk, w szczególności dotyczących pracodawcy, osób kierujących innymi pracownikami oraz kadry administracyjno-biurowej, szkolenie okresowe może odbyć się niestacjonarnie, przez internet lub w systemie samokształcenia kierowanego. Ta forma szkolenia z roku na rok zyskuje coraz większe grono zwolenników, głównie ze względu na oszczędność czasu spędzonego na szkoleniu, a także na możliwość zapoznawania się z materiałem szkoleniowym w dowolnym czasie i miejscu. Podczas samodzielnego uczenia się uczestnik szkolenia powinien mieć możliwość skorzystania z konsultacji przeprowadzanych z organizatorem szkolenia przez wykorzystanie poczty elektronicznej, telefonu czy komunikatora internetowego.

EGZAMIN

Każde szkolenie okresowe powinno skończyć się egzaminem przeprowadzonym przez organizatora szkolenia. Forma egzaminu jest dowolna. Przepisy nie wyznaczają w tym zakresie żadnych reguł. Może to być egzamin zarówno ustny jak i pisemny, test lub dowolne opracowanie świadczące o właściwym nabyciu przez pracownika wiedzy i umiejętności w dziedzinie BHP. Po zakończeniu szkolenia okresowego organizator szkolenia jest zobowiązany wydać pracownikowi zaświadczenie, którego wzór określa rozporządzenie. Warto pamiętać, że zaświadczenie to jest własnością pracownika, a więc pracodawca może jedynie przechowywać jego kopię (odpis) potwierdzoną za zgodność z oryginałem. Miejsce przechowywania zaświadczenia jest analogiczne do miejsca przechowywania Karty szkolenia wstępnego.



**KRZYSZTOF
JAKUBOWSKI**

Gł. specjalista ds. BHP,

Inspektor ochrony p.poż. Właściciel firmy PartnerBHP
www.bhp-kielce.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:

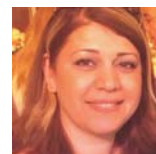
UNIWERSYLET MEDYCZNY
IM. KAROLAKA SZAROTKOWSKIEGO W POZNANIU

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



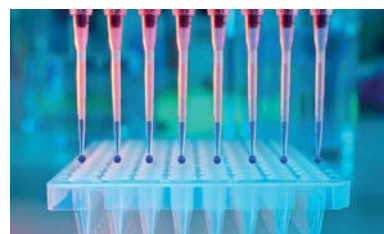
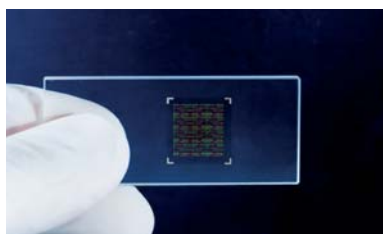
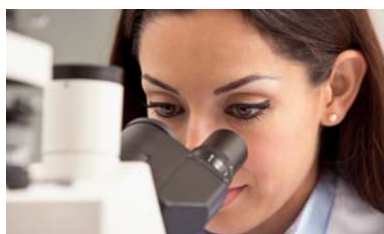
GENESIS

Centra Genetyki Medycznej



Centra Genetyki Medycznej GENESIS jest podmiotem leczniczym funkcjonującym na rynku genetyki medycznej od 1999r. Specjalizuje się w diagnostyce rzadkich chorób genetycznych, niepowodzeń rozrodu, wad wrodzonych oraz genetyce onkologicznej.

Centra Genetyki Medycznej GENESIS posiada zespół lekarzy genetyków klinicznych, cytogenetyków oraz biologów molekularnych.



CGM GENESIS specjalizuje się w diagnostyce i poradnictwie genetycznym w obszarach:

- rzadkich chorób genetycznych
- wad wrodzonych
- niepłodności, poronień samoistnych, w tym badań genetycznych materiału z poronienia samoistnego
- niepełnosprawności intelektualnej, autyzmu i innych zaburzeń rozwoju dziecka
- genetycznie uwarunkowanych chorób narządu wzroku
- nowotworów dziedzicznych
- innych m. in. celiakii, atopowego zapalenia skóry

CGM GENESIS wykonuje badania metodami cytogenetycznymi i molekularnymi, w tym metodą MIKROMACIERZY. We współpracy z ośrodkami zagranicznymi oferuje badania wykonywane metodą sekwencjonowania następnej generacji (NGS).

CGM GENESIS

ul. Grudzieniec 4
60-601 Poznań
T: +48 61 852 73 32
F: +48 61 851 66 46

Infolinia dla Pacjentów: 601 305 306
codziennie: 8:00 - 22:00

www.genesis.pl