

nowy

dwumiesięcznik

gabINET

ginekologiczny

www.e-ginekologia.pl

magazyn branżowy

wyposażenie
materiały
prawo

nr 5 (30) 2016 r.

ISSN 2084-5839

Dermatozy u kobiet w ciąży



**Kto może kontrolować
gabINET
ginekologiczny?**

**Rośliny lecznicze
obecnie stosowane
w ginekologii**

**Nowe technologie
do monitorowania
dobrostanu płodu**



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.

12

Pytania do prawnika

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

16

Lekarz kontrolowany

W mediach, co chwilę pojawiają się informacje o zleonych bądź przeprowadzonych kontrolach w placówkach systemu ochrony zdrowia. Czy lekarz takich kontroli powinien się obawiać?

19

Referencje Polskiego Towarzystwa

Ultrasonograficznego

dla programu NewNioMed® przeznaczonego do Gabinetów Lekarskich z Pracownią USG i archiwizacją wyników badań + dokumentacji

20

Urlop na szkolenie

Lekarze zobowiązani są do nieustannego podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Ostatnio pojawił się projekt nowego rozporządzenia w tej sprawie. Zmieniono nieco zasady przyznawania tzw. punktów edukacyjnych. Nie mniej, wciąż najwięcej punktów można „zarobić” uczestnicząc w szkoleniach.

24

Rośliny lecznicze obecnie stosowane w ginekologii

Fitoterapia towarzyszy człowiekowi od zarania dziejów. Wraz z postępem badań i wprowadzaniem innowacyjnych leków syntetycznych obserwuje się równocześnie postęp

w dziedzinie leku naturalnego.

28

Dermatozy u kobiet w ciąży

W ciąży mogą wystąpić zmiany skórne, zaliczane do jednej z trzech kategorii: skórne objawy ciąży, wywołane zmianami hormonalnymi i immunologicznymi,

32

Nowe technologie do monitorowania dobrostanu płodu

Telemedycyna jest dynamicznie rozwijającym się nurtem współczesnej opieki nad pacjentem. Łącząc w sobie elementy medycyny, informatyki oraz telekomunikacji w znaczący sposób poprawia jakość usług medycznych. Oferuje rozwiązania w wielu dyscyplinach. Niebawem, na polskim rynku, pojawi się także teleKTG.

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. Włodzimierz Sawicki
Kierownik Katedry i Kliniki Położnictwa Chorób Kobietych i Ginekologii Onkologicznej II Wydział Lekarski WUM;

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

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. Beata Sterlińska-Tulimowska
Wykładowca LAHA, wykładowca Fotona, Tulimowski&Sterlińska Gabinetu Ginekologiczne, Warszawa;

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

Prof. dr hab. Zbigniew Celewicz
Klinika Perinatologii, Położnictwa i Ginekologii, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie;

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

KARMIENTE PIERSIĄ

Karmiły, by pokazać, jakie to ważne

W BUKARESZCIE ODBYŁO SIĘ NIEWYKŁĘ WYDARZENIE. W jednym z tamtejszych muzeów zebrało się kilkadziesiąt młodych mam, by nakarmić tam piersią swoje dzieci. Kobiety w ten sposób wzięły udział w akcji promocyjnej na rzecz karmienia piersią w miejscach publicznych.

Dodatkowo panie ubrały się w tradycyjne wyszywane stroje, wspólnie spędziły czas przy rozmowie. Kobiety otwarcie przyznały, że w Rumunii nadal nie jest powszechne karmienie piersią w miejscach publicznych. Jedna z kobiet powiedziała, że "ludzie dziwnie patrzają, ale to dzieci są dla niej najważniejsze". W Rumunii tylko 12,6 proc. kobiet karmi piersią dzieci do sześciu miesięcy. Panie mają świadomość, jak cenne jest karmienie piersią, ale twierdzą jednocześnie, że nie wszyscy przywykli do tego widoku. Światowy Tydzień Karmienia Piersią odbywał się w pierwszym tygodniu sierpnia.



FOT. 123RF

W Polsce sprawa publicznego karmienia piersią rozgorzała po wyrzuceniu karmiącej matki od stolika w kawiarni. Oliwy do ognia dolał europoseł Marek Migalski (Polska RAZEM). Na swoim fanpage napisał on ... Karmienie jest czynnością naturalną i potrzebną dziecku oraz matce. Tak samo, jak dla innych puszczenie bąków, sikanie czy plucie, też są naturalne i dobre dla organizmu...

Oczywiście oburzyło się wiele osób, choć znaleźli się również zwolennicy takiej interpretacji. (PT)

PRAWO

Kontrole NIK-u

PORODÓWKI Z WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO DOBRZE WYPADAJĄ W PRZESTRZEGANIU STANDARDÓW OPIEKI OKOŁOPORODOWEJ. ŹŁE WYGLĄDAJĄ WYNIKI KONTROLI KARMIENTA NOWORODKÓW.

Najwyższa Izba Kontroli sprawdziła 29 placówek w całym kraju, standardy opieki okołoporodowej nigdzie nie były w pełni przestrzegane. Kontrolerzy NIK stwierdzili, że regulacje te nie są zatem skutecznym narzędziem do zapewnienia pacjentkom i noworodkom odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa, a także poszanowania intymności i godności. Na Śląsku bardzo wysoki odsetek dzieci od momentu urodzenia dokarmiany jest mlekiem modyfikowanym - w Myszkowie (ZOZ) było to 84 proc., w Zawierciu (Szpital Powiatowy) - 80 proc. Natomiast w Szpitalu w Bytomiu dzieciom podawane były różne mieszanki. Od kilku lat przy Szpitalu Miejskim w Rudzie Śląskiej-Goduli działała bank mleka kobiecego. Może z niego skorzystać każda matka, która chwilowo nie może karmić dziecka piersią, ale szpitale jednak nie wykorzystują takiej możliwości. (PT)

PRAWO

Szpital zawiadomił prokuraturę

WNIOSEK W SPRAWIE ANONIMOWEGO DONOSU, KTÓRY TRAFIŁ DO WROCŁAWSKICH MEDIÓW, ZŁOŻYŁ DO PROKURATURY REJONOWEJ WROCŁAW KRZYKI-ZACHÓD UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY WE WROCŁAWIU.

List ten zawierał nieprawdziwe treści, które godzą w wizerunek szpitala i mają znamiona zniesławienia, obrażają personel medyczny oraz narażają na utratę zaufania - czytamy na stronie internetowej szpitala. Na stronie szpitala czytamy dalej: "Autor donosu

przedstawia nieprawdziwy przebieg leczenia 35-letniej pacjentki oraz przyczynę jej zgonu. Ubolewamy nad tym, że autor anonimu działał na szkodę szpitala, ale największą krzywdę wyrządził rodzinie pacjentki dostarczając jej dodatkowych cierpień". Pacjentka obciążona poważnymi schorzeniami urodziła bezpiecznie zdrowe dziecko. Zmarła w drugiej dobie po porodzie, z powodów kardiologicznych. Mimo prowadzonej reanimacji nie zdołaliśmy jej uratować - tłumaczą przedstawiciele szpitala. (PT)

STATYSTYKI

Mniejsza umieralność noworodków w Polsce

4,4 PROMILA NA TYSIĄC RODZĄCYCH - TYLE WYNOŚI OBECNIE ŚREDNIA UMIERALNOŚCI OKOŁOPORODOWEJ W POLSCE. ŚREDNIA UNIJNA WYNOŚI 6 PROMILI. TAKI WYNIK LOKUJE NASZ KRAJ W CZŁÓWCE EUROPEJSKIEJ.

Specjaliści twierdzą, że tak dobry wynik zawdzięczamy wprowadzeniu kategoryzacji szpitali w położnictwie. Zatem w placówkach o najniższym stopniu referencyjności rodzą kobiety z ciążą niepowikłaną, natomiast pacjentki z ciążą średnio powikłaną trafiają do szpitali z drugim stopniem referencyjności, a te z poważnymi komplikacjami są przekazywane do specjalistycznych jednostek. Według Światowej Organizacji Zdrowia prawdopodobieństwo śmierci okołoporodowej wynosi w Polsce 1 do 19 800. Dla porównania w Czechach to 1 do 12 100, a w Niemczech - 1 do 11 000. Lepsza sytuacja jest tylko w Finlandii, Norwegii i Szwecji.

W Polsce maleją różnice również pomiędzy województwami. Już pięć województw może pochwalić się wynikiem umieralności okołoporodowej - poniżej 4 promile. Tak dobre wyniki pomogły osiągnąć dobre standardy opieki okołoporodowej i program opieki perinatalnej. Według specjalistów, przyczyniły się do tego również programy specjalizacyjne położników i neonatologów. Najlepsze wyniki dotyczące opieki perinatalnej w Polsce zanotowano: w woj. zachodniopomorskim umieralność okołoporodowa to 3,1 promila, lubelskim - 3,4, warmińsko-mazurskim - 3,7, podlaskim - 3,8 i świętokrzyskim - 4. Najsłabiej na tle kraju wypadają województwa: łódzkie - 5,7, lubuskie - 5,4 i pomorskie - 5,2. Wszystkie pozostałe mają wskaźnik umieralności poniżej 5.

Jeszcze kilkanaście lat temu Polska była na szarym końcu, ze wskaźnikiem przekraczającym 20 promili. (PT)

PRAWO

Klauzula sumienia - propozycja Rzecznika Praw Pacjenta

W SYTUACJI POWOŁANIA SIĘ PRZEZ LEKARZY NA KLAUZULĘ SUMIENIA, SZPITAL POWINIEN ZAPEWNIĆ PACJENTCE REALNY DOSTĘP DO ŚWIADCZENIA, np. poprzez zawarcie umowy o podwykonawstwo - powiedziała Rzecznik Praw Pacjenta Krystyna Kozłowska.

Wydała taką opinię na prośbę wystosowaną przez Rzecznika Praw Obywatelskich. Kozłowska dodaje, że "zauważalnym problemem jest brak wydania pacjentce skierowania do innego podmiotu leczniczego w przypadku, gdy wszyscy lekarze odmówili wykonania zabiegu lub dokonania konsultacji, bez odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej pacjentki". Kozłowska zaproponowała konkretne rozwiązania „proponowana zmiana mogłaby obejmować wprowadzenie zapisu, stosownie do którego w sytuacji powołania się przez wszystkich lekarzy podmiotu leczniczego na tzw. klauzulę sumienia, podmiot leczniczy obowiązany byłby zapewnić realny dostęp pacjentowi do świadczenia zdrowotnego (np. poprzez zawarcie umowy o podwykonawstwo)". (PT)

Jeszcze większy komfort i bezpieczeństwo badania ginekologicznego

invisio®

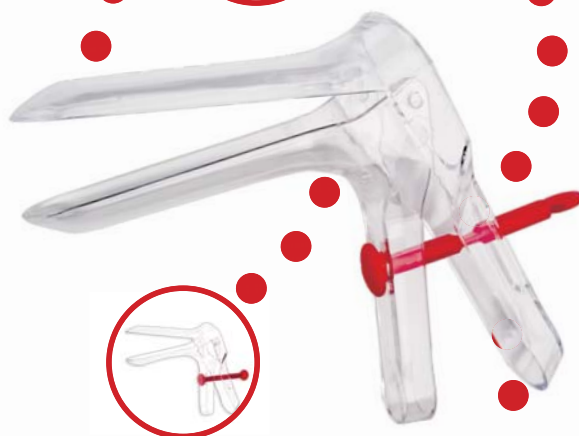
pierwszy wziernik z polską ekspertyzą CBIET Poznań

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

NFZ

Jest jeszcze wiele do zrobienia

MŁODE KOBIECY MAJĄ CORAZ WIĘKSZĄ WIEDZĘ NA TEMAT ZAKRESU 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, 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 - 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 kobiet nie



FOT. 123RF

wiedziała, jak nazywa się lekarz prowadzący, mniej niż połowa potwierdza, że usłyszała pytania przed podjęciem czynności związanych z porodem. Również 45 proc. kobiet

odpowiedziało, że personel medyczny nie pytał o natężenie odczuwanego bólu, natomiast 58 proc. - że nie omówiono z nimi sposobów uśmierzenia bólu podczas porodu. (PT)

SZPITALA

Program „Mały Dolnoślązak”

27 MILIONÓW ZŁOTYCH W OPIEKĘ PERINATALNĄ ZAINWESTOWANO NA DOLNYM ŚLĄSKU. WSZYSTKO W RAMACH PROGRAMU „MAŁY DOLNOŚLĄZAK”.

Zakupiono 222 urządzenia diagnostyczne i terapeutyczne, przeprowadzono kilkadziesiąt tysięcy badań oraz szkoleń dla personelu i kobiet w ciąży. Samorząd zdecydował się zrealizować projekt poprawy opieki perinatalnej na Dolnym Śląsku z tego powodu, że statystycznie śmiertelność noworodków była w regionie większa niż średnia w kraju – powiedział podczas konferencji prasowej Cezary Przybylski, marszałek województwa dolnośląskiego. Marszałek dodał, że po dwóch latach działania programu już widać efekty, umieralność noworodków spada. Urządzenia otrzymało 9 dolnośląskich szpitali, w tym jeden kliniczny, trzy powiatowe i pięć placówek samorządu województwa. W programie przebadano 60 tysięcy noworodków i kobiet ciężarnych. Szpitale wzbogaciły się o 17 aparatów wspomagających oddychanie, 16 inkubatorów, 32 kardiomonitory, 28 pomp infuzyjnych. Wydano w sumie 27 mln zł, z których 22 mln zł to fundusze unijne, a 5 mln zł pozyskano z budżetu państwa. (PT)

Z ZAGRANICY

Wielka Brytania: Będą testy z angielskiego?

WIELKA BRYTANIA PRAWDOPODOBNIENIE WPROWADZI TRUDNIEJSZE TESTY DLA PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA. BRYTYJSKIE ŚRODOWISKO MEDYCZNE TWIERDZI, ŻE BEZPIECZEŃSTWO PACJENTÓW W WIELKIEJ BRYTANII JEST ZAGROŻONE, PONIEWAŻ LEKARZE, DENTYŚCI I PIELEŃNIARKI MAJĄ ZAŁATWE TESTY ZE ZNAJOMOŚCI JĘZYKA ANGIELSKIEGO.

W ciągu ostatniego roku aż 29 lekarzom z krajów unii europejskiej postawiono zarzut zbyt słabej znajomości języka angielskiego. Taki sam zarzut postawiono tylko 10 lekarzom z krajów spoza

Unii. Obecnie lekarze z krajów Unii byli weryfikowani tylko na podstawie ogólnej znajomości języka angielskiego, natomiast medycy spoza wspólnoty musieli przejść specjalny test dotyczący biegłości w terminologii medycznej. Brytyjskie środowisko chce, by takie testy przechodzili również lekarze z krajów Unii Europejskiej. Wśród Europejczyków najlepszą znajomością angielskiego wykazują się polscy oraz niemieccy lekarze, natomiast największy problem z angielskim mają Francuzi i Włosi. Na razie nie ma szczegółowych informacji dotyczących terminu wejścia zmian. (PT)

SZPITALA

II stopień referencyjności dla zabrzańskich oddziałów

OD 1. WRZEŚNIA ODDZIAŁY POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNY, PATOLOGII CIĄŻY, GINEKOLOGII ONKOLOGICZNEJ, ENDOKRYNOLOGII GINEKOLOGICZNEJ ORAZ ODDZIAŁ NEONATOLOGII W CENTRUM ZDROWIA KOBIECY I DZIECKA SZPITALA MIEJSKIEGO W ZABRZU SPEŁNIĄ KRYTERIA II STOPNIA REFERENCYJNOŚCI.

Oddziały te otrzymały pozytywną opinię od krajowych konsultantów w dziedzinie położnictwa i neonatologii. Oddziały wizytowali również kontrolerzy z Funduszu Zdrowia. Otrzymanie II stopnia referencyjności wpłynie pozytywnie na poprawę funkcjonowania oddziałów. Otworzy to możliwość wdrożenia wysokospecjalistycznych procedur, do realizacji których oddziały są przygotowane. Wpłynie również na polepszenie jakości świadczonych usług medycznych. Drugi stopień stworzy również możliwość przyjmowania porodów niestandardowych. Szpital otrzyma zwrot pieniędzy z Narodowego Funduszu Zdrowia w takich przypadkach. (PT)

KONTROLE

Kontrolerzy NIK mają zastrzeżenia

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI PRZEPROWADZIŁA KONTROLĘ NA ŁÓDZKICH PORODÓWKACH. WYNIKI NIE SĄ ZADOWALAJĄCE. NIE WSZYSTKIE SKONTROLOWANE ODDZIAŁY POŁOŻNICZE ZAPEWNIŁY PACJENTKOM I NOWORODKOM ŚWIADCZENIA MEDYCZNE ODPOWIEDNIEJ JAKOŚCI. Kontrolerzy NIK-u odwiedzili nie tylko łódzkie porodówki – kontrole były przeprowadzone w całej Polsce. Wśród uchybień wymieniono m.in. brak dostępności anestezjologa, brak zachowania intymności, poród w niehumanitarnych warunkach. W samej Łodzi największe zastrzeżenia dotyczyły zbyt dużej liczby interwencji medycznych przy porodzie, takich jak przebijanie pęcherza płodowego, naciąganie krocza. Zastrzeżenia były również do zbyt częstego podawania rodzającym matkom oksycytyny. (PT)

PRAWO

Ubezpieczenie OC: Tysiące lekarzy już skorzystało

PROGRAM UBEZPIECZEŃ OD ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ, ZORGANIZOWANY PRZEZ OKRĘGOWĄ IZBĘ LEKARSKĄ W WARSZAWIE CIESZY SIĘ OGROMNYM ZAINTERESOWANIEM. Z programu skorzystało do tej pory ponad 16 tysięcy lekarzy i lekarzy dentyistów.

Lekarz, który zdecyduje się na takie ubezpieczenie, może mieć pewność, że jego warunki obejmują ryzyka wynikające z udzielania świadczeń medycznych przez lekarza i lekarza dentyistę. Z ubezpieczenia może skorzystać również dentysta, który nie ma zarejestrowanej działalności gospodarczej, czyli może ubezpieczyć się dobrowolnie od odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania zawodu. Polisa obejmuje opłacającego składkę wyłącznie na terenie Polski. (PT)

więcej na: E-GINEKOLOGIA.PL

Bez ryzyka urwania nici.

Wybierz pessar ze stabilnie mocowaną nicią.



Pessar Dr. Arabin



NOWOŚĆ

Pessar wyposażony w mocną, polimerową nicią zamiast silikonowego sznurka

znielowane 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

Punkty edukacyjne - nowe zasady ich zdobywania

NOWE ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA WESZŁO W ŻYCIE 8 WRZEŚNIA. DOTYCZY ONO NOWEGO SPOSOBU DOPEŁNIENIA OBOWIĄZKU DOSKONAŁENIA ZAWODOWEGO LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW. SZEROKO NA TEMAT NOWYCH ZASAD ZDOBYWANIA PUNKTÓW EDUKACYJNYCH PISALIŚMY JUŻ NOWYM GABINETECIE STOMATOLOGICZNYM. WCIAŻ BĘDZIE MOŻNA OTRZYMAĆ PUNKTY ZA PRENUMERATĘ NASZEGO CZASOPISMA.

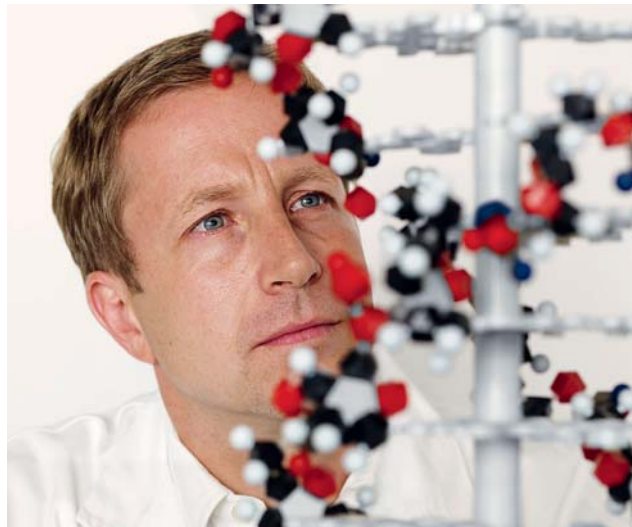
Rozporządzenie znosi część niektórych ograniczeń i limitów punktów edukacyjnych. Ministerstwo podaje, że chciało w ten sposób uprościć procedury. Chodzi konkretnie o podział punktów edukacyjnych, które odpowiadają poszczególnym formom doskonalenia zawodowego, a także katalogu form doskonalenia zawodowego. Zniesiono również limit punktów edukacyjnych w odniesieniu do poszczególnych form doskonalenia zawodowego.

Nowe rozporządzenie wprowadza zmiany w stosunku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków (Dz. U. poz. 2326, z 2005 r. poz. 1196 oraz z 2008 r. poz. 1616).

Od 8 września punkty edukacyjne można zdobyć za:

- 1) realizowanie programu specjalizacji lub umiejętności – 50 pkt na 1 rok;
- 2) udział w kursie medycznym:
 - a) nieobjętym programem odbywanej specjalizacji lub nabywanej umiejętności lub
 - b) realizowanym za pośrednictwem środków przekazu telewizyjnego i sieci internetowej z ograniczonym dostępem – który uzyskał akceptację Naczelnej Rady Lekarskiej – 1 pkt za 1 godz.;
- 3) udział w krajowym lub zagranicznym kongresie, zjeździe, konferencji lub sympozjum naukowym – 1 pkt za 1 godz.;
- 4) odbycie praktyki klinicznej w krajowym lub zagranicznym ośrodku specjalistycznym – 5 pkt za 1 dzień;

- 5) udział w posiedzeniu oddziału stowarzyszenia działającego jako „kolegium specjalistów” albo „lekarzskie towarzystwo naukowe”, zwane dalej „towarzystwem naukowym”, lub udział w posiedzeniu sekcji albo koła tego stowarzyszenia lub towarzystwa naukowego – 3 pkt za posiedzenie;
- 6) udział w szkoleniu wewnętrznym organizowanym przez podmiot leczniczy, w którym lekarz udziela świadczeń zdrowotnych, lub przez grupę lekarzy – 1 pkt za godz. szkolenia, max 6 pkt za 1 szkolenie;
- 7) wykład lub doniesienie w formie ustnej lub plakatowej na kongresie, zjeździe, konferencji



FOT. ROCHE

- lub sympozjum naukowym – 15 pkt;
- 8) udział w programie edukacyjnym krajowym lub zagranicznym, który uzyskał akceptację Naczelnej Rady Lekarskiej, udostępnianym za pośrednictwem środków przekazu telewizyjnego, sieci internetowej i innych mediów, umożliwiających wiarygodne sprawdzenie uzyskanej przez uczestnika wiedzy lub umiejętności i potwierdzenie jego tożsamości – 1 pkt za 1 godz. programu edukacyjnego;
- 9) uzyskanie stopnia naukowego doktora, doktora habilitowanego lub tytułu profesora – w zakresie nauk medycznych – 200 pkt;
- 10) napisanie i opublikowanie fachowej książki medycznej, rozdziału w książce lub edukacyjnego programu multimedialnego – 100 pkt, wznowienie – 50 pkt;

- 11) napisanie i opublikowanie książki o charakterze medycznym, rozdziału w książce lub edukacyjnego programu multimedialnego – 50 pkt, wznowienie – 25 pkt;
- 12) przetłumaczenie i opublikowanie fachowej książki medycznej, rozdziału w książce lub edukacyjnego programu multimedialnego – 30 pkt, wznowienie – 15 pkt;
- 13) autorstwo lub współautorstwo artykułu opublikowanego w fachowym czasopiśmie medycznym wymienionym w części A lub B wykazu czasopism naukowych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 44 ust. 2 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o zasadach finansowania nauki (Dz. U. z 2014 r. poz. 1620, z 2015 r. poz. 249 i 1268 oraz z 2016 r. poz. 1020 i 1311) – dwukrotność liczby punktów wskazanych w części A i B wykazu ministra właściwego do spraw nauki, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 44 ust. 2 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o zasadach finansowania nauki;
- 14) napisanie i opublikowanie artykułu w innym recenzowanym, fachowym czasopiśmie medycznym – 20 pkt;
- 15) przetłumaczenie i opublikowanie artykułu w fachowym czasopiśmie medycznym – 10 pkt;
- 16) sprawowanie funkcji opiekuna stażu podyplomowego – 30 pkt za rok sprawowanie funkcji opiekuna;
- 17) kierowanie specjalizacją lub nabywaniem umiejętności przez lekarzy lub lekarzy dentyków – 15 pkt – za 1 lekarza za 1 rok;
- 18) indywidualną prenumeratę fachowego czasopisma medycznego wymienionego w części A lub B wykazu czasopism naukowych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 44 ust. 2 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o zasadach finansowania nauki – 5 pkt za tytuł – max 10 pkt w okresie rozliczeniowym (w tym również za prenumeratę Nowego Gabinetu Ginekologicznego);
- 19) przynależność do kolegium specjalistów lub towarzystwa naukowego – 5 pkt za przynależność do jednego kolegium specjalistów lub towarzystwa naukowego – max 20 pkt w okresie rozliczeniowym. (PS)

SZKOLENIA

Czy za bezpłatne szkolenie trzeba będzie zapłacić... fiskusowi?

TRWA DEBATA DOTYCZĄCA ODPROWADZANIA PODATKU Z OBOWIĄZKOWYCH SZKOLEŃ ZAWODOWYCH DLA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW. Zdaniem organów podatkowych lekarze i lekarze dentyści uczestniczący w nieodpłatnym szkoleniu, organizowanym przez samorząd zawodowy, uzyskują nieodpłatne świadczenie.

W świetle przepisów jest to dochód, od którego należy odprowadzić podatek – tak wynika z informacji resortu zdrowia. Eksperti twierdzą, że podnoszenie kwalifikacji zawodowych jest traktowane gorzej niż szkolenia sponsorowane przez koncerny farmaceutyczne, odbywające się często



FOT. 123RF

w egzotycznych miejscach. O zwolnieniu obowiązkowych szkoleń z podatku stara się od wielu miesięcy Naczelną Izbę Lekarską. Jednak otrzymano po raz kolejny negatywną odpowiedź, wiceminister Leszek Skiba w odpowiedzi na interpelację

poselską nr 3603 napisał: „wprowadzenie zwolnienia z podatku jedynie do szkoleń organizowanych przez samorząd lekarzy i lekarzy dentyistów byłoby sprzeczne z konstytucyjną zasadą równości (art.32 ust. 1 konstytucji)”.

reklama



SPÓLDZIELNIA PRACY
SPECJALISTÓW
RENTGENOLOGÓW

im. prof. Witolda Zawadowskiego w Warszawie

Nowy standard w diagnostyce raka szyjki macicy.

SPSR oferuje współpracę w zakresie wykonania i oceny preparatów cytologii płynnej.

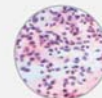
Pracownia cytologii SPSR wykonuje badania cytologiczne na podłożu płynnym przy użyciu systemu firmy BD.

Cytologia na podłożu płynnym – LBC to technika cytologiczna zastępująca w ostatnim czasie powszechnie znaną, konwencjonalną cytologię. Jej odmiennosć polega na tym, że pobrany materiał nie zostaje od razu nanoszony na szkiełko mikroskopowe, jak w cytologii konwencjonalnej, lecz umieszczany jest w specjalnym podłożu płynnym. Tak zabezpieczony, podlega w pracowni dalszemu przygotowaniu do oceny mikroskopowej.

Opisany sposób przygotowania materiału do badania zapewnia **wysoką jakość i wiarygodność wyniku**, unika się bowiem nieczytelności oglądanego obrazu spowodowanej: nakładaniem się warstw komórek, zanieczyszczeniami próbki, wyschnięciem preparatu czy zabezpieczeniem zbyt małej ilości komórek.

Badanie tą metodą jest skuteczniejsze w profilaktyce raka szyjki macicy.

Porównanie preparatów wykonanych z tej samej próbki (stan zapalny)



Preparat konwencjonalny



Preparat BD SurePath™

Prosimy o kontakt w celu uzgodnienia formy i warunków współpracy.

ul. Waryńskiego 9, biuro@rentgen.pl, tel. 22 629 32 96

PRAWO

Jak rozwiązać problem ciężarnych będących pod wpływem alkoholu?

RZECZNIK PRAW DZIECKA ZWRÓCIŁ SIĘ PONOWNIE DO MINISTERSTWA SPRAWIEDLIWOŚCI, MINISTERSTWA ZDROWIA ORAZ MINISTERSTWA RODZINY, PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ W SPRAWIE OCHRONY DZIECI NARAŻANYCH PRZEZ MATKI NA UTRATĘ ŻYCIA I ZDROWIA NA SKUTEK SPOŻYWANIA PRZEZ NIE ALKOHOŁU LUB INNYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH PODCZAS CIĄŻY.

Rzecznik Praw Dziecka przypomina, że nie ma dawki alkoholu, która nie powoduje ryzyka wyrządzenia szkody dziecku. Pierwszy taki apel został wystosowany w grudniu, jednak problem jest nadal aktualny – mówi RPD. Według danych pochodzących z Pań-

stwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych – w Polsce co roku rodzi się około 9 tys. dzieci z zaburzeniami rozwojowymi, powstałymi w wyniku kontaktu z alkoholem w okresie życia płodowego. Ministerstwo Sprawiedliwości odpowiedziało na zgłoszenie problemu w grudniu, że w resorcie rozpoczęto analizę tego zjawiska oraz rozważa się możliwe reakcje z zastosowaniem obecnie obowiązujących rozwiązań prawnych na gruncie prawa cywilnego i karnego, resort rodziny zaś informował o planach utworzenia zespołu ds. polityki demograficznej kraju. Zespół miałby za zadanie opracowanie kompleksowej strategii na rzecz rodzin i dzieci. Minister Zdrowia zadeklarował podjęcie działań zmierzających do skutecznego diagnozowania zaburzeń alkoholowego zespołu płodowego. (PT)



PROFILAKTYKA

FAS - choroba płodowego zespołu alkoholowego

W GDAŃSKU OBCHODZONO ŚWIATOWE DNI FAS - CHOROBY PŁODOWEGO ZESPOŁU ALKOHOŁOWEGO. Na obchodach był obecny Marek Michalak, rzecznik praw dziecka, który powiedział, że droga dziecka, które przychodzi na świat, nie powinna być od początku kamienista i ciemna.

- Alkohol w ogóle nie jest dla dzieci. Jeśli mamy się tu upominać, to szczególnie o te dzieci, które same o siebie się nie upomną - powiedział Marek Michalak - Spotykamy się tu dzisiaj z uśmiechami na twarzach, żeby jednak przypominać o problemie. O czymś, co dotyczy dzieci wbrew ich woli, a wynika z niekompetencji osób dorosłych. Możemy pokonać ten problem tylko i wyłącznie mocno i głośno zwracając uwagę. Krzycząc i upominając tych, którzy zachowują się nieodpowiedzialnie. Zawsze lepsza profilaktyka niż leczenie - dodał RPD. Pojawiły się również głosy, że coraz więcej dzieci z syndromem FAS rodzi się także w rodzinach, które nie są patologiczne. Pojawił się apel, by ojcowie wspierali kobiety w czasie ciąży – nie pijąc przy nich alkoholu. Z badań wykonanych wśród mieszkanki Gdańska w 2014 roku przez Fundację Fascynacje wynika, iż 36,6 proc. badanych kobiet przyznało się do picia alkoholu w ciąży. Natomiast aż 58,5 proc. spośród nich sądziło, że FAS grozi tylko dzieciom alkoholiczek. W Polsce dzień ten obchodzono w piątek 9 września. (PT)

NFZ

Podsumowują program koordynowanej opieki

DWA MIESIĄCE MINĘŁY OD URUCHOMIENIA PROGRAMU OPIEKI KOORDYNOWANEJ NAD KOBIETĄ W CIĄŻY. NFZ PODSUMOWUJE PIERWSZE EFEKTY WPROWADZENIA PROGRAMU, W KTÓRYM UCZESTNICZY OBECNIE 3189 KOBIEC, Z CZEGO 1327 JUŻ URODZIŁO.

Przedstawiciele NFZ-u twierdzą, że w placówkach, które przystąpiły do KOC, wyraźnie poprawiły się wskaźniki wyznaczane jako mierniki jakości opieki. Skrócił się średni czas przebywania w szpitalu noworodka – wynosi średnio 3,48 dni. W analogicznym okresie ubiegłego roku czas ten wynosił 4,2 dnia. Zmniejszył się również odsetek cesarskich cięć z 39,48 proc. w do 37,15 proc. Specjaliści twierdzą, że jeszcze za wcześnie, by mówić o sukcesie, jednak wskazują, że wprowadzenie koordynowanej opieki nad ciężarną to dobry kierunek. Przypomnijmy, że w ramach programu pacjentki mają mieć zapewnione w jednym miejscu badania i konsultacje lekarzy, położnych oraz poród. Opieka po urodzeniu dziecka trwa sześć tygodni i obejmuje m.in. wizyty położnej w domu, w tym porady w zakresie karmienia piersią. (PT)

STATYSTYKA

Mniej ludzi, więcej narodzin

W POLSCE MIESZKA CORAZ MNIEJ OSÓB, CHOĆ DECYZJĘ O PROKREACJI PODEJMĄ OBECNIE ROCZNIKI Z WYŻU 1979-1984. GŁÓWNY URZĄD STATYSTYCZNY WYLICZYŁ, ŻE LUDNOŚĆ POLSKI LICZYŁA W KOŃCU CZERWCA 38 MLN 422 TYS. I BYŁA O 15 TYS. MNIEJSZA NIŻ W KOŃCU UBIEGŁEGO ROKU.

Ze wstępnych szacunków GUS-u wynika również, że w Polsce mieszka obecnie aż o 27 tysięcy mniej osób niż przed rokiem. Liczba narodzin jednak się zwiększa – w I półroczu tego roku na świat przyszło około 191 tys. dzieci – prawie 10 tysięcy więcej niż przed rokiem. Socjologdy twierdzą, że jest to wynik decyzji wielu trzydziestoletnich kobiet, które zostały matkami. Wcześniej nie zdecydowały się mieć potomstwa ze względu na karierę zawodową czy też trudniejszą sytuację materialną. Od początku tego roku zanotowano również zwiększoną liczbę zawieranych małżeństw – socjologdy dodają, że wzrost ten może być związany z większym poczuciem bezpieczeństwa wśród młodych ludzi. Można też spodziewać się wzrostowej tendencji narodzin.

reklama

SZPITALE

W Radomiu nie znieczulają

DYREKTCJE RADOMSKICH SZPITALI NIE SĄ W STANIE ZAPEWNIĆ ZNIECZULEŃ ZEWNĄTRZOPONOWYCH. TŁUMACZĄ TO TYM, ŻE LEKARZE ANESTEZJOŁODZY SĄ POTRZEBNI PRZY ZABIEGACH PLANOWYCH. WYMAGAJĄ RÓWNIEŻ SZKOLEŃ, KONIECZNA BYŁABY TEŻ INNA ORGANIZACJA PRZYJĘĆ CIĘŻARNYCH - ŻEBY SYSTEM ZACZAŁ DZIAŁAĆ.

Dyrektorzy radomskich placówek nie ukrywają, że niezbędne jest zatrudnienie dodatkowego personelu – nie tylko anestezjologów, ale również położnych.

W szpitalach też nie ma specjalnych pokoiów konsultacyjnych, gdzie pacjentka, która deklaruje chęć otrzymania takiego znieczulenia – będzie do niego odpowiednio przygotowana. Trzeba pamiętać, że takie pacjentki muszą odpowiednio wcześniej zgłaszać się do anestezjologów i ginekologów. Dyrektorzy przyznają, że potrzeba dodatkowych pieniędzy, by znieczulenie zewnątrzoponowe mogło być realizowane bez przeszkód – około 450 tysięcy rocznie. (PT)

MedicalMedia - mm



Produkcja filmów
promocyjnych,
korporacyjnych
i branżowych.

Realizacja filmowa,
telewizyjna i reklamowa
o tematyce medycznej
itp.

Szeroka gama środków,
bogate doświadczenie,
dostęp do nowoczesnych
technologii.

Realizujemy najśmielsze
pomysły naszych
klientów.

Kontakt:

JACEK TULIMOWSKI

mobile: +48 601 246 810

e-mail: jtulimowski@gmail.com

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: Ostatnio podczas kontroli z Sanepidu, dowiedziałam się o obowiązku szkolenia pracowników z czynników szkodliwych. Co to takiego, kto takie szkolenia ma prowadzić, jak często się je prowadzi?

ODPOWIEDŹ: Czynniki szkodliwe, o których Pani mówi, co do zasady dzieli się na dwie grupy: biologiczne i chemiczne. Ponadto występują jeszcze: czynniki fizyczne, pyły i inne czynniki szkodliwe. Informacje można znaleźć w dwóch aktach prawnych. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 lipca 2012 r. w sprawie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2005

Wszelkie oświadczenia pacjenta, zgoda na leczenie badanie lekarskie, zgoda na przetwarzanie danych, mogą być wydrukowane na jednym formularzu. Natomiast zgody na konkretne zabiegi muszą być oddzielone



autor:
Maciej Gibiński

W sytuacji standardowej, kiedy mała pacjentka przychodzi na umówioną wizytę z babcią, lekarz powinien ograniczyć się jedynie do badania. Nie może udzielać żadnych świadczeń zdrowotnych

r. w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki. Pierwszy akt prawny niedawno został znolizowany, dlatego też stacje sanitarne pytają kierowników placówek medycznych o realizację wymagań wskazanych w aktach prawnych. Temat czynników szkodliwych jest zbyt obszerny, aby go opisać w odpowiedzi na zadane przez Panią pytanie. Pozwól sobie ograniczyć się do odpowiedzi na temat szkoleń. W obydwu aktach prawnych wskazano obowiązek pracodawcy do wykonywania szkoleń z zakresu szkodliwych czynników biologicznych i chemicznych. Szkolenia powinny być przeprowadzone (zorganizowane) przez właściciela placówki. Szkolenie może wykonać np. osoba odpowiedzialna za sprawy zakażeniowe w placówce (asystentka stomatologiczna, pielęgniarka, pracownik administracyjny, właściciel). Szkoleniem powinni być objęci wszyscy, którzy mają kontakt z czynnikami szkodliwymi. W przypadku placówki medycznej mogą to być zarówno pracownicy medyczni jak również personel administracyjny (pracownicy recepcji). Dodatkowo wskazuje się, że lekarze na kontrakcie również powinni zostać przeszkoleni. Szkolenia powinny być cykliczne i odbywać się w zaplanowanym czasie (przyjmuje się, że powinny się odbyć raz na dwa lata lub za każdym razem, jeżeli dochodzi do zmiany przepisów lub procedur postępowania ze szkodliwymi czynnikami). W przypadku braku realizacji szkoleń, pracodawca popełnia wykroczenia, zarówno przez naruszenie przepisów Kodeksu Pracy jak i przepisów szczególnych. Państwowa Inspekcja Sanitarna może nałożyć na właściciela karę pieniężną w wysokości do 5000 zł. Szerzej o temacie szkoleń BHP pisaliśmy w numerze 4/2016 Nowego Gabinetu Ginekologicznego.

PYTANIE: Planuję powołać Administratora Bezpieczeństwa Informacji w swojej placówce. Czy menadżer może pełnić taką funkcję?

ODPOWIEDŹ: Ustawa o ochronie danych osobowych wymienia, jakie warunki należy spełnić, aby pełnić funkcję Administratora Bezpieczeństwa Informacji. Zgodnie z art. 36a ust. 5 ustawy, Administratorem bezpieczeństwa informacji może być osoba, która:

- 1) ma pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzysta z pełni praw publicznych;
- 2) posiada odpowiednią wiedzę w zakresie ochrony danych osobowych;
- 3) nie była karana za umyślne przestępstwo.

Oznacza to, że menadżer, jeżeli spełnia powyższe warunki, może pełnić funkcję Administratora Bezpieczeństwa Informacji. W praktyce najtrudniej jest z realizacją drugiego warunku pełnienia funkcji ABI, jaką jest odpowiednia wiedza. Administrator Bezpieczeństwa Informacji powinien posiadać udokumentowaną wiedzę w zakresie ochrony danych osobowych. Odbycie szkolenia jednodniowego nie jest wystarczające. Proces zrozumienia i nauki problematyki ochrony danych osobowych jest skomplikowany ze względu, między innymi, na język ustawy, czy przepisy szczególne występujące w placówce medycznej. Należy też pamiętać, że pełnienie funkcji ABI jest zadaniem odpowiedzialnym. W przypadku przyjęcia powołania, osoba pełniąca tę funkcję, może ponosić odpowiedzialność zarówno cywilną jak i karną za nieprawidłowe zabezpieczenie danych w placówce.

PYTANIE: Czy babcia może wypełnić ankietę dotyczącą stanu zdrowia wnuczki?

ODPOWIEDŹ: Odpowiedź na powyższe pytanie nie jest jednoznaczna. Z jednej strony należy mieć na uwadze aspekt medyczny, z drugiej aspekt prawny. Dodatkowo w grę będzie wchodził stan zdrowia pacjentki. W sytuacji standardowej, kiedy mała pacjentka przychodzi na umówioną wizytę z babcią, lekarz powinien ograniczyć się jedynie do badania pacjenta. Nie może udzielać żadnych świadczeń zdrowotnych, ani zlecać wykonania badań diagnostycznych. Zabraniają tego powszechnie obowiązujące przepisy ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Jeżeli w trakcie przeprowadzania badania konieczne jest zebranie wywiadu, lekarz może to uczynić, ale należy wziąć pod uwagę, że babcia nie posiada pełnej wiedzy na temat wnuczki. W przypadku zebrania błędnego wywiadu lekarz może ponosić odpowiedzialność prawną. Jeżeli decydujemy się na zbieranie wywiadu od innej osoby niż rodzic, to podczas kolejnej wizyty z rodzicem, wywiad powinien być uzupełniony. Proszę pamiętać, że pobieranie wywiadu od babci nie jest przewidziane prawnie. Dlatego też lekarz robi to na własne ryzyko. Z medycznego punktu widzenia, może to być konieczne dla udzielenia świadczenia, ale z prawnego punktu widzenia, pozostaje nieusprawiedliwione. Dobrze przyjętą praktyką jest informowanie pacjentów podczas rejestracji, że na pierwszą wizytę dziecko musi przyjść z rodzicem. Tak samo w przypadku oświadczeń podpisywanych przez przedstawiciela ustawowego dziecka – babcia nie może podpisywać oświadczeń, zgód, upoważnień związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych u dziecka. Jedynym przypadkiem, kiedy może to zrobić, jest posiadanie przez nią decyzji Sądu w sprawie sprawowania opieki nad dzieckiem. W przeciwnym wypadku złożone oświadczenie jest nieważne i nie ma żadnej mocy prawnej. Jest to sytuacja, która nie została przewidziana przepisami.

reklama



Centrum Doradczyc 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

mi prawnymi, jednak w związku z brakiem regulacji prawnych, przyjęto się stosować następujące rozwiązanie. Należy poinformować babcię, że oświadczenia zostaną wypełnione przez rodziców podczas kolejnej wizyty. Przekazanie druków, celem wypełnienia przez rodziców w domu, też nie jest do końca poprawne, bowiem nie mamy pewności, czy dokumenty rzeczywiście zostaną podpisane przez rodziców.

W sytuacji nadzwyczajnej (bezpośredniego zagrożenia zdrowia lub życia), lekarz może zebrać wywiad od każdej osoby, która przyjdzie z pacjentką, może nawet odstąpić od wywiadu, jeżeli takie postępowanie jest konieczne (ze względu na bezpieczeństwo pacjenta). Podobnie jest z oświadczeniami. Jeżeli mamy do czynienia z bezpośrednim zagrożeniem życia lub zdrowia, nie wypełniamy dokumentów, tylko udzielamy świadczenia zdrowotnego.

jako dowód użycia narzędzia wysterylizowanego. Po czwarte, należy zadać pytanie autorowi nowych wymogów, takich jak obowiązek pisania rezultatu sterylizacji – czy myśli, że lekarz wpisałby na pasku sterylizacyjnym informację, że używa narzędzia niewysterylizowanego? Z kolei, w sprawie wpisywania daty sterylizacji przyjmuje się, że pakiety są ważne określony okres czasu. Jednakże, w Powiatowych Stacjach Sanitarnych istnieje podział (w zależności od regionu Polski), czy paski są ważne 1 miesiąc czy 6 miesięcy. W większości przyjmuje się, że pakiet wysterylizowany jest ważny przez okres 3 miesięcy. W takim wypadku pisanie daty ważności jest rozsądne, z punktu widzenia lekarza. Niemniej jednak, obowiązek ten nie wymaga odnotowania w żadnym dodatkowym dokumencie. Można na pakiecie pisać datę sterylizacji, nie konieczny musi to być na pasku sterylizacyjnym.

Podpisanie wszystkich oświadczeń i zgody powinno się odbywać podczas pierwszej wizyty pacjenta w placówce. Oczywiście należy pamiętać, że pacjent ma prawo wglądu w złożone przez siebie oświadczenia, jak również jego zmiany.

PYTANIE: Czy pacjentka może podpisać się elektronicznie pod dokumentami wypełnianymi w trakcie pierwszej wizyty w gabinecie?

ODPOWIEDŹ: Tak, forma elektroniczna podpisu jest dopuszczalna przepisami powszechnie obowiązującymi. Zatem wszystkie dokumenty, zgody na leczenie mogą być podpisane elektronicznie.

PYTANIE: Czy wszystkie dokumenty, które są wymagane do podpisu podczas pierwszej wizyty pacjentki mogą być ujęte w jednym „dużym” dokumencie, który pacjentka podpisze i już nie będzie musiała wyrażać innych dalszych zgód, np. wykonywania zabiegu, wyboru i rodzaju znieczulenia?

ODPOWIEDŹ: Wszelkie oświadczenia pacjenta, zgoda na leczenie, badanie lekarskie, zgoda na przetwarzanie danych, mogą być wydrukowane na jednym formularzu. Natomiast zgody na konkretne zabiegi muszą być oddzielone. Nie można uzależniać podpisania oświadczenia do uzyskiwania informacji na temat pacjenta od zgody na przetwarzanie danych i odwrotnie.

Zgoda na wykonanie zabiegu powinna być opracowana jako zgoda szczegółowa. Oznacza to, że nie może być pobrana podczas pierwszej wizyty (kiedy jeszcze nie mamy pełnej diagnostyki pacjenta), jak również nie może być jedna na wszystkie zabiegi. Taka zgoda jest traktowana jako zgoda blankietowa – czyli jest niedopuszczalna (traktowania jakby jej nie było). Z założenia podpisana zgoda pacjenta informuje o tym, że pacjent został poinformowany o wszystkich okolicznościach i skutkach zastosowania danego rodzaju leczenia i zgadza się na nie. Nie możliwe jest, aby na pierwszej wizycie lekarz omówił wszystkie aspekty leczenia – nie znając pacjentki.

PYTANIE: Na co należy zwrócić uwagę wybierając polisę ubezpieczenia dla placówki medycznej?

ODPOWIEDŹ: Na rynku pojawiają się coraz to nowe oferty ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Jedne z nich są zaskakująco tanie w porównaniu z obowiązującymi na rynku średnimi cenami. Proszę pamiętać o podstawowym celu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. W przypadku wystąpienia roszczenia podczas udzielania świadczenia zdrowotnego: ubezpieczenia ma na celu zabezpieczyć wypłatę odszkodowania. Aby tak było, musimy pamiętać o kilka aspektach.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych może, choć nie musi, być podpisana przez pacjenta. Jednak lepiej jest taką zgodę pobierać. Jeżeli bowiem przetwarzamy dane do celów zarówno udzielania świadczenia zdrowotnego, jak również w celu marketingowym – uzyskanie zgody jest obowiązkowe

PYTANIE: Czy to prawda, że od niedawna na paskach sterylizacyjnych należy wpisywać datę sterylizacji oraz informację, że pakiet został wysterylizowany prawidłowo?

ODPOWIEDŹ: Ostatnio coraz częściej można się spotkać z nowymi „wymogami” pracowników inspekcji sanitarnej w jednym z największych miast w Polsce, którzy zaskakują coraz to nowymi wymogami wobec procesu sterylizacji. Dziwię się, że lekarze w tym mieście nie potrafią zainteresować tym problemem swoich przedstawicieli w Okręgowej Izbie Lekarskiej. Stawianie coraz to nowych wymogów wobec sterylizacji doprowadzi w pewnym momencie do sytuacji, że staną się Państwo niewolnikami tego procesu.

Należy pamiętać o kilku podstawowych faktach związanych z procesem sterylizacji. Po pierwsze, sterylizacja jest obowiązkowa, ale nie ma żadnych przepisów, które opisują jej przebieg i sposób postępowania w jej trakcie, jak i po nim. Po drugie, zalecenia tworzone przez pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej nie są źródłem powszechnie obowiązującego prawa. Lekarz nie musi ich przestrzegać. Po trzecie, dokumentowanie pasków sterylizacyjnych w dokumentacji medycznej jest wyłącznie wykonywane dla bezpieczeństwa lekarza,

W przypadku pojawiania się coraz to nowych wymogów, sugeruję zgłoszenie tego do właściwej Okręgowej Izby Lekarskiej, z prośbą o interwencję u dyrekcji właściwej Państwowej Stacji Sanitarnej.

PYTANIE: Czy gdy pacjent przychodzi do gabinetu, to musi podpisać oświadczenie, że zgadza się na leczenie, przetwarzanie danych, itp?

ODPOWIEDŹ: Pacjent podczas pierwszej wizyty w placówce medycznej powinien wskazać: osoby upoważnione do informowaniu ich o stanie zdrowia pacjenta, osoby upoważnionej do dokumentacji medycznej. Wskazanie może być ustne (wpisane do dokumentacji pacjenta) lub pisemne – jak to się przyjęło na odpowiednim formularzu.

Zgoda na badanie może być w formie ustnej, jednak (jak było to już wielokrotnie podkreślane zarówno w moich artykułach jak i artykułach innych autorów) forma pisemna jest bezpieczniejsza dla lekarza.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych może, choć nie musi, być podpisana przez pacjenta. Jednak lepiej jest taką zgodę pobierać. Jeżeli bowiem przetwarzamy dane do celów zarówno udzielania świadczenia zdrowotnego, jak również w celu marketingowym – uzyskanie zgody jest obowiązkowe.

1. Ubezpieczenie praktyki zawodowej nie jest ubezpieczeniem podmiotu leczniczego. Proszę dokładnie sprawdzać, czy proponowana polisa dotyczy podmiotu leczniczego czy praktyki zawodowej. Standardowo praktyki zawodowe płacą niższe składki, bo nie mogą w nich przyjmować inni lekarze poza właścicielem.
2. Zakres udzielanych świadczeń musi odpowiadać rzeczywiście udzielanym świadczeniom.
3. Osoby zatrudnione: pamiętajmy o ilości osób zatrudnionych. Wpływa to na wysokość składki. Jeżeli deklarujemy, że sami pracujemy w podmiocie leczniczym, to w przypadku roszczenia, za które winę będzie ponosić lekarz, który u nas przyjmuje, ubezpieczyciel odmówi wypłaty odszkodowania.

Agenci ubezpieczeniowi podejmują coraz to bardziej ryzykowne praktyki, aby tylko zyskać klienta. Jednakże w przypadku roszczenia, to nie oni będą się zastanawiać, czy zaoszczędzone 500 zł. wpłynie na odmowę wypłaty odszkodowania, czy też nie. Podpisując umowę ubezpieczenia, deklarują Państwo zaznajomienie się z tzw. OWU (ogólnymi warunkami ubezpieczenia). Jednocześnie przejmujecie na siebie odpowiedzialność w przypadku błędnie wypełnionej polisy. W swojej praktyce spotkałem się już z kilkoma przypadkami, gdy podmiot leczniczy funkcjonował w oparciu o polisę praktyki zawodowej. Gdyby w powyższych sytuacjach doszło do roszczenia, lekarz będzie musiał wypła-

cić odszkodowanie z własnej kieszeni. Wykupując polisę OC w kwocie 500 zł., dla placówki medycznej kilkustanowiskowej, zatrudniającej personel pomocniczy i dodatkowo współpracującej z kilkoma lekarzami na umowie o współpracę, proszę się zastanowić, w jaki sposób ubezpieczyciel zapewni wypłacenia odszkodowania w maksymalnej kwocie: 75 000 euro dla jednego pacjenta i 350 000 euro na wszystkie zdarzenia.

PYTANIE: Czy pracodawca ma obowiązek opłacić szczepienie pracowników?

ODPOWIEDŹ: Szczepienia ochronne pracowników są częścią obowiązków pracodawcy. Co do zasady pracodawca ma za zadanie zabezpieczyć pracownika zarówno w środki ochrony indywidualnej (odzież ochronna), w środki ochrony zbiorowej (procedury), ale też musi zapewnić pracownikowi szczepienia ochronne. Pierwszą czynnością powinno być określenie szkodliwych czynników biologicznych, jakie mogą wystąpić w miejscu pracy. Następnie należy indywidualnie z każdym pracownikiem zaplanować realizację procesu szczepień na te czynniki, które zostały określone w rejestrze czynników szkodliwych. Koszt szczepienia ponosi pracodawca. W przypadku odmowy lub uchylenia się od szczepienia przez pracownika, pracodawca może rozwiązać umowę o pracę w trybie dyscyplinarnym.



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

reklama

QBit 7

Q5

EBit 60

CHISON
Value Beyond Imaging

Twoje USG
Twoja pewność diagnostyczna
Twoje bezpieczeństwo

PROMED
PARTNER W MEDYCYNIE

KONTAKT:
PIOTR
691 060 168
RAFAŁ
608 552 455
SŁAWEK
697 991 491
WOJTEK
609 666 610

TYLKO DO KOŃCA ROKU!
bon edukacyjny o wartości 1000 PLN* w prezencie

*bon zostanie zrealizowany po opłaceniu całej faktury za aparat USG

Lekarz kontrolowany

W MEDIACH, CO CHWILĘ POJAWIAJĄ SIĘ INFORMACJE O ZLECONYCH BĄDŹ PRZEPROWADZONYCH KONTROLACH W PLACÓWKACH SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA. Czy lekarz takich kontroli powinien się obawiać?



FOT. 123RF

Wykonywanie zawodu lekarza od zawsze stanowiło działalność wymagającą znacznej wiedzy i umiejętności. Wynikało to z odpowiedzialności za najważniejsze społecznie dobra, czyli życie i zdrowie ludzkie. Z tego też powodu, lekarze przebyli długą drogę od znacznej niezależności do szerokiej kontroli. Miało to służyć uzyskaniu lepszych wyników pracy lekarza, jak i zapewnić bezpieczeństwo pacjentom. Obecnie doprowadziło to do sytuacji, w której lekarze jak i całe placówki mogą zostać poddani kontroli sprawdzającej prawidłowość wykonywanej pracy. Warto znać instytucje i zakres możliwej kontroli, aby zawczasu uniknąć konsekwencji stwierdzonych nieprawidłowości. Co raz większe trudności może sprawiać ilość środków kontroli i nadzoru. Sprzyja temu rozmiar regulacji prawnej dotyczącej ochrony zdrowia. Nie powinno więc dziwić, że obecnie niemal każde działanie lekarza może być poddane kontroli.

LEKARZ REGULOWANY

Artykuł należałoby rozpocząć od wskazania, że działalność lecznicza jest działalnością regulowaną. Już sam ten fakt będzie oznaczał konieczność poddania się

Organ rejestrowy (OIL, wojewoda) ma przede wszystkim za zadanie prowadzenie kontroli pracy lekarza w zakresie zgodności z przepisami, określającymi wykonywanie działalności leczniczej

nadzorowi. Choć dla rozpoczęcia działalności leczniczej nie jest potrzebna koncesja, mimo to po stronie lekarza będą występowały obowiązki związane z prowadzeniem działalności regulowanej. Organem rejestrowym dla lekarza, prowadzącego własną praktykę zawodową, jest właściwa Okręgowa Izba Lekarska. Dla podmiotu leczniczego – wojewoda.

autorzy:
Tomasz Popielski



FOT. CHROMA

Organ rejestrowy ma przede wszystkim za zadanie prowadzenie kontroli pracy lekarza w zakresie zgodności z przepisami, określającymi wykonywanie działalności leczniczej. Podczas przeprowadzania kontroli osoby kontrolujące mogą żądać informacji, dokumentów, w tym dokumentacji medycznej oraz wyjaśnień. Kontrolerzy mają uprawnienia dostępu do pomieszczeń oraz uczestniczenia w czynnościach lekarza. Z takiej kontroli sporządzany jest protokół, w którym formułowane są wnioski pokontrolne. Do sporządzonego protokołu można zgłaszać umotywowane zastrzeżenia, które osoby kontrolujące powinny zweryfikować. Co istotne, sama kontrola nie powinna przynieść negatywnych skutków w postaci kary finansowej czy też jakiegokolwiek innej. Jedynie bowiem rażące naruszenie wymagań, wskazanych w ustawie o działalności leczniczej lub też niedostosowanie się do zaleceń pokontrolnych, może powodować nałożenie kary wraz z wykreśleniem z rejestru działalności.

Sytuacją, po której natomiast może zostać nałożona kara finansowa, jest stwierdzenie nieprawidłowości polegających na niezgłoszeniu zmiany danych, podlegających wpisowi do rejestru. W takim przypadku może być nałożona kara w wysokości do dziesięciu minimalnych wynagrodzeń. W tym miejscu należy zwrócić uwagę, że obowiązkiem zgłoszenia objęta jest również informacja o polisie ubezpieczeniowej, o czym wielu lekarzy zdaje się nie pamiętać.

NIE TYLKO REJESTR

Należy pamiętać, że opisane powyżej możliwości kontroli, prowadzonej przez OIL wynikają z przepisów ustawy o Działalności leczniczej i dotyczą przede wszystkim kwestii

organizacyjnych. Okręgowa Izba Lekarska pełni jeszcze funkcję nadzorczą nad pracą lekarza, odnoszącą się do zasad etyki lekarskiej i przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Nadzór ten jest prowadzony bez względu na to, czy lekarz pracuje w podmiocie leczniczym czy w ramach własnej praktyki lekarskiej. Postępowanie z tytułu odpowiedzialności zawodowej może być prowadzone przede wszystkim w związku z naruszeniem ustawy o zawodzie lekarza oraz Kodeksu Etyki Lekarskiej.

Takie postępowanie powinno rozpocząć się od czynności sprawdzających, mających na celu ustalenie, czy istnieją podstawy do wszczęcia postępowania wyjaśniającego. Na tym etapie można jedynie przesłuchać osobę zgłaszającą skargę na lekarza. Dopiero ustalenie, że istnieją podstawy do wszczęcia postępowania, powoduje nadanie sprawie dalszego biegu i zebranie wszystkich niezbędnych wyjaśnień (w tym od lekarza) i dowodów. Jeżeli rzecznik odpowiedzialności zawodowej uzna, że istnieją podstawy do skierowania sprawy przed sąd lekarski, kieruje wniosek do sądu o ukaranie. Lekarz w trakcie tego postępowania może ustanowić obrońcę, którym może być inny lekarz, adwokat lub radca prawny. Zawsze warto z tej możliwości skorzystać.

Jak pokazują dane statystyczne, w 2013 roku przed Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej prowadzonych było ok. 5 tysięcy spraw, co oznacza, że dotyczyły one 3 proc. wszystkich lekarzy. Jednakże w 2015 roku jedynie w 205 przypadkach sprawy zostały zakończone wnioskiem o ukaranie. Powyższe liczby pokazują, że ilość postępowań jest znaczna, a tym samym istnieje duża szansa, że każdy z lekarzy w trakcie swojej kariery bę-

Obowiązkowo do rejestru działalności leczniczej powinna być zgłoszona informacja o zawartej przez lekarza lub placówkę polisie ubezpieczeniowej. Wielu lekarzy zdaje się o tym nie pamiętać

dzie miał styczność z tym rodzajem postępowania. Jakkolwiek tylko w bardzo niewielkim procencie przypadków będzie to niosło negatywne skutki, oprócz oczywiście poświęconego czasu i dodatkowej dawki stresu. Niemniej, nie należy ignorować tej formy kontroli, gdyż sąd lekarski, oprócz kary pieniężnej, może nałożyć bardziej dotkliwe kary w postaci ograniczenia, a nawet pozbawienia prawa wykonywania zawodu.

RZECZNIK NIE TAKI GROŹNY

Obecnie prowadzona jest dyskusja nad rolą Rzecznika Praw Pacjenta w systemie ochrony zdrowia. Pojawiają się głosy, że Rzecznik stał się organem stosującym represje w stosunku do lekarzy. Są to jednak głosy nie mające do końca uzasadnienia w rzeczywistości i przepisach. Oczywiście Rzecznik Praw Pacjenta może kontrolować pracę lekarza, ale może to zrobić jedynie w formie postępowania wyjaśniającego. Tym samym nie jest władny do nałożenia żadnej kary w przypadku stwierdzenia naruszenia obowiązków przez lekarza.

W ramach postępowania wyjaśniającego Rzecznik może zbadać sprawę, a także zażądać złożenia wyjaśnień. Jeżeli jednak zostaną stwierdzone naruszenia, to Rzecznik może jedynie wnioski z takiej kontroli przekazać do odpowiedniego organu nadzoru. Dopiero ten organ będzie przeprowadzał postępowanie, które może zakończyć się konsekwencjami prawnymi. Należy zwrócić jednak uwagę, że pomimo licznych skarg Rzecznik Praw Pacjenta w 2014 roku prowadził jedynie 896 postępowań wyjaśniających, a w 309 stwierdził nieprawidłowości i wystąpił z wnioskami do stosownych organów. Niewątpliwie nie są to znaczne liczby, świadczące o dotkliwości działania tego organu.

Rzecznik Praw Pacjenta w swoich uprawnieniach ma możliwość bezpośredniego nałożenia kary finansowej, jednak tylko w przypadku stwierdzenia naruszenia zbiorowych praw pacjenta. Jak się okazuje, korzysta z tego narzędzia bardzo rzadko, w 2014 roku toczonych było 26 takich postępowań, a do dziś na-



FOT. 123RF

wykonujących działalność leczniczą, podczas których stwierdziła liczne nieprawidłowości w warunkach zatrudnienia. Innym organem jest Państwowa Inspekcja Sanitarna, która sprawuje nadzór nad stanem sanitarnym i stanem urządzeń. W 2015 roku kontrola prowadzona była niemal w połowie praktyk zawodowych, ale tylko w nielicznych stwierdzono zły stan techniczny, czy też nie zachowywanie bieżącej czystości. W ostatnim czasie pojawił się raport Naczelnej Izby Kontroli, która dokonywała oceny prawidłowości prowadzenia dokumentacji medycznej przez 24 placówki medyczne. Uchybienia zostały wykazane w 73% przypadków dokumentacji indywidualnej pacjenta.

Małą aktywność kontrolną w stosunku do systemu opieki zdrowia wykazuje Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych, w 2015 roku przeprowadzono jedynie 15 kontroli. Możliwe natomiast są kontrole choćby w związku z zabezpieczeniem dokumentacji medycznej czy też wykorzystywaniem monitoringu wizyjnego na terenie placówki. Duże możliwości działania na pewno będzie miał również Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów, szczególnie w zakresie opieki ginekologicznej, ze względu na ilość usług typowo komercyjnych. Jednakże szersze kontrole prowadzone były ostatnio w 2006 roku. Biorąc jednak pod uwagę charakter świadczonych usług, można się spodziewać rosnącego udziału OUKiKu w prowadzonych kontrolach, choćby pod kątem stosowanych wzorców umownych.

Przykłady zostały podane tylko do celu zaznaczenia, jakie organy mogą pojawić się na kontroli w gabinecie stomatologicznym. Nie należy zapominać również o organach sprawujących ogólny nadzór nad prowadzoną działalnością gospodarczą. Można podać bowiem kontrolę skarbową, która również może wiązać się z poważnymi konsekwencjami dla lekarza.

Nie ulega wątpliwości, że wykonywanie zawodu lekarza w obecnych czasach jest zadaniem trudnym, wymagającym spełnienia wielu wyśrubowanych norm medycznych, jak i prawnych. Dlatego warto znać obszary pracy lekarza podlegające kontroli, aby uniknąć jej nieprzyjemnych konsekwencji. Najlepiej jest współpracować z profesjonalistami, którzy będą w stanie przewidzieć część problemów i usunąć nieprawidłowości, zanim uczyni to organ kontrolny.

W 2014 roku Państwowa Inspekcja Pracy przeprowadziła 271 kontroli w podmiotach wykonujących działalność leczniczą, podczas których stwierdziła liczne nieprawidłowości w warunkach zatrudnienia

łożono kary finansowe w 4 przypadkach i to przede wszystkim dotyczących podmiotów leczniczych. Tym samym nie należałoby się spodziewać znacznego wzrostu postępowań, a także kontroli lekarzy z tego powodu.

NARODOWA KONTROLA

OIL, wojewoda RPP mogą przeprowadzić kontrolę pracy lekarza niemal zawsze. Natomiast Narodowy Fundusz Zdrowia, choć posiada narzędzia prawne umożliwiające kontrole, ograniczony jest do podmiotów, z którymi ma podpisaną umowę. Tym samym lekarze, świadczący usługi jedynie na zasadach komercyjnych, nie powinni obawiać się takiej kontroli. Jeżeli jednak taka umowa jest podpisana, to Fundusz może przeprowadzić kontrolę, a zawiadomić o jej rozpoczęciu może dopiero w momencie faktycznego rozpoczęcia działań kontrolnych. Nie ma wymogu wcześniejszego informowania o zbliżającej się kontroli.

Weryfikacji przez kontrolera może zostać poddany sposób organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych pod względem zgodności z wymaganiami określonymi w umowie. Lekarz w trakcie kontroli może zostać zobowią-

zany do złożenia ustnych bądź pisemnych wyjaśnień, udostępnić dokumentację związaną z praktyką lekarską, a także przedstawić dokumentację medyczną. Dopuszczalne jest również przeprowadzenie oględzin pomieszczeń lub też aparatury. Z przeprowadzonej kontroli sporządza się protokół, w którym zawarte są wystąpienia pokontrolne zawierające oceny, a w przypadku nieprawidłowości zalecenia do ich usunięcia. Wystąpienie pokontrolne będzie zawierało również wezwanie do zapłaty, jeżeli umowa nie została właściwie wykonana. Warto pamiętać, że jest możliwość złożenia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego w terminie 7 dni od ich otrzymania. Należy odnotować, że w 2015 roku przeprowadzono kontrole ponad 2 tysięcy umów, zawartych z różnego rodzaju świadczeniodawcami.

TO NIE WSZYSTKO

Organów i instytucji, które mogłyby przeprowadzić kontrolę w praktyce lekarskiej i podmiocie leczniczym jest oczywiście więcej niż tylko te wymienione powyżej. Przykładowo, w 2014 roku Państwowa Inspekcja Pracy przeprowadziła 271 kontroli w podmiotach



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.



**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 n. med. Michał Elwertowski

Przewodniczący Zarządu Głównego
Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego

prof. dr hab. n. med. Wiesław Jakubowski



FOT. 123RF

PODNIENIE KWALIFIKACJI ZAWODOWYCH PRZEZ LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW ZATRUDNIANYCH NA PODSTAWIE UMOWY O PRACĘ

Urlop na szkolenie

LEKARZE ZOBOWIĄZANI SĄ DO NIEUSTANNEGO PODNIENIA KWALIFIKACJI ZAWODOWYCH. OSTATNIO POJAWIŁ SIĘ PROJEKT NOWEGO ROZPORZĄDZENIA W TEJ SPRAWIE. Zmieniono nieco zasady przyznawania tzw. punktów edukacyjnych. Nie mniej, wciąż najwięcej punktów można „zarobić” uczestnicząc w szkoleniach. Jak na taki wyjazd szkoleniowy zapatruje się pracodawca? Czy lekarz ma prawo do płatnego urlopu? Kiedy może go wziąć i na jak długo?

zkolenie lekarzy to dość obszerny temat. Ogólnie obowiązujące przepisy nigdy nie regulowały zagadnień dokształcania branży medycznej.

RYS HISTORYCZNY

Nieobowiązujące już Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej oraz Ministra Pracy i Polityki Socjalnej w sprawie Zasad i warunków podnoszenia kwalifikacji zawodowych i wykształcenia ogólnego dorosłych z dnia 12 października 1993 r. (Dz. U., nr 103, poz. 472) zasadniczo wykluczało spod regulacji pracowników podstawowej działalności służby zdrowia. W konsekwencji, zasady podnoszenia kwalifikacji przez pracow-

autorzy:
Kamil Stolarski,
Paulina Pakuła-Ga-
warecka

Zgodnie z art. 1031 § K.p., przez podnoszenie kwalifikacji zawodowych rozumie się zdobywanie lub uzupełnianie wiedzy i umiejętności przez pracownika, z inicjatywy pracodawcy albo za jego zgodą

Najlepszym rozwiązaniem jest zawarcie pisemnego porozumienia o podnoszeniu kwalifikacji zawodowych pracownika, które kształtuje prawa i obowiązki pracodawcy i lekarza

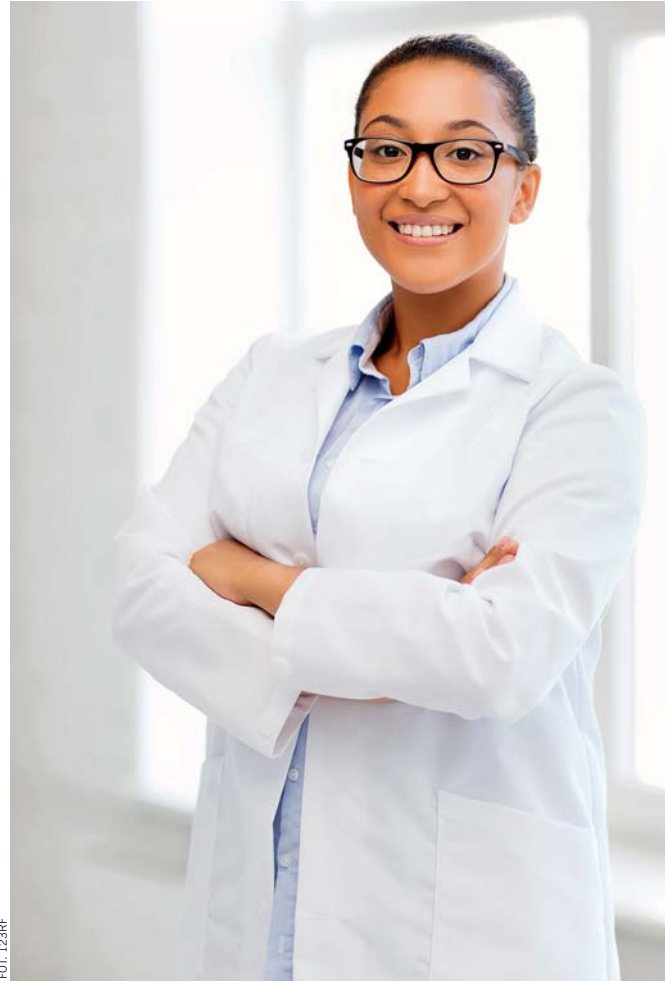
ników służby zdrowia nie były określone na poziomie aktu prawa powszechnie obowiązującego. Stan ten uległ zmianie 16 lipca 2010 r., kiedy to na skutek wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 31 marca 2010 r. uchylono cytowane wyżej rozporządzenie i znowelizowano przepisy ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 2015 r., poz. 1502). Znowelizowane przepisy kodeksu pracy zrównują sytuację prawną wszystkich pracowników, a więc również zatrudnionych w służbie zdrowia. Zgodnie z ustawą nowelizującą kodeks pracy z 20 maja 2010 r. (Dz. U., Nr 105, poz. 655) do pracowników, którzy rozpoczęli podnoszenie kwalifikacji zawodowych przed dniem wejścia w życie ustawy nowelizującej (tj. przed dniem 16 lipca 2010 r.), stosuje się przepisy regulujące zasady i warunki podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez pracowników, obowiązujące przed dniem 11 kwietnia 2010 r. W konsekwencji, pracownicy służby zdrowia, podnoszący kwalifikacje zawodowe, podlegają dwóm różnym regulacjom prawnym, w zależności od momentu rozpoczęcia podnoszenia tych kwalifikacji. I tak:

- 1) pracownicy służby zdrowia, którzy rozpoczęli podnoszenie kwalifikacji przed dniem 16 lipca 2010 r. zasadniczo nie podlegają przepisom prawa powszechnie obowiązującego w zakresie doskonalenia zawodowego, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej oraz Ministra Pracy i Polityki Socjalnej w sprawie zasad i warunków podnoszenia kwalifikacji zawodowych i wykształcenia ogólnego dorosłych z dnia 12 października 1993 r.;
- 2) pracownicy służby zdrowia, którzy rozpoczęli podnoszenie kwalifikacji w dniu 16 lipca 2010 r. lub później, podlegają w zakresie doskonalenia zawodowego przepisom kodeksu pracy.

Kodeks pracy ustanawia szereg reguł w zakresie podnoszenia kwalifikacji zawodowych pracowników, które zmierzają do rozłożenia ciężaru podnoszenia kwalifikacji przez pracownika pomiędzy pracodawcą a pracownikiem.

OSOBY ZATRUDNIONE NA PODSTAWIE UMÓW O PRACĘ

Kodeks pracy wprowadza szereg udogodnień dla osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, które podnoszą swoje kwalifikacje zawodowe. Należy jednak pamiętać, że z dobrodziejstw kodeksu pracy w tym zakresie nie mogą korzystać wszyscy pracownicy bez wyjątku. Zgodnie z art. 1031 § K.p., przez podnoszenie kwalifikacji zawodowych rozumie się zdobywanie lub uzupełnianie wiedzy i umiejętności przez pracownika, z inicjatywy pracodawcy albo za jego zgodą. W praktyce oznacza to, że z udogodnień, takich jak, między innymi, płatny urlop szkoleniowy mogą korzystać tylko ci pracownicy, którzy podnoszą kwalifikacje z inicjatywy pracodawcy albo za zgodą pracodawcy. W konsekwencji nie mają takich praw pracownicy, którzy podnoszą swoje kwalifikacje bez zgody pracodawcy. Kluczowa w tym miejscu jest odpowiedź na pytanie, czy pracodawca powinien taką zgodę wyrazić na piśmie, czy też wystarczy, że pracodawca wie o tym, że pracownik zamierza podnosić swoje kwalifikacje i godzi się na to. Niewątpliwie najlepszym rozwiązaniem jest zawarcie w każdym wypadku pisemnego porozumienia o podnoszeniu kwalifikacji zawodowych pracownika, które kształtuje prawa i obowiązki stron w związku z procesem kształcenia, niemniej



FOT. 123RF

jednak nie można wykluczyć sytuacji, w której pracownik informuje pracodawcę o zamiarze przystąpienia do podnoszenia kwalifikacji zawodowych, a pracodawca w związku z tym umożliwia pracownikowi uczestnictwo w szkoleniu, chociażby poprzez organizowanie zastępstwa pracownika na czas odbywania zajęć. W takiej sytuacji należy przyjąć, że pracodawca w sposób dorozumiany wyraził zgodę na podnoszenie kwalifikacji zawodowych przez pracownika.

Rodzi się pytanie, czy pracodawca może wyrazić zgodę jedynie na odbycie części szkolenia, w pozostałym zakresie odmawiając pracownikowi zgody, za czym idzie brak płatnego urlopu szkoleniowego i innych dobrodziejstw kodeksu pracy? Odpowiedź na tak postawione pytanie nie jest jednoznaczna. Chodzi tu przede wszystkim o długotrwałe procesy podnoszenia kwalifikacji zawodowych, takie jak na przykład studia podyplomowe. Ustawa w tym zakresie zdaje się przemawiać za stanowiskiem, że pracodawca może wyrazić zgodę jedynie na część szkolenia, przyznając tym samym pracownikowi, między innymi, prawo do płatnego urlopu szkoleniowego. Kodeks pracy posługuje się bowiem sformułowaniem „podnoszenie kwalifikacji”, nie zaś „ukończenie szkolenia”. Z drugiej jednak strony, w przypadku przywołanych wyżej studiów podyplomowych, istota podnoszenia kwalifikacji w tej formie polega na zakończeniu całego cyklu i obronie pracy. Mając na uwadze powyższe założenie, a nadto fakt, że taka interpretacja jest korzystniejsza dla pracownika, a to właśnie na jego korzyść wprowadzono do kodeksu pracy przepisy o podnoszeniu kwalifikacji zawodowych pracowników, skłaniałabym się do przyznania racji zwolennikom tezy, zgodnie z którą zgoda pracodawcy powinna obejmować cały cykl szkoleniowy.

Przepisy o podnoszeniu kwalifikacji zawodowych pracowników nie dotyczą tych osób, które doskonali się zawodowo bez zgody pracodawcy. Nie można jednak zapominać o tym, że pracodawcy mogą również takim pracownikom stwarzać udogodnienia. W takiej jednak sytuacji pracodawcy powinni być konsekwentni. Mianowicie, jeśli udzielają płatnego urlopu szkoleniowego jednemu z pracowników, który kształci się

szkoleniowego, pracodawca naraża się na zarzut dyskryminacji w zatrudnieniu.

UPRAWNIENIA SZKOŁĄCEGO SIĘ PRACOWNIKA

Zgodnie z art. 1031 § 2 kodeksu pracy, pracownikowi podnoszącemu kwalifikacje zawodowe przysługują: płatny urlop szkoleniowy, zwolnienie z całości lub części

szkoleniowego, udzielanego pracownikowi na czas trwania szkolenia specjalizacyjnego (tzw. tryb pozarezydencki). Podobnie art. 16 s ust. 2 ZawLekU stanowi, że lekarzowi przysługuje urlop szkoleniowy w wymiarze 6 dni na przygotowanie się i przystąpienie do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego. W tym miejscu pojawia się pytanie, czy pracodawca ma obowiązek udzielić lekarzowi-pracownikowi płatnego urlopu szkoleniowego na czas odbywania specjalizacji w trybie pozarezydenckim. Odpowiedź nie jest jednoznaczna. Na stronie Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, jakby nie było organizacji zrzeszającej lekarzy, można przeczytać, że „(...)W przypadku trybu pozarezydenckiego szkolenie specjalizacyjne mogą odbywać lekarze zatrudnieni w jednostce akredytowanej, lekarze rozpoczynający specjalizację na podstawie umowy cywilnoprawnej (bez odpłatności) oraz ci, którzy zostaną oddelegowani ze swojego macierzystego zakładu pracy do odbywania specjalizacji w ramach płatnego urlopu szkoleniowego. Wymóg ten może jednak okazać się bardzo trudny do spełnienia. Łatwo wyobrazić sobie reakcję pracodawcy, do którego zgłasza się pracownik z podaniem o udzielenie płatnego urlopu na cztery lata. Wobec powyższego w praktyce wymagana jest jedynie pisemna zgoda pracodawcy i nie jest kontrolowana forma oddelegowania do odbywania stażu (...)” (1). Za stanowiskiem wyrażonym przez Państwowe Towarzystwo Stomatologiczne przemawia literalna wykładnia przepisów ZawLekU. Przepisy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty nie ustanawiają w odniesieniu do szkolenia specjalizacyjnego reguły, która znajduje zastosowanie w przypadku Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego. O ile w odniesieniu do egzaminu kończącego specjalizację ustawodawca wskazuje, że lekarzowi przysługuje urlop szkoleniowy na przygotowanie się i przystąpienie do tego egzaminu, co jest równoznaczne z istnieniem po stronie lekarza roszczenia względem pracodawcy o udzielenie płatnego urlopu w tym celu, o tyle reguła taka nie ma zastosowania w przypadku szkolenia specjalizacyjnego. To mogłoby przemawiać za tym, że pracodawca nie ma obowiązku udzielić płatnego urlopu szkoleniowego na czas odbycia specjalizacji. Warto również zwrócić uwagę na fakt, że na gruncie ZawLekU pojęcie „płatnego urlopu szkoleniowego” ma charakter odmienny od tożsamego pojęcia na gruncie kodeksu pracy. Zgodnie z ZawLekU płatny urlop szkoleniowy może być udzielony przez pracodawcę na czas odbywania szkolenia specjalizacyjnego. Szkolenie to proces ciągły, polegający na uczestnictwie w zajęciach i praktykach obowiązkowych. Na gruncie kodeksu pracy „płatny urlop szkoleniowy” to czas, jaki pracownik poświęca na przy-



bez zgody pracodawcy, to powinni w ten sam sposób postępować wobec wszystkich pozostałych pracowników, którzy będąc w takiej samej sytuacji faktycznej będą chcieli podjąć szkolenie bez zgody pracodawcy. Postępując wobec tych pracowników inaczej, to znaczy odmawiając im płatnego urlopu

dnia pracy na czas niezbędny, by punktualnie przybyć na obowiązkowe zajęcia oraz na czas ich trwania. Za czas urlopu szkoleniowego oraz za czas zwolnienia w całości lub części dnia pracy pracownik zachowuje prawo do wynagrodzenia. Płatny urlop szkoleniowy jest udzielany w wymiarze wskazanym w kodeksie pracy, jednakże dla lekarzy pierwszorzędne znaczenie mają w tym zakresie przepisy ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. z 2015 r., poz. 464, dalej jako ZawLekU), które stanowią lex specialis wobec ogólnych przepisów kodeksu pracy. Zgodnie z art. 16 h ust. 2 pkt 2 ZawLekU szkolenie specjalizacyjne można odbywać w ramach płatnego urlopu

LITERATURA

Tekst dostępny na stronie:
<http://www.portalpts.pl/Index.aspx?sid=9>,
 dostęp z dnia 18.08.2016 r.



gotowanie i przystąpienie do egzaminu kończącego etap podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Płatnemu urlopowi szkoleniowemu z kodeksu pracy, odpowiada w ZawLekU „urlop szkoleniowy wymiarze 6 dni na przygotowanie się i przystąpienie do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego”, za który przysługuje wynagrodzenie. Można zatem twierdzić, że ZawLekU ustanawia odrębny, a w konsekwencji odmienny system podnoszenia kwalifikacji zawodowych od systemu przewidzianego w kodeksie pracy, a zatem w odniesieniu do szkolenia specjalizacyjnego lekarzy przepisy kodeksu pracy można stosować jedynie odpowiednio, nie wprost. Z drugiej jednak strony pamiętamy, że do 16 lipca 2010 r. obowiązywało Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej oraz Ministra Pracy i Polityki Socjalnej w sprawie zasad i warunków podnoszenia kwalifikacji zawodowych i wykształcenia ogólnego dorosłych z dnia 12 października 1993 r., które zasadniczo wyłączało spod ogólnych reguł doskonalenia zawodowego pracowników podstawowej działalności służby zdrowia, w tym lekarzy. Na skutek nowelizacji kodeksu pracy zrównano pod tym względem status lekarzy z pozostałymi pracownikami. Nieracjonalne z punktu widzenia ustawodawcy byłoby zatem ponowne różnicowanie tego statusu na gruncie ZawLekU bez wyraźnego postanowienia ustawowego i bez konkretnego uzasadnienia. Idąc dalej, Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie Specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyków z dnia 2 stycznia 2013 r. (Dz. U. 2013 r., poz. 26) w § 2 ust. 1 pkt 2 lit. e wskazuje, że do wniosku o odbycie specjalizacji w trybie pozarezydencyjnym załącza się zgodę pracodawcy na odbywanie szkolenia specjalizacyjnego. Skoro zatem jednym z warunków formalnych rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego w trybie pozarezydencyjnym jest złożenie wniosku zawierającego zgodę pracodawcy w przypadku osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, to spełniona jest przesłanka z art. 1031 § 1 Kodeksu pracy, z którego wynika, że jeśli pracodawca wyrazi zgodę na podnoszenie kwalifikacji zawodowych (a zatem odbywanie specjalizacji), to pracownikowi przysługuje prawo do płatnego urlopu szkoleniowego oraz do

płatnego zwolnienia na czas odbywanych zajęć. Trzeba mieć przecież na uwadze, że przepisy ZawLekU nie wyłączają stosowania przepisów kodeksu pracy o podnoszeniu kwalifikacji zawodowych lekarzy i lekarzy dentyków w ogólności, lecz jedynie w tym zakresie, w jakim zostało to w sposób wyczerpujący uregulowane w przepisach szczególnych. Dotyczy to przede wszystkim czasu trwania urlopu szkoleniowego, a nie zasad jego udzielania, które są wspólne dla wszystkich pracowników. Na taką niejednoznaczność przepisów ustawowych powinien niezwłocznie zareagować ustawodawca tym bardziej, że praktyka wydaje się krzywdząca dla młodych lekarzy. Zda-

Obowiązek ten dotyczy godzin będących, zgodnie z rozkładem czasu pracy, godzinami pracy lekarza. W kontekście powyższej regulacji warto wskazać, że zgodnie z ZawLekU lekarz może odbywać specjalizację w trybie pozarezydencyjnym, na przykład w oparciu o umowę cywilnoprawną. Niewątpliwie sytuacja lekarza odbywającego specjalizację w trybie pozarezydencyjnym jest dużo gorsza niż lekarza na rezydenturze. Może się bowiem zdarzyć, że osoba odbywająca szkolenie specjalizacyjne na podstawie umowy cywilnoprawnej, zobowiązana do pełnienia dyżuru (które są obowiązkowe w programie specjalizacji), zakończy pracę o godzinie 2.00 w nocy, podczas gdy następnego dnia ma rozpocząć wykonywanie pracy u swojego pracodawcy o godzinie 7.00. Osoba taka nie ma zapewnionych minimalnie 11 godzin nieprzerwanego dobowego wypoczynku, inaczej niż w przypadku osób odbywających rezydenturę. Mimo więc, że przepisy kodeksu pracy gwarantują pracownikowi - lekarzowi podnoszącemu kwalifikacje zwolnienie na czas zajęć, o ile odbywają się one w godzinach pracy, to już ani przepisy kodeksu pracy, ani, co najgorsze, przepisy szczególne dotyczące lekarzy, nie regulują kwestii czasu pracy w przypadku łączenia pracy ze specjalizacją odbywaną w trybie pozarezydencyjnym. Kwestii tej nie rozwiązuje również art. 16i ZawLekU, który wprowadza normy czasu pracy wyłącznie dla pracy wykonywanej w ramach szkolenia specjalizacyjnego, nie odnosząc się do kwestii łączenia pracy ze specjalizacją w trybie pozarezydencyjnym.

Pracownikowi podnoszącemu kwalifikacje zawodowe przysługują: płatny urlop szkoleniowy, zwolnienie z całości lub części dnia pracy na czas niezbędny, by punktualnie przybyć na obowiązkowe zajęcia oraz na czas ich trwania

rza się bowiem, że pracownik - lekarz jest proszony o złożenie wniosku w sprawie udzielenia mu urlopu bezpłatnego na czas odbycia szkolenia specjalizacyjnego w trybie pozarezydencyjnym.

Zgodnie z przepisami kodeksu pracy pracownikowi-lekarzowi, który podnosi kwalifikacje zawodowe za zgodą pracodawcy, przysługuje zwolnienie z całości lub części dnia pracy na czas niezbędny, by punktualnie przybyć na obowiązkowe zajęcia oraz na czas ich trwania.

POSDUMOWANIE

Niniejszy artykuł przedstawił jedynie drobny wycinek problemów, jakie jawią się na gruncie stosowania przepisów kodeksu pracy oraz przepisów regulujących status lekarzy i lekarzy dentyków w kontekście doskonalenia zawodowego. Wnioski z analizy tych problemów prowadzą do smutnego wniosku, iż wiele kwestii pozostaje nadal nieuregulowanych, niestety ze szkodą dla młodych lekarzy, którzy chcą podnieść swoje kwalifikacje. Wniosek ten powinien skłonić ustawodawcę do jak najszybszego uregulowania spornych kwestii i rozwiania pojawiających się wątpliwości.



KAMIL STOLARSKI

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



PAULINA PAKUŁA-GAWARECKA

Radca prawny, specjalizuje się w prawie pracy i prawie ubezpieczeń społecznych, autorka licznych publikacji i analiz z zakresu problematyki zatrudnienia, doktorantka w Katedrze Prawa Pracy i Polityki Społecznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.



FOT. 123RF

Rośliny lecznicze obecnie stosowane w ginekologii

FITOTERAPIA TOWARZYSZY CZŁOWIEKOWI OD ZARANIA DZIEJÓW. WRAZ Z POSTĘPEM BADAŃ I WPROWADZANIEM INNOWACYJNYCH LEKÓW SYNTETYCZNYCH OBSERWUJE SIĘ RÓWNOCZEŚNIE POSTĘP W DZIEDZINIE LEKU NATURALNEGO. Dokładniejsze badania nad substancjami pochodzenia naturalnego, nowe metody analizy fitochemicznej oraz liczne badania mikrobiologiczne pozwalają na poszukiwanie nowych ciał czynnych, ocenę właściwości tych substancji i wykorzystanie wielu roślin w lecznictwie, także w dziedzinie medycyny, jaką jest ginekologia.

autor:
mgr farmacji Aldona
Adamska-Szewczyk

statnio odnotowuje się także rosnące zainteresowanie pacjentów lekami ziołowymi. Wynika ono z wielu przyczyn, między innymi z działań niepożądanych niektórych leków przez nich przyjmowanych, interakcji leków w politerapii i wynikających z niej efektów ubocznych, czasem braku widocznej skuteczności niektórych terapii oraz alergii na niektóre substancje składowe, w tym składniki pomocnicze leku. W niektórych sytuacjach zastosowanie leku posiadającego skład ziołowy może korzystnie uzupełniać terapię innymi preparatami i może dawać pozytywne efekty leczenia.

ROŚLINY AKTUALNIE STOSOWANE W STANACH ZAPALNYCH BŁONY ŚLUZOWEJ POCHWY

Do roślin powszechnie stosowanych w ginekologii należy nagietek lekarski (*Calendula officinalis* L.). Surowcem wykorzystywanym w lecznictwie jest jego kwiat [i]. Zawiera on substancje czynne, takie jak: flawonoidy (kwercetynę i izoramnetynę w formie glikozydów) oraz saponiny triterpenowe i alkohole terpenowe. Zespół tych związków stanowi o właściwościach przeciwzapalnych (glikozyd izoramnetyny w badaniach hamował enzym lipooksygenazę), zmniejszających przepuszczalność

oraz drobne uszkodzenia błon śluzowych sromu i pochwy; pomocniczo w nadżerkach szyjki macicy [vi, vii, viii, ix].

Podobne właściwości przeciwzapalne wykazuje druga roślina z rodziny Compositae – rumianek pospolity (*Matricaria chamomilla* L.). Z niej pozyskuje się kwiatostany (koszyczki) bogate w olejek eteryczny wraz z chamazulenem, bisabololem), flawonoidy i laktony seskwiterpenowe. Rumianek wykazuje aktywność przeciwzapalną, przeciwbakteryjną i przeciwgrzybiczą oraz przeciwalergiczną. Za działanie spasmolityczne na mięśnie gładkie odpowiadają flawonoidy, zaś za efekt przeciwzapalny α -bisabolol. Może być stosowany do użytku zewnętrznego na stany zapalne skóry i błon śluzowych, w tym odbytu i narządów

płciowych, jako środek gojący i odkażający. Do wewnątrz łagodzi stany zapalne przewodu pokarmowego, układu moczowego oraz stany skurczowe i wzdęcia [x, xi]. Niektóre próby kliniczne wykazały korzystny wpływ ekstraktu z rumianku na zespół napięcia przedmiesiączkowego. W badaniach porównano wpływ kwasu mefenamowego oraz ekstraktu z rumianku, podawanych od 1 do 21 dnia trwania cyklu w losowej podwójnej ślepej próbie w dwóch kolejnych cyklach u kobiet. Redukcja objawów psychicznych była wyższa w przypadku ekstraktu z rumianku, zaś zmniejszenie objawów fizycznych na podobnym poziomie w przypadku obu preparatów [xii]. Obecnie trwają także badania nad wykorzystaniem rumianku w łagodzeniu lęku i depresji [xiii].

Przetwory z nagietka przyspieszają proces ziarninowania oraz regeneracji naskórka

ścian naczyń włosowatych, bakteriobójczych i przeciwgrzybiczych. W badaniach wykazano hamowanie wzrostu *Bacillus subtilis*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* oraz *Candida albicans* przez składniki ekstraktu z nagietka [ii, iii, iv]. Uważa się także, że przetwory z nagietka przyspieszają proces ziarninowania oraz regeneracji naskórka i mogą mieć zastosowanie w profilaktyce ostrego zapalenia po radioterapii, na oparzenia i stany zapalne skóry i błon śluzowych [v]. W ginekologii kwiat nagietka podaje się zewnętrznie w formie naparów do przemywań, w postaci mieszanek ziołowych do sporządzania odwaru, nalewki, płynu do irygacji i tamponowania, ekstraktów płynnych, maści i żeli oraz tabletek dopochwowych, preparatów homeopatycznych. Poleca się go na stany zapalne błony śluzowej pochwy z towarzyszącymi upławami, wspomagająco na zapalenie pochwy wywołane przez bakterie lub rzęsistka pochwowego, zapalenie sromu i świąd, zewnętrzne i wewnętrzne obtarcia



FOT. 123RF



Preparaty należące do grupy SERM (Selective Receptor Estrogen Modulators) obok łagodzenia objawów okołomenopauzalnych korzystnie wpływają na układ sercowo-naczyniowy i poziom cholesterolu we krwi

stosuje się głównie w schorzeniach dermatologicznych, takich jak: grzybica stóp i skóry głowy, pomocniczo w trądziku, oparzeniach i wrzodzeniach, zakażonych ranach. Podobnie rekomendowany jest w leczeniu zakażeń w obrębie układu oddechowego, moczowego oraz pochwy [xvi, xvii, xviii].

W badaniach porównawczych wykazano jego aktywność przeciw drobnoustrojową na wysokim poziomie, kolejno wg siły wobec: *Aspergillus niger*, *Candida species*, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*.

W badaniach *in vitro* drożdże i pleśnie okazały się bardziej wrażliwe niż bakterie na działanie olejku [xix, xx].

Szałwia lekarska (*Salvia officinalis* L.) to dość powszechny surowiec zielarski stosowany w stanach zapalnych błon śluzowych jamy ustnej gardła oraz pochwy, na wypryski i czyraki oraz zakażenia skóry. Jej liść zawiera znaczną ilość garbników, olejek eteryczny (tujon, kamforę, 1,8-cyneol), związki fenolowe oraz flawonoidy. Surowiec działa ściągająco, przeciwbakteryjnie oraz wysuszająco. Ogranicza potliwość, zapobiega usuwaniu wody przez

skórę, co może korzystnie przekładać się na jego znaczenie w okresie menopauzy. W medycynie tradycyjnej szalwia używana jest także jako środek zmniejszający laktację i stymulujący wydzielenie soków trawiennych [xxi, xxii, xxiii, xxiv].

Kora dębu szypułkowego (*Quercus robur* L.) stanowi źródło garbników katechiny oraz związków fenolowych, przez co posiada właściwości odkażające, ściągające, hemostatyczne w stanach zapalnych skóry, błon śluzowych jamy ustnej i gardła, a także narządów płciowych i odbytu. Wykazano aktywność przeciwdrobnoustrojową ekstraktów z kory dębu wobec szczepów takich jak: *Staphylococcus aureus*, *Enterobacter aerogenes* oraz *Candida albicans* oraz zależność tej aktywności biologicznej od polarności ekstrahenta [xxv, xxvi, xxvii].

ROŚLINY LECZNICZE OBECNE W PREPARATACH STOSOWANYCH W ŁAGODZENIU ZABURZEŃ CYKLU I MENOPAUZIE

Niepokalanek pospolity (*Vitex agnus-castus*) jest rośliną dość często stosowaną

Olejek z drzewa herbacianego to coraz częściej spotykany składnik globulek i płynów do higieny intymnej. Jest on pozyskiwany z liści drzewa herbacianego (*Melaleuca alternifolia*). Wśród jego składników dominują związki terpenowe α -, γ -terpinen, α -pinen, 1,8-cyneol, limonen i inne związki. Za działanie przeciwbakteryjne odpowiada związek terpinen-4-ol. Olejek eteryczny posiada także właściwości przeciwgrzybicze, potwierdzone w badaniach *in vitro* wobec szczepu *Candida albicans* [xiv, xv]. Olejek

LITERATURA

- W. Kapczyński, Fitoterapia we współczesnym postępowaniu leczniczym w ginekologii i położnictwie, *Postępy Fitoterapii* 2/2000, s. 10-16
- I. Binić, A. Janković, M. Miladinović, B. Gocević, D. Janković, Z. Vrnjina, Evaluation of healing effects of new herbal formulation on venous leg ulcer: pilot study - Age (years) 67, 3:43, 2011
- Z. Stojanović-Radić, Antimicrobial activity of the three commercial drug's essential oils: Chamomillaeflos, Calendulaeflos and Millefoliherba, *BIOLOGICA NYSSANA* 3 (2) December 2012, s. 69-76
- A. Grys, Z. Łowicki, A. Gryszczyńska, M. Kania, A. Parus, Rośliny zielarskie w leczeniu chorób skóry – bezpieczeństwo i zastosowanie, *Postępy Fitoterapii* 3/2011, s. 191-196
- http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Herbal_-_Overview_of_comments_received_during_consultation/2009/12/WC500018118.pdf
- L. I. Epure, Gh. V. Roman, R. Maracineanu, STUDIES ON MEDICINAL AND AROMATIC PLANTS USED IN THE BUCHAREST UNIVERSITY HOSPITAL Scientific Papers, UASVM Bucharest, Series A, Vol. LIV, 2011, ISSN 1222-5339
- I. Mattawska, FARMAKOGNOZJA, Poznań 2005, s. 233-234
- J.C. Chalchat, R.P. Garry, A. Michet, 1991. Chemical composition of essential oil of *Calendula officinalis* L. (potmarigold). *Flavour and Fragrance Journal*, 6(3): s. 189-192
- A. Karowicz-Bilińska, E. Nowak-Markwitz, P. Oszukowski, T. Opala, M. Spaczyński, M. Wilegoś, Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące wskazań i bezpieczeństwa stosowania antykoncepcji hormonalnej oraz wewnątrzmacicznej, *GINEKOL POL.*, 2014 : Vol. 85, nr 3, s. 234-239
- S. Kohnmünzer, FARMAKOGNOZJA, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000, s. 550-553
- I. Mattawska, FARMAKOGNOZJA, Poznań 2005, s. 333-335
- F. Sharif, M. Simbar, F. Mojab, H. Alavi Majid, A comparative study of the effects of *Matricaria chamomilla* extract and mefenamic acid on the severity of premenstrual syndrome symptoms, *Arak Medical University Journal (AMUJ) OriginalArticle* 2013; 16(70): s. 71-78
- O. Kalużyńska, J. Rabe-Jabłońska, Miękkie objawy neurologiczne jako kandydat na endofenotyp schizofrenii, *Psychiatria Polska* 2014; 48(1): s. 59-73
- M. Di Vito, P. Mattarelli, M. Modesto et al., *In Vitro* Activity of Tea Tree Oil Vaginal Suppositories against *Candida* spp. and Probiotic Vaginal Microbiota, *Phytother Res.* 2015 Aug 3, doi: 10.1002/ptr.5422
- A. Garbusińska, A. Mertas, W. Król, Przegląd badań *in vitro* oceniających aktywność przeciwdrobnoustrojową olejku z drzewa herbacianego (*TeaTreeoil*), *Cz. I. Postępy Fitoterapii* 2010; 2: s. 85-96
- A. Garbusińska, A. Mertas, W. Król, Przegląd badań *in vitro* oceniających aktywność przeciwdrobnoustrojową olejku z drzewa herbacianego (*TeaTreeoil*), *Cz. I. Postępy Fitoterapii* 2010; 2: s. 85-96
- M. Wyszowska-Kolatto, P. Koczurkiewicz, K. Wójcik, E. Pękala, Rośliny lecznicze w terapii chorób skóry, *Postępy Fitoterapii* 3/2015, s. 184-192
- N. Pazyra, R. Yaghoobi, N. Bagherani et al. A review of applications of tea tree oil in dermatology, *Intern J Dermatol* 2013; 52:784-90.
- M. Adaszyńska-Skwirzyńska, M. Swarczewicz, Skład chemiczny i aktywność biologiczna lawendy lekarskiej, *Wiadomości Chemiczne*, 2014, [Z] 68, s. 11-12
- J. Markowska, E. Okowska-Wozniak, N. Izycka, R. Mądry, Wpływ preparatu Cicatridina® na zmiany w pochwicie po leczeniu raka szyjki macicy i raka endometrium radioterapią. Badanie obserwacyjne, *CURRENT GYNECOLOGIC ONCOLOGY* 2013, 11(2), s. 97-102
- J. A. Michalski, D. Zielińska, Przegląd olejków eterycznych pozyskiwanych z roślin z rodziny jasnotowatych (Lamiaceae) i ich własności, *Polish Journal of Cosmetology*, 2015, 18(1): s. 16-24
- A. Gryszczyńska, B. Gryszczyńska, B. Opala, Z. Łowicki, Zastosowanie roślin leczniczych w menopauzie. Cz. I., *Postępy Fitoterapii* 2/2012, s. 79-92
- K. Karłowicz-Bodalska, S. Hani, T. Han, K. Koppa, I. Krzak, M. Ruszczykiewicz, D. Andryszak, G. Kamianowski, R. Milewski, Analiza wpływu czynników okolicy porodowych oraz wiedzy matek z zakresu laktacji na sposób żywienia niemowląt, *Pediatrica Polska*, 1/2010 s. 25-34
- http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Herbal_-_HMP_C_assessment_report/2010/02/WC500070850.pdf
- S. Andrensek, B. Simonovska, I. Vovk, P. Fyhrquist, H. Vuorela, P. Vuorela, Antimicrobial and antioxidant enrichment of oak (*Quercus robur*) bark by rotation planar extraction using ExtraChrom., *International Journal of Food Microbiology*, 2004, 92, s. 181-187
- D.G. Deryabin, A.A. Tolmacheva, Antibacterial and Anti-Quorum Sensing Molecular Composition Derived from *Quercus cortex* (Oak bark) Extract, *Molecules* 2015, 20(9), s. 17093-17108
- N. Miladenovic, A. Mladenovic, S. Pavlovic, D. Baskic, N. Zdravkovic, The Aqueous Extract of *Quercus robur* L. (Fagaceae) Shows Promising Antibacterial Activity against *Klebsiella pneumoniae*, *Global Journal of Pathology and Microbiology*, 2014, 2, s. 83-88
- S. Christie, A.F. Walker, *Vitex agnus-castus* L.: (1) A review of its traditional and modern therapeutic use; (2) Current use from a survey of practitioners, *Eur J HerbalMed* 1997; 3: s. 29-45
- M.D. van Die, H.G. Burger, H.J. Teede, K.M. Bone, *Vitex agnus-castus* extracts for female reproductive disorders: a systematic review of clinical trials, *Planta medica*, 2013, s. 562-575
- G. Dante, F. Facchinetti, Herbal treatments for alleviating premenstrual symptoms: a systematic review, *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology* 2011, 32, s. 42-51
- L. Ciotta, I. Pagano, M. Stracquadanio, S. Di Leo, A. Ando, C. Formoso, Psychic aspects of the premenstrual dysphoric disorders. New therapeutic strategies: our experience with *Vitex agnus-castus*, *Minerva Ginecologica* 2011, 63: s. 237-245
- M.D. van Die, H.G. Burger, H.J. Teede, K.M. Bone, *Vitex agnus-castus* extracts for female reproductive disorders: a systematic review of clinical trials, *Planta medica*, 2013, s. 562-575
- R. Gumm, G.H. Cunnick, K. Mokbel, Evidence for the management of mastalgia, *Current Medical Research and Opinion* 2014, 20, s. 681-684
- M.D. van Die, H.G. Burger, H.J. Teede, K.M. Bone, *Vitex agnus-castus* extracts for female reproductive disorders: a systematic review of clinical trials, *Planta medica*, 2013, s. 562-575
- K. Karłowicz-Bodalska, S. Hani, T. Han, K. Koppa, I. Krzak, M. Ruszczykiewicz, A. Kowalczyk, Wybrane rośliny lecznicze stosowane w menopauzie, *Postępy Fitoterapii* 3/2015, s. 144-152
- I. Mattawska, FARMAKOGNOZJA, Poznań 2005, s. 216-217
- S. Xi, E. Liske, S. Wang et al., Effect of isopropanolic *Cimicifuga racemosa* extract on uterine fibroids in comparison with tibolone among patients of a recent randomized, double blind, parallel-controlled study in Chinese women with menopausal symptoms, *Evid Based Complement Alternat Med*, 2014, Published online 2014 Mar 2. doi: 10.1155/2014/717686
- I. Mattawska, FARMAKOGNOZJA, Poznań 2005, s. 42
- B. Męczyński, A. Czyżyk, Selektynne modulatory receptora estrogenowego w terapii osteoporozy postmenopauzalnej, *Ginekologia Polska*, 2009, 80, s. 213-217
- http://www.postępyfitoterapii.pl/wp-content/uploads/2014/11/pf_2012_192-196.pdf
- C. Atkinson, J.E. Compston, N.E. Day et al., The effects of phytoestrogen isoflavones on bone density in women: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial, *The American Journal of Clinical Nutrition* 2001, 79(2), s. 326-333
- W. K. Kim, L.M. Donahoe, S.A. Bloomfield, H.A. Hogan, L.F. Kubena, D.J. Nisbet, S.C. Ricke, Molt performance and bone density of control and cancellous bone in laying hens during feed restriction or alfalfa-based feed molt, *Poultry Science* 2007, 86(9), s. 1821-1830
- G. Zagórka, K. Głowiak, 2008. Ocena aktywności biologicznej składników czynnych lucerny (*Medicago sativa* L.) na podstawie badań *in vitro* oraz *in vivo*, *Alfalfa in human and animals nutrition*. T. 3. Monographic E.R. Grela, Stowarzyszenie Rozwoju Regionalnego i Lokalnego "Progress", Dzierżbówka – Lublin, s. 39-48

w różnych kobiecych dolegliwościach – między innymi w zaburzeniach rozrodczych, w zespole napięcia przedmiesiączkowego wraz z cykliczną mastalgia, w przedmiesiączkowych zaburzeniach dysforycznych (PMDD), przy obniżonej płodności, w niekorzystnych objawach związanych z menopauzą oraz pomocniczo w laktacji [xxviii, xxix, xxx].

W odniesieniu do objawów ogólnych PMS oraz oddzielnie objawów fizycznych i psychicznych ekstrakt z niepokalanka działał silniej od placebo, pirydoksyny i magnezu, jednak słabiej niż fluoksetyna. Wywoływał za to mniej działań niepożądanych [xxxi, xxxii]. Porównywano także jego wpływ na mastalgie w odniesieniu do bromokryptyny. Efekt był zbliżony do działania leku [xxxiii, xxxiv].

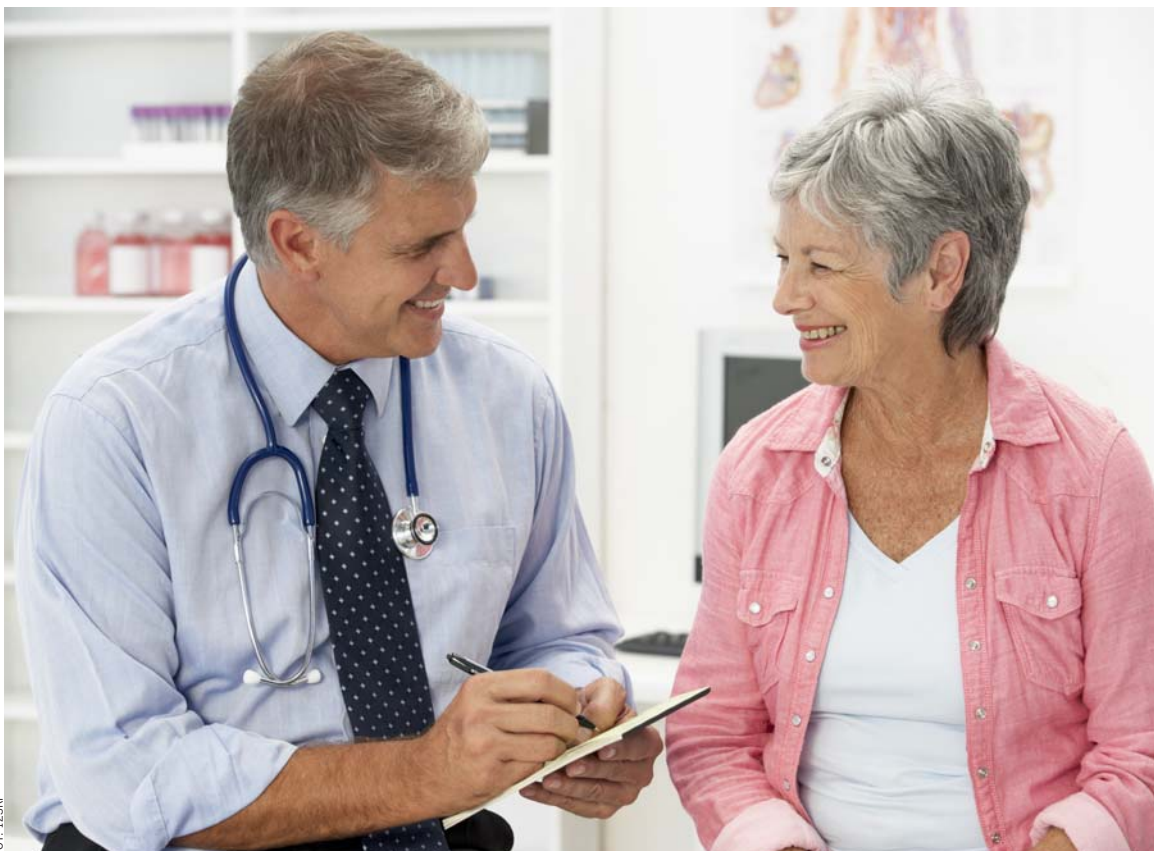
Kłącze pluskwicy groniastej (*Cimicifuga racemosa* L.) to surowiec zawierający izoflawony oraz związki terpenowe (cimicifugozyd, akteina). Jego ekstrakty alkoholowe znalazły zastosowanie w łagodzeniu dolegliwości okresu menopauzalnego oraz objawów zespołu napięcia przedmiesiączkowego [xxxv, xxxvi]. W badaniu randomizowanym z podwójnie ślepą próbą porównywano działanie ekstraktu z pluskwicy groniastej z tybolonem na włókniki macicy. U 70% kobiet, którym podawano ekstrakt roślinny nastąpiło zmniejszenie włókniaków o 30,3% ich średniej wielkości. W grupie kobiet przyjmujących lek z tybolonem nastąpiło zmniejszenie o 35,7% ich rozmiaru [xxxvii].

Poszukiwanie alternatywnej terapii dla hormonalnej terapii zastępczej, szcze-

gólnie u kobiet, u których nie wskazane jest stosowanie estrogenów, powoduje, że sięgają one także po preparaty fitoestrogenowe z wyciągami z soi (*Glycine species*) zawierającymi izoflawony, koniczyny łąkowej (*Trifolium pratense*), w której składzie dominują kumestany czy z wyciągami z lnu zwyczajnego (*Linum usitatissimum*) obfitującego w lignany [xxxviii].

Wykazano także, że preparaty, należące do grupy SERM (Selective Receptor

modulator) powoduje wzrost mineralizacji kości o ponad 2% oraz wzrost gęstości kości w odcinku lędźwiowym kręgosłupa [xl, xli]. Ostatnio także coraz częściej w piśmiennictwie wspomina się o lucernie (*Medicago sativa* L.), która stanowi źródło zarówno izoflawonów (genisteiny, daidzeiny) oraz kumestanów (kumestrolu). W badaniach u ptaków karmionych w 70% lucerną zaobserwowano zwiększoną mineralizację kości podudzia, która wiązała się z po-



FOT. 123RF

Estrogen Modulators) obok łagodzenia objawów okołomenopauzalnych, korzystnie wpływają na układ sercowo-naczyniowy i poziom cholesterolu we krwi. Według niektórych doniesień związki triterpenowe zawarte w *Cimicifuga racemosa* stanowią naturalne modulatory SERM [xxxix]. Wiele badań dowodzi także, że duże spożycie izoflawonów (56,90 mg przez pół roku) po-

budzeniem receptora ER-beta obecnego w tkance kostnej [xlii, xliii].

W związku ze wzrostem zainteresowania lekami roślinnymi, powiększa się także liczba substancji pochodzenia roślinnego służących jako składniki tych leków. Mogą one z czasem stanowić doskonałe dopełnienie kuracji ginekologicznej, przynieść korzystne efekty lecznicze u pacjentów.

MGR FARMACJI ALDONA ADAMSKA-SZEWczyk

Specjalność apteczno-zielarska, absolwent Studiów podyplomowych Studium Farmakoekonomiki, Marketingu i Prawa Farmaceutycznego, Szkoły Biznesu Politechniki Warszawskiej, od 6 lat kierownik Apteki Hibiskus w Warszawie, wieloletni wykładowca przedmiotu Farmakognozja w Policealnym Studium Farmaceutycznym "Omega" w Warszawie, konsultant merytoryczny polskiego wydania: "Plantes & bien-être" (Rośliny i Zdrowie), autorka publikacji naukowych o tematyce zielarskiej (Aptekarz Polski, Biuletyn OIA w Lublinie, Current Issues in Pharmacy and Medical Sciences) oraz popularnonaukowych (Kobieta i życie). Wielokrotny gość programu Pytanie na śniadanie, audycji Radia Bajka o tematyce zdrowotnej, autor strony: Ziola od kuchni i nie tylko.

Dermatozy u kobiet w ciąży

W CIĄŻY MOGĄ WYSTĄPIĆ ZMIANY SKÓRNE, ZALICZANE DO JEDNEJ Z TRZECH KATEGORII: SKÓRNE OBJAWY CIĄŻY, WYWOŁANE ZMIANAMI HORMONALNYMI I IMMUNOLOGICZNYMI, CHOROBY SKÓRY, KTÓRYCH PRZEBIEG JEST ZMIENIONY (ZŁAGODZONY LUB NASILONY) W TYM OKRESIE ORAZ DERMATOZY SPECYFICZNE DLA CIĄŻY. Poniższa, krótka charakterystyka poświęcona jest tej ostatniej grupie chorób.

Dermatozy kobiet ciężarnych stanowią niejednorodną grupę zapalnych chorób skóry, o nie w pełni wyjaśnionej etiopatogenezie, które występują jedynie w czasie ciąży lub w okresie połogu. Zgodnie z ostatnią klasyfikacją z 2006 roku (1) w grupie dermatoz ciężarnych wyróżniono:

1. pemfigoid ciężarnych,
2. wielopostaciowe osutki ciężarnych,
3. wewnątrzwątrobową cholestazę ciężarnych,
4. atopową osutkę ciężarnych.

Dyskutowane jest wcześniejsze zaliczenie do tej grupy chorób ostrej łuszczycy krostkowej ciężarnych oraz swędzącego zapalenia mieszków włosowych ciężarnych. Pierwsza z nich nie różni się klinicznie od uogólnionej

Wielopostaciowe osutki ciężarnych, dawniej swędzące grudki i blaszki pokrzywkowe ciężarnych (pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy – PUPPP) jest to łagodna, samoograniczająca się choroba zapalna skóry, występująca częściej u pierworódek w trzecim trymestrze ciąży lub bezpośrednio po porodzie

autor:
Dorota Nowicka



WARTO ZAPAMIĘTAĆ:

- 1. choroby skóry specyficzne dla ciąży to:** pemfigoid ciężarnych, wielopostaciowe osutki ciężarnych, wewnątrzwartrobowa cholestaza ciężarnych i atopowa osutka ciężarnych
- 2. pojawiają się najczęściej w trzecim trymestrze ciąży** z wyjątkiem atopowej osutki ciężarnych
- 3. groźne dla płodu są pemfigoid ciężarnych i wewnątrzwartrobowa cholestaza ciężarnych**
- 4. w przypadku wystąpienia pemfigoidu ciężarnych, atopowej osutki i cholestazy wewnątrzwartrobowej ciężarnych należy liczyć się z możliwością nawrotu w kolejnej ciąży.**

łuszczycy krostkowej, nie będącej schorzeniem specyficznym dla ciąży. Swędzące zapalenie mieszków włosowych uznawane jest natomiast za odmianę atopowej osutki ciężarnych (2,3).

PEMFIGOID KOBIET CIĘŻARNYCH

Pemfigoid ciężarnych jest rzadką chorobą o podłożu autoimmunologicznym, obrazem klinicznym i zjawiskami immunologicznymi przypominającą pemfigoid. Dawna nazwa herpes gestationis podkreśla, zbliżony do opryszczki, obraz zmian pęcherzowych, nie mających jednakże związku z infekcją wirusową. Zmiany pojawiają się najczęściej w drugim lub trzecim trymestrze ciąży (1). Mają postać dobrze napiętych pęcherzy, czasem zmian pokrzywkowych. W odróżnieniu od polimorficznych osutek ciężarnych zlokalizowane są początkowo w okolicy pępka, stopniowo rozszerzając się na cały brzuch, czasem zajmując także uda, podeszwy stóp i ręce (4). Zmianom towarzyszy nasilony świąd. Choroba często ustępuje w ostatnim miesiącu ciąży i nawraca bezpośrednio po porodzie. Następnie zmiany stopniowo spontanicznie zanikają w pierwszych tygodniach po porodzie, często jednak powracając w kolejnych ciążach. Patogeneza nie jest w pełni poznana, obserwuje się jednak związek z antygenami zgodności tkankowej HLA-DR3 i HLA-DR4 u części pacjentek. Krążące przeciwciała klasy IgG skierowane są przeciw antygenom nabłonka owodni i błony podstawnej naskórka. Złogi kompleksów immunologicznych, wiążących dopełniacz, powodują chemotaksję granulocytów kwasochłonnych, ich degranulację i w konsekwencji uszkodzenie błony podstawnej doprowadzając do powstawania pęcherzy podnaskórkowych. Diagnoza opiera się na obrazie klinicznym i histopatologicznym, decydujące jest jednak bezpośrednie badanie immunofluorescencyjne skóry, ukazujące linijne złogi IgG i C3 w błonie podstawnej.

U noworodka, ze względu na bierne przeniesienie matczyńskich przeciwciał, mogą rozwinąć się zwykle łagodne zmiany pokrzywkowe i pęcherzykowe. Z uwagi na ryzyko porodu przedwczesnego i małej masy urodzeniowej, obecnie przeważa pogląd, że choroba wymaga leczenia immunosupresyjnego. Lekiem

z wyboru jest prednizolon w dawce 0,5 mg/kg m.c. Leczenie powinno być krótkotrwałe (najczęściej < 4 tyg.). W przypadku zmian o niewielkim nasileniu można stosować niefluorowane kortykosteroidy miejscowe (np. furoinian metometazonu, aceponian metyloprednizolonu, maślan hydrokortyzonu). W przypadkach o cięższym przebiegu rozważa się podanie cyklosporyny A, dapsonu, azatiopryny lub metotreksatu (po porodzie).

WIELOPOSTACIOWE OSUTKI CIĘŻARNYCH

Wielopostaciowe osutki ciężarnych, dawniej swędzące grudki i blaszki pokrzywkowe ciężarnych (pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy – PUPPP) jest to łagodna, samoograniczająca się

choroba zapalna skóry, występująca częściej u pierworódek w trzecim trymestrze ciąży lub bezpośrednio po porodzie. Nawroty w kolejnych ciążach są rzadkością. Jest to najczęstsza dermatoza ciążowa występująca u 1 na 160 rodzących, niezwykle rzadko występuje w przypadku ciąż wielopłodowych (5). W odróżnieniu od pemfigoidu ciężarnych, polimorficzne osutki ciężarnych często zaczynają powstawać w obrębie rozstępów, nie zajmują natomiast okolicy okołopępkowej. Etiopatogeneza pozostaje nieznana. Przypuszcza się, że powstawanie rozstępów w przebiegu ciąży uszkadza tkankę łączną, prowokując wystąpienie reakcji immunologicznej. Sugeruje się także związek z atopią, obserwowaną u ponad połowy pacjentek. Nie stwierdzono dotychczas



FOT. 123RF

W przebiegu atopowej osutki ciężarnych mogą przeważać zmiany grudkowo-guzkowe typowe dla świerzbiączki (odmiana świerzbiączkowa – ok. 1/3 wszystkich przypadków) lub zmiany wypryskowe (odmiana wypryskowa – ok. 2/3 wszystkich przypadków). Jest to najczęstsza przyczyna świądu w ciąży



LITERATURA

1. Ambros-Rudolph CM, Müllegger RR, Vaughan-Jones SA, Kerl H, Black MM The specific dermatoses of pregnancy revisited and reclassified: results of a retrospective two-center study on 505 pregnant patients. *J Am Acad Dermatol.* 2006 Mar; 54(3):395-404.
2. Ambros-Rudolph C.M.: Spezifische Schwangerschaftsdermatosen. *Hautarzt.* 2010; 61: 1014-1020
3. Ambros-Rudolph C.M., Black M.M.: From prurigo gestationis Besnier to atopic eruption of pregnancy: the confusing nosology of the less well-defined dermatoses of pregnancy has been largely clarified. *Clin. Dermatol.*, 2006; 24: 545-547
4. Intong LR, Murrell DJ, Pemphigoid gestationis: pathogenesis and clinical features. *Dermatol Clin.* 2011 Jul; 29(3):447-52, ix.
5. Rudolph CM, Al-Fares S, Vaughan-Jones SA, Müllegger RR, Kerl H, Black MM. Polymorphic eruption of pregnancy: clinicopathology and potential trigger factors in 181 patients. *Br J Dermatol.* 2006 Jan; 154(1):54-60
6. J. Szepietowski, E. Weisshaar (red) Itch - Management in Clinical Practice, *Curr Probl Dermatol*, Basel, Karger, 2016, vol 50: 164-172
7. Roth MM. Pregnancy dermatoses: diagnosis, management, and controversies. *Am J Clin Dermatol.* 2011 Feb 1; 12(1):25-41
8. Szepietowski J., Reich A.: Świąd: patomechanizm, klinika, leczenie. Termedia, Poznań, 2010

związku z antygenami zgodności tkankowej HLA ani kompleksów immunologicznych. Zmiany pojawiają się początkowo w obrębie rozstępów a następnie szerzą się na uda, pośladki i plecy. Rzadko zajmują całe kończyny. Zmiany skórne są, jak wskazuje nazwa, polimorficzne, rumieniowo-obrzękowe, grudkowe a czasem także pęcherzykowe i pęcherzowe. Choroba nie stanowi zagrożenia dla matki ani dla płodu, jest jednak ogromnie uciążliwa ze względu na nasilony świąd. Diagnoza opiera się



FOT. 123RF

Przypuszcza się, że powstawanie rozstępów w przebiegu ciąży uszkadza tkankę łączną, prowokując wystąpienie reakcji immunologicznej. Sugeruje się także związek z atopią, obserwowaną u ponad połowy pacjentek

głównie na obrazie klinicznym. Immunopatologiczne badanie skóry jest ujemne. Obraz histologiczny ukazuje obrzęk skóry właściwej z naciekami okołonaczyniowymi oraz hiper- i parakeratozą w późniejszym okresie. Leczenie jest objawowe, przede wszystkim z wykorzystaniem miejscowych preparatów sterydowych i ewentualnie leków przeciwhistaminowych (loratadyna, cetyryzyna, feksofenadyna) (6). W szczególnie uciążliwych przypadkach stosuje się ogólną sterydoterapię. Choroba ma przebieg samoograniczający i ustępuje w ciągu kilku tygodni po porodzie.

ATOPOWA OSUTKA CIĘŻARNYCH

Atopowa osutka ciężarnych jest najczęstszą dermatozą typową dla okresu ciąży. Obejmuje świerzbiączkę ciężarnych, wyprysk ciężarnych oraz swędzące zapalenie mieszków włosowych. W przebiegu atopowej osutki ciężarnych mogą przeważać zmiany grudkowo-guzkowe typowe dla świerzbiączki (odmiana świerzbiączkowa – ok. 1/3 wszystkich przypadków) lub zmiany wypryskowe (odmiana wypryskowa – ok. 2/3 wszystkich przypadków). Jest to najczęstsza przyczyna świądu w ciąży. W 20% dotyczy pacjentek z wcześniejszym wywiadem atopowym. (1, 2). W odróżnieniu od dermatoz ciążyowych, przedstawionych powyżej, zmiany wypryskowe pojawiają się już w pierwszym lub drugim trymestrze ciąży. U większości pacjentek obserwuje się zmiany wypryskowe w typowej dla wyprysku atopowego lokalizacji: na twarzy, szyi, zgięciowych powierzchniach kończyn, u niektórych zaś drobne rozsiane zmiany grudkowe. Wtórnie, z powodu uciążliwego świądu, powstają przeczasy, nadżerki i nadkażenie bakteryjne. U większości chorych zmiany ustępują po porodzie. Diagnoza opiera się na obrazie klinicznym. U części pacjentek stwierdza się podwyższony poziom IgE. Podstawą leczenia jest stosowanie zewnętrznych kortykosteroidów i emolientów oraz leków przeciwhistaminowych. Choroba nie wiąże się z żadnym zagrożeniem dla płodu, z wyjątkiem ewentualnego ryzyka rozwoju atopii.

WEWNĄTRZĄTROBOWA CHOLESTAZA CIĘŻARNYCH

W wewnątrztrętrowej cholestazie ciężarnych zmiany skórne są wyłącznie wtórne do świądu wywołanego cholestazą, zazwyczaj bez towarzyszącej żółtaczki. Świąd początkowo dotyczy rąk i stóp, ze stopniowym uogólnieniem. Dolegliwości zwykle ustępują w ciągu 1-2 dni po porodzie, rzadziej mogą utrzymywać się do 2 tygodni. Ryzyko nawrotu w kolejnych ciążach lub przy stosowaniu doustnej antykoncepcji sięga 50-70% (7). W etiopatogenezie podkreśla się zmiany hormonalne, predyspozycję genetyczną i dyskusowany wpływ czynników zewnętrznych (gł. niedobór selenu). Rozpoznanie opiera się na objawach klinicznych oraz podwyższonym poziomie bilirubiny i transaminaz w surowicy. Ze względu na potencjalne zagrożenie dla płodu, choroba wymaga bezwzględnego leczenia. Obecnie lekiem z wyboru jest kwas ursodeoksycholowy. Leki antyhistaminowe w tym schorzeniu są nieskuteczne. (8)

Świąd i zmiany skórne często towarzyszą ciąży i zwykle mają łagodny, samoograniczający się przebieg. Wymagają jednak wnikliwej diagnostyki, pozwalającej na odróżnienie łagodnych, choć uciążliwych chorób od stanów zagrażających rozwojowi płodu.



**DR N. MED.
DOROTA NOWICKA**

Starszy asystent w Katedrze i Klinice Dermatologii i Wenerologii Warszawski Uniwersytet Medyczny

24-25 lutego 2017 r.

Hotel Copernicus**, Toruń**

V KRAJOWE SPOTKANIE GINEKOLOGÓW I POŁOŻNIKÓW

Patronat Naukowy:

Klinika Perinatologii i Ginekologii, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi

**Przewodniczący Komitetu Naukowego
i Organizacyjnego:**

Prof. dr hab. n. med. Przemysław Oszukowski

Za udział w Konferencji przewidziano punkty edukacyjne przyznane przez OIL

W sprawach merytorycznych prosimy o kontakt:

Prof. dr hab. med. Przemysław Oszukowski
Klinika Perinatologii i Ginekologii ICZMP
ul. Rzgowska 281/289
93-338 Łódź

W sprawach organizacyjnych prosimy o kontakt:

AGORA

ul. Błażeja 10L/2, 61-608 Poznań
Tel./Fax 61 842 74 65, 603 139 708
e-mail: biuro@agora-konferencje.pl



SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE oraz REJESTRACJA www.agora-konferencje.pl

21-22 kwietnia 2017 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



Komitet naukowy:

Przewodniczący Komitetu Naukowego:

Prof. 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



FOT. PREGNABIT

Nowe technologie do monitorowania dobrostanu płodu

TELEMEDYCYNĄ JEST DYNAMICZNIE ROZWIJAJĄCYM SIĘ NURTEM WSPÓŁCZESNEJ OPIEKI NAD PACJENTEM. ŁĄCZĄC W SOBIE ELEMENTY MEDYCZYNY, INFORMATYKI ORAZ TELEKOMUNIKACJI W ZNACZĄCY SPOSÓB POPRAWIA JAKOŚĆ USŁUG MEDYCZNYCH. Oferuje rozwiązania w wielu dyscyplinach. Niebawem na polskim rynku pojawi się także teleKTG.

UMIERALNOŚĆ OKOŁOPORODOWA W POLSCE

W Polsce rodzi się około 370 tys. dzieci rocznie. W ostatnich latach umieralność okołoporodowa w Polsce maleje. W liczbach bezwzględnych (definiowana jako urodzenia martwe i zgony niemowląt w wieku od 0-6 dni) w 2012 roku wyniosła ona 2519, w 2013 roku 2232, a w 2014 roku 2122. Współczynnik umieralności okołoporodowej (definiowany jako urodzenia martwe i zgony niemowląt w wieku od 0-6 dni na 1000 urodzeń żywych i martwych) w roku 2012 wynosił 6,5%, 2013 – 6,0%, a w 2014 zmalał do 5,6%. Jednak, na tle Europy, nadal mamy sporo pracy do wykonania, aby dorównać krajom o najniższych współczynnikach umieralności okołoporodowej. Z danych „Rocznika GUS” z 2015 roku, kraje o niższym od Polski współczynniku umieral-

ności okołoporodowej (definiowanym jako urodzenia martwe i zgony niemowląt w wieku od 0-6 dni na 1000 urodzeń żywych) w 2013 roku to Finlandia (2,7%), Estonia (2,9%), Islandia (2,9%), Australia (5,4%), Białoruś

Pregnabit to kompleksowy system telemedyczny do badania dobrostanu płodu, który umożliwia przeprowadzenie badań KTG u kobiet w ciąży w dowolnym momencie oraz miejscu

autorzy:
dr n. med.
Robert Woytoń,
dr n. med. Patrycja
Wizińska-Socha

(3,2 ‰), Chorwacja (5,9 ‰), Czechy (3,4 ‰), Dania (5,8 ‰), Grecja (5,0 ‰), Hiszpania (3,6 ‰), Holandia (5,2 ‰), Irlandia (4,8 ‰), Łotwa (5,7 ‰), Niemcy (5,4 ‰), Norwegia (4,1 ‰), Portugalia (3,4 ‰), Słowenia (5,3 ‰), Szwecja (5,2 ‰), Włochy (4,1 ‰).

Wiele śmiertelnych przypadków nie jest powiązanych z wadą płodu, a dotyczy, między innymi, okręcenia pępowiny, obumarcia płodu lub zbyt późno rozpoznanego odklejenia się łożyska. Czy można zapobiec takim sytuacjom? Z medycznego punktu widzenia raczej nie. Możliwa jest natomiast lepsza profilaktyka oraz wyższy poziom monitorowania przebiegu ciąży i dobrostanu płodu.

MONITOROWANIE ZA POMOCĄ KTG

Blisko 60 lat temu, w 1957 roku, Orvan Hess i Edward Hon opracowali pierwsze urządzenie do stałego monitorowania akcji serca płodu. Od tego czasu badanie dobrostanu płodu przeszło szereg udoskonaleń. Kardiotokograf (KTG) rutynowo używany jest w szpitalach i gabinetach ginekologiczno-położniczych do monitorowania dobrostanu płodu. Wykorzystuje sondę ultrasonograficzną do pomiaru akcji serca płodu (FHR) oraz sondę umożliwiającą pomiar skurczów mięśnia macicy (TOCO). Dodatkowo zliczane są ruchy płodu. KTG jest sprawdzonym i szeroko stosowanym urządzeniem w opiece okołoporodowej. Standardowy KTG ma jednak ograniczenia, zarówno dla lekarza, jak i dla samej pacjentki. Należą do nich między innymi:

PROCEDURA KORZYSTANIA Z teleKTG

- 1. Pacjentka, w trakcie wizyty kontrolnej, po instruktażu przez lekarza prowadzącego, otrzymuje Pregnabit®, który zabiera do domu.**
- 2. Pomiar z zastosowaniem Pregnabit®, wykonywany jest przez ciążarną według wskazówek otrzymanych od lekarza, z wyznaczoną częstotliwością pomiarów oraz w sugerowanych porach i sytuacjach.**
- 3. Jednorazowy pomiar za pomocą Pregnabit® trwa około 30 minut.** Dane z pomiarów są przesyłane bezprzewodowo bezpośrednio do Medycznego Centrum Telemonitoringu, gdzie zapisy analizowane są przez wykwalifikowany personel medyczny na bieżąco, przez 24 godziny i 7 dni w tygodniu.
- 4. Pacjentka otrzymuje informację zwrotną na temat wyniku badania.** Wgląd w wyniki ma także lekarz prowadzący.
- 5. W przypadku zagrożenia Medyczne Centrum Telemonitoringu natychmiast kontaktuje się z pacjentką i uruchamia stosowną procedurę medyczną.**
- 6. Lekarz prowadzący, na podstawie otrzymanych wyników, w dowolnym momencie, może podjąć stosowne kroki.**

Wszystkie badania są archiwizowane. Zarówno lekarz i położna, którzy opiekują się ciążarną, jak i sama pacjentka mają pełen dostęp do swoich archiwalnych i bieżących zapisów, opatrzonej analizą dokonaną przez Medyczne Centrum Telemonitoringu. To może pomóc w predykcji, profilaktyce i diagnostyce. Jest to również ważne w sytuacjach nagłych, zagrażających zdrowiu lub życiu, gdy przekazanie aktualnego zapisu badania potrzebne jest innym członkom personelu medycznego, np. na izbie przyjęć. W przypadku zagrożenia, personel medyczny w Medycznym Centrum Telemonitoringu postępuje zgodnie z ustalonymi procedurami – dzwoni do pacjentki i reaguje odpowiednio do sytuacji. Wszystkie dane wrażliwe i medyczne przechowywane są zgodnie z odpowiednimi standardami.

- dostępność sprzętu ograniczona jedynie do bazy lokalowej ośrodków zdrowia,
- dojazdu do ośrodka zdrowia, oczekiwanie na badanie i wyniki,
- konieczność przeprowadzenia badania przez upoważniony personel medyczny,
- konieczność umówienia wizyty na badanie,
- brak dodatkowych czujników różnicujących akcję serca płodu od tętna matki (możliwość złego ułożenia sondy FHR na brzuchu matki),
- duże gabaryty i ciężar urządzenia (brak mobilności) oraz brak odpowiedniego interfejsu dla pacjentki (jeśli chciałaby wykonać badanie samodzielnie),



- w większości przypadków archiwizacja danych odbywa się jedynie w wersji papierowej.

NOWATORSKIE KTG

Już niebawem na polskim rynku pojawi się nowa generacja KTG. Grupa młodych, polskich naukowców z Wrocławia opracowała nowatorskie urządzenie medyczne o nazwie Pregnabit. To kompleksowy system telemedyczny do badania dobrostanu płodu, który umożliwia przeprowadzenie badań KTG u kobiet w ciąży w dowolnym momencie oraz miejscu. Pregnabit łączy cechy profesjonalnego, stacjonarnego urządzenia KTG oraz nowoczesność i łatwość w obsłudze urządzeń mobilnych. Po zakończeniu badania, jego zapis przesyłany jest, z wykorzystaniem sieci bezprzewodowej, do interpretacji. Zajmuje się tym wykwalifikowany personel medyczny w Medycznym Centrum Telemonitoringu. Zatem Pregnabit to połączenie mobilnego urządzenia KTG z nowatorską usługą telemedyczną. Pregnabit skonstruowano, by bezpiecznie i wiarygodnie badać dobrostan płodu, niezależnie od miejsca pobytu pacjentki i czasu, w którym wykonane jest badanie.

DZIAŁANIE PREGNABITU

Do pomiarów Pregnabit wykorzystuje 4 sensory:

- sondę FHR, która pozwala wyznaczyć wartości akcji serca płodu,
- sondę TOCO, która umożliwia zmierzenie poziomu skurczów mięśnia macicy,
- znacznik ruchu płodu,
- opaskę do pomiaru pulsu.

Nowatorskie podejście do pomiarów, bazujące na algorytmach danych z sond i opaski pomiarowej, pozwala odróżnić akcje serca



płodu od pulsu mamy. Producenci Pregnabit mocno podkreślają, że nie jest w stanie zastąpić doświadczenia i wiedzy specjalistów. Pregnabit to telemedyczny system KTG, który wspiera ekspertów w ich codziennej praktyce. Urządzenie wyznacza nowy trend w badaniach dobrostanu płodu i ma szansę znacząco podnieść poziom profilaktyki okołoporodowej. Nie jest produktem konsumenckim, jest dostępny wyłącznie dla lekarzy i położnych. I to oni decydują, której pacjentce warto przekazać aparat teleKTG do przeprowadzenia badań pomiędzy wizytami w gabinecie lekarskim. Oczywiście po wcześniejszym szczegółowym instruktażu.

UŻYTECZNOŚĆ PREGNABITU W CODZIENNEJ PRAKTYCE LEKARSKIEJ

Lekarz wypożycza urządzenie do samodzielnego użytku ciężarnej w sytuacjach, kiedy dodatkowa profilaktyka byłaby wskazana między kolejnymi wizytami, kiedy pacjentka mieszka daleko do ośrodka zdrowia lub planuje wyjazd. Ponadto telemedyczne KTG ma szczególne znaczenie w przypadku kobiet, które odczuwają wzmożony niepokój, co może wynikać z powodu wcześniejszych poronień lub problemów z zacięciem w ciążę. Przed użyczeniem urządzenia pacjentce konieczne jest jej przeszkolenie w obsłudze urządzenia oraz rejestracja jej na platformie telemedycznej. Lekarz prowadzący ma pełen wgląd

Wiele śmiertelnych przypadków nie jest powiązanych z wadą płodu, a dotyczy, między innymi, okręcenia pępowiny, obumarcia płodu lub zbyt późno rozpoznanego odklejania się łożyska. Czy można zapobiec takim sytuacjom?

w bieżące i archiwalne wyniki odczytów KTG swoich pacjentek. Pozwala to na ocenę stanu pacjentki oraz, w razie potrzeby, podjęcie stosownych kroków, może to również ułatwiać predykcję.



DR N. MED. PATRYCJA WIZIŃSKA-SOCHA

Ukończyła na Politechnice Wrocławskiej studia z zakresu biotechnologii farmaceutycznej. Ma za sobą staż w renomowanym francuskim Narodowym Instytucie Badań Rolniczych. To tam zainteresowała się nowoczesnymi technologiami wykorzystywanymi w medycynie. Doktorat obroniła we Wrocławiu, na Uniwersytecie Medycznym, w Katedrze Histologii i Embriologii. Za opracowanie przenośnego KTG została wyróżniona przez MIT Technology Review honorowym tytułem Innovators Under 35 in Poland oraz specjalnym wyróżnieniem Innovator Of The Year 2016.



DR N. MED. ROBERT WOYTOŃ

Lekarz ginekolog. Specjalizacja: położnictwo i ginekologia. Pracuje w II Katedrze i Klinice Ginekologii i Położnictwa Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu. Jest autorem licznych prac naukowych, referatów, wystąpień naukowych z zakresu ginekologii i położnictwa, w tym rozdziału w podręczniku dla lekarzy i studentów. Studiował i praktykował we Wrocławiu oraz Ruhr-Universität Bochum w Niemczech. Szczególnie zaangażowany jest w diagnostykę prenatalną i endoskopowe leczenie ginekologiczne. Wierzy, że technologie mobilne stanowią doskonałe wsparcie dla lekarzy i pacjentek. Miłośnik sportów ekstremalnych.

Szanowni Państwo!

Już drugi raz tematem Warszawskich Dni Ultrasonograficznych jest diagnostyka chorób gruczołu piersiowego. Profilaktyka i wczesna diagnostyka raka piersi, najczęstszego nowotworu u kobiet, jest jednym z podstawowych zadań dla Położników i Ginekologów. Wśród różnych metod obrazowych stosowanych w diagnostyce chorób sutka poczesne miejsce zajmuje ultrasonografia. Polska jest krajem, w którym dostępność i powszechność sonomammografii jest bardzo wysoka. Jest to niewątpliwie jedna z przyczyn obserwowanego w naszym kraju przesunięcia w kierunku wcześniejszych rozpoznań raka piersi, co przekłada się na zwiększenie odsetka trwałych wyleczeń.

XI Warszawskie Dni Ultrasonografii organizujemy wspólnie z głównym z odpowiedzialnych za popularność diagnostyki ultrasonograficznej chorób piersi w naszym kraju, Profesorem Wiesławem Jakubowskim.

Jestem przekonany, że spotkanie to adresowane zarówno do Ginekologów - Położników jak i Radiologów będzie nie mniej interesujące od poprzedniego i będzie kolejnym krokiem na drodze do zmniejszenia ryzyka nieskutecznego leczenia tej bardzo groźnej i powszechnej choroby nowotworowej naszych pacjentek.

Zapraszam serdecznie!

Prof. dr hab. n.med. Romuald Dębski

Wykładowcy:

- Prof. dr hab. n.med. Romuald Dębski
- Prof. dr hab. n.med. Wiesław Jakubowski
- Dr n.med. Katarzyna Dobruch-Sobczak
- Dr n.med. Małgorzata Strusińska
- Dr n.med. Paweł Guzik
- Dr n.med. Sławomir Mazur
- Dr n.med. Maciej Postolski

Uczestnicy konferencji uzyskają punkty edukacyjne.



Prof. dr hab. n.med. Romuald Dębski



Prof. dr hab. n.med. Wiesław Jakubowski

Miejsce Obrad:

Hotel Mercure Warszawa Centrum****
(ex. Holiday Inn****)

ul. Złota 48/54, Warszawa
(200 m od dworca PKP Warszawa Centralna)

Rejestracja:

Rejestrować się można poprzez kwestionariusz zgłoszeniowy na stronie: www.wdu.mar-med.pl lub bezpośrednio u organizatora:



- tel: 531 075 866; 22 290 48 66
- wdu@alltus.pl, www.alltus.pl

Oferujemy demonstracyjne
oraz rekondycjonowane
aparaty ultrasonograficzne
marki General Electric
po konkurencyjnych cenach.

Zapewniamy fachowy
serwis gwarancyjny
i pogwarancyjny.

