

Primum

ISSN 2353-6055 Nr 8-9 (289-290) 2015

BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ





STWORZONE NA NOWO

VOLVO XC90 MADE BY SWEDEN

Luksusowy model o majestatycznej linii nadwozia, który dzięki nowoczesnym silnikom zapewnia dynamiczną jazdę i rewelacyjne osiągi.

Intuicyjny ekran dotykowy ułatwia dostęp do setek funkcji podczas prowadzenia, a zestaw audio Bowers & Wilkins pozwala czerpać satysfakcję z najwyższej jakości dźwięku. Wszystko w wyjątkowym wnętrzu wykończonym z niezwykłą starannością miękką skórą, drewnem i metalem.

Już w salonie!

W zależności od wersji silnika zużycie paliwa w cyklu mieszanym wynosi od 2,7 do 7,7 l/100 km, emisja CO₂ od 64 do 179 g/km.
Informacje o działaniach dotyczących odzysku i recyklingu samochodów wycofanych z eksploatacji na: www.volvocars.pl

NORDIC MOTOR Sp. z o.o.
Autoryzowany Dealer Volvo

ul. Fordońska 307, 85-766 Bydgoszcz
ul. Szosa Lubicka 15, 87-100 Toruń

tel. 52 33 907 00
tel. 56 66 000 66

www.nordicmotor.dealervolvo.pl

W NUMERZE

INFORMUJEMY	2
ROZMOWA Z... doktorem Zbigniewem Pawłowiczem, przewodniczącym Zespołu ds. pakietu onkologicznego.....	3
doktorem Jerzym Rejewskim, odwołanym konsultantem ds. medycyny rodzinnej	4
TAK MYŚLĘ	5
CIERPIENIE NIE USZLACHETNIA Marihuana... nie taka straszna.....	6
LEKARZ W GĄSZCZU PARAGRAFÓW Medyczna marihuana – nie w Polsce.....	7
KOMUNIKACJA LEKARZ-PACJENT	8
NOWE W NAUCE	8
Z HISTORII MEDYCYNY I NIE TYLKO	10
KĄCIK KRWIODAWSTWA	12
RADCA PRAWNY BIL INFORMUJE	13
Z ZUS-u	14
LEKARSKI SPORT	15
KONFERENCJE I SZKOLENIA	16
WSPOMNIENIE... o doktor Halinie Grzybowskiej- Rogulskiej	17
FELIETON	19
W PIGUŁCE	20



Okładka: fot. Agnieszka Dalke

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Kończące się upalne lato obfitowało w moc wydarzeń. Panująca w naszym regionie susza ukazała błędy dokonane w dalekiej przeszłości w gospodarowaniu zasobami wody. Hydrododzy zaczynają coraz częściej mówić o stopowieniu województwa kujawsko-pomorskiego. Jako przyczyny wymieniają zbyt intensywną meliorację pól w celu osuszania terenów bagnistych, zasypywanie stawów i oczek wodnych dla pozyskania gruntów na cele rolnicze i budowlane. W miarę jednak upływu czasu uzyskane korzyści zostały zniwelowane coraz większymi stratami związanymi z brakiem wody. Przywrócenie właściwej i sensownej gospodarki wodnej być może zatrzyma ten długi, nie dla wszystkich zauważalny, proces.

Mam nadzieję, że analogiczne procesy toczące się w dziedzinie ochrony zdrowia również zostaną zatrzymane. Bardzo niebezpieczna dla nas, a przede wszystkim dla naszych chorych, jest powiększająca się systematycznie dziura pokoleniowa wśród pracowników ochrony zdrowia. Jeśli ten proces nie zostanie zatrzymany w najbliższym czasie, to później nasze starzejące się społeczeństwo wraz ze starzejącymi się pielęgniarkami i lekarzami będzie musiało słono zapłacić.

Innym dodatkowym problemem są stale nasilające się trudności w nabywaniu i utrzymywaniu Ina odpowiednim poziomie umiejętności zawodowych. Obecnie za stan wiedzy medycznej i ponoszone koszty odpowiedzialni są tylko lekarze i pielęgniarki. Pracodawcy zwykle odmawiają współfinansowania szkoleń, warsztatów, kursów, nawet w postaci częściowo płatnych urlopów szkoleniowych. W perspektywie coraz bardziej jest widoczne „stepowienie” umiejętności wśród lekarzy i pielęgniarek. Dużą rolę w zahamowaniu opisywanych wyżej procesów widziałbym w wydaniu przez ministra zdrowia i ministra finansów, odpowiednich rozporządzeń i przepisów, o co systematycznie zabiega samorząd lekarski.

„Stepowieniu” ochrony zdrowia nie zapobiegnie budowa oaz, czy to w postaci modyfikowanych pakietów onkologicznych, skrócenia studiów lekarskich, czy budowania różnego rodzaju krótkich ścieżek w zdobywaniu specjalizacji. Również zmiany personalne w Ministerstwie Zdrowia bez solidnego szkieletu konstrukcji systemu ochrony zdrowia nie mogą przynieść oczekiwanych korzyści. Doraźne łatanie dziur jest zawsze kosztowne, nietrwałe, a nawet szkodliwe. Chociaż w przypadku stosowanej od pięciu lat „ustawy receptowej” zaoszczędzono 5 mld złotych na lekach refundowanych. Są to pseudo oszczędności. Chory nie zapłacił za nie tylko złotówkami, ale również swoim zdrowiem.

Problemów oczywiście jest zdecydowanie więcej – bizantyjska biurokracja w ochronie zdrowia, braki aparatury i sprzętu medycznego, błędy w zarządzaniu wynikające z braku wiedzy na temat rozwoju szpitalnictwa i technologii medycznych, chroniczne niedofinansowanie itd. Rozwiązywanie tych problemów nie jest proste i nie może się tylko ograniczać do poprawy finansów poradni czy szpitali. Nadzieja, że prywatne zakłady zdrowotne lepiej sobie radzą i nie zadłużają się, legła w gruzach. Stale powiększająca się liczba szpitali publicznych przekształconych w prywatne spowodowała zmniejszenie możliwości doboru chorych tzw. opłacalnych. Szpitale prywatne, nawet te z kapitałem zagranicznym, zaczynają się poważnie zadłużać. Zapomniano o podstawowych prawach rynku, że cena zależy od popytu i podaży. Sztuczne ceny przy znacznym popycie muszą zakończyć się ograniczeniem podaży. Zdają sobie sprawę, że rozwiązywanie pozornie prostych spraw nie zawsze jest łatwe. Dlatego też, należy uwzględnić przy podejmowaniu ważnych decyzji opinie samorządu lekarskiego.

Dr n. med. Stanisław Prywiński
Prezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej

BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

REDAKCJA e-mail: primum@bil.org.pl, agnieszka.banach@hipokrates.org, tel. 52 346 07 85

WYDAWCA: Bydgoska Izba Lekarska,
85-681 Bydgoszcz, ul. Powstańców Warszawy 11;
telefony: 52 346 00 84, 52 346 07 80;
Red. naczelny: Agnieszka Banach-Dalke
Numer konta BIL: PKO BP II O/Bydgoszcz
95 102 014 750 000 830 200 191 197;
e-mail: bil@bil.org.pl; www.bil.org.pl
• Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej:
e-mail: rzecznik@bil.org.pl, tel. 52 346 12 57
• Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyków:
lek. med. Wojciech Kosmowski tel. 605 550 017

RADA PROGRAMOWA: przewod.: dr n. med. Wojciech Szczęśny; członkowie Rady: prof. Aleksander Araszkiewicz, red. nac. Agnieszka Banach, red. Teodora Bogdańska, lek. Mieczysław Boguszynski, dr n. med. Małgorzata Czajkowska-Malinowska, red. Magdalena Godlewska, dr n. med. Marek Jurgowiak, lek. dent. Marek Rogowski dr n.med. Zofia Ruprecht, dr n. med. Maciej Socha.
CZEKAMY na Państwa opinie, uwagi i propozycje! Przewodniczący Rady Programowej: Wojciech Szczęśny, tel. 602 395 654; redaktor naczelny: Agnieszka Banach tel. 696 016 262, agnieszka.banach@hipokrates.org; redaktor: Magdalena Godlewska, magodlewska@poczta.onet.pl
Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania i poprawiania materiałów oraz zmian w tytułach. Za treść reklam nie odpowiadamy. Nakład: 4000 egzemplarzy

■ DRUK: ABEDIK, Bydgoszcz tel. 52 370 07 10 ■ SKŁAD: MAGRAF s.c., Bydgoszcz tel. 52 379 14 35



Medycyna rodzinna bez konsultanta

Doktor Jerzy Rajewski nie jest już konsultantem do spraw medycyny rodzinnej. Po niespełna roku z funkcji odwołała go Wojewoda Kujawsko-Pomorski Ewa Mes (29 lipca). Bartosz Michatek, rzecznik K-P Urzędu Wojewódzkiego, wyjaśnia, że „powodem odwołania doktora Rajewskiego był brak współpracy z Wojewodą”. Jeszcze nie wiadomo kto teraz będzie trzymał pieczę nad medycyną rodzinną w regionie.

Rozmowa z odwołanym konsultantem, doktorem Jerzym Rajewskim, na str. 4 a.b.

Profesor Zbigniew Bartuzi ambasadorem



Podczas ostatniego w mijającej kadencji posiedzenia kapituły programu Ambasadorów Kongresów Polskich (3 czerwca w Warszawie) wyłoniono tegorocznych laureatów – osoby, które poprzez działania w międzynarodowych stowarzyszeniach rozpowszechniają wiedzę o atutach Polski i pozyskują międzynarodowe kongresy dla naszego kraju.

Jednym z nowo wybranych ambasadorów kongresów polskich został prof. dr hab. n. med. Zbigniew Bartuzi, kierownik Kliniki Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. Bizuela.

Programy Ambasadorów Kongresów są realizowane w kilkunastu krajach świata. Organizatorami programu Ambasadorów Kongresów Polskich są Poland Convention Bureau Polskiej Organizacji Turystycznej oraz stowarzyszenie Konferencje i Kongresy w Polsce.

Gala podsumowująca działania programu w 2015 roku, wręczenie tytułów oraz przekazanie składu nowej Kapituły na lata 2016–2019 odbędzie się 17 września tego roku w Międzynarodowym Centrum Kongresowym w Katowicach.

Unikatowe zabiegi w Bizielu



Lekarze z Oddziału Urologii Laparoskopowej Ogólnej i Onkologicznej Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy leczą jeszcze skuteczniej i mniej inwazyjnie dzięki wykorzystaniu laparoskopowej śródoperacyjnej nawigacji ultrasonograficznej. Nowoczesny aparat USG wyposażony w specjalną śródoperacyjną laparoskopową głowicę Szpital zakupił za ponad 300 tys. zł.

Nowy sprzęt dał urologom możliwość wykonywania tak specjalistycznych zabiegów jak usunięcie guza nerki. Podczas zabiegu operacyjnego głowica jest wprowadzana do jamy brzusznej przez trokar laparoskopowy i w czasie rzeczywistym transmituje obraz na ekran monitora. Dzięki śródoperacyjnemu USG lekarz prowadzący zabieg zagląda do wnętrza operowanego organu. Podczas operacji miniaturowa głowica USG bezpośrednio dotyka nerki, pozwalając na zlokalizowanie zmiany nowotworowej z niespotykaną do tej pory precyzją. Ponadto aparat dzięki zastosowaniu przystawki dopлера umożliwia ocenę unaczynienia zmiany, wyznaczając granicę pomiędzy tkanką chorą i zdrową. Dzięki śródoperacyjnej nawigacji ultrasonograficznej lekarze mogą bardzo dokładne zlokalizować nowotwór w środku nerki i precyzyjnie go wyciąć, nie usuwając całej nerki.

Fot. Biziel



Zadecyduje o zdrowiu w regionie



Fot. UW

Wojewódzka Rada do spraw Potrzeb Zdrowotnych zainaugurowała swoją działalność (23 czerwca 2015).

„Dotychczas działania w zakresie polityki zdrowotnej podejmowały różne podmioty administracji rządowej i samorządowej. Teraz decyzje w tym obszarze koordynować będzie Wojewódzka Rada do spraw Potrzeb Zdrowotnych. Do głównych zadań Rady należeć będzie współpraca z wojewodą przy sporządzaniu regionalnej mapy, na podstawie której ustalane będą priorytety regionalnej polityki zdrowotnej. Mapy i priorytety posłużą Wojewodzie do wydawania opinii o celowości podejmowania nowych inwestycji w regionie w odniesieniu do podmiotów udzielających świadczeń szpitalnych oraz specjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych.” – informuje Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki.

Rada została powołana w związku z nowelizacją ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wojewoda Ewa Mes powołała w jej skład wszystkich konsultantów wojewódzkich w ochronie zdrowia oraz: Agnieszkę Bańkowską – dyrektor Wydziału Zdrowia K-P UW – przedstawiciela Wojewody Kujawsko-Pomorskiego i jednocześnie przewodniczącą Rady, Wiesławę Kietbasińskiego – przedstawiciela Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego, Elżbietę Kasprowicz – Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ, Magdalenę Krysińską – Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH, Wioletę Zwarę – Urząd Statystyczny, Annę Hnatyszyn – UMK Collegium Medicum w Bydgoszczy, Krzysztofa Maćkiewicza – Konwent Powiatów Województwa Kujawsko-Pomorskiego.

a.b.

Bank Mleka ma 2 lata



Ponad 450 maluchów – wcześniaków i chorych noworodków – skorzystało już z Banku Mleka przy Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Toruniu. Bank właśnie skończył dwa lata. W tym czasie „przełato” się przez niego aż 415 litrów mleka od 67 dawczyń.

W Polsce działają cztery banki mleka (oprócz toruńskiego, dwa w Warszawie, jeden w Rudzie Śląskiej). Dawczynią może zostać każda zdrowa kobieta w okresie laktacji dysponująca nadwyżkami mleka. Placówka w Toruniu jako pierwsza w Polsce została wyposażona w profesjonalny analizator składu mleka kobiecego. „Dzięki temu urządzeniu wykonano ponad 2,5 tys. badań wartości odżywczej próbek pokarmu. Wyniki analiz pozwalają optymalnie dostosować sposób żywienia najmłodszych pacjentów do ich indywidualnych potrzeb.” – informuje Beata Krzemińska, rzeczniczka Urzędu Marszałkowskiego.

Mleko z toruńskiego Banku trafia m.in. do Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. Jana Bizuela i do Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Łodzi.

a.b.

Pakiet onkologiczny

DIAGNOSTYKA POGŁĘBIONA

Z dr n. med. Zbigniewem Pawłowiczem – przewodniczącym ministerialnego Zespołu ds. oceny pakietu onkologicznego, radnym Sejmiku Kujawsko-Pomorskiego, byłym długoletnim dyrektorem bydgoskiego Centrum Onkologii – rozmawia Magdalena Godlewska.

► **Zespół, któremu Pan przewodniczy, miał na zidentyfikowanie słabych punktów pakietu i przedstawienie propozycji naprawy bardzo niewiele czasu. Nie pozostało go też zbyt dużo rządowi na wcielenie zmian w życie. Czy konieczne było wprowadzenie ograniczeń w pracach Zespołu?**

Zespół rozpoczął pracę już 29 czerwca, a więc jeszcze przed ukazaniem się zarządzenia ministra zdrowia powołującego grupę do oceny pakietu onkologicznego (8 lipca). Podczas tego pierwszego spotkania zostało ustalone, że ze względu, iż do końca funkcjonowania parlamentu pozostały wówczas zaledwie 3 miesiące, w zasadzie nie będzie możliwe wprowadzenie jakichkolwiek zmian na poziomie ustawy wprowadzającej pakiet, w związku z czym należy skupić się na tzw. pakietowych rozporządzeniach ministra zdrowia i zarządzeniach prezesa NFZ.

► **W raporcie znalazły się informacje dotyczące pierwszego półrocznego funkcjonowania pakietu onkologicznego. Jak zespół ocenił realizację założeń pakietu w tym okresie?**

Głównym celem pakietu było zapewnienie pacjentom w określonym czasie dostępu do diagnostyki i leczenia. Po zapoznaniu się z danymi przekazanymi przez Centralę NFZ, okazało się, że na około 145 tys. wydanych w pierwszym półroczu kart DiLO diagnostyka wstępna w określonych przez pakiet terminach wykonana została w 92%, diagnostyka pogłębiona w 85%, a konsylia w 99,5%. W związku z tym ten aspekt funkcjonowania pakietu Zespół ocenił pozytywnie.

Następna rzecz – na prawie 145 tys. założonych kart DiLO przeprowadzono około 55 tys. konsyliów, więc można założyć, że rozpoznano prawie 55 tys. pierwotnych nowotworów. I to pokrywa się mniej więcej z epidemiologią zachorowań na nowotwory. Generalnie nowotwory złośliwe rozpoznano u ponad 125 tys. osób, ale są wśród nich również pacjenci kontynuujący leczenie.

► **Z pewnością były również uwagi negatywne?**

Zespół wniósł uwagi co do płatności za świadczenia wykonywane w ramach pakietu. Ustawa wprowadzająca pakiet w art. 136 ust. 2 zobowiązuje płatnika publicznego, aby w sytuacji, gdy świadczenia pakietowe przekroczą umowę, rozszerzył ją o przekroczenia. Płatność powinna więc nastąpić w terminie 14 dni od złożenia faktury. Okazuje się, że płatnik nadal rozliczał świadczenia pakietowe w systemie poprzednim. W konsekwencji za

5 miesięcy w całym kraju za świadczenia w ramach pakietu nie zapłacono ponad 31 mln zł. Dane te zostały przedłożone prezesowi Funduszu i w konsekwencji podjęta została decyzja o wypłaceniu zaległych należności na rzecz świadczeniodawców.

Istotne jest również, że z tych 31 mln zł – 21,5 mln, a więc ponad 2/3, dotyczyło wiodących centrów onkologicznych. A przecież to właśnie tych 18 ośrodków dźwiga główny ciężar realizacji świadczeń onkologicznych. Co ciekawe, z kwoty 21,5 mln – 18 mln to niezapłacone świadczenia z zakresu radioterapii.

► **Od czasu wprowadzenia pakietu zebrano wiele krytycznych uwag. Jakie zmiany zaproponował Zespół i na czym miałyby one polegać?**

Zespół zwrócił ministrowi zdrowia uwagę na potrzebę zmian w kwestii roli lekarzy specjalistów w systemie. Obecnie lekarz specjalista kartę DiLO może wystawić – dopiero w momencie rozpoznania nowotworu. Najpierw musi wykonać diagnostykę wstępną. Badania te są zaliczane jako niepakietowe, a zatem limitowane, co generuje powstawanie nadwykonań.

Niestety, zapis, iż lekarz specjalista wystawia kartę DiLO w wypadku potwierdzenia nowotworu, znajduje się w ustawie wprowadzającej pakiet, więc radykalna zmiana nie będzie możliwa. W związku z tym poszukujemy w tej chwili innych rozwiązań. Zamierzam np. zaproponować wprowadzenie ryczałtowej opłaty za diagnostykę wstępną w AOS, co miałyby skutkować – w momencie rozpoznania nowotworu przez lekarza specjalistę – zaliczeniem jej do pakietu.

► **Czy w raporcie znalazły się też inne uwagi dotyczące diagnostyki?**

Największym problemem finansowym w obrębie pakietu jest niedofinansowanie w zakresie diagnostyki wstępnej i pogłębionej. Powodem jest włączenie do ryczałtu tzw. diagnostyki ciężkiej (PET-CT, rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa, badania genetyczne, molekularne itp.), bardzo kosztownej. W związku z tym wnioskujemy, żeby tego typu badania wyjąć z ryczałtu. I to jest obecnie przedmiotem debaty w Ministerstwie Zdrowia i Funduszu. Zgoda jest na pewno, jeśli chodzi o wyłączenie badania PET CT, natomiast dyskusja dotyczy rezonansu magnetycznego i tomografii komputerowej.

► **Szpitala narzekają na niską wycenę hospitalizacji do radio- i chemioterapii. Czy również w tym obszarze Zespół przedstawił propozycje zmian?**

Oczywiście – to bardzo poważny problem. Założeniem pakietu było, że pacjenci poddawani radioterapii w Polsce będą się leczyć tylko ambulatoryjnie, a jeśli nie mają możliwości dojazdu, to będą mieszkać w hotelach. Jeśli szpital przyjmie takiego pacjenta, otrzyma tę samą kwotę co hotel. I tu jest rozbieżność poglądów naszych i płatnika, ponieważ nie kładzie się pacjenta do szpitala, żeby mu zapewnić hotel, ale dlatego, że są konkretne wskazania medyczne. Fundusz nie wziął pod uwagę warunków klinicznych pewnych pacjentów, np. pacjenta z gleziakiem mózgu nie można położyć do hotelu.

Wnioskujemy więc do Funduszu o zmianę wyceny hospitalizacji zarówno do radio-, jak i chemioterapii oraz o stworzenie produktu połączonego: chemioradioterapii. Przedstawiliśmy propozycję tzw. 35-procentowego odsetka – jeżeli ośrodek onkologiczny leczy rocznie radioterapią przykładowo 1000 pacjentów, będzie miał prawo 350 z nich hospitalizować. Myślę, że to jest racjonalna propozycja, uzasadniona warunkami klinicznymi. Zobaczymy jak rozpatrzy ją płatnik publiczny.

► **W raporcie jest mowa również o konsyliach. Jakie zarzuty zgłosił Zespół odnośnie ich funkcjonowania?**

Nie wszystkie konsylia równie dobrze realizują postawione przed nimi zadania. Ośrodki monotematyczne, które mają np. tylko chirurgię onkologiczną, ściągają pozostałych specjalistów w zakresie onkologii, robią konsylium, a ono nierzadko kończy się jedynie stwierdzeniem: dalsze leczenie w centrum onkologii. Tak dzieje się coraz częściej – coraz większa grupa takich pacjentów pojawia się w centrach onkologicznych. W związku z tym Zespół zasugerował ministrowi zdrowia, aby ten powołał ośrodki wiodące, w których będą się odbywały konsylia i które będą odpowiedzialne za ich jakość.

► **Wiele zarzutów do pakietu onkologicznego dotyczyło nieuwzględnienia w nim pewnych jednostek chorobowych.**

Załącznik, w którym piszemy o jednostkach chorobowych czy rodzajach świadczeń zdrowotnych, których płatnik publiczny nie uwzględnił w pakiecie, a które powinny się w nim znaleźć – liczy ponad 200 stron. Mimo że jest ich bardzo dużo, zdajemy sobie sprawę, że nie są to wszystkie jednostki chorobowe i rodzaje zabiegów operacyjnych. Niestety mieliśmy bardzo niewiele czasu, ponadto był to okres urlopowy i nie mieliśmy szansy skontaktowania się z przedstawicielami wszystkich specjalności.

TO NIE JEST CZAS NA JAKOŚĆ W MEDYCYNIE RODZINNEJ?

Z doktorem Jerzym Rejewskim, odwołanym konsultantem ds. medycyny rodzinnej – rozmawia Agnieszka Banach

► Pod koniec lipca wojewoda Ewa Mes odwołała Pana z funkcji konsultanta do spraw medycyny rodzinnej. Stało się to zaledwie po roku Pana pracy. Czy wojewoda podała Panu przyczyny takiej decyzji?

W pisemnej decyzji odwołującej mnie z funkcji konsultanta pani Wojewoda nie podała przyczyny. W ostatniej rozmowie jako powód dymisji podała, że jestem zbyt innowacyjny i nowoczesny, a to jeszcze nie jest czas na jakość w medycynie rodzinnej. Zapewniła, że może w przyszłości wrócimy do współpracy.

► Zaskakujące powody dymisji... Rzeczywiście to nie jest czas na jakość w medycynie rodzinnej?

Jakość w medycynie, jakość kształcenia, jest priorytetem na całym świecie i w Europie, i Polsce. To wysokiej klasy szkolenie lekarzy rodzinnych może zapewnić społeczeństwu kompetentnych lekarzy opieki podstawowej, którzy dla przeciętnego Kowalskiego są najważniejsi. Dlatego od wielu lat w Polsce, wzorem krajów europejskich, organizuje się kursy dla nauczycieli medycyny rodzinnej, np.: kurs Leonardo EURACT, Szkołę Tutorów.

W innych województwach konsultanci mogą kształtować wymagania dla kierowników specjalizacji oparte na jakości i pryncypalach medycyny rodzinnej. A poprzeczka postawiona jest wysoko. Mnie nie udało się przekonać do tego naszych władz wojewódzkich. Będziemy na szarym końcu pod względem jakości kształcenia lekarzy rodzinnych.

► Wojewoda dawała jakieś sygnały, że jest niezadowolona z Pana pracy?

Pani dyrektor Wydziału Zdrowia K-P UW krytycznie oceniła negatywne zaopiniowanie przeze mnie wniosków akredytacyjnych dla dwóch przychodni. Stała na stanowisku, że jedynym kryterium dla kandydatów na kierowników specjalizacji ma być posiadana specjalizacja z medycyny rodzinnej. Natomiast niepozytywne informacje z NFZ, Ośrodka Kształcenia Lekarzy Rodzinnych Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy, czy od konsultanta krajowego, który m.in. zarzucił kontrolowanej jednostce zbyt małą ilość udzielanych porad w niektórych grupach wiekowych, co nie gwarantowało możliwości zdobycia umiejętności praktycznych przez rezydentów – nie powinny mieć znaczenia. Dyrektor starała się mnie przekonać, że nie mam racji, twierdząc, że kierownik specjalizacji powinien pracować w POZ w pełnym zakresie kompetencji lekarza rodzinnego. Twierdziła, że lekarz rodzinny, który pełni funkcję np. dyrektora sanepidu też może być kierownikiem specjalizacji z medycyny rodzinnej. Tymczasem Ministerstwo Zdrowia nie dopatrzyło się nieprawidłowości w moim postępowaniu.

► W momencie, kiedy Pan rozpoczął pracę w województwie kujawsko-pomorskim było 27 miejsc specjalizacyjnych, teraz jest ich 130! To chyba w medycynie rodzinnej w naszym regionie coś się jednak zmieniło na lepsze?

Pod względem ilości miejsc szkoleniowych dla rezydentów to rzeczywiście naj-

lepszy okres w naszym województwie. Tak olbrzymią pracą można było wykonać w ciągu roku tylko dzięki pasji do medycyny rodzinnej i osobistemu zaangażowaniu. Bardzo dobrze układała się współpraca z Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Katedrą Lekarzy Rodzinnych Collegium Medicum w Bydgoszczy, Bydgoską Izbą Lekarską, Kujawsko-Pomorską Izbą Lekarską w Toruniu oraz dyrektorami Szpitali Uniwersyteckich nr 1 i 2 w Bydgoszczy, Komendantem 10. Szpitala Wojskowego w Bydgoszczy i dyrektorem Krystyną Zaleską ze Specjalistycznego Szpitala Miejskiego w Toruniu. Za tę współpracę serdecznie dziękuję.

► Wielu zmierzeń nie udało się pewnie Panu zrealizować w tak krótkim czasie. Nie żałuje Pan?

Tak, to prawda. To był dopiero początek budowania modułowego systemu kształcenia lekarzy rodzinnych w naszym województwie. Na spotkaniach w Ministerstwie Zdrowia konsultanci twierdzili zgodnie, że to praca na 3 do 5 lat. Moje plany sięgały dwóch lat. W przyszłym roku planowałem zorganizować serię kursów dla nauczycieli medycyny rodzinnej, aby ułatwić im pracę, ujednolicić zasady i dokumentację. W drugiej połowie roku chciałem sprawdzić, jak to funkcjonuje w praktyce. Wierzę w duży potencjał zatwierdzonych przeze mnie kierowników specjalizacji. Większość z nich znam dobrze osobiście. Żałuję, że nie udało mi się dokończyć zaplanowanych działań.

Lek. med. Jerzy Rajewski jest specjalistą medycyny rodzinnej, absolwentem EURACT – European Academy of Teachers in General Practice, Szkoły Tutorów – szkoła dla liderów medycyny rodzinnej. Jest właścicielem NZOZ „Rodzina” w Koronowie, prezesem Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce.



Pakiet onkologiczny DIAGNOSTYKA POGŁĘBIONA

Dokończenie ze str. 3

Obecnie załącznik został przedłożony płatnikowi. Ile z wymienionych przez nas jednostek znajdzie się w nowym zarządzeniu prezesa – to jest kwestia pokrycia finansowego. Na pewno nie znajdują się w nim inne nowotwory skóry niż czerniak, ale to z innego powodu – to zostało zapisane w ustawie i wymaga zmian na tym poziomie.

► A co z kartą DiLO?

Po pierwsze zwróciliśmy uwagę, że karta w przyszłości może stać się dobrym na-

rzędziem zbierania rzetelnych informacji o wszystkim, co się dzieje z pacjentem od momentu podejrzenia choroby do jego leczenia i później obserwacji po zakończonym leczeniu. Niestety, dziś tylko bardzo niewielka część karty znajduje się w systemie informatycznym. Reszta, bardzo ważna – uwagi świadczeniodawców, najczęściej kliniczne – jest poza systemem. Zaproponowaliśmy ministrowi zdrowia, że ucyfrowienie karty powinno się stać naszym priorytetem. Zaproponowaliśmy też połączenie karty DiLO z systemami HIS-owskimi szpitali, żeby dane personalne pacjenta, które dzisiaj są w aplikacjach szpitalnych HIS-ów, mogły być przekazywane do systemu karty DiLO. To również, jak zapewniali nas informatycy z Ministerstwa Zdrowia, jest możliwe.

Zwróciliśmy również uwagę na dwustronną komunikację systemu karty DiLO z AP-KOLCE. Powiedziano nam, że jest szansa połączenia tych aplikacji w formacie otwartym xml. Wnosiliśmy też, żeby była możliwość podłączenia aplikacji DiLO do systemu Ewuś i automatycznego wypełniania danych na podstawie numeru PESEL.

► Jakie będą dalsze losy zaproponowanych przez Zespół rozwiązań?

Obecnie odpowiednie departamenty Ministerstwa Zdrowia i komórki Centrali NFZ analizują raport i opracowują akty prawne, które być może wniosą zaproponowane przez Zespół poprawki do funkcjonowania pakietu. Mam nadzieję, że MZ zgodnie z obietnicą podejmie działania, żeby odpowiednie akty prawne ukazały się we wrześniu.

WYBORCZY FESTIWAL czyli nowe obietnice



Rys. Jerzy Czapiewski

Dzięki pani wiceminister Małeckiej-Liberze czar moich wakacji nieco zbladł. Otóż w trakcie debaty na temat humanizacji medycyny (odbyta się w Warszawie 16 lipca 2015 r.), pani wiceminister stwierdziła: *Lekarz powinien być doskonałym rzemieślnikiem, osobą wiecznie chętną do nauki, ale przede wszystkim powinien mieć osobowość, powinien mieć empatię i powinien czuć potrzebę wspierania, rozmowy, pomocy osobie cierpiącej. Na koniec dodała: Uważam, że powinniśmy robić dodatkowe egzaminy, dodatkowe testy, które pozwalałyby weryfikować osoby, które na studia medyczne zostają dopuszczone* (<http://www.mp.pl/kurier/123841> : *Testy psychologiczne dla przyszłych lekarzy?*).

W ten oto sposób – jakże prosty i oczywisty – oficjalny przedstawiciel MZ nakreślił wizję naprawy/polepszenia relacji lekarz-pacjent. Przecierałam oczy ze zdumienia: i to wszystko? I już będzie lepiej?

Zabrzmiało i śmiesznie, i patetycznie, coś przecież trzeba obiecać w roku wyborczym. Bardzo mnie ciekawi, na jakich danych pani minister oparła swoje twierdzenia. Czy są dostępne obiektywne, czyli przeprowadzone przez firmy zewnętrzne, a nie zarządy placówek, badania satysfakcji pacjentów i wskazywanych przez nich problemów?

Interesujące wnioski płyną z raportu „Choroba nowotworowa – doświadczenia pacjentów”. Pacjenci wysoko oceniają kompetencje zawodowe onkologów, skarżą się natomiast na utrudniony kontakt lub wręcz brak kontaktu z lekarzem. Jednocześnie podkreślają fatalną organizację terapii onkologicznej, np. długi czas oczekiwania na procedurę, brak lekarza prowadzącego.

My, onkolodzy, mamy świadomość brakującego czasu, ale to nie my tak „udoskonalliliśmy” system, że większość naszej porady to praca z komputerem! Na to nakłada się duża liczba porad, a przypomnę, że jest to w ramach jednego etatu szpitalnego lub – częściej – kontraktu. Nikt nie zwalnia nas w tym czasie z opieki nad chorymi na oddziale.

Brakuje mi również ze strony MZ analizy czasu pracy lekarzy w Polsce. Mimo usilnych starań nie udało mi się zdobyć takich danych. Nie znalazłam również danych odnoszących się do naszej empatii i kosztów zdrowotnych, jakie ponosimy, wykonując swój zawód. Trudno oszacować, jaka część lekarzy cierpi na zespół wyczerpania, wypalenia, depresję. Ilu z nas ma inne problemy związane z pracą, np. ZZA. Bez takich rzetelnych analiz, bez zdiagnozowania problemu nie można przecież zalecić właściwego rozwiązania.

Ważne jest również to, ilu z nas pracuje na kontrakcie. Praca na kontrakcie, co jest istotne przy rozważaniu kultury i higieny pracy, to praca poza zasadami Kodeksu pracy. Niestety, ci z nas, którzy pracują na etacie, mają często tylko iluzję dobrze zorganizowanego miejsca zatrudnienia.

Gdyby MZ było zainteresowane, to większość z nas może podać przykłady codziennej, ciężkiej pracy. Bardzo popularnym rozwiązaniem – ba, nawet sztandarowym, w ramach oszczędności (managerowie mają się czym pochwalić) – jest łączenie dyżurów na kilku oddziałach, czyli jeden dyżurny do... wszystkiego – oddziałów, izby przyjęć, popołudniowego ambulatorium. Skąd w takich warunkach czerpać empatię?

Kolejna sprawa to liczba porad udzielanych przez pojedynczego lekarza, np. na SOR albo w AOS. Czy to są higieniczne i bezpieczne warunki pracy? Następane to np. zabezpieczenie zastępstwa w POZ w czasie urlopu – gabinet musi działać, a urlopu na kontrakcie nie ma.

Jak więc w takich warunkach można oczekiwać ciągłej empatii, chęci pomocy czy też nieustannej ochoty do nauki? W mojej opinii to naiwność, a nawet hipokryzja.

Proponuje pani testy dla kandydatów, a co z nami, osobami, które są w zawodzie, pracują? Jakże są państwa propozycje? Jakie programy wsparcia? Wreszcie – czy w ogóle dostrzegacie państwo problem wypalenia zawodowego i przeciążenia pracą? Czy dostrzegacie państwo koszty psychiczne, ale także fizyczne tej pracy?

Całkiem niedawno apel do naszej empatii skierował były już minister zdrowia, Bartosz Arłukowicz – jakoś nie zauważyłam po tym apelu jakichkolwiek działań mających na celu regulację czy też tworzenie dobrych rozwiązań dla poprawy warunków naszej pracy. Pojawiają się natomiast iluzoryczne rozwiązania typu karta DiLO, aplikacja Kolejki Centralnej (KOLCE) i cały czas poszerzana strefa sprawozdawczości na rzecz NFZ. A to jest czas zabrany naszym pacjentom!

Niestety, po raz kolejny sufluje się społeczeństwu informację, że system mamy OK, ale ci lekarze i ich empatia to jest przyczyna twojej udręki, pacjencie!

Jakoś dziwnym trafem empatia i chęć i pomoc mają być stale obecne w naszej pracy, ale skąd czerpać te nieustające pokłady dobrej energii?

MD (dane autora znane redakcji)

DO WYNAJĘCIA pomieszczenia
pod działalność medyczną – gabinety lekarskie,
gabinety zabiegowe, blok operacyjny
przy ul. Pestalozziego 7 (ALFA-MED) w Bydgoszczy.

Możliwość obsługi rejestracji, pomoc administracyjna,
indywidualne warunki najmu, parking dla pacjentów.

Zainteresowane osoby proszę o kontakt telefoniczny
pod numerem 600 262 738



**Przygotowanie nieruchomości
do szybkiej
i zyskowej sprzedaży.**

Nie możesz **sprzedać** lub **wynająć** nieruchomości przez dłuższy czas
albo dopiero to planujesz?

Twoje mieszkanie potrzebuje **odświeżenia** lub **nowej stylizacji?**

Sprawię, przy niskim nakładzie finansowym,
że Twoje mieszkanie zyska nowe oblicze i funkcjonalność.

ZAPRASZAM DO WSPÓŁPRACY.

Akredytowany Home Stager HSNP
tel. 784566005 www.hsnp.pl www.jtdekor.pl

DYLEMATY MŁODYCH LEKARZY

Wolontariat czy emigracja

Niedostateczna liczba miejsc rezydenckich – specjalizacja z wolontariatu czy emigracja? Jak wynika z raportu przygotowanego przez Okręgową Izbę Lekarską w Gdańsku, aż 40% młodych lekarzy (do 35 roku życia) deklaruje chęć wyjazdu z kraju. Jak temu przeciwdziałać?

O tym, co zrobić, aby zahamować falę emigracji, jak poprawić wizerunek lekarzy w mediach i opinii publicznej oraz polepszyć kształcenie podyplomowe, dyskutowano podczas Konwentu Prezesów Okręgowych Izb Lekarskich, XXIV Ogólnopolskiej Konferencji Młodych Lekarzy, Ogólnopolskiej Konferencji Redaktorów Pism Lekarskich oraz II Pomorskiej Konferencji Prawników Izb Lekarskich. Ponadto omawiano m.in. problem dostępności pytań z egzaminów specjalizacyjnych oraz starano się wykazać, że decyzja Ministerstwa Zdrowia o likwidacji stażu podyplomowego była błędem.

W tym czteroczęściowym wydarzeniu (29–31 maja w Gdańsku), brał udział członkowie wszystkich Izb lekarskich. Z ramienia BIL obecni byli: prezes, dr n. med. Stanisław Prywiński oraz członkowie Komisji Młodych Lekarzy: lek. Anna Szczęśniak oraz lek. Magdalena Frankowska.

Anna Szczęśniak

Marihuana... nie taka straszna

NOWE SPOJRZENIE

Ludzie od wielu wieków stosowali marihuanę w różnych celach, zdobywając tym samym doświadczenie. Zresztą w niczym nie różniło się to od poznawania innych substancji pochodzenia roślinnego. Wiedzę dotyczącą jej użytkowania zaczerpnąć możemy nie tylko z historii medycyny – wystarczy włączyć TV, aby stwierdzić, że ten temat wciąż jest aktualny. Pozostaje tylko pytanie, czy jako lekarze, farmaceuci bądź inni pracownicy służby zdrowia mamy dostateczną wiedzę w tym zakresie? Czy potrafimy krytycznie, a jednocześnie bez uprzedzeń podejść do kannabinoidów? Ostatnie i chyba najistotniejsze pytanie – czy potrafimy udzielić rzetelnych informacji naszym pacjentom? Wiedza na temat zastosowania konopi czy samej marihuany w leczeniu to już nie tylko teoria – to także wiedza praktyczna, w tym też kliniczna. Choćbyśmy się bronili i stronili od tematu, to zarówno media, jak i poszukiwania oraz badania w obrębie medycyny powodują, że nie tylko powinniśmy się zastanowić nad wykorzystaniem marihuany w leczeniu, ale też zdobyć przynajmniej podstawową wiedzę na ten temat.

MARIHUANA LECZY?

W Polsce marihuana nie jest lekiem, bo nie została zatwierdzona jako lek. Nie da się jednak zaprzeczyć jej właściwościom leczniczym. To, co interesuje nas szczególnie jako medyków, to możliwość wykorzystania czystej postaci kannabinoidów do celów leczniczych. Marihuana posiada właściwości lecznicze, jednak wartość materiału roślinnego, który pochodzi z niewiadomego źródła, często jest niska i pozostaje poza możliwością kontroli. Surowiec może być zebrany dużo wcześniej, niewłaściwie przechowywany, zawierając kwiatostany, fragmenty łodyg, liści, a nawet nasiona. Dlatego w medycynie powinna mieć zastosowanie jedynie marihuana lecznicza, której jakość możemy nadzorować, a co najważniejsze kontrolować zawartość substancji aktywnych. Największe zainteresowanie zarówno naukowców, jak i klinicystów jest jednak skierowane na kannabinoidy w czystej postaci.

Pierwszym krajem, który wprowadził regulacje w tym zakresie, była Kanada. Stało

się tak za sprawą jednego z jej mieszkańców, który z powodu padaczki lekoopornej sięgnął właśnie po marihuanę, zakładając domową uprawę. Wykryła to policja i choremu postawiono zarzuty. W trakcie procesu główną linią obrony, a następnie podstawą do zmiany przepisów było stwierdzenie, że pacjentowi wolno chronić swoje zdrowie nawet wbrew obowiązującemu prawu, gdyż prawo to zmusza obywateli do wyboru pomiędzy zdrowiem a uwięzieniem. Sąd apelacyjny ogłosił werdykt odczytany rok, aby dać rządowi czas na wprowadzenie odpowiednich przepisów regulujących dozwolone prawem medyczne zastosowanie marihuany. Dzięki tym zmianom ponad 30 tysięcy pacjentów w samej tylko Kanadzie korzysta obecnie z programu legalnego wykorzystania marihuany do celów leczniczych.

W Unii Europejskiej nie ma wspólnych przepisów ani polityki odnoszących się do stosowania marihuany w celach leczniczych. Prawodawstwo poszczególnych krajów Unii dotyczące używania marihuany w medycynie znacząco się różni, dlatego też trudno jest doprowadzić regulacje do wspólnego mianownika i opracować jeden wzorzec postępowania.

SYTUACJA W POLSCE

W naszym kraju nie mamy medycznej marihuany (stosowanej legalnie do celów leczniczych w świetle obecnie obowiązujących przepisów prawa), a w polskich aptekach leki konopne są praktycznie niedostępne. Nie oznacza to, że nie ma ich wcale. Według polskiego prawa syntetyczne kannabinoidy są mniej szkodliwe od roślinnej marihuany, pomimo że niektóre działają bardziej psychoaktywnie. Należy jednak pamiętać, o czym wyżej wspominałem, że marihuana stosowana do celów leczniczych podlega kontroli, tak jak jej jakość oraz zawartość kannabinoidów, co znacznie odróżnia ją od marihuany otrzymywanej z nielegalnego i niepewnego źródła. Marihuana i jej pochodne to środki z grupy II-P, czyli substancje psychotropowe, które mogą być używane wyłącznie w celach medycznych, przemysłowych lub prowadzenia badań. Dzięki temu zapisowi możemy w Polsce od końca 2012 r. stosować Sativex – standaryzowany ekstrakt z konopi indyjskich, którego głównymi czynny-

mi składnikami są tetrahydrokannabinol (THC) i kannabidiol (CBD). Jest on zarejestrowany w jednym tylko wskazaniu, a mianowicie w łagodzeniu objawów spastyczności u pacjentów dorosłych ze stwardnieniem rozsianym. Niestety cena 30 ml roztworu do podania w formie aerozolu do jamy ustnej jest zaporowa (bagajetła 2400 PLN).

ZASTOSOWANIE KANNABINOIDÓW W MEDYCYNIE

Obecność receptorów kannabinoidowych (CB1 i CB2) w różnych obszarach ciała umożliwia wykorzystanie poszczególnych substancji z tej grupy do leczenia licznych dolegliwości i pozwala osiągać korzystny wpływ na przebieg wielu chorób przewlekłych.

Najczęściej wykorzystuje się kannabinoidy do leczenia: • bólu • nudności/wymiotów • duszności.

Duże nadzieje wiąże się z wykorzystaniem kannabinoidów w chorobach takich jak: • choroba Crohna • wrzodziejące zapalenie jelita grubego • brak apetytu • cukrzyca • osteoporoza i inne choroby układu kostno-stawowego • choroba Alzheimera • padaczka • migrena • jaskra • działanie przeciwnowotworowe i przeciwzapalne.

Podchodząc perspektywnie do używania marihuany w niedalekiej przyszłości w codziennej praktyce klinicznej, bez uprzedzeń, lęków własnych oraz obaw, należy przyrzeć się badaniom dotyczącym kannabinoidów oraz doświadczeniom innych krajów, w których zarówno postać roślinna, jak i czysty ekstrakt znalazły już zastosowanie medyczne. Choć dzisiaj wydaje się to mało realne, może okazać się dostępne i korzystne dla naszych pacjentów już w niebawem.

Michał Graczyk

Dr n. med. Michał Graczyk – Absolwent Akademii Medycznej w Bydgoszczy, specjalista chorób wewnętrznych i medycyny paliatywnej, konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny paliatywnej. Od 2004 roku związany z Katedrą i Zakładem Opieki Paliatywnej CM UMK oraz Hospicjum im. bł. ks. J. Popietuszki w Bydgoszczy. Główne obszary zainteresowań to postrzeganie opioidów, opioidofobia, ból w przewlekłej chorobie nerek, szpiczak plazmacytowy.



Absolwenci AMG z roku 1985

Koleżanki i Koledzy! W tym roku mija 30-lecie naszego Absolutorium, które będziemy świętować **21 listopada 2015 w Hotelu Scandic w Gdańsku przy ul. Podwale Grodzkie 9. Początek spotkania o godz. 19.** O godz. 18.00 w Kościele MB Częstochowskiej przy ul. M. Skłodowskiej-Curie 3B zostanie odprawiona Msza Św. w intencji naszych zmarłych Koleżanek i Kolegów z roku.

Koszt spotkania wynosi 250 zł. Wpłaty prosimy dokonywać na konto: Andrzej Zapaśnik nr **93 213 000 043 001 015 724 780 00 do 20 października 2015** (konieczność wpłaty zaliczki). Prosimy o rozpowszechnienie tej informacji wśród Koleżanek i Kolegów, którzy z różnych powodów nie uczestniczyli w poprzednich naszych spotkaniach. Organizatorzy: Dorota Karpowicz 604 411 226, Aleksandra Chrościcka 601 205 717, Wojciech Kuziemski 502 249 693, Andrzej Zapaśnik 501 745 880.



Medyczna marihuana – nie w Polsce

W wielu krajach na świecie z powodzeniem stosuje się medyczną marihuanę. Z dobrym skutkiem wykorzystywana jest ona m.in. w leczeniu stwardnienia rozsianego. W Polsce niestety nadal brak jest możliwości medycznego stosowania konopi, przez co naruszane są prawa pacjenta do skutecznego i dostępnego leczenia. W efekcie aż 7 osób, które posiadały cannabis w celach medycznych, mimo uzasadnionego powodu – leczenie przewlekłej choroby, stało się „klientami” wymiaru sprawiedliwości i trafiło do Biura Rzecznika Praw Osób Uzależnionych.

MEDYCZNA MARIHUANA A PRAWO POLSKIE

W Polsce jednak osoby chore używające marihuany jako leku narażają się na odpowiedzialność karną. Marihuana jako substancja nielegalna została bowiem umieszczona w 2 załącznikach do Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii:

- w tabeli IV-N, co przesądziło o niemożliwości medycznych zastosowań tego środka, w tabeli tej znajdują się bowiem substancje, co do których stosowana jest kontrola zaostrożona i mogą być używane wyłącznie w celu prowadzenia badań oraz w lecznictwie zwierząt.

- W tabeli I-N, gdzie znajdują się środki odurzające, które mogą być stosowane wyłącznie w celach medycznych, przemysłowych lub prowadzenia badań.

Wydawałoby się, że zachodzi tu logiczna sprzeczność - pierwszy załącznik wyklucza zastosowanie marihuany w medycynie, zaś drugi taką możliwość dopuszcza. Wątpliwości interpretacyjne rozwiewa jednak odpowiedź Ministerstwa Zdrowia na interpelację poselską w sprawie niedozwolonego używania cannabis w celach medycznych. Zdaniem Ministerstwa, umieszczenie ziela konopi w obydwu

grupach nie oznacza, że cannabis nie może być użyte w medycynie, ale że podlega reżimom obu grup – grupy IV-N i grupy I-N.

JAK ZALEGALIZOWAĆ MEDYCZNĄ MARIHUANĘ

Istnieje kilka sposobów na zalegalizowanie używania cannabis jako leku. Jednym z nich jest możliwość legalnego sprowadzenia produktu leczniczego do Polski w ramach tzw. importu docelowego, po uprzednim spełnieniu trzech warunków postawionych przez Ministerstwo Zdrowia: po pierwsze, lek powinien ratować zdrowie pacjenta, po drugie – powinien być dopuszczony do obrotu w kraju, z którego jest sprowadzany, po trzecie, lekarz prowadzący musi złożyć zamówienie, które potwierdzi konsultant z danej dziedziny medycyny. Taką zgodę na indywidualną terapię wydaje za każdym razem Ministerstwo Zdrowia, proces ten jest długi, a terapia staje się bardzo kosztowna.

Drugim sposobem wprowadzenia medycznej marihuany może być wykorzystanie własności eksperymentu polegającej na tym, że uchyła on bezprawność czynu, a tym samym jego karalność (art. 27 kk), w ramach programu

pilotażowego zakładającego uprawianie konopi indyjskich na potrzeby medyczne w zamkniętej społeczności. Art. 27 § 1. Kodeksu karnego stanowi, iż nie popełnia przestępstwa, kto działa w celu przeprowadzenia eksperymentu poznawczego, medycznego, technicznego lub ekonomicznego, jeżeli spodziewana korzyść ma istotne znaczenie poznawcze, medyczne lub gospodarcze, a oczekiwanie jej osiągnięcia, celowość oraz sposób przeprowadzenia eksperymentu są zasadne w świetle aktualnego stanu wiedzy.

Najsukuteczniejsze wydaje się jednak trzecie, systemowe rozwiązanie polegające na umieszczeniu cannabis na liście leków (wszczęście procedury rejestracji środka jako produktu leczniczego) i wykreślenie z listy IV-N, co wymaga zmiany Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii i Prawa farmaceutycznego. Warte rozważenia wydaje się także dopuszczenie możliwości kontrolowanej uprawy na cele medyczne.

Justyna Straka – prawnik

Autorka pracuje w Kancelarii Prawniczej „Krislex” w Bydgoszczy, www.facebook.com/krislex.bydgoszcz, justyna.straka@krislex.pl



DEVELOPMENT

*Bydgoszcz o jakiej
marzymy...*



CHODKIEWICZA 19

tel. (+48) 785-019-019

www.iqdevelopment.pl

**APARTAMENTY
W SERCU BIELAW**



Mediacja w sprawach medycznych

Najistotniejsze dla lekarza prawne aspekty komunikacji w opiece medycznej dotyczą komunikacji z pacjentem w sytuacji konfliktu wiążącego się z ryzykiem procesu sądowego lub postępowania dyscyplinarnego. Nie wszyscy wiedzą, jakie możliwości uzyskania wsparcia istnieją w tego rodzaju sytuacjach. Bardzo interesującą alternatywą dla procedur sądowo-administracyjnych jest mediacja w sprawach medycznych, która działa z powodzeniem w wielu krajach Europy.

Mediacja to polubowna metoda rozwiązywania sporu, w której neutralna i bezstronna osoba pomaga stronom we wzajemnej komunikacji, określeniu interesów oraz wypracowaniu porozumienia. Osobą tą jest mediator, który pełni rolę profesjonalnego menedżera zarządzającego procesem negocjacji. Mediacja w sprawach cywilnych to pełnoprawna alternatywa dla postępowania sądowego, jak i wojewódzkich komisji do spraw zdarzeń medycznych. Postępowanie mediacyjne regulują art. 183¹ – 183¹⁵ kodeksu postępowania cywilnego.

Mediacja wydaje się wręcz stworzona do rozwiązywania konfliktów powstałych na tle ochrony zdrowia. Dzięki niej lekarz oraz pacjent mają w swoich rękach całą moc decyzyjną i bez ich woli nic nie może się wydarzyć. Pomoc mediatora niesie ze sobą wiele korzy-

ści dla wszystkich zaangażowanych podmiotów. Niewątpliwie najważniejszą z nich jest szansa na ocalenie więzi pacjent – lekarz (zarówno konkretnej, jak i umożliwieniu budowy takiej więzi w przyszłości). Pozostałe korzyści dla lekarza (lub dentysty, pielęgniarki) to:

- szansa na uniknięcie utraty reputacji i napiętnowania,
- odreagowanie negatywnych emocji i szybsze uporanie się ze stresem,
- możliwość ponownego pełnego skupienia się na pracy zawodowej,
- realizacja potrzeby zadośćuczynienia i przeprosin w atmosferze poufności,
- zapewnienie współdecydowania o własnej sprawie i osobie.

Dzięki przystąpieniu do mediacji także pacjent odnosi korzyści (nieosiągalne dla niego przed sądem), takie jak:

- uzyskanie wyczerpujących wyjaśnień i odpowiedzi na nurtujące pytania,
- szansa na otrzymanie przeprosin i odreagowanie negatywnych emocji,
- możliwość uzyskania elastycznych form „odszkodowania”,
- możliwość wpływu na prawdziwą zmianę praktyk i procedur medycznych.

Podobnie jak medycyna, mediacja ma uzdrawiać – w tym wypadku ludzkie relacje i zaufanie do lekarzy. Nie towarzyszy jej żadne ryzyko – w przypadku braku porozumienia sprawę nadal można skierować na drogę sądową. Dlaczego więc bezrefleksyjnie skazywać się na nieciekawą alternatywę typu komisja wojewódzka albo sąd, jeśli na wyciągnięcie ręki dostępna jest metoda daleko bardziej humanitarna? Środowisko lekarskie powinno stać się stroną inspirującą popularyzację rozwiązania, w ramach którego lekarz będzie mógł nie tylko zabrać głos, ale przede wszystkim współdecydować w swojej sprawie. Propagujmy mediację w sprawach medycznych!

Michał Ryszard Wysocki

Stały mediator sądowy specjalizujący się w sprawach medycznych, notariusz, autor publikacji dotyczących mediacji oraz prelegent na konferencjach naukowych. www.mediator-wysocki.pl

Aldona Katarzyna Jankowska

Specjalista hematolog, pracuje w Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii CM UMK. Jest prezesem Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej

NOWE W NAUCE

Stłuszczeniowe zapalenie wątroby

Niealkoholowe stłuszczeniowe zapalenie wątroby (NASH) – najczęściej określane jako podwyższona aktywność aminotransferaz u chorego ze stłuszczeniem wątroby (definicja choroby nie jest jednoznacznie ustalona) – jest jednostką zbyt rzadko rozpoznawaną w Europie. W krajach wysoko rozwiniętych skala problemu jest porównywalna z przewlekłymi wirusowymi zapaleniami wątroby. 75% przypadków NASH dotyczy otyłych kobiet. Obecnie już ponad połowa populacji Europy Zachodniej przekroczyła idealną masę ciała. Schorzenie występuje również u osób szczupłych, jednak z mniejszą częstością.

Etiologia NASH jest wieloczynnikowa: insulinooporność, cukrzyca, hipertriglicydemia, głodzenie, szybkie spadki masy ciała, stan po resekcji jelita cienkiego. Istotną rolę predyspozycją genetyczną. Znaczącą rolę odgrywają również leki (diltiazem, tamoxifen, estrogeny, metotreksat). Klasycznym przykładem jest amiodaron, powodujący NASH u 25% leczonych pacjentów. Długi czas półtrwania leku wraz z akumulacją w tkance wątrobowej nasila jej uszkodzenie. W trakcie leczenia wskazane są regularne kontrole aktywności AIAT. Dotyczy to również innych przewlekłych terapii. Rządziej występującymi przyczynami stłuszczenia mogą być: choroba Wilsona (w ocenie retrospektywnej często występuje w USG stłuszczenie wątroby), zakażenie HIV, pestycydy.

Przebieg choroby jest najczęściej bezobjawowy. W ocenie histopatologicznej biop-

tów wątroby osób z NASH w blisko 50% przypadków opisywane jest włóknienie. NASH stanowi 70% rozpoznanych kryptogennej marskości wątroby. W momencie zdiagnozowania stłuszczeniowego zapalenia wątroby 10–25% chorych ma objawy marskości, w przebiegu której istnieje ryzyko rozwoju raka wątrobowokomórkowego (HCC). Współistnienie otyłości i cukrzycy zwiela-krotnie ryzyko indukcji nowotworu. W USA liczba przypadków przeszczepienia wątroby z powodu HCC wtórnego do NASH wzrosła prawie 4-krotnie w przeciągu 10 lat. Podkreśla się konieczność skriningu w kierunku HCC (USG jamy brzusznej co 6 miesięcy). W większości przypadków NASH ma przebieg łagodny. Część pacjentów jest błędnie klasyfikowana jako osoby nadużywające alkoholu. Wynika to z niepełnego wywiadu lekarskiego, jak i diagnostyki różnicowej.

Postawienie diagnozy NASH nie jest łatwe. Opiera się na wykluczeniu innych chorób. Jest to typowa diagnoza z tzw. wykluczenia. Diagnostyka laboratoryjna zazwyczaj nie jest pomocna w różnicowaniu. U około 90% chorych aktywność AIAT utrzymuje się poniżej 100 U/l (norma u kobiet – 31, u mężczyzn – 41 U/l), niekiedy obserwuje się podwyższenie GGTP. Często współistnieje hiperlipidemia. Badaniem ważnym jest biopsja wątroby. U dzieci choroba jest asymptomatyczna, dlatego zaleca się badania przesiewowe (ocena aktywności AIAT), szczególnie w przypadkach nadwagi/otyłości.

Nie dysponujemy skutecznym leczeniem NASH. Zaleca się dietę niskotłuszczową i optymalne wyrównanie cukrzycy, co – jak wskazuje obserwacja długoterminowa – jest trudne do wykonania. Już 5–7% utrata masy ciała redukuje stłuszczenie, korzystnie wpływając na wartości glikemii. Kluczowa dla zapobiegania zespołowi metabolicznemu jest profilaktyka. Cześć chorych powinna być kwalifikowana do operacji bariatrycznych. Jeżeli kluczową rolę w wystąpieniu choroby odegrały leki, należy rozważyć odstawienie lub modyfikację leczenia. W przypadku rozpoznania NASH rokowania są ostrożne. Problemem jest niedostateczna i zbyt późna rozpoznawalność choroby.

Lek. med. Kornelia Karwowska

Asystent Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii Wojewódzkiego Szpitala Obserwacyjno-Zakaźnego im. T. Browicza w Bydgoszczy

MAZDA6

PIĘKNO I DYNAMIKA



mazda

Stworzyliśmy samochód, z którego jesteśmy dumni. Zarówno we wnętrzu jak i linii nadwozia uchwyciliśmy to co najważniejsze. Połączyliśmy piękno i dynamikę. Poznaj nasz sposób myślenia i sprawdź co jeszcze zrobiliśmy inaczej na filozofiamazdy.pl

MAZDA. Przełamujemy konwencje.

W zależności od wersji samochodu średnie zużycie paliwa oraz emisja CO₂ wynoszą odpowiednio: od 4,2 do 6,4 l/100 km oraz od 108 do 150 g/km. Samochód jest wyposażony w układ klimatyzacji zawierający fluorowany gaz cieplarniany [HFC-134A] o współczynniku ocieplenia globalnego powyżej 150. Informacje dotyczące odzysku i recyklingu samochodów wycofanych z eksploatacji znajdziesz na www.mazda.pl

Bajka o trzech księżętach Serendypii

albo ...rola przypadku w nauce i medycynie

CZĘŚĆ II

Również chirurgia dużo zawdzięcza serendypity. Ambroży Pare był jednym z najbardziej znanych w XVI wieku francuskich chirurgów. Mistrzem w dokonywaniu amputacji (w kilkanaście minut). Rany postrzałowe zalewano wówczas gorącym olejem w celu uzyskania hemostazy i, jak wiadomo, zwalczenia zakażenia. W czasie oblężenia Turynu w 1537 r. rannych było tak dużo, że zabrakło owego „leku”. Pare zdecydował się na użycie opatrunku i substancji stosowanych do zwykłych ran, czyli mieszanki oleju różanego i terpentyny. Jakież było jego zdziwienie, gdy rany postrzałowe zaopatrzone olejem jątrzyły się, a ranni umierali. Pod zwykłymi opatrunkami goiły się znacznie lepiej. Od tego czasu zaprzestano stosowania barbarzyńskiej „metody olejowej”.

Czasami śmierć staje się drogowskazem pokazującym właściwy kierunek. Ignacy Semmelweis to postać tragiczna. Człowiek, który wybrał ludzkość od strachu przed zakażeniami w szpitalach i wskazał drogę, którą kroczymy do dziś, zmarł w domu dla obłąkanych. Został prawdopodobnie pobity, wskutek czego wywiązało się zakażenie, z którym – paradoksalnie – wygrał za swego życia. Prowadził oddział ginekologiczny, w którym śmiertelność z powodu zakażeń była bardzo wysoka. Skojarzył on śmierć kolegi, który zaciął się nożem podczas sekcji, z objawami zakażenia u położnic ze swojego oddziału, które badali studenci i lekarze bezpośrednio właśnie po sekcjach zwłok. Kiedy zdał sobie sprawę, że jest winny śmierci setek kobiet, nie wytrzymał psychicznie. Jego myśl przetrwała jednak, a dzięki świątym umysłom, takim jak Joseph Lister, stała się ciałem we wszystkich szpitalach.

Prócz zakażeń, ból był czynnikiem uniemożliwiającym rozwój chirurgii. Słynny francuski chirurg Alfred Velpéau w 1832 r. stwierdził, że ból i nóż chirurga to zjawiska nieodłączne i nigdy nie zostaną rozdzielone. Minęła dekada i jego słowa okazały się na szczęście fałszem. Horacy Welles obserwował

cyrkowy występ z użyciem podtlenu azotu, zwanego gazem rozwesalającym. W pewnym momencie poddawany działaniu gazu skaleczył się w nogę i nawet tego nie zauważył. W ten sposób Wells odkrył anestetyczne działanie gazu. Działał on dość dobrze u wybranych pacjentów. Gdy jednak Wells chciał przedstawić swój wynalazek w Bostonie, na tamtejszej uczelni medycznej, poniósł klęskę. Nie udało się znieczulić otyłego chorego. Zrozpaczony Wells porzucił praktykę lekarską, uzależnił się od chloroformu i, w efekcie poniesionej klęski, popełnił samobójstwo. Droga do znieczulenia została jednak otwarta.

Serendypity czasami wymaga aktywności i przeniesienia wiedzy z jednego obszaru do innego. Leopold Auenbrugger, osiemnastowieczny lekarz austriacki, był synem oberżysty. Jako dziecko widział, jak ojciec czy inni pracownicy, chcąc sprawdzić zawartość beczki, opukiwali ją. Kiedy przyglądał się klatkom piersiowym swoich pacjentów i dowiedział się, że tam też pojawia się płyn, doznał olśnienia. Przecież klatka piersiowa to beczka, więc opukiwanie jej wykaże obecność i poziom płynu. Do dziś studenci pod czujnym okiem asystenta pukają zatem, poszukując granicy płynu, a po cichu zaś myślą: przecież można zrobić zdjęcie.

No właśnie – wielkie odkrycie Konrada Rentgena było też dziełem przypadku. Badając „promienie katodowe”, czyli strumień elektronów, odkrył on, że – uderzając w anodę – powodują one powstanie innego promieniowania, które jest przenikliwe, a także zaczernia kliszę fotograficzną. Na kliszy pojawiały się kształty ustawione pomiędzy nią a źródłem promieniowania, niekiedy ukazując nawet swą strukturę wewnętrzną, jak np. dłoń małżonki. Już w kilka miesięcy po odkryciu, pierwsze aparaty pojawiły się w szpitalach, a w czasie I wojny światowej ruchome ambulanse rentgenowskie obsługiwała między innymi Maria Skłodowska-Curie.

Odkrycia, jak się okazuje, nie są domeną tylko naukowców. Vincent Preissnitz,

żyjący w latach 1799–1851 chtëp z Gräfenbergu, nie miał żadnego związku z medycyną. Obserwował pewnego razu jak ranna w nogę sarna przychodzi co dzień do strumienia i moczy w nim skaleczoną kończynę. Jako że sarna wyleczyła się w ten sposób, mądry człowiek postanowił, że zastosuje to u ludzi i otworzył pierwszy zakład wodolecznictwa. A prawie codziennie wymawiamy jego nazwisko, mówiąc: „idę pod prysznic”, że o podróżach „do wód” nie wspomnę.

Listę „serendypnych” wynalazków można by wydłużać prawie bez końca. Dagerotyp powstał na skutek przypadkowego „wywołania” płytki pokrytej jodkiem srebra przez opary rtęci ze sztucznego termometru. Goodyear zbyt podgrzał pojemnik z gumą i kwasem siarkowym, co zapoczątkowało proces wulkanizacji, dając trwały i elastyczny produkt, na którym podróżujemy. Becquerel trzymał w jednej szufladzie próbkę uranu i kliszę fotograficzną. Kiedy pojawiły się na niej dziwne ślady, zrozumiał, że uran jest źródłem naturalnego promieniowania. Mering i Minkowski wycinali psom trzustki (celem zbadania roli tego narządu w produkcji enzymów) i zauważyli, że moczu operowanych psów ściąga roje much. Był słodki. W niedługim czasie zidentyfikowano insulinę.

Księżęta Serendypii podróżują po świecie cały czas. Do dziś w laboratoriach świata w wielu językach wykrzykiwane jest greckie „eureka”. Jednak tajemnicą odkrycia zawsze pozostanie analityczny mózg naukowca, który nigdy nie zgodzi się na wyjaśnienie „bo tak jest” lub „to chyba cud”, i będzie dążył do poznania prawdy o nawet najdziwniejszych i tajemniczych zjawiskach. Takie wyjaśnienia są, trzeba tylko



czasu, pracy i pokory, aby je odkryć. W drodze do Indii była Ameryka, w drodze do prawdy jest ona sama, niczym ocean, z którego czerpie się wiedzę.

Wojciech Szczęśny

Zawiadamiamy, że 12 lipca 2015 roku odszedł od nas

Śp. Mirosław Sobkowski

lekarz – specjalista medycyny pracy

Żegnamy wspaniałego, serdecznego i życzliwego Kolegę. Pozostanie w naszej pamięci.

Koleżanki i Koledzy z Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Medycyny Pracy



Audi
Przewaga dzięki technice

Audi Q7 nowej generacji



Przywileje dla wymagających

Dla najbardziej wymagających klientów stworzyliśmy wyjątkową ofertę. Modele Audi, które wyróżnia pionierska technika, szlachetna stylistyka oraz niezwykle bogate wyposażenie, są teraz dostępne w specjalnej ofercie skierowanej do lekarzy. Szczegóły w salonie. Zapraszamy.

Specjalna oferta dla lekarzy

Konarzewski

ul. Nowotoruńska 15, Bydgoszcz
tel. 52/320 88 13
salon_audi@konarzewski.com.pl
www.konarzewski.audi.pl



KĄCIK

KRWIODAWSTWA

Idea cyklu zrodziła się na bazie moich refleksji związanych z 50. latami satysfakcjonującej i ciekawej pracy w krwiodawstwie. Jest to dziedzina mało popularna w medycynie. Mogłam się o tym przekonać podczas pracy, również z lekarzami, których zarówno wiedza, jak i zainteresowanie tą tematyką były i pozostają skromne. Powinno to dziwić, bo krwiodawstwo równa się krwiolecznictwo – dziedzina o charakterze interdyscyplinarnym, gdzie błędy w postępowaniu wynikające z niewiedzy lekarza mogą kończyć się tragicznie.

Chciałbym zainteresować Czytelników tym, co nowoczesne krwiodawstwo oferuje lecznictwu w zakresie produktów pochodzących z preparatyki krwi, możliwości wykonywania badań serologicznych i zabiegów leczniczych u pacjentów. W krwiodawstwie jest naprawdę niemało ciekawych rzeczy, z którymi będę Państwa stopniowo zapoznawać.

Metody pobierania krwi i jej składników oraz możliwości zastosowania niektórych procedur w praktyce klinicznej

METODY POBIERANIA KRWI I JEJ SKŁADNIKÓW

W Regionalnym Centrum Krwiodawstwa pobiera się:

- krew pełną
- 2 j. koncentratu krwinek czerwonych metodą automatyczną
- osocze metodą plazmaferezy automatycznej
- koncentrat krwinek płytkowych metodą trombaferazy automatycznej
- koncentrat granulocytarny metodą leukaferazy automatycznej.

Krew pełną od dawcy pobiera się szeroko stosowaną, powszechnie znaną metodą konwencjonalną, w ilości 450 ml, co stanowi 1 donację. Metoda konwencjonalna nie wymaga użycia specjalnej aparatury poza wystandaryzowaną, automatyczną wagomieszarką. W sytuacjach, gdy występują niedobory krwi określonej grupy, istnieje możliwość pobrania od jednego dawcy 2 j. koncentratu krwinek czerwonych (KKCZ) metodą automatyczną. Metoda ta nie jest szeroko stosowana ze względu na szczególne warunki, jakie musi spełniać krwiodawca w zakresie masy ciała czy poziomu hemoglobiny. Również wydłużenie okresu karencji do następnej donacji z ośmiu tygodni (przy metodzie konwencjonalnej) do sześciu miesięcy powoduje, że dawcy niechętnie wyrażają zgodę na ten rodzaj donacji. W 2014 r. pobrano jedynie 29 preparatów po 2 j. KKCZ. W automatycznej metodzie pobierania krwinek czerwonych wykorzystywano aparat do aferezy MCS+. Urządzenie to, w zależności od rodzaju stosowanych zestawów, służy również do pobierania koncentratu krwinek płytkowych (KKP) od jednego dawcy, osocza do celów preparatywnych oraz zabiegów aferez leczniczych, takich jak plazmafereza czy cytoaferezy.

Do oddania osocza metodą aferezy kieruje się zazwyczaj dawców o takiej grupie krwi, której nadwyżki znajdują się aktualnie w magazynach. Zabiegi plazmaferezy wykonywane są w siedzibie Centrum oraz oddziałach terenowych, w skali roku w ilości 2500–3000. Dawca oddaje jednorazowo 650 ml. Zgodnie z obowiązującymi przepisami, tą metodą może oddawać osocze nie częściej niż co 2 tygodnie.

W 2014 r. pobrano także na separatorach 1245 preparatów koncentratu krwinek płytkowych, na specjalne zamówienie, określonej

grupy krwi. Preparat ten pobiera się od dawców wielokrotnych z częstotnością co cztery tygodnie.

O tym, jaki rodzaj donacji zostanie pobrany od dawcy przez pielęgniarkę, decyduje lekarz kwalifikujący. Nie wchodząc zbyt daleko w szczegóły, chciałabym uświadomić czytelnikom, jak ogromną rolę przywiązuje się w krwiodawstwie do zagadnienia identyfikacji dawcy w kontekście bezpieczeństwa krwi. W poprzednim artykule wspominałam o pierwszym etapie pracy zapewniającej to bezpieczeństwo na poziomie rejestracji dawcy. Również w trakcie rejestracji, dawcy zostaje założona nadgarstkowa opaska identyfikacyjna zawierająca takie dane jak: nazwisko, imię, datę urodzenia, pesel, grupę krwi, numer donacji, kod kreskowy. Dane te odczytywane są na wszystkich etapach drogi dawcy (laboratorium, lekarz, pielęgniarka pobierająca).

ZABIEGI LECZNICZE

Wszystkie metody aferezy automatycznej można zastosować również w praktyce klinicznej. Najczęściej wykonywanym zabiegiem jest plazmafereza lecznicza. Sporadycznie wykonywane są zabiegi cytoaferez leczniczych.

W 2014 r. Centrum Krwiodawstwa wykonało u 19 hospitalizowanych pacjentów 93 zabiegi leczniczej plazmaferezy. O ile w latach wcześniejszych zabiegowi poddawani byli głównie pacjenci z zespołem Guillaina-Barrego i miastenią, o tyle w roku ubiegłym można było zaobserwować rozszerzenie wskazań. Obrazuje to poniższe zestawienie:

- Vasculitis -16 zabiegów (2 pacjentów)
- TTP – zakrzepowa plamica małopłytkowa. W tej jednostce chorobowej jest to leczenie z wyboru. Wykonano łącznie 12 zabiegów u 3 pacjentów
- Miastenia – 12 zabiegów (2 pacjentów)
- Zespół Guillaina-Barrego – 19 zabiegów łącznie u 5 pacjentów
- Toczeń układowy – 8 zabiegów (4 chorych)
- Zespół Goodpasture'a -1 pacjent, 5 zabiegów
- Polineuropatia przewlekła – 1 pacjentka, 10 zabiegów
- Ostre odrzucenie przeszczepu nerki – u jednej pacjentki wykonano 4 zabiegi.

Leczącą plazmaferezę wykonuje personel Działu Pobierania Krwi Centrum Krwiodawstwa, przy użyciu przenośnego aparatu MCS+, w oddziale szpitalnym pod nadzorem lekarza prowadzącego. W sprawie wykonania zabiegu leczniczego należy kontaktować się z kierownikiem Działu Pobierania Krwi – dr Hanną Górnicką (tel. 523 221 871 do 74 wew. 331 lub 339).

Danuta Boguszyńska



O autorce: lek. med. Danuta Boguszyńska jest specjalistką w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej. Przez 50 lat pracy zawodowej związana była z krwiodawstwem. Pełniła funkcję dyrektora Wojewódzkiej Stacji Krwiodawstwa oraz zastępcy dyrektora ds. medycznych Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa. Była konsultantem regionalnym i wojewódzkim w zakresie krwiodawstwa i krwiolecznictwa. Obecnie na emeryturze.

Informacja o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych a zakaz reklamy

Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2015 r. poz. 618 ze zm.) w art. 14 ust. 1 przewiduje, że podmiot wykonujący działalność leczniczą (a więc również lekarz wykonujący zawód w ramach działalności leczniczej jako praktykę zawodową – zgodnie z art. 2 pkt 5 cyt. ustawy) podaje do wiadomości publicznej informacje o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych, przy czym treść i forma tych informacji nie mogą mieć cech reklamy. Termin *reklama* nie został jednak zdefiniowany w cytowanej ustawie, w związku z czym pojawiają się problemy, w jaki sposób należy rozumieć pojęcie dozwolonej informacji o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych, a kiedy można mówić już o reklamie takiej działalności, która jest zabroniona.

INFORMACJA O ZAKRESIE I RODZAJACH UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Przy dokonywaniu analizy pojęcia dozwolonej informacji o zakresie i rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych z pewnością przydatna będzie Uchwała nr 29/11/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z 16 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad podawania do publicznej wiadomości informacji o udzielaniu przez lekarzy i lekarzy dentyistów świadczeń zdrowotnych (dostępna na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej pod adresem: www.nil.org.pl), która szczegółowo wyznacza zakres i formę informacji o udzielanych świadczeniach zdrowotnych. Zakres podawanych informacji został ustalony w §3 cytowanej uchwały, zgodnie z którym informacja podawana przez lekarza powinna zawierać następujące dane: tytuł zawodowy, imię i nazwisko oraz miejsce, dni i godziny przyjęć. Informacja ta może ponadto zawierać następujące dane:

- 1) rodzaj wykonywanej praktyki zawodowej
 - 2) stopień naukowy
 - 3) tytuł naukowy
 - 4) specjalizacje
 - 5) umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych
 - 6) szczególne uprawnienia
 - 7) numer telefonu
 - 8) określenie cen i sposobu płatności
- w przypadku przekazywania tych informacji poprzez zamieszczenie ich na stronie internetowej praktyki zawodowej lub poprzez specjalne telefony informacyjne.

Sposób informowania o udzielaniu świadczeń zdrowotnych został określony w §4 ust. 1 cytowanej uchwały, zgodnie z którym lekarz i lekarz dentyista prowadzący praktykę zawodową może informować o udzielaniu świadczeń zdrowotnych wyłącznie poprzez:

- 1) nie więcej niż 2 stałe tablice ogłoszeniowe na zewnątrz budynku, w którym prowadzona jest praktyka, i dodatkowo nie więcej niż 2 tablice ogłoszeniowe przy drogach dojazdowych do siedziby praktyki
- 2) ogłoszenia prasowe w rubrykach dotyczących usług medycznych

3) informacje zawarte w książkach telefonicznych i informatorach o usługach medycznych w dziale dotyczącym usług lekarskich

4) zamieszczenie informacji na stronach internetowych,

5) specjalne telefony informacyjne.

Przywołana uchwała zawiera również postanowienia w zakresie tego, jak powinna wyglądać tablica ogłoszeniowa.

REKLAMA UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Zakaz reklamowania się przez lekarzy w sposób wyraźny został wyrażony w art. 63 ust 1 Kodeksu Etyki Lekarskiej, który stanowi, że lekarz tworzy swoją zawodową opinię jedynie w oparciu o wyniki swojej pracy, dlatego wszelkie reklamowanie się jest zabronione. Również cytowana powyżej Uchwała nr 29/11/VI Naczelnej Rady Lekarskiej w §5 wyraźnie wskazuje, że informacja o udzielaniu świadczeń zdrowotnych nie może nosić cech reklamy, w szczególności zawierać:

- 1) żadnej formy zachęty ani próby nakłonięcia do korzystania ze świadczeń zdrowotnych
- 2) informacji o metodach, ich skuteczności i czasie leczenia oraz obietnic i potocznych określeń
- 3) określenia cen i sposobu płatności, z wyjątkiem sytuacji, gdy informacje te są przekazywane poprzez zamieszczenie ich na stronie internetowej praktyki zawodowej lub poprzez specjalne telefony informacyjne
- 4) informacji o jakości sprzętu medycznego.

Wskazane powyżej elementy należy zatem uznać za reklamę udzielanych przez lekarza świadczeń zdrowotnych, co jest niedozwolone.

Warto jednak zwrócić uwagę, że wyliczenie wskazane powyżej jest jedynie przykładowe, na co wskazuje wyrażenie „w szczególności”. Przy dokonywaniu oceny, czy zawarcie określonej informacji stanowi już reklamę, należy zatem odnieść się również do powszechnie przypisywanego temu pojęciu znaczenia, na co zwracał już uwagę Zespół Radców Prawnych Naczelnej Izby Lekarskiej w opinii prawnej w przedmiocie ograniczeń reklamy i informowania o zakresie i rodzaju udzielanych w praktyce lekarskiej świadczeń

lekarskich z 6 marca 2013 r., znak: NRL/ZRP/WI/163/2013.¹ I tak, reklamą jest „rozpowszechnianie informacji o danym towarze w celu zwrócenia na niego uwagi i zachęcenia do zakupu; także: środki służące do tego celu, np. plakaty, ogłoszenia w prasie, radiu i w telewizji”² czy też „informowanie ludzi o świadczeniach i usługach, podkreślanie ich zalet tak, aby ludzie chcieli za nie zapłacić”³.

UŻYWANIE NAZWISKA I WYKORZYSTYWANIE WIZERUNKU LEKARZA DLA CELÓW KOMERCYJNYCH

Obok zakazu reklamy udzielanych przez lekarzy świadczeń zdrowotnych, w art. 63 ust. 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej został przewidziany zakaz używania przez lekarzy swego nazwiska i wizerunku do celów komercyjnych.

Oznacza to, że lekarz dbając o swój wizerunek, jak i wizerunek całego zawodu, nie powinien brać udziału w przedsięwzięciach, które mogą podważać jego autorytet czy obiektywizm. Lekarz nie może zatem reklamować jakichkolwiek leków czy też innych towarów.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA NARUSZENIE ZAKAZU REKLAMY

Odpowiedzialność za wykroczenie.

Podawanie do wiadomości publicznej informacji o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych lub usług z zakresu medycyny weterynaryjnej mających formę i treść reklamy stanowi wykroczenie, stypizowane w art. 147a § 2 ustawy z 20 maja 1971 r. – Kodeks wykroczeń (Dz.U. z 2013 r. poz. 482 ze zm.). Czyn ten jest zagrożony karą aresztu, ograniczenia wolności albo grzywny.

Odpowiedzialność zawodowa. Za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza, czyli za tzw. przewinięcie zawodowe, członkowie izb lekarskich podlegają również odpowiedzialności zawodowej.

Lekarz naruszający powyższe zakazy podlega zatem odpowiedzialności zawodowej, na zasadach określonych w ustawie o izbach lekarskich.

Orzeczenie lekarza orzecznika nie jest jedynym elementem, który warunkuje wypłatę świadczenia rentowego. Wielokrotnie media podają przykłady „uzdrowień”, czyli uznania przez ZUS za zdolne do pracy osób chorych czy niepełnosprawnych. Dobrze jest więc wiedzieć, że prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy przysługuje ubezpieczonemu, który spełnia łącznie następujące warunki:

- został uznany za niezdolnego do pracy
- ma wymagany – stosowny do wieku, w którym powstała niezdolność do pracy – okres składkowy i nieskładkowy
- niezdolność do pracy powstała w okresach składkowych (np. ubezpieczenia, zatrudnienia) lub nieskładkowych (np. w okresie pobierania zasiłku chorobowego, opiekuńczego, świadczenia rehabilitacyjnego) określonych w art. 57 ust. 1 pkt 3 ustawy emerytalnej albo niepóźniej niż w ciągu 18 miesięcy od ustania tych okresów.

Podstawą odmowy przyznania w takich przypadkach jest więc brak spełnienia jednocześnie wszystkich powyższych warunków.

Wymóg powstania niezdolności do pracy w określonym ustawą emerytalną czasie nie obowiązuje osób, które:

- zostały uznane za całkowicie niezdolne do pracy
- spełniają warunek posiadania wymaganego okresu składkowego i nieskładkowego oraz
- legitymują się co najmniej 20-letnim (w przypadku kobiety) i 25-letnim

(w przypadku mężczyzny) okresem składkowym i nieskładkowym.

Za niezdolną do pracy uważa się osobę, która całkowicie lub częściowo utraciła zdolność do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokuje odzyskania tej zdolności po przekwalifikowaniu.

Całkowicie niezdolną do pracy jest osoba, która utraciła zdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy. **Częściowo niezdolną do pracy** jest osoba, która utraciła w znacznym stopniu zdolność do pracy zgodnej z posiadanym przez nią poziomem kwalifikacji.

W przypadku stwierdzenia naruszenia sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych orzeka się **niezdolność do samodzielnej egzystencji**.

Okres składkowy i nieskładkowy wymagany do przyznania renty uzależniony jest od wieku osoby, w jakim powstała niezdolność do pracy. Okres ten wynosi:

- 1 rok – jeżeli niezdolność do pracy powstała przed ukończeniem 20 lat
- 2 lata – jeżeli niezdolność do pracy powstała w wieku powyżej 20 do 22 lat
- 3 lata – jeżeli niezdolność do pracy powstała w wieku powyżej 22 do 25 lat
- 4 lata – jeżeli niezdolność do pracy powstała w wieku powyżej 25 do 30 lat
- 5 lat – jeżeli niezdolność do pracy powstała w wieku powyżej 30 lat.

Warunek posiadania wyżej wymienionego okresu składkowego i nieskładkowego nie obowiązuje osoby, która stała

się niezdolna do pracy z powodu skutków wypadku w drodze do pracy lub z pracy, zaistniałego po 31 grudnia 2002 r.

Okres wymaganych 5 lat w odniesieniu do osób, u których niezdolność do pracy powstała po ukończeniu 30 roku życia, musi przypadać w ciągu ostatniego dziesięciolecia liczonego do dnia poprzedzającego dzień zgłoszenia wniosku o rentę lub dzień powstania niezdolności do pracy.

Kwestie uprawnień są każdorazowo określane przez organy administracji, natomiast zadaniem lekarza orzecznika jest ustalenie, czy istnieje niezdolność do pracy, w jakim stopniu, kiedy powstała i czy pacjent rokuje nadzieję na poprawę. Rentę można przyznać okresowo lub trwale. Efektem postępowania jest wydanie decyzji określającej rodzaj świadczenia i okres, na który ono przysługuje.

Po upływie tego okresu ubezpieczony może wystąpić do ZUS z wnioskiem o przedłużenie prawa do renty.

Nie później niż na trzy miesiące przed ustaniem prawa do renty okresowej ZUS zawiadamia osobę zainteresowaną o terminie wstrzymania wypłaty oraz o warunkach przywrócenia prawa do tego świadczenia.

Marlena Ciesielska-Osuch

O autorce: Marlena Ciesielska-Osuch jest lekarzem chorób wewnętrznych oraz specjalistą medycyny pracy. Ma 20-letni staż pracy zawodowej. W Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych pracuje od 2003 roku – od stycznia 2014 pełni funkcję Głównego Lekarza Orzecznika.



Dom w Osielesku SPRZEDAM



Powierzchnia użytk. 295 m², działka 2000 m² + 6000 m² lasu

Kontakt **519 563 741**

RADCA PRAWNY BIL INFORMUJE

Dokończenie ze str. 13

Za popełnienie przewinienia zawodowego zostały przewidziane następujące kary, wymienione w art. 83 ust. 1 ustawy o izbach lekarskich: upomnienie, nagana, kara pieniężna, zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia na okres od roku do pięciu lat, ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza na okres od sześciu miesięcy do dwóch lat, zawieszenie prawa wykonywania zawodu na okres od roku do pięciu lat, pozbawienie prawa wykonywania zawodu.

PODSUMOWANIE

Z powyższego wynika, że lekarz – podając do wiadomości publicznej informacje o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych – powinien zwrócić szczególną uwagę, aby nie zawierały one cech reklamy. W przeciwnym wypadku może on narazić się na odpowiedzialność za popełnienie wykroczenia oraz odpowiedzialność zawodową.

Jadwiga Jarząbkiewicz-Górniak – Radca prawny BIL

¹ Opinia prawna dostępna na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej pod adresem: www.nil.org.pl

² Nowy słownik języka polskiego, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002, strona 834

³ Słownik języka polskiego pod red. M. Bańsko, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN 2007



**Zwycięska trójka lekarzy (kat. do 40 r.ż.):
1 m. Klaudiusz Kobziakowski, 2 m. Artur Mieczkowski, 3 m. Marcin Gierach.**

...bieg, jak nazwa wskazuje, wzdłuż ulicy Kamiennej na dystansie 5 km – zgromadził na starcie ponad 800 osób (14 czerwca 2015 r.). Był on jednocześnie Otwartymi Mistrzostwami Bydgoszczy w biegu ulicznym na 5 km, jak i Mistrzostwami Polski Środowisk Ubezpieczeniowych, Prawników, Lekarzy, Bankowców i Dziennikarzy.

Wyjątkowo duże zainteresowanie uczestników, w tym również lekarzy, sprawiło, że już pod koniec biegu było wiadomo, że w przyszłym roku odbędzie się jego II edycja. Świetna organizacja, duch walki, rywalizacji, a przede wszystkim dobrej zabawy oraz promocja zdrowego trybu życia, a przy tym miasta Bydgoszczy, sprawiają, że tego typu imprezy sportowe w ostatnim czasie cieszą się ogromną popularnością. Zapraszamy więc w przyszłym roku na kolejną Kamienną 5 (a może 10?), a do tego czasu zachęcam do udziału w innych tego typu imprezach.

Paweł Rejewski



POD PATRONATEM

IV Mistrzostwa Lekarzy i Lekarek Pomorza i Kujaw w Bowlingu



...odbyły się w Olympic Bowling Center w Bydgoszczy 13 czerwca 2015 r. Impreza została przeprowadzona pod patronatem Bydgoskiej Izby Lekarskiej i zgromadziła medyków z całego regionu kujawsko-pomorskiego.

Wśród lekarek Pomorza i Kujaw tytuł mistrzowski kolejny raz obroniła pani doktor Kinga Lewandowska ze Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy, uzyskując łączny wynik 4 gier – 387 punktów. Drugie miejsce zdobyła pani doktor Agnieszka Skowrońska z Nowego Szpitala w Wąbrzeźnie, z wynikiem 354 punkty, natomiast na trzecim miejscu sklasyfikowano panią doktor Joannę Gierach, reprezentującą Regionalny Szpital Specjalistyczny w Grudziądzu, z wynikiem 338 punktów.

Wśród mężczyzn zwyciężył obrońca tytułu mistrzowskiego – pan doktor Marcin Gierach z Nowego Szpitala w Wąbrzeźnie, z łącznym rezultatem 4 gier – 623 punkty (średnia 156 pkt/grę). Drugie miejsce zdobył pan doktor Dariusz Grduszak, reprezentujący Regionalny Szpital Specjalistyczny w Grudziądzu, zdobywając 547 punktów (średnia 137 pkt/grę), a trzecie – pan doktor Julian Iwaniuk z wynikiem 489 punktów (średnia 122 pkt/grę). Tuż za podium tym razem sklasyfikowano pana doktora Błażeja Przybysławskiego z 10. Wojskowego Szpitala Klinicznego w Bydgoszczy. Zwycięzcy otrzymali puchary oraz pamiątkowe dyplomy.

Wszystkim serdecznie dziękuję za uczestnictwo, osobom towarzyszącym za głośny doping i zapraszam serdecznie za rok na jubileuszowe V Mistrzostwa Bowlingowe Pomorza i Kujaw.

Marcin Gierach

Zapraszamy



**do BIURA
RACHUNKOWO-PODATKOWEGO**

- ▶ Specjalizujemy się w rozliczaniu podatkowym podmiotów świadczących **USŁUGI MEDYCZNE**.
- ▶ Nasze Biuro łączy **TRADYCYJNĄ KSIĘGOWOŚĆ Z NOWOCZESNYMI TECHNOLOGIAMI**, opartymi m.in. na komunikacji online/ e-mail/sms/tel.
- ▶ **SZANUJĄC PAŃSTWA CZAS**, wychodzimy naprzeciw, dojeżdżamy i odbieramy dokumenty bezpośrednio u zainteresowanego.

BIURO RACHUNKOWE



*Kancelaria Podatkowa
Grygier i Wspólnicy sp. jawna*

**e-mail: poczta_big@wp.pl
☎ 508 303 873 • 525 243 584
www.bigbiuro.pl
Bydgoszcz, ul. Szajnochy 11**

SPRZEDAM

WYPOSAŻENIE GABINETU GINEKOLOGICZNEGO

Kontakt: **692 318 852**



Rabba
aseptyka

Polimeryzacja podłóg

Większość producentów zaleca renowację co 6-12 miesięcy.

Zadzwoń a specjalista doradzi Ci, co można wykonać aby wygląd podłogi Twojego Gabinetu należycie świadczył o Twojej Praktyce.

www.rabba.pl e-mail: aseptyka@rabba.pl

+48 694 029 492

Ośrodek **Nasz Lekarz**, specjalizujący się w kompleksowym prowadzeniu **badań klinicznych**, otworzył nową placówkę, zlokalizowaną w **Bydgoszczy**.



Realizujemy projekty badawcze od I do IV fazy wszystkich specjalności medycznych.

Lekarzy zainteresowanych współpracą zapraszamy do kontaktu!

dr hab. n. med. Sławomir Jeka
Dyrektor Ośrodka, Tel: +48 606 453 300



Nasz Lekarz
Klinika Wident
ul. Szubińska 93-95, 85-312 Bydgoszcz
+48 (52) 321 59 16
bydgoszcz@naszlekarz.com.pl
www.naszlekarz.com.pl

VI konferencja naukowa w Wąbrzeźnie



Konferencja – pod honorowym patronatem prof. dr hab. Jana Styczyńskiego, prorektora ds. Collegium Medicum UMK oraz Krzysztofa Maćkiewicza, starosty Wąbrzeskiego – odbyła się 30 maja 2015 r. Organizator imprezy – dr n. med. Marcin Gierach, ordynator Oddziału Chorób Wewnętrznych Nowego Szpitala w Wąbrzeźnie – zaprosił znakomitych wykładowców na czele z prof. dr hab. Romanem Junikiem, kierownikiem Katedry i Kliniki Endokrynologii i Diabetologii CM UMK, konsultantem wojewódzkim w dziedzinie endokrynologii.

Konferencja cieszyła się dużym zainteresowaniem – przybyło ponad 40 lekarzy, w tym specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych, diabetologii, endokrynologii, ginekologii, medycyny rodzinnej oraz chirurgii, pracujący na co dzień w poradniach opieki zdrowotnej oraz okolicznych szpitalach.

Prof. dr hab. Roman Junik otworzył konferencję wykładem dotyczącym porannej hiperglikemii i postępowania z pacjentem. Kolejny referat, przedstawiony przez dr. Andrzeja Brymorę, dotyczył zakażeń układu moczowego. Prelegent przestrzegał przed zbyt pochopnym stosowaniem antybiotykoterapii, bez potwierdzenia infekcji dróg moczowych. Podczas następnego wykładu, wygłoszonego bardzo rzeczowo i precyzyjnie przez panią doktor Agnieszkę Skowrońską, poruszono problem leczenia przeciwrzepłiwego (miedzy innymi „przestawiania” pacjentów z heparyny na nowe doustne leki antykoagulacyjne w wybranych sytuacjach klinicznych, np. podczas przygotowania do zabiegu chirurgicznego itd.).

Po przerwie odbyły się dwie kolejne prelekcje. Dr n. med. Paweł Rajewski wyjaśnił w sposób fachowy wszystkie zagrożenia związane z wirusowym zapaleniem wątroby oraz opisał nowe sposoby leczenia. Kolejny wykład, przedstawiony przez panią docent Marię Kłopotką, dotyczył chorób jelita grubego z uwzględnieniem choroby Leśniowskiego-Crohna oraz wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. Po zakończonej konferencji uczestnicy otrzymali certyfikaty.

Wszystkim uczestnikom dziękujemy za przybycie i zapraszamy ponownie w przyszłym roku na kolejną konferencję naukową.

Marcin Gierach

WYNAJMĘ GABINETY LEKARSKIE

przy ulicy **Jagiellońskiej 36a w Bydgoszczy**
(atrakcyjna lokalizacja, komfortowe warunki,
cena do uzgodnienia).

Możliwość obejrzenia gabinetów na stronie
www.gabinetymarinahouse.bydgoszcz.pl

Telefon: 602 753 233

termedia zaprasza

11–12 września 2015 r. – I Kongres Ogólnopolski dla pielęgniarek i lekarzy mikrobiologów, członków zespołów kontroli zakażeń szpitalnych. Bezpieczny personel i pacjent – działajmy razem: Epidemiologia XXI wieku

17–19 września 2015 r. – V Zjazd Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością. Czy otyłość ma płeć?

19 września 2015 r. – konferencja Flebologia Estetyczna

8–9 października 2015 r. – Słowacko-Polskie Dni Pneumonologii i Alergologii Dziecięcej im. V. Vojteka i J. Rudnika

9–10 października 2015 r. – VI Kongres Top Nephrological Trends. Aktualności nefrologiczne

16 października 2015 r. – Badania Biopsyjne Wyzwaniem Współczesnej Neuropatologii

Postępy w leczeniu czerniaka złośliwego i nowotworów przewodu pokarmowego

Po paru latach zastoju, środowisko onkologów z naszego województwa zostało zaproszone do odbycia spotkania naukowo-szkoleniowego na temat postępów w leczeniu czerniaka złośliwego i nowotworów przewodu pokarmowego, połączonego z walnym zebraniem kujawsko-pomorskiego oddziału Polskiego Towarzystwa Onkologicznego.

W zwyczaju lat ubiegłych spotkania takie odbywały się w sesji wiosennej i jesiennej, w ośrodkach konferencyjnych poza szpitalem, łącząc naukę z rekreacją i możliwością spotkania się i wymiany poglądów na temat leczenia chorób nowotworowych. W tym roku udało się dzięki życzliwości Hotelu-SPA Herbarium w Chomiąży Szlacheckiej zorganizować takie dwudniowe spotkanie (12–13 czerwca 2015 r.) w przepięknej scenerii nad jeziorem, w warunkach hotelowych.

Program konferencji został tak ułożony, żeby swoje doświadczenia przedstawili onkolodzy z naszego województwa, jak i goście, tacy jak prof. dr hab. med. Piotr Wysocki. Zostały przedstawione najnowsze osiągnięcia w diagnostyce i leczeniu czerniaka złośliwego i nowotworów przewodu pokarmowego.

Konferencja prowadzona była przez poprzedniego prezesa Polskiego Towarzystwa Onkologicznego oddziału kujawsko-pomorskiego – prof. dr hab. Romana Makarewicza. Po walnym zebraniu Towarzystwa wybrane zostały nowe władze, na czele z Panią dr n. med. Ewą Chmielowską.

Konferencję naukowo-szkoleniową, która odbyła się w Chomiąży Szlacheckiej, lekarze uczestnicy ocenili bardzo wysoko. O czym chciałby donieść główny organizator:

Jerzy Tujakowski

*Konsultant wojewódzki ds. onkologii klinicznej
województwa kujawsko-pomorskiego*

*Dlaczego pacjenci nie przestrzegają zaleceń?
Dlaczego często słyszę od pacjentów „tak, ale...”?
Jak dotrzeć do pacjenta „niezmotywowanego”?
Co mogę zrobić, żeby mniej się spalać w pracy
i mieć więcej satysfakcji?
Jak optymalnie wykorzystać czas na krótkiej wizycie?*

Polskie Towarzystwo Terapii Motywującej
zaprasza wszystkich pracowników ochrony zdrowia w Polsce na

Konferencję Naukowo-Szkoleniową

**Sposób na „trudnego pacjenta”
Dialog motywujący w opiece zdrowotnej**

17–18 października 2015 r.

Poznań, Hotel Mercure ul. Roosevelta 20

Uczestnicy konferencji będą mieli okazję dowiedzieć się na wykładach i doświadczyć na warsztatach, jak skuteczny jest Dialog Motywujący w pracy z pacjentem niezmotywowanym i nieprzestrzegającym zaleceń lekarskich. Przekonają się, jak efektywny jest Dialog Motywujący, gdy istnieje potrzeba zachęcenia pacjenta do wdrażania farmakoterapii, systematyczności w dbaniu o zdrowie, rezygnacji z używek, wprowadzania zdrowego stylu życia czy stosowania szczepień ochronnych.

Za udział w konferencji lekarze otrzymują 12 punktów.

Dla osób zapisujących się na konferencję, którzy wpiszą w formularzu zgłoszeniowym hasło „biuletyn”, opłata konferencyjna wyniesie 270 zł.

Więcej informacji i zapisy: www.pttm.org.pl

*To nieprawda, że nie ma ludzi niezastąpionych.
Nikt i nic nie zastąpi lek. med. Haliny Grzybowskiej-Rogulskiej.*

Tak napisał Jerzy Derenda, prezes Towarzystwa Miłośników Miasta Bydgoszczy, w swoim wspomnieniu. Tak samo czuje i myśli bardzo wielu z nas, którzy mieli szczęście poznać doktor Halinę Grzybowską. W pierwszą, bolesną rocznicę Jej śmierci zamieszczamy wspomnienia kilku z nich, choć bardzo wielu z nas nosi w sobie wdzięczność za spotkanie Jej w swoim życiu i trwałą pamięć. Bo przecież, jak napisała w maju 2013 r., wspominając doktora Mieczysława Tomasika – Pamięć jest wdzięcznością serca.



Pamięć jest wdzięcznością serca



Halina Grzybowska-Rogulska przyszła na świat 26.07.1925 r. w Wilnie jako córka Antoniego i Walerii z domu Wińcza.

Po ukończeniu szkoły podstawowej w 1938 roku wstąpiła do Gimnazjum im. Elizy Orzeszkowej w Wilnie. W 1941 roku, po zamknięciu szkoły przez okupacyjne władze niemieckie, kontynuowała dalsze kształcenie w kompletach tajnego nauczania, gdzie w 1945 r. uzyskała świadectwo dojrzałości z wynikiem ogólnym bardzo dobrym.

W sierpniu 1945 r., przyjechała wraz z rodziną do Bydgoszczy, wstępując w tym samym roku na Wydział Lekarski Akademii Medycznej w Gdańsku. Już jako studentka, od kwietnia 1948 do marca 1950 pracowała na stanowisku młodszego asystenta w Zakładzie Mikrobiologii Akademii Medycznej w Gdańsku. Absolutorium uzyskała w czerwcu 1950 roku, a dyplom lekarza medycyny 19 czerwca 1952.

27 czerwca 1952 r. złożyła podanie o pracę w Wojewódzkim Szpitalu Płucnochorych (dzisiejszym Kujawsko-Pomorskim Centrum Pulmonologii) w Bydgoszczy. Tam pracując, w listopadzie 1956 roku uzyskała I stopień specjalizacji z ftyzjatrii, a w kwietniu 1960 r. II stopień w tejże specjalności. Piastując kolejno stanowiska młodszego, a następnie starszego asystenta, 24.07.1963 r. objęła funkcję ordynatora oddziału III szpitala, którą pełniła do przejścia na emeryturę. Od 1974 r. pracowała także w Miejskiej oraz od 1975 w Wojewódzkiej Poradni Przeciwgruźliczej.

W trakcie pracy zawodowej dr Halina Grzybowska-Rogulska odbyła liczne dodatkowe szkolenia, ciągle doskonaląc się w zawodzie. Jej zaangażowanie w pracę lekarza znalazło odbicie w licznych medalach i dyplomach, doceniony został też wkład dr Haliny Grzybowskiej-Rogulskiej w pracę na rzecz Polskiego Towarzystwa Ftyzjopneumologicznego.

Niespożyta energia s.p. dr Haliny Grzybowskiej-Rogulskiej już po Jej odejściu z czynnej pracy zawodowej zaowocowała utworzeniem Komisji do spraw Lekarzy Emerytów i Rencistów w Naczelnej Radzie Lekarskiej oraz niezwykle twórczą i nieprzerwaną działalnością w naszej Izbie Lekarskiej.

Wojewódzki Szpital Chorób Płuc, będący Jej ukochanym miejscem pracy – w uznaniu zasług wielokrotnie przyznawał Pani Doktor liczne dyplomy i wyróżnienia za zaangażowanie i ofiarność w pracy zawodowej oraz społecznej. W 2000 r. wręczony został Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski, a w 2005 Medal Prezydenta Bydgoszczy.

Chociaż Pani Doktor Halina odeszła z naszego szpitala wiele lat temu, w Kujawsko-Pomorskim Centrum Pulmonologii pozostaliśmy my, Jej młodszy koledzy, byli współpracownicy, z którymi pozostawała w serdecznej przyjaźni. Była dla nas wzorem aktywności, energii życiowej, optymizmu, pracowitości, elegancji, symbolem tradycyjnego, dobrego wychowania w rodzinie wileńskiej inteligencji.

Wydawało się, że będzie z nami zawsze....

I pozostanie.

*W imieniu współpracowników i przyjaciół
Anna Ciesielska*



Halinko! Prosiłaś, żebym tak się do Ciebie zwracała, chociaż wzbierałam się początkowo przez wielki szacunek dla Ciebie. Nie stwarzałaś jednak nigdy dystansu. Miałaś wielki szacunek dla wartości rodziny. Twoje słowa „Twoja rodzina – pamiętaj – jest najważniejsza” brzmią w moich uszach do dzisiaj. To Ty rozbudziłaś we mnie miłość do ludzi starszych, do stworzenia dla nich namiastki rodziny w domu lekarza seniora. Walczyłaś o niego od początku reaktywowania izb lekarskich. Pamiętam każdy nasz wyjazd, każdą chwilę wspólnej, obudzonej nadziei. Sama zbierałaś pieniądze wszędzie, mając świadomość, że te złotówki to kropla w morzu. Miałaś tyle pomysłów. Próbowałyśmy początkowo wywalczyć kawałek ziemi na terenie sanatorium w Smukale, potem było sanatorium do przebudowy w Inowrocławiu, kolejny pomysł na zbudowanie domu Seniora – przy DPS na Łomżyńskiej. Wędrowaliśmy po kolejnych domach seniora, i tych z duszą jak dom aktora czy innych, które tej duszy nie miały, szukając najlepszego wzorca. Zawsze miałaś nadzieję. Kolejne przekazywane pomysły i Ty, która mówiłaś „Małgosiu, nie załamuj się, wytrzymaj”.

Byłaś kobietą wielkiego formatu. Nie było dla Ciebie rzeczy niemożliwych. Jeździłaś na nasze coroczne wycieczki, dopóki mogłaś. Byłaś duszą towarzystwa. Pamiętam wieczorne, wyciecz-

kowe spotkania i Ciebie w papilotach deklamującą Oniegina w oryginale. Zawsze były sprawozdania, wierszyki.

Potrafiłaś wyrażać wdzięczność, nie oczekując na wzajemność. Pisałaś książkę w dziesięciolecie Izby, chcąc podkreślić jak ważna powinna być praca społeczna dla naszego samorządu. Byłaś świadoma, jak ulotna jest pamięć. Nigdy nie powiedziałaś „nie”, jak się o coś poprosiło. Do historii przeszły spotkania seniorów i uroczystości gwiazdkowe, a także spotkania z poezją, którą tak kochałaś. Potrafiłaś walczyć o każdego delegata seniora na zjazd izb lekarskich.

Byłaś kimś niezmiernie ważnym dla nas wszystkich. W moich uszach zawsze będzie brzmiał donośny Twój głos, tak dobrze odzwierciedlający Twoją mocną osobowość, ale i zawsze będę pamiętała Twoją delikatność i wrażliwość. Tak jak ktoś to powiedział: „w środku miękki człowiek, na zewnątrz – generał”. Nigdy nie godziłaś się z niesprawiedliwością, obłudą i bezczelnością, a doceniałaś ludzi potrafiących wyrażać odważnie swoje opinie.

Halinko! Mija rok od Twojego odejścia z którym – tak po ludzku – nigdy się nie pogodziłam. Kiedy zapalam znicz na miejscu Twego wiecznego spoczynku, mam wrażenie że chcesz mi coś powiedzieć, a jednocześnie dodać sił. Jak zawsze!

Małgorzata Świątkowska 17



Na moim pierwszym spotkaniu literackim w Bydgoskiej Izbie Lekarskiej, które odbyło się w kwietniu 2008 roku, dobry los posadził mnie w pierwszym rzędzie obok dr Haliny Grzybowskiej-Rogulskiej. Na tym właśnie wieczorze poetyckim prezentowałem kilka utworów z cyklu *Obrazki Odkurzanej Dawności*. Po moim występie dr Halina Grzybowska-Rogulska wyznała z nieukrywaną szczerością, że poszczypałem jej serce, bo te obrazki takie... szczypiaszczyje... Była to z pewnością najpiękniejsza recenzja, jaką można sobie wymarzyć.

Z atmosfery wspomnianego wieczoru poetyckiego, którego tytuł brzmiał: *Barwy wspomnień*, zrodziły się dwa kolejne wiersze, z których jeden ośmieliłem się zadedykować Pani dr Halinie Grzybowskiej-Rogulskiej.

Uczestnicząc w kolejnych spotkaniach literackich w Bydgoskiej Izbie Lekarskiej, byłem zawsze pod wrażeniem niezwykłej życiowej energii Pani Haliny, a także jej wrażliwo-

ści oraz umiłowania poezji i piękna ojczystego języka. Pani dr Grzybowska dzieliła się też chętnie swoimi pomysłami i marzeniami. W jednym z artykułów opublikowanych w biuletynie „Primum non nocere” napisała: – „A mnie się marzy (innym seniorom także), żeby w naszej Izbie urządzano ponownie „Literackie wieczorki” (tu ukłon w stronę ówczesnej ich organizatorki, „cichej” poetki, dr Małgorzaty Świątkowskiej) oraz by się udało redaktorce, Teodorze Bogdańskiej, wykroić w ciasnych ramach biuletynu miejsce na choćby skromny literacki kącik. No cóż, marzyć przecież można...”

To wielki dar spotkać na swojej drodze ludzi zapatrzonych w tę samą stronę. Jeszcze raz dziękuję dobremu losowi za spotkanie dr Haliny Grzybowskiej-Rogulskiej oraz mojego niezapomnianego przyjaciela, poety – dr Mariana Lecha Mazura, który jak mawiała dr Grzybowska, wprowadził mnie na „izbowe salony”.

Bogdan Piotr Kozłowski



Zaczynając wspomnienie o doktor Halinie Grzybowskiej, zacząłem zastanawiać się, kiedy Ją poznałem? Raczej już w nowej siedzibie Izby. Zaczęło się chyba od przelotnych rozmów na zjazdach i różnego rodzaju, że użyję nowomowy, izbowych eventach. Nade wszystko jednak Pani Doktor gościła w redakcji „Primum” (wówczas jeszcze „non nocere”). Tam często rozmawialiśmy o moich artykułach, które czytała i komentowała. Nie zawsze się zgadzała. Dyskutowaliśmy.

Widziałem, co robi dla Izby. Była jej jej dobrym duchem i jednocześnie „pracownikiem fizycznym”. Pisała, gromadziła materiały, skupiała wokół siebie ludzi i zarażała pogodą ducha i chęcią do pracy – mimo upływających lat. Klub Lekarza Seniora (dziś jakże słusznie noszący Jej imię) był i jest jednym z najbardziej prężnych „organów” BIL. Kiedyś zaproponowała mi napisanie przemyśleń na 10-lecie Izby. Wysłała wówczas książka pod Jej redakcją z wieloma wspomnieniami, wśród nich moimi, niekoniecznie będącymi laurką. Ukoronowaniem naszych relacji była dla mnie prelekcja dla członków Klubu Seniora. Temat był (na Jej życzenie) kontrowersyjny. Pani Doktor przyjmowała krytykę, potrafiła bronić swoich racji, przyznając, że popiera to czy tamto z działalności innych.

Taką Ją zapamiętałem, a wiadomość o Jej śmierci napełniła mnie prawdziwym smutkiem. Dr Grzybowska wierzyła w samorząd lekarski, wierzyła w to, że Izba jest miejscem, gdzie dzieją się ważne i najważniejsze dla naszej społeczności rzeczy.

Nie powinniśmy Jej zawieść.

Wojciech Szczęśny



Z panią Haliną Grzybowską-Rogulską spotkałem się kilka razy. Najważniejsze jednak było spotkanie pierwsze – w 1997 roku, ponieważ przeszło ono do historii gminy Sępólno Krajeńskie, jako że na tym spotkaniu zapadła decyzja o przyjęciu do gminy dwóch rodzin z Kazachstanu. Taka możliwość powstała, ponieważ wcześniej Rada Miejska Gminy Sępólno Krajeńskie odpowiedziała pozytywnie na apel ówczesnego Marszałka Senatu Adama Struzika, podejmując uchwałę o przyjęciu do naszej gminy rodziny z Kazachstanu. Życzeniem, ale nie warunkiem radnych było, aby w przyjmowanej rodzinie był lekarz.

Powyższa informacja dotarła do p. Haliny Grzybowskiej-Rogulskiej, która niezwłocznie zjawiła się w gminie, przedstawiając dwie lekarskie rodziny z Kazachstanu już przebywające w Polsce. Propozycja ta umożliwiła mi, jako burmistrzowi Sępólna Krajeńskiego, i Zarządowi Miejskiemu wykonanie uchwały Rady Miejskiej i spełnienie oczekiwań radnych.

Wspomniane spotkanie, które odbyło się w moim gabinecie, pozwoliło mi zapamiętać p. doktor Halinę Rogulską jako osobę wyjątkowo serdeczną i życzliwą, a przede wszystkim budzącą tak daleko idące zaufanie, które umożliwiło natychmiastowe podjęcie decyzji.

Dzisiaj – z perspektywy czasu – można powiedzieć, że mieliśmy szczęście w procedurze wykonywania uchwały, w której kluczową rolę odegrała doktor Halina Rogulska. Zarekomendowane rodziny państwa Kleparskich i Zmitrowicz, w których obie siostry to lekarze, szybko wrosły w sępoleńską społeczność i cieszyły się dużym zaufaniem mieszkańców.

Stanisław Drozdowski – burmistrz Sępólna Krajeńskiego I i II kadencji



Panią doktor Halinę Grzybowską-Rogulską poznałem w Izbie Lekarskiej. Nie pamiętam już, kto mnie tam skierował, kiedy wróciliśmy z rodziną z Kazachstanu i nie wiedzieliśmy od czego zacząć życie na nowo. I tam, w Izbie, znalazła mnie – bo ja przecież wtedy nawet nie wiedziałam, że ktoś tak niezwykły istnieje – Pani doktor Halina. I wszystko się zmieniło. Nie byliśmy już sami. Patrzyliśmy zdumieni i zachwyceni, jak wokół doktor Haliny pojawiają się inni, życzliwi nam ludzie. Pierwszy był – oczywiście – Jej ukochany mąż, inżynier Tadeusz Rogulski. Pan Tadeusz wyszukał pracę mojemu mężowi, zgodnie z jego kwalifikacjami, w Bydgoszczy w Zakładach Lotniczych i nam pokoił w Ikarze. Ja zaczęłam w Izbie Lekarskiej załatwiać wszystkie formalności, aby jak najszybciej pracować jako lekarz. Zawsze chciałam być lekarzem. W Kazachstanie prowadziłam 60 łóżkowy oddział położniczy, po przyjeździe musiałam zacząć od starań o uznanie prawa wykonywania zawodu i uzyskanie na nowo specjalizacji z ginekologii. Pamiętam, jak przez kilka miesięcy chodziłam, próbując uzyskać możliwość stażu – bezskutecznie. Byłam załamana, nie dopuszczałam możliwości innej pracy, chciałam zrobić wszystko, aby znowu być lekarzem. To Pani Doktor zabrała mnie wówczas do

Szpitala Miejskiego i następnego dnia zostałam stażystą, a nawet otrzymałam 300 zł „stypendium”.

Argumentom Doktor Haliny nie można było odmówić. Po stażu, kiedy już mogłam pracować, a w Bydgoszczy nie mogłam znaleźć pracy, to znowu śp. dr Halina Grzybowska wraz z redakcją naszej gazety pomyślała o pracy dla mnie. I nie tylko o pracy! Rodzina dla Niej była najważniejsza, dlatego też razem ze swoim mężem zastanawiała się, jak nie rozdzielić mnie z mężem i dziećmi. I znalazła wyjście! Państwo Rogulscy przedstawili naszą sytuację i nas burmistrzowi Sępólna, panu Drozdowskiemu i jeszcze podczas tej wizyty znalazło się rozwiązanie – praca dla mnie w ośrodku w Sępólnie Krajeńskim i niedaleko, w Wałdowie, pierwsze nasze mieszkanie.

Pani doktor Halina towarzyszyła życzliwie i serdecznie naszym dalszym losom, ciesząc się z mojej specjalizacji I i II stopnia, z mieszkania w Sępólnie, pracy i przeprowadzki do Bydgoszczy, osiągnięć naszych dzieci. Zawsze, my i nasze dzieci, pamiętamy i pamiętać będziemy o Doktor Halinie Grzybowskiej-Rogulskiej i Jej ukochanym mężu. Była naszym przyjacielem, to ona nadała kierunek naszemu życiu i cały czas jakby trzymała nad nami parasol, który rozpostarła po naszym przybyciu do Polski.

Polina Kleparska

Mój jest ten kawałek podłogi!...

Żegnaj lato na rok,
stoi jesień za mgłą,
czekamy wszyscy tu,
pamiętaj, żeby wrócić znów.

Bogdan Olewicz



Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Paradoks spowodowany cyklem wydawniczym naszego biuletynu polega na tym, że czytający te słowa – biuletyn otrzymają do rąk na przednówku jesieni, a ja piszę ten swój kawałek jeszcze w pełni lata, kiedy za oknami trzydziestostopniowe upały. I jak tu wczuć się w odpowiedni nastrój i żegnać lato słowami piosenki śpiewanej w latach siedemdziesiątych ub. wieku przez Panią Sośnicką?

Lato przeżywane przeze mnie było typowe, przynajmniej dla mnie. Końcówka czerwca spędzana na Kaszubach – jak zwykle zimna i deszczowa! Powrót do domu – upały! Planowany wyjazd na przetomie sierpnia i września ponownie na Kaszuby i zgadnijcie, proszę, jaka będzie aura? Ręczę słowem, że znowu będzie zimno i będzie lać!

Dlatego też na pewno będę żegnał lato bez sentymentu i to co najmniej na rok, ale nie wiem, czy przyszloroczne będę witał z radością, bo obawiam się, że przy moim szczęściu to ono podobnego psikusu mi sprawi jak w tym roku.

No ja to ja, ale mam nadzieję, że większa ilość Miłych Czytających te słowa lato miało udane i będzie z utęsknieniem oczekiwać tego za rok. Czego Wam życzę

Jak zwykle Wasz

A. Martynowski



Gdy wczesną wiosną roku 1965 wykryto w moim lewym płucu „dziurę wielkości śliwki” i dostałem skierowanie do szpitala – mama popłakiwała po kątach, a koledzy z mojej toruńskiej, studenckiej stacji żegnali się ze mną, jakbym co najmniej wyruszał na wojnę.

Mamę pocieszałem, że na gruźlicę już w tych czasach tak zaraz się nie umiera, a kolegów zapewniałem, że suchoty dobrze wpisują się w biografię młodego poety.

Nie wiedziałem jeszcze wtedy, że na Seminaryjnej spędzę aż 142 dni i tyleż nocy i że spotkam tam panią doktor, która nie tylko będzie mnie leczyła, ale też, po części – matkowała. Pani ordynator, dr Halina Grzybowska-Rogulska w ujmujący sposób łączyła lekarską pryncypialność z ciepłą, rodzinną wręcz – opiekuńczością. A gdy dowiedziała się, że prowadziłem studencki kabaret na UMK i że publikuję wiersze w literackiej prasie – czułem, że widzi we mnie nie tylko pacjenta, ale też jakąś bratnią duszę.

Nie wiedziałem wtedy jeszcze, bo skąd (a sama o tym nie mówiła), że pani doktor w swojej wileńskiej młodości pasjo-

nowała się teatrem i poezją i że odnosiła na tym polu niemałe sukcesy. W czasie kontrolnych badań rozmawialiśmy więc nie tylko o moich nieszczęsnych płucach, ale także o bydgoskim środowisku artystycznym, w którym pani doktor miała znakomite rozeznanie.

Gdy moje płuca na tyle już doszły do siebie, że mógłbym dalszą kurację odbywać w sanatorium w Smukale – p. dr Grzybowska dołożyła wszelkich starań, by zatrzymać mnie nadal na Seminaryjnej. Dlaczego? Jak mówiła mojej matce: „Pani syn, jako wesoły chłopak i lekkomyślny artysta, może popaść w jakieś nie takie towarzystwo, mogą go tam na jakieś piwka wyprowadzać... wie pani... sanatorium to nie szpital. Po co ryzykować”.

Przez wszystkie następne lata nosiłem we wdzięcznej pamięci mój pobyt na oddziale pani doktor Grzybowskiej i byłem szczerze wzruszony, gdy właśnie Ona zaprosiła mnie kilka lat temu na spotkanie autorskie do Izby Lekarskiej. I tam mogłem Jej raz jeszcze za wszystko podziękować.

Zdzisław Pruss



To nieprawda, że nie ma ludzi niezastąpionych. Nikt i nic nie zastąpi lek. med. Haliny Grzybowskiej-Rogulskiej.

Moje drogi spotkały się z Jej drogami, choć różniłyśmy się profesjami zawodowymi: ona była cenionym lekarzem, ja dziennikarzem z zamiłowania. Ale było jeszcze coś, co nas łączyło – rodzinna sympatia dla medycyny dzięki mojej żonie i córce, które wybrały ten trudny a jakże piękny zawód, było też wspólne umiłowanie naszej małej Ojczyzny, jaką jest Bydgoszcz.

Kiedy inni wegetowali na emeryturze – Ona tryskała daleką energią, była tajfunem pomysłów i tytanem pracy. Trudno zliczyć Jej wszystkie piękne inicjatywy. Wspomnę o Komisji Historycznej oraz Komisji Lekarzy Seniorów Bydgoskiej Izby Lekarskiej, gdzie realizowała swoje pasje. Zauważyła mnie od razu i zaproponowała współpracę. Tłumaczyłem się nawałem zajęć. Ale Pani Halina ani myślała o poddaniu się. Wykorzystała przyjaźnię z naczelną „Primum Non Nocere” – Teodorą Bogdańską i i legendą bydgoskiej medycyny, lek. Mieczysławem Boguszyń-

skim. Ba, z dnia na dzień zaczęła się pojawiać na spotkaniach organizowanych przez Towarzystwo Miłośników Miasta Bydgoszczy, któremu prezesałem. Jak można było Jej odmówić?

Tak zapoczątkowała moje spotkania z lekarzami seniorami w Bydgoskiej Izbie Lekarskiej. Doglądała wszystkiego. Pamiętam Jej zmartwienie, kiedy okazało się, że nieoczekiwanie odmówiła posłuszeństwa aparaturze do prezentacji multimedialnych. A potem prowadziła dyskurs tak, by usłyszeć jak najwięcej o ukochanej Bydgoszczy.

Dla mnie najcenniejsza była Jej serdeczność, wielki szacunek dla drugiego człowieka, poszanowanie jego pracy i życiowych pasji. Pamiętam, że kiedy było mi bardzo przykro, zwyczajnie, uściśnęła mnie i na nowo wlała otuchę w serce, przywróciła wiarę w ludzi.

Towarzystwo Miłośników Miasta Bydgoszczy w 2010 roku, na moją prośbę, uhonorowało Panią Halinę rzadko przyznawanym, najważniejszym tytułem „Przyjaciół Bydgoszczy”.

Klub Lekarzy Seniora zaprasza

● **2 września o godz. 14.30** na wykład doktor Małgorzaty Świątkowskiej poświęcony „Problemom okulistycznym dojrzałego wieku”

● **7 października o godz. 14.30** na wystąpienie dr. n. med. Marka Jurgowiaka pt. „Dopalacze – wciąż aktualny problem medyczny”.

OGÓLNOPOLSKA WYSTAWA FOTOGRAFICZNA LEKARZY POD HASŁEM

„Wokół nas...”



W Klubie Lekarzy w Łodzi przy ul. Czerwonej 3 odbędzie się w październiku, tradycyjnie jak co roku, powakacyjna, Ogólnopolska Wystawa Fotograficzna Lekarzy, tym razem pod hasłem – „Wokół nas...” – realizację tego tematu pozostawiamy inwencji i wyobraźni lekarzy i lekarzy dentyistów chcących wziąć udział w tegorocznej Wystawie.

Tegorocznej edycji Wystawy, podobnie jak poprzedniej, towarzyszyć będzie konkurs, w którym prace oceni jury złożone z profesjonalistów.

Wernisaż wystawy planujemy na 18 października 2015 roku (niedziela) o godz. 17. Wystawa potrwa do 23 października.

Zapraszamy do udziału w prezentacji zdjęć Koleżanki i Kolegów nie tylko z łódzkiej OIL, ale ze wszystkich okręgowych izb w Polsce. Prace prosimy nadsyłać na nasz adres nie później niż do 9 października br.

Fotogramy winny być nie mniejsze niż w formacie A5, wykonane w technikach dowolnych, opatrzone następującymi informacjami: imię i nazwisko, specjalizacja i miejscowość zamieszkania Autora, a także ewentualnie tytułem.

Kontakt: Iwona Szelewa
Sekretariat Okręgowej Izby Lekarskiej,
93-005 Łódź, ul. Czerwona 3
tel. (042) 6 831 701

PRACA

NZOZ nawiąże współpracę **lekarzem stomatologiem** i **lekarzem ortodontą** wykonującym aparaty stałe. Kontakt: 502 029 249.

Stacja Dializ „Cardinox” w Tucholi zatrudni **lekarza specjalistę chorób wewnętrznych, nefrologa** lub w trakcie specjalizacji z nefrologii. Oferujemy bardzo dobre warunki zatrudnienia, możliwość rozwoju zawodowego i pracy w młodym, dynamicznym zespole. Telefon kontaktowy: 510 227 569.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. błogostawionego księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku poszukuje **lekarzy specjalistów** lub w trakcie specjalizacji w zakresie **chorób wewnętrznych**. Podania wraz z CV należy przesyłać na adres 87-800 Włocławek, ul. Wieniecka 49 lub e-mail: szpital_woj@poczta.fm. Warunki zatrudnienia i wynagrodzenia do uzgodnienia z dyrektorem Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Włocławku; tel. sekret. 544 131 870.

Dynamicznie rozwijająca się przychodnia lekarsko-stomatologiczna w Wągrowcu nawiąże współpracę z **laryngologiem**. Atrakcyjne warunki finansowe, elastyczne warunki współpracy. Kontakt: Robert Korzeniowski, tel. 666 746 686, e-mail: rkorzeniowski@gmail.com

Centrum Medycznym Fenix Fund zatrudni **lekarzy dentyistów**. Kontakt: 781 449 205,

CENTRUM MEDYCZNE Fenix Fund Sp. z o.o., ul. Królowej Jadwigi 16, 85-231 Bydgoszcz, tel. 52 5642250, 669 449 205, http://www.fenixfund.pl/, biuro@fenixfund.pl

NZOZ Przychodnia Kapuściska w Bydgoszczy zatrudni **lekarza pediatrę** lub **rodzinne-go** do pracy od zaraz. Kontakt: 523 611 363.

Prywatne gabinety stomatologiczne w Chojnicach z dużą bazą pacjentów zatrudnią **lekarza dentyistę**. Oferujemy dobre warunki finansowe, nowoczesny sprzęt, praca na cztery ręce, radiowizjografia, mikroskop. Możliwość noclegu. Tel. 606 254 626 lub e-mail: gabinet@lux-dent.net

Szpital Powiatowy w Wyrzysku Sp. z o.o. zatrudni **lekarza anestezjologa** oraz **lekarza internistę**. Zapewniamy korzystne warunki płacowe. Kontakt: prezes zarządu tel. 503 039 587, e-mail: szpitalwyrzysk@wp.pl

Nowoczesna klinika stomatologiczna w Bydgoszczy podejmie współpracę z **lekarzem stomatologiem** (może być po studiach). Tel. 501 792 802.

Szpital Wielospecjalistyczny im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu zatrudni pilnie **lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej** lub **balneologii** – praca w Poradni Rehabilitacyjnej. Kontakt – Kierownik Lecznictwa Specjalistycznego tel. 523 545 325.



zaprasza na warsztaty z cyklu „Komunikacja lekarz – pacjent”

● **15 września 2015 r. „Rodzaje i przestanki odpowiedzialności lekarza wobec pacjenta”**. Warsztaty prowadzi dr n. med. Katarzyna Jankowska, specjalista hematolog, prezes Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej oraz Michał Ryszard Wysocki, stały mediator sądowy specjalizujący się w sprawach medycznych, notariusz, autor publikacji dotyczących mediacji.

Początek spotkań o godz. **16.30**, w siedzibie Bydgoskiej Izby Lekarskiej, czas trwania 3 godz. Za udział w warsztatach przyznane zostaną 3 punkty edukacyjne.

Zgłoszenia: Luiza Domka, biuro BIL od poniedziałku do czwartku w godz. 8.00–16.00, tel. (52) 3 460 780 wew. 13, szkolenia@bil.org.pl. Informacje również na stronie www.bil.org.pl w zakładce Szkolenia. Serdecznie zapraszamy!

W związku z rozwojem firmy

**POLSKIE CENTRA
STOMATOLOGICZNE**



**PODEJMIEMY
WSPÓŁPRACĘ
z lekarzami dentyistami**

Kontakt: prezes@dens.com.pl
biuro@dens.com.pl

Telefon: **52 3619749**

Oferujemy pracę w gabinetach wyposażonych w:

- ▶ nowoczesne, ergonomiczne, komfortowe unity,
- ▶ mikroskopy do leczenia endodontycznego,
- ▶ mikrosilniki z endometrem,
- ▶ urządzenia do wypełniania kanałów,
- ▶ pełną diagnostykę rtg: pantomograf, tomograf, radiowizjografia,
- ▶ komputerowe znieczulenia.

Oraz:

- ▶ współpracujemy z najlepszymi technikami,
- ▶ umożliwiamy pracę na cztery ręce,
- ▶ zapewniamy dużą ilość pacjentów,
- ▶ praca w miłej, rodzinnej atmosferze.

Szczególnie poszukujemy **ortodontów**.

Zatrudnimy również **dyplomowane higienistki stomatologiczne** – preferowane doświadczenie w pracy oraz **techników** (licencjat) **elektrodiagnostyki**.

**POCZUJ RADOŚĆ Z JAZDY,
TO NIC NIE KOSZTUJE!**

Dealer BMW
Dynamic Motors

www.bmw-dynamicmotors.pl



Radość z jazdy



**ZAPRASZAMY DO NASZYCH SALONÓW
NA BEZPŁATNE JAZDY TESTOWE**

Toruń ul. Olimpijska 8, Bydgoszcz ul. Fordońska 264



Już od **61 900 zł**



Radar Brake Support

System zapobiegania kolizji, zwiększony poziom bezpieczeństwa

Wyposażenie opcjonalne



Tempomat adaptacyjny

Automatyczne dostosowanie prędkości do ruchu



Napęd 4x4 Allgrip

Innowacyjny napęd z czterema trybami pracy

Możliwości personalizacji

Opcjonalna dwukolorowa karoseria



Pakiety stylizacyjne nadwozia



Dobór elementów wnętrza



Suzuki Vitara jest od lat symbolem wolności i radości.

W 2015 powraca jako nowy, stylowy SUV. Pozwól sobie na wyjątkowy komfort jazdy i wysoki poziom bezpieczeństwa. Dopasuj wyposażenie oraz stylistykę samochodu do swoich potrzeb. Poznaj moc legendy.

Yama Sp. z o.o. Osielsko, ul. Szosa Gdańska 28, tel. 52 360 53 11
Toruń, ul. Sieradzka 14, tel. 56 650 67 10

YAMA.SUZUKI.PL

Zużycie paliwa oraz emisja CO₂ w cyklu mieszanym: od 5,3 do 5,6 l/100 km i od 123 do 130 g/km w zależności od wersji. Informacja o recyklingu: www.suzuki.pl



Way of Life!