

MAGAZYN LEKARZY

KUJAWSKO-POMORSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W TORUNIU

NR
1
2024



Meritum

ISSN 1425-4255



SZCZĘŚLIWEGO NOWEGO ROKU!

NOWE MOŻLIWOŚCI HAMOWANIA PROGRESJI PRZEWLEKŁEJ CHOROBY NEREK (PCHN)

EMPATIA W PRACY LEKARZA

PRAWO DO OBRONY – MIT CZY RZECZYWISTOŚĆ



KALENDARIUM

Okręgowej Rady Lekarskiej / Prezydium ORL
Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu
GRUDZIEŃ 2023 r. – STYCZEŃ 2024 r.



L.p.	Data	Wydarzenie	Miejsce	Uczestnicy
1.	14.12.2023	Posiedzenie ORL i Wigilia Samorządowa	Hotel 1231 w Toruniu	Zaproszeni goście Członkowie ORL
2.		Konwent Prezesów ORL	Siedziba NIL	Wojciech Kaatz
3.	15.12.2023	Posiedzenie NRL	Siedziba NIL	Wojciech Kaatz
4.	19.12.2023	Opłatek Maltański – spotkania wigilijne dla ubogich rodzin wielodzietnych, osób samotnych i niepełnosprawnych	Hotel Bulwar w Toruniu	January Dziadek
5.	20.12.2023	Kujawsko-Pomorskie Spotkanie Opłatkowe Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego	Dwór Artusa w Toruniu	Piotr Hubert
6.	08.01.2024	Posiedzenie Zespołu ds. Inicjatyw i Projektów	Siedziba KPOIL	Członkowie Zespołu
7.	09.01.2024	Posiedzenie Komisji Bioetycznej	Siedziba KPOIL	Członkowie Komisji
8.	11.01.2024	Posiedzenie Zespołu ds. Weryfikacji Warunkowych PWZ	Siedziba KPOIL	Członkowie Zespołu
9.		Posiedzenie ORL		Członkowie ORL

INFORMACJA DLA DELEGATÓW NA OKRĘGOWY ZJAZD LEKARZY

Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska w Toruniu informuje, że Okręgowy Zjazd Lekarzy KPOIL odbędzie się 13 kwietnia 2024 r.

Więcej szczegółów podamy w późniejszym terminie.

Minął kolejny rok



Wojciech Kaatz

Prezes KPOIL w Toruniu
torun@hipokrates.org

Szanowni Państwo,

bieżący rok dobiega końca. Był to czas obfitujący w cały wachlarz przedsięwzięć i projektów skutecznie podjętych i zrealizowanych, a także kontynuowanych przez KPOIL.

W te wyzwania i czasami wielomiesięczne przygotowania zaangażowany był cały sztab osób działających i pracujących na rzecz naszej lekarskiej społeczności.

Wszystkim, bez wyjątku, bardzo dziękuję.

Po drodze, jesienią, odbyły się wybory parlamentarne. Z ogromną mobilizacją obywateli, z drugą tak wysoką frekwencją od czasu Okrągłego Stołu.

Bez wątpienia pokładamy nadzieję na normalizację relacji pomiędzy klasą polityczną, zwłaszcza Ministerstwem Zdrowia a środowiskiem lekarskim.

Z ważnych, zupełnie nowych inicjatyw, warto przypomnieć:

1. kompleksową opiekę prawną dla lekarzy, członków KPOIL, dostępną non-stop, obejmującą nie tylko porady prawne (online, telefoniczne, etc.) ale, przede wszystkim, żywy kontakt z prawnikami, redagowanie „pism”, reprezentację lekarza a, w razie potrzeby, zastępstwo procesowe (obronę). Wszystko to w ramach składki członkowskiej.

2. dofinansowanie do kursów, szkoleń, szczepień, prasy medycznej – prenumeraty i subskrypcji online,

3. kartę sportową multisport a obecnie medicover, dla członków KPOIL i ich rodzin,

4. opiekę i wybór oferty ubezpieczeniowej dla lekarzy i lekarzy dentyistów: Inter Polska i PZU – dedykowane korzystne pakiety i oferty,

5. możliwość nieodpłatnego najmu sali konferencyjnej i pomieszczenia klubowego w naszej, głównej siedzibie w Toruniu celem organizacji spotkań szkoleniowych, kursów zewnętrznych, spotkań towarzystw naukowych, konferencji, spotkań rodzinnych i integracji.

Ta sama funkcjonalność dotyczy sali konferencyjnej w naszej nowej delegaturze we Włocławku.

Docelowo, w połowie nowego roku, planujemy udostępnienie sali w nowo zakupionej delegaturze w Grudziądzu,

6. poczynione nowe, duże inwestycje na rzecz naszych, także lokalnych społeczności:

a) zakup działki przylegającej do głównej siedziby KPOIL, od strony Wisły, z myślą o ułatwieniu dojazdu i poprawy dostępności miejsc parkingo-

wych, a być może, z czasem, rozbudowy funkcjonalności izby lekarskiej,

b) zakup, remont i adaptacja całkowicie nowej delegatury we Włocławku. Jest już otwarta, dostępna dla Państwa, żyje i funkcjonuje.

c) zakup całkowicie nowej siedziby delegatury w Grudziądzu. Inwestycja w fazie remontu i adaptacji. Robimy wszystko, żeby osiągnęła funkcjonalność w pierwszej połowie nadchodzącego roku,

d) wzmocnienie znaczenia samorządności lekarzy poprzez przystąpienie i aktywny udział w Forum Samorządów Zaufania Publicznego. To druga odsłona inicjatywy po pandemii, w dużo szerszej formule.

e) kontynuacja i poszerzenie palety spotkań integracyjnych i kulturalnych takich jak:

- spotkania seniorów i młodych lekarzy,
- lekarskie ślizgawki i rolki,
- klub tenisa stołowego,
- Bal Lekarza,
- coroczne Dzień Dziecka na Barbarce,
- spotkania Mikołajkowe w Bajach Pomorskim,
- koncerty na Jordankach,
- spektakle w Teatrze Horzycy i Bajach Pomorskim,
- wycieczki krajoznawcze i kulturalne,
- konkursy i zabawy z nagrodami.

Wszystko to ma służyć nam wszystkim, Koleżanki i Koledzy – gorąco zachęcam do aktywności i współtworzenia inicjatyw i, oczywiście, czynnego udziału w wydarzeniach.

Zespół Redakcyjny
Biuletynu

Meritum

Redaktor Naczelny:

Sławomir Józefowicz

CZŁONKOWIE:

Krzysztof Izdebski

Alicja Cichocka-Bielicka

Jarosław Wanecki

RADA PROGRAMOWA:

Przewodniczący:

Przemysław Jaczun

Członkowie:

Sławomir Józefowicz

Jan Kosior

Wojciech Kaatz

Anita Pacholec

Wydawca:

Kujawsko-Pomorska Okręgowa
Izba Lekarska w Toruniu,

87-100 Toruń, ul. Danielewskiego 6

☎ 56 655 41 60, 655 41 61

konto: Bank Polska Kasa Opieki S.A.

I/O Toruń 63 1240 4009 1111 0000 4484 3364



www.facebook.com/kpoiltorun

www.kpoil.torun.pl

Delegatura KPOIL w Grudziądzu

86-300 Grudziądz, ul. Rydygiera 15/17

(budynek „D” Poradni Specjalistycznych,

I piętro, pokój 104A

śr. i pt. w godz. 9:00-15:00.)

☎ 601 696 303

Delegatura KPOIL we Włocławku

87-800 Włocławek, ul. Kościuszki 16B lok. 5

☎ 607 945 693

Godziny pracy biura KPOIL:

poniedziałek 8.00-17.00

wtorek 8.00-16.00

środa 8.00-16.00

czwartek 8.00-18.00

piątek 8.00-13.00

Rzecznik Praw Lekarzy naszej Izby –

mec. **Krzysztof Izdebski**

☎ 697 617 763,

✉ izdebski77@gmail.com

DIAGNOSTYKA I LECZENIE DLA LEKARZY SENIORÓW

Uprzejmie informujemy, że osobami odpowiedzialnymi za kontakty ułatwiające dostęp do diagnostyki i leczenia dla Lekarzy Seniorów są:

TORUŃ I OKOLICE:

Dr Anna Raczyńska

☎ 503 054 442, pracuje w Oddziale Klinicznym Kardiologii i Intensywnej Terapii Kardiologicznej Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Toruniu,

Dr n. med. Jacek Gessek

☎ 56 61 00 245, pracuje w Specjalistycznym Szpitalu Miejskim w Toruniu, Oddział Kardiologii i Intensywnej Opieki Kardiologicznej,

WŁOCŁAWEK I OKOLICE:

Dr Piotr Tyrjan

☎ 604 616 377, pracuje w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Włocławku, II Oddział Chorób Wewnętrznych, gabinet lekarski ☎ 54 41 29 226

GRUDZIĄDZ I OKOLICE

Dr Sławomir Buczek ☎ 602 532 284

Dr Jan Kosior ☎ 605 107 111

pracują w Regionalnym Szpitalu Specjalistycznym w Grudziądzu.

Oddział Głównej Biblioteki
Lekarskiej w Toruniu

☎ 56 622 71 93 ☎ www.gbl.waw.pl

Numer zamknięto 19.01.2024 r.

Redakcja zastrzega sobie prawo redagowania tekstów, nie zwraca nadesłanych materiałów, nie odpowiada za treść zamieszczonych ogłoszeń i reklam.

Elektroniczny format „MERITUM” KOD QR



SPIS TREŚCI

KALENDARIUM / 2

KOMENTARZ PREZESA

Minął kolejny rok / 3

SŁOWO OD REDAKTORA

Obyś żył w ciekawych czasach! / 5

NAUKA

Nowe możliwości hamowania progresji przewlekłej choroby nerek (PChN) / 6

GOŚCINNE WYSTĘPY

Cukierek / 11

PRAWO I MEDYCyna

Prawo do obrony – mit czy rzeczywistość? / 12

WYDAWNICTWO

Zastużeni lekarze toruńscy we wspomnieniach / 15

OKIEM ETYKA

Empatia w pracy lekarza / 16

KPOIL

Wigilia samorządowa / 18

SZKOLENIA KPOIL

Warsztaty ultrasonograficzne / 19

KOMUNIKATY / 17, 23, 26, 27

DELEGATURA WE WŁOCŁAWKU

Doroczne spotkanie mikołajkowe / 20

DELEGATURA W GRUDZIĄDZU

Słodka akcja prezentowa / 21

KĄCIK SENIORA

Spotkanie w Hotelu Filmar / 22

UCHWAŁY ORL / 24

Z ŻAŁOBNEJ KARTY / 27

Obyś żył w ciekawych czasach!



dr Sławomir Józefowicz
torun@hipokrates.org

Tak brzmi starodawne przekleństwo, którego autorstwo przypisuje się Chińczykom. A że żyjemy niestety w ciekawych czasach, co do tego chyba nikt nie ma wątpliwości. Mamy Nowy Rok 2024 i mnóstwo starych i nowych problemów w skali makro oraz na własnym „podwórku”.

W Ukrainie końca wojny nie widać. W Strefie Gazy i Izraelu wojna. Kryzys na Morzu Czerwonym. Wybory prezydenckie w USA. Wybory samorządowe w Polsce. To wszystko może mieć duży wpływ na sytuację w naszym kraju.

W polskiej polityce w najlepsze trwa polskie piekielko i wojna polsko-polska. Musimy jednak zdawać sobie sprawę, że dopóki trwa kłótnia polityczna problemy dotyczące ochrony zdrowia będą raczej ostatnie w kolejce do rozwiązania. Tego niestety uczy nas historia.

Na realizację czeka tzw. siódemka NIL, system no fault, skrócenie kolejek do specjalistów, ambulatoryjnej diagnostyki wysokospecjalistycznej i wiele innych spraw nie mniej ważnych. Dochodzi już do tego, że nowoczesne budynki, pracownie szpitalne, oddziały oraz sprzęt medyczny stoją niewykorzystane z powodu braku lekarzy i pielęgniarek. Obciążenie pracą, biurokracja i masa zbędnych, nielogicznych zarządzeń powoduje odpływ lekarzy do sektora prywatnego, który wprawdzie może być do pewnego

stopnia uzupełnieniem publicznej ochrony zdrowia, ale jej nie zastąpi. Młodzi lekarze widząc co się dzieje, nie chcą podejmować się pracy w specjalizacjach charakteryzujących się zwiększonym ryzykiem popełnienia błędu. Z powodu niewydolności specjalistycznej opieki ambulatoryjnej czas oczekiwania na pomoc w SOR-ach ociera się o absurd.

W takich warunkach trudno o okazywanie empatii pacjentowi przez personel medyczny. W poprzednich numerach pisałem, że temat zdrowia, leczenia, który jest w rozmowach Polaków numerem 1, prawie nie istnieje w kampanii wyborczej, a w debacie politycznej zajmuje prawie ostatnie miejsce.

Być może jestem niesprawiedliwy, ale mam wrażenie, że po rządach ostatniej ekipy zostało więcej problemów do rozwiązania i posprzątania, niż kiedykolwiek wcześniej po innych rządach.

Wiem, że nie jest to optymistyczne wprowadzenie w Nowym Roku, ale takie są smutne fakty.

Miejmy nadzieję, że w związku ze zmianą władzy w przypadku ochrony zdrowia tym razem nie sprawdzi się powiedzenie z piłkarskiego żargonu, że rozegramy z nią mecz otwarcia, mecz o wszystko, a następnie mecz o honor.

Tego pozostaje się nam Koleżanki i Koledzy trzymać mocno!

Nowe możliwości hamowania progresji przewlekłej choroby nerek (PChN)

czyli jak zmieniają się trendy postępowania we współczesnej nefroprotekcji?

Przewlekła choroba nerek (PChN) stanowi istotny problem kliniczny, społeczny i ekonomiczny. Wg danych epidemiologicznych na świecie częstość jej występowania waha się w zakresie od 11-15% i dotyczy ponad 850 mln osób [1]. W Polsce szacuje się, iż PChN występuje u około 4,5 mln osób. Głównymi przyczynami PChN są choroby cywilizacyjne przede wszystkim cukrzyca typu 2 (T2D), nadciśnienie tętnicze, otyłość, choroby układu sercowo-naczyniowego. Z PChN związana jest zwiększona częstość powikłań wynikających z częstszego występowania ostrych incydentów sercowo-naczyniowych, infekcji czy też

zaburzeń elektrolitowych. Z kolei znacznie większa częstość hospitalizacji chorych z PChN w porównaniu z pacjentami z prawidłową czynnością nerek, stwarza zwiększone obciążenie finansowe dla systemów opieki zdrowotnej na całym świecie. PChN przebiega etapami prowadząc do schyłkowej niewydolności nerek (ESRD, end-stage renal disease), w której koniecznej staje się rozpoczęcie leczenia nerkozastępczego (hemodializy, dializy otrzewnowej, kwalifikacji do przeszczepienia nerki). Warto przypomnieć, iż rozpoznanie PChN jest możliwe na podstawie oceny 2 prostych wskaźników uszkodzenia nerek tj. obniżonego współ-

czynnika filtracji kłębuszkowej (eGFR) oraz zwiększonego wydalania albuminy z moczem – UACR (współczynnik albumina/kreatynina w moczu). Ten ostatni wskaźnik jest oceniany w pojedynczej, przygodnej próbce moczu i jest coraz bardziej dostępny w codziennej praktyce lekarskiej. Warunkiem rozpoznania PChN jest stwierdzenie nieprawidłowości budowy lub funkcji nerek utrzymujących się >3 miesięcy. Na Rycinie nr 1 przedstawiono współczesną klasyfikację PChN.

Nefroprotekcja to całokształt działań zarówno nefarmakologicznych jak i farma-

Rycina 1. Klasyfikacja PChN w oparciu o szacunkowy współczynnik filtracji kłębuszkowej (eGFR) i wartość albuminurii z uwzględnieniem ryzyka progresji PChN do fazy schyłkowej

				Kategorie utrzymującej się albuminurii Opis i zakres	
				A1	A2
				Norma lub nieznaczne podwyższenie	Umiarkowane podwyższenie
				<30 mg/g <3 mg/mmol	30-300 mg/g 3-30 mg/mmol
Kategorie eGFR (ml/min / 1,73 m ²) Opis i zakres	G1	Prawidłowy lub podwyższony	≥90	Niskie*	Umiarkowanie podwyższone
	G2	Zmniejszony w stopniu łagodnym	60-89	Niskie*	Umiarkowanie podwyższone
	G3a	Zmniejszony w stopniu łagodnym do umiarkowanego	45-59	Umiarkowanie podwyższone	Wysokie
	G3b	Zmniejszony w stopniu umiarkowanym do ciężkiego	30-44	Wysokie	Bardzo wysokie
	G4	Zmniejszony w stopniu ciężkim	15-29	Bardzo wysokie	Bardzo wysokie
	G5	Niewydolność nerek	<15	Bardzo wysokie	Bardzo wysokie

Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) – Grupa Robocza ds. Cukrzycy. Kidney Int. 2020; 98 (suppl): S1–S115

kologicznych mających na celu spowolnienie progresji PChN do fazy schyłkowej oraz redukcję częstości występowania zdarzeń sercowo-naczyniowych. Postępowanie to jest adresowane do pacjentów w okresie predializy, przede wszystkim w stadium 3 PChN jako, iż ta grupa jest najbardziej liczna. Do tej pory podstawą leczenia chorób nerek były leki hamujące aktywność układu renina-angiotensyna-aldosteron (RAA) i ich stosowanie było istotnym elementem hamowania progresji PChN. Korzystny wpływ zarówno inhibitorów konwertazy angiotensyny (ACE-Is) (takich jak ramipril, lizynopril, benazepril) oraz antagonistów receptora dla angiotensyny II, sartanów (irbesartan, losartan, olmesartan) w zakresie spowolnienia postępu choroby nerek tj. zahamowania zmniejszania filtracji kłębuszkowej oraz redukcji białkomoczu wykazano w szeregu badaniach klinicznych [3]. Spośród najczęściej cytowanych badań klinicznych warto wymienić takie jak: *Ramipril in non-diabetic renal failure (REIN Study)*, *Irbesartan Diabetic Nephropathy Trial (IDNT)*, *Reduction of End-*

points in NIDDM with Angiotensin II antagonist Losartan (RENAL) [4,5].

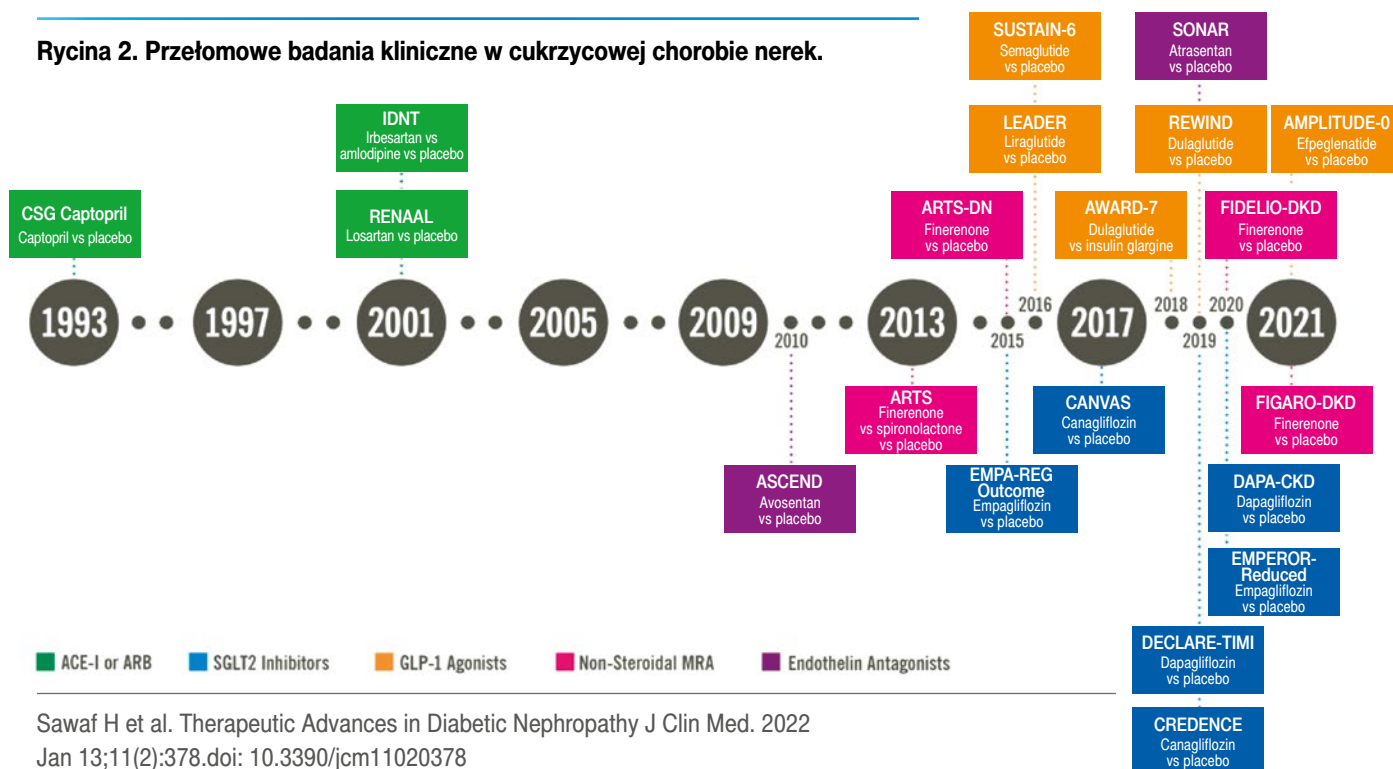
Warto również wspomnieć, iż w 1993 r. Lewis i wsp. opublikowali na łamach *New England Journal of Medicine* badanie, w którym wykazano nefroprotektoryjny efekt... kaptoprilu u chorych z cukrzycową chorobą nerek, leku stosowanego obecnie doraźnie w nadciśnieniowych stanach pilnych [6]. Z kolei stosowanie tzw. podwójnej blokady układu RAA tj. na przykład jednocześnie użycie w terapii ACE-I oraz sartanu (kiedyś dość powszechne w nefrologii w leczeniu chorób nerek przebiegających z masywnym białkomoczem), po opublikowaniu w 2008 r. wyników badania ONTARGET, w którym odnotowano większą częstość działań niepożądanych (ostre uszkodzenie nerek, hiperkalemia) w grupie łącznego stosowania ramiprilu z telmisartanem nie jest rekomendowane [7]. Natomiast w opublikowanym w 2022 na łamach *The New England Journal of Medicine* badaniu STOP-ACE-I wykazano, iż strategia polegająca na odstawieniu ACE-I w zaawansowanych stadiach PChN

(często to tej pory praktykowana) nie ma przewagi nad utrzymaniem tego typu leczenia w zakresie opóźniania postępu utraty funkcji wydaliniczej nerek w czasie 3 letniej obserwacji [8].

Z uwagi na rozpowszechnienie T2D i fakt, iż jest ona najczęstszą przyczyną schyłkowej PChN większość badań klinicznych było przeprowadzonych w populacji chorych z cukrzycową chorobą nerek (DKD). Na rycinie 1 przedstawione są najważniejsze badania kliniczne przeprowadzone u chorych z DKD na przełomie ostatnich lat. Warto zwrócić uwagę na liczne badania z nowymi lekami, które miały miejsce w ciągu ostatnich 10 lat [9]. Rycina nr 2 przedstawia badania z ACE-I, sartanami, SGLT2i, GLP1RA, antagonistą aldosteronu, oraz inhibitorami endoteliny.

W chwili obecnej coraz większe znaczenie nefroprotektoryjne zyskały leki z grupy inhibitorów kootransportera sodowo-glukozowego typu 2 (SGLT2i) tzw. flozyny. W 2023 r. były one bohaterem pozytywny licznych zjazdów, kongresów, konferencji nauko-

Rycina 2. Przełomowe badania kliniczne w cukrzycowej chorobie nerek.



Sawaf H et al. Therapeutic Advances in Diabetic Nephropathy J Clin Med. 2022

Jan 13;11(2):378.doi: 10.3390/jcm11020378

wych czy też spotkań online. Leki te działają w obrębie proksymalnych cewek nerkowych i powodują glukozurię oraz natriurezę. Ich korzystny wpływ u chorych z PChN wynika z redukcji ciśnienia tętniczego, zmniejszenia albuminurii, stabilizacji funkcji wydalniczej nerek (zahamowania ubytku filtracji kłębuszkowej) i nieswoistym działaniu diuretycznym. Leki te poprzez skurcz tętniczki doprowadzającej do kłębuszków nerkowych (w następstwie zwiększonego dopływu sodu do plamki gęstej w aparacie przykłębuszkowym) powodują korzystne zmniejszenie ciśnienia śródkłębuszkowego. SGLT2i wywierają także szereg efektów niehemodynamicznych tj. zmniejszają stan zapalny, włóknienie, stres oksydacyjny w obrębie tkanki cewkowo-śródmiaższowej nerki. Ponadto poprzez pobudzenie czynnika indukowanego hipoksją 2 alfa (*hypoxia-inducible factor 2α*) pełniącego rolę sensora tlenowego wpływają na procesy transkrypcji genu dla erytropoetyny (EPO). Wykazano, iż ich stosowanie skutkuje mniejszym nasileniem niedokrwistości nerkopochodnej, czego mierzalnym wyrazem jest wzrost stężenia

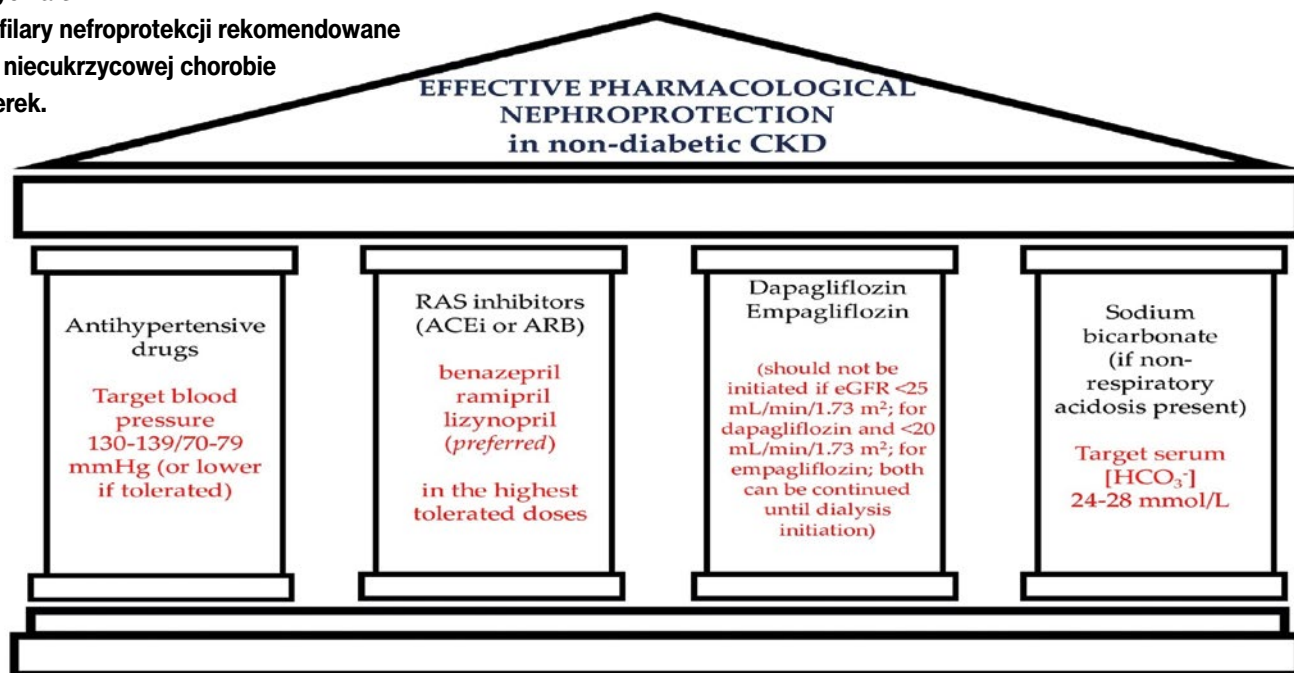
hemoglobiny oraz hematokrytu, ponadto dochodzi do zwiększenia dostępności żelaza na potrzeby erytropoezy oraz zmniejszenia syntezy wątrobowej hepcydyny (ogranicza ona wchłanianie żelaza w jelicie). SGLT2i są rekomendowane w hamowaniu progresji cukrzycowej choroby nerek jak i stanowią jeden z 4 filarów leczenia nefropatii nie-cukrzycowych [10]. Standardy nefroprotekcji nie-cukrzycowych chorób nerek przedstawia Rycina nr. 3.

Skuteczność i bezpieczeństwo SGLT2i wykazano w 3 najważniejszych w nefrologii badaniach klinicznych: „*Canagliflozin and Renal Endpoints in Diabetes with Established Nephropathy Clinical Evaluation*” (CREDENCE), „*Dapagliflozin and Prevention of Adverse Outcomes in Chronic Kidney Disease*” (DAPA-CKD), „*Study of Heart and Kidney Protection with Empagliflozin*” (EMPA-KIDNEY) [11,12,13]. O ile pierwsze z wymienionych badań było przeprowadzone u chorych z cukrzycową chorobą nerek o tyle 2 kolejne dotyczyły pacjentów z nie-cukrzycową PChN. Przy czym największa

populacja chorych bez T2D była włączona do badania EMPA-KIDNEY (m.in. chorzy z pierwotnymi kłębuszkowymi zapaleniami nerek u których wykonano diagnostyczną biopsję nerki, wśród nich największą grupę stanowili chorzy z nefropatią IgA). Leki te można stosować w różnych stadiach PChN, również w stadiach zaawansowanych (w badaniu EMPA-KIDNEY średnia wartość początkowa eGFR wynosiła $37,5 \pm 14,8 \text{ ml/min/1,73m}^2$ i była najniższą wartością spośród wszystkich przeprowadzonych do tej pory badań klinicznych w których stosowano SGLT2i) oraz z albuminurią lub jawnym białkomoczem. W badaniu DAPA-CKD w grupie aktywnego leczenia dapagliflozyną uzyskano w porównaniu z grupą placebo, 39% redukcję pierwszorzędnego złożonego punktu końcowego (trwałe obniżenie eGFR o $\geq 50\%$, rozpoczęcie dializoterapii, przeszczepienie nerki lub trwałe obniżenie eGFR $< 15 \text{ ml/min/1,73m}^2$, lub zgon z przyczyn sercowo-naczyniowych lub nerkowych). W badaniu tym wykazano także redukcję zgonu z jakiegokolwiek przyczyny o 31%. Z kolei w badaniu EMPA-KIDNEY

Rycina 3.

4 filary nefroprotekcji rekomendowane w niecukrzycowej chorobie nerek.



Stompór T et al. Pharmacological Nephroprotection in Non-Diabetic Chronic Kidney Disease-Clinical Practice Position Statement of the Polish Society of Nephrology. J Clin. Med. 2023 Aug 9,12 (16): 5184 DOI: 10.3390/jcm12165184

u chorych leczonych empagliflozyną zaobserwowano redukcję złożonego pierwszorzędowego punktu końcowego o 28% w porównaniu z grupą otrzymującą placebo.

Leki z grupy SGLT2i są lekami pleiotropowymi. Pierwotnie to leki hipoglikemizujące, których wielokierunkowe działania wykraczają daleko poza wpływ na metabolizm węglowodanów. Należy pamiętać, iż zarówno dapagliflozyna jak i empagliflozyna wykazują korzystny efekt kliniczny u chorych z niewydolnością serca zarówno z obniżoną jak i zachowaną frakcją wyrzutową LK. Leki te stały się podstawą leczenia niewydolności serca zgodnie z wytycznymi ESC 2023 [14]. Jednocześnie aktualnie obowiązującymi rekomendacjami KDIGO 2022 dotyczącymi leczenia cukrzycowej choroby nerek klasyfikują SGLT2i w pierwszej linii leczenia obok leków blokujących układ RAA, statyn czy też metforminy [15,16]. SGLT2i są także wymienione w aktualnych zaleceniach ESH 2023 dotyczących farmakoterapii nadciśnienia tętniczego i kategoryzowane jako leki wspomagające terapię nadciśnienia tętniczego obok niesteroidowych antagonistów receptora mineralokortykoidowego, czy też połączenia antagonisty receptora typu 1 dla angiotensyny II i inhibitora nepryliny (ARNI) [17]. Wyrazem pleiotropowego działania flosyn jest także hamowanie procesów niealkoholowego stłuszczenia wątroby (NALFD) częstego u chorych z cukrzycą lub otyłością brzuszną (empagliflozyna) a także dane dotyczące opóźnienia pojawienia się zahamowania funkcji poznawczych (receptory SGLT-2 są zlokalizowane także w OUN) w przypadku stosowania empagliflozyny czy też kanagliflozyny u chorych z cukrzycą oraz chorobą Alzheimera [18,19]. W chwili obecnej trwają badania kliniczne mające ocenić korzyści ze stosowania SGLT2i u chorych w stadium 5 PChN tj. u pacjentów dializowanych i chorych po przeszczepieniu nerki.

Lekami hipoglikemizującymi, które okazały się mieć potencjał nefroprotektyny są leki inkretynowe. O ile inhibitory dipeptylo-peptydazy IV (DPP-4) – gliptyny wykazywa-

ły korzystny nefroprotektyny wpływ głównie w modelach doświadczalnych DKD, to co raz większe znaczenie w nowoczesnej nefroprotekcji w T2D mają agoniści receptora glukagonopodobnego typu 1 (GLP-1 RA) [20]. Są to leki stosowane w leczeniu cukrzycy i otyłości, które poprawiają kontrolę glikemii, redukują masę ciała oraz zmniejszają ryzyko sercowo-naczyniowe. Są one wygodne w dawkowaniu (większość z nich stosuje się 1 x w tygodniu w formie podskórnej), ponadto można je również stosować w zaawansowanych stadiach PChN. Leki te mają korzystny wpływ na hamowanie progresji PChN. Trwające w chwili obecnej badanie FLOW z semaglutymem (ostateczne wyniki mają być opublikowane pod koniec 2024 r.) ma ostatecznie odpowiedzieć na pytanie dotyczące roli GLP-1RA w nefroprotekcji [21].

Kolejnym lekiem nefroprotektynym jest niesteroidowy antagonist receptoru mineralokortykoidowego (MRA) 3 generacji – finerenon. Jest to wysoce selektywny MRA, o krótkim okresie półtrwania, hamujący procesy zapalenia i włóknienia tkanki cewkowo-śródmiaższowej, wykazujący przy tym bardziej korzystny w porównaniu ze spironolaktonem profil bezpieczeństwa (mniej epizodów hiperkalemii w czasie leczenia w odróżnieniu od terapii spironolaktonem, brak działań niepożądanych wynikających z blokady receptorów androgenowych). Korzystny wpływ finerenonu w zakresie spowolnienia postępu PChN oraz zmniejszenia liczby incydentów sercowo-naczyniowych u chorych z T2D i PChN wykazano w badaniu FIDELIO-DKD [22]. Od 01.01.2024 r. Finerenon (Kerendia, Bayer) jest refundowany we wskazaniu PChN w stadium 3,4 z albuminurią w przebiegu T2D, u dorosłych pacjentów leczonych insuliną.

W codziennej praktyce klinicznej dostępne są także terapie modyfikujące przebieg choroby np. leczenie antagonistą receptora dla wazopresyny argininowej (tolwaptan w leczeniu autosomalnej dominującej wielotorbielowości nerek -ADPKD) oraz enzymatyczna terapia zastępcza z zastoso-

waniem rekombinowanej alfa-galaktozydazy w leczeniu choroby Fabry'ego [10].

Od września 2023 r. istnieje także możliwość leczenia niedokrwistości nerkopochodnej (w ramach zmodyfikowanego programu terapeutycznego B.37) roksadustatem – odwracalnym inhibitorem hydroxylazy prolilowej (PHI) zapobiegającej degradacji czynnika indukowanego hipoksją (HIF1 alfa). Jest to lek doustny. Powoduje on wzrost ekspresji genów indukowanych przez HIF w tym genu erytropoetyny (EPO) w nerkach i wątrobie, co skutkuje wzrostem stężenia EPO w osoczu u chorych z PChN. Lek ten powoduje także korzystny wpływ na gospodarkę żelazową zmniejszając stężenie hepcydyny i ferrytyny a zwiększając poziom transferyny i żelaza (TIBC). Ponadto wykazuje dodatkowe efekty m.in. obniża stężenie cholesterolu [23].

Częstym problem występującym u chorych zwłaszcza z zaawansowaną postacią PChN leczonych lekami blokującymi układ RAA jest hiperkalemia. Jest ona groźnym potencjalnie zagrażającym życiu powikłaniem PChN, pogarszającym rokowanie i zwiększającym częstość hospitalizacji. Hiperkalemia stymuluje ponadto wydzielanie aldosteronu odrywającego rolę w progresji chorób nerek, stymulującego zapalenie i włóknienie nie tylko nerek ale serca i naczyń. Na polskim rynku farmaceutycznym dostępny jest nowy lek – patiromer będący polimerem wiążącym potas w przewodzie pokarmowym. Jego dołączenie do terapii umożliwia kontynuację leczenia blokerami układu RAA zarówno we wczesnych jak i zaawansowanych stadiach PChN. Lek jest dobrze tolerowany, wśród nielicznych objawów niepożądanych należy wspomnieć o zaburzeniach ze strony przewodu pokarmowego tj. głównie zaparciach [24].

Podsumowując należy stwierdzić, iż nowoczesne leczenie nefroprotektyny jest coraz bardziej dostępne dla polskiego pacjenta. U chorych zwłaszcza z cukrzycową chorobą nerek możliwe jest łączenie leków hamujących układ RAA z nowoczesnymi lekami przeciwcukrzycowymi – SGLT2i oraz

GLP-1RA. Tego typu postępowanie zmniejsza białkomocz i opóźnia utratę funkcji wydalniczej nerek. W terapii coraz bardziej dostępny jest również nowy MRA – finerenon. Niektóre ze wspomnianych leków posiadają refundację we wskazaniu PChN.

PIŚMIENNICTWO:

1. Kovesdy CP. Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022 *Kidney International Supplements* (2022) 12, 7–11; <https://doi.org/10.1016/j.kisu.2021.11.003>
2. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) – Grupa Robocza ds. Cukrzycy. *Kidney Int.* 2020;98(suppl):S1–S115.
3. Tylicki L, Lizakowski S, Rutkowski B. Renin-angiotensin-aldosterone system blockade for nephroprotection: current evidence and future directions. *J Nephrol.* 2012; 25(6): 900–910.
4. Chaudhuri A et al. Improving the residual risk of renal and cardiovascular outcomes in diabetic kidney disease: A review of pathophysiology, mechanisms, and evidence from recent trials. *Diabetes Obes Metab* 2022 Mar;24(3):365–376. doi: 10.1111/dom.14601.
5. Kramer B.K. et al. Ramipril in non-diabetic renal failure (REIN study). *Ramipril Efficacy in Nephropathy study.* *Lancet.* 1997 Sep 6;350(9079):736; 736–7. doi: 10.1016/s0140-6736(97)26036-8.
6. Lewis EJ et al. The effect of angiotensin-converting-enzyme inhibition on diabetic nephropathy. The Collaborative Study Group. *N Engl J Med* 1993; 329:1456–1462 DOI: 10.1056/NEJM19931113292004
7. The Ontarget Investigators. Telmisartan, Ramipril, or both in patients of high risk of vascular disease. *N Engl J Med* 2008; 358:1547–1559 DOI: 10.1056/NEJMoa0801317
8. Bhandari S et al. Renin-Angiotensin System Inhibition in Advanced Chronic Kidney Disease. *N Engl J Med.* 2022 Dec 1;387(22):2021–2032. doi: 10.1056/NEJMoa2210639
9. Sawaf H et al. Therapeutic Advances in Diabetic Nephropathy *J Clin Med.* 2022 Jan 13;11(2):378. doi: 10.3390/jcm11020378.
10. Stompór T et al. Pharmacological Nephroprotection in Non-Diabetic Chronic Kidney Disease-Clinical Practice Position Statement of the Polish Society of Nephrology. *J Clin. Med.* 2023 Aug 9,12 (16): 5184 DOI: 10.3390/jcm12165184
11. Herrington WG et al. The study of Heart and Kidney Protection with empagliflozin. (EMPA-KIDNEY; NCT03594110) *The EMPA-KIDNEY Collaborative Group; N Engl J Med.* 2023 Jan 12;388(2):117–127. doi: 10.1056/NEJMoa2204233. Epub 2022 Nov 4.
12. Heerspink H.J.L. et al. Canagliflozin Slows Progression of Renal Function Decline Independently of Glycemic Effects. *J. Am. Soc. Nephrol.* 2017;28:368–375. doi: 10.1681/ASN.2016030278.
13. Heerspink H.J.L. et al. Dapagliflozin in Patients With Chronic Kidney Disease. *N Engl J Med* 2020; 383:1436–1446. DOI: 10.1056/NEJMoa2024816
14. McDonagh T.A. et al. 2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal* (2023) 44, 3627–3639 <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad195>
15. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Diabetes Work Group. KDIGO 2022 Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease. *Kidney Int.* 2022, 102, S1–S127
16. Araszkiewicz A, Bandurska-Stankiewicz E et al. 2023 Guidelines on the management of patients with diabetes A position of Diabetes Poland. *Curr Top Diabetes*, 2023; 3 (1): 1–133
17. Mancia, Kreutz et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal of Hypertension* 2023, 41:000–000. DOI:10.1097/HJH.0000000000003480
18. Chehrehgoscha H et al. Empagliflozin Improves Liver Steatosis and Fibrosis in Patients with Non-Alcoholic Fatty Liver Disease and Type 2 Diabetes: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Clinical Trial. *Diabetes Ther.* 2021 Mar; 12(3): 843–861. doi: 10.1007/s13300-021-01011-3
19. Pawlos A et al. Neuroprotective effect of SGLT2 inhibitors. *Molecules* 2021,26,7213.
20. Kanasaki K. The role of renal dipeptidyl peptidase-4 in kidney disease: renal effects of dipeptidyl peptidase-4 inhibitors with a focus on linagliptin. *Clinical Science* (2018) 132 489–507 <https://doi.org/10.1042/CS20180031>
21. Rossing P et al. The rationale, design and baseline data of FLOW, a kidney outcomes trial with once-weekly semaglutide in people with type 2 diabetes and chronic kidney disease. *Nephrol Dial Transplant* (2023) 38: 2041–2051 <https://doi.org/10.1093/ndt/gfad009>
22. Bakris G.L. et al. Effect of Finerenone on Chronic Kidney Disease Outcomes in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2020;383:2219–29. DOI: 10.1056/NEJMoa2025845
23. Chamienia A, Dębska-Ślizień. Roksadustat — a new therapeutic option for treatment of anemia in patients with chronic kidney disease. *Renal Disease and Transplantation Forum* 2022;2. DOI: 10.5603/RDTF.2022.0010
24. Haller H. et al. Safety and Efficacy of Patiramer in Hyperkalemic Patients with CKD: A Pooled Analysis of Three Randomized Trials *KIDNEY*360 3: 2019–2026, 2022. doi: <https://doi.org/10.34067/KID.0001562022>



dr hab. n. med. Rafał Donderski, prof. UMK
specjalista chorób wewnętrznych, nefrologii i hipertensjologii.

Katedra i Klinika Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9,
85-094 Bydgoszcz

 rafal.donderski@cm.umk.pl
 +48-52-585-4551

Cukierek

W teatrze nie tylko interesujący jest spektakl. Nie raz, nie dwa, równie ciekawe przedstawienie rozgrywa się na widowni. Zachowanie publiczności *in gremio* zmieniało się w zależności od epoki, ale także otoczenia: miejsca, czasu i architektury. Dlatego fascynują mnie sytuacje, w których wykracza się poza umowę kupna biletu i powiązanego z nim regulaminu. Łatwiej wtedy zrozumieć, jak nieporadnie łamie się normy, które co do zasady akceptujemy, ale...



Kiedy pierwszy skrzypek zaczyna delikatnie poruszać smyczkiem po strunach, widownia nadstawia ucha, a aparaty słuchowe i pętle indukcyjne, pracując na najwyższym poziomie. Wtedy właśnie – zawsze wtedy, miła pani w skromnej sukience, rozpoczyna szukanie landrynek opakowanych w szeleszczący celofan. Muzyka wschodzącego, operowego słońca i konsekwentnie rozwijany cukierek, zamiast wprowadzać w błogi nastrój, pobudza adrenalinę i przetykanie bezgłośnych przekleństw. Skrzypcowy dźwięk się oddala, pryska czar a papierek szeleści i nawet poszturchiwanie miłej pani nie pomaga, zwłaszcza gdy uzna, że inni także chcieliby skorzystać ze słodczych ukrytych w foliowej torebce dobrego smaku.

Kilka minut później, oburzony zachowaniem miłej pani, elegancki pan w muszce, którą zakłada niezależnie od gatunku teatralnego i okoliczności, niespodziewanie słyszy sygnał własnego smartfonu. Jesteś szalona, mówię Ci... Publiczność wstrzymuje oddech i odwraca automatycznie głowy, gdy tymczasem tenor deklaruje całowanie wszystkich blondynek i brunetek. Dystyngowany pan, spokojnie... odbiera połączenie, zasłaniając mikrofon dłonią. Polityk? Coraz więcej wokół ludzi, którzy mają wobec innych wielkie wymagania, ale sami się raczej do nich nie stosują. Proste wezwanie do wyłączenia telefonów komórkowych, jest nagminnie nieskuteczne. Może

zatem jest docelowo bezcelowe? Jeszcze trzy dekady temu telefonowanie było reglamentowane, a teraz trudno nam (tak, piszę przecież także o sobie) przez godzinę obyć się bez stałego kontaktu ze światem zewnętrznym. W kościele, filharmonii, urzędzie, sądzie, podczas wizyty lekarskiej, lekcji języków obcych, konferencji naukowej, obrad plenarnych samorządu. Byłem świadkiem sytuacji, gdy telefon zadzwonił w kieszeni marynarki dyrektora teatru, gdy składał widowni życzenia noworoczne. Publiczność nagrodziła scenkę owacyjnymi oklaskami!

Krzysztof Materna w krakowskim Teatrze Bagatela im. Tadeusza Boy-Żeleńskiego (lekarza, tłumacza, pisarza, kąśliwego recenzenta i artysty kabaretowego), nagrał powitanie, w którym nazwał korzystanie z telefonu podczas spektaklu, grzechem. Ciekaw byłem konsekwencji pasterskiego pouczenia w świątyni sztuki. Na widowni 90% stanowili licealiści. Przyjechali na Wesele Figara. Większość odświętnie ubranych, co mnie nawet zaskoczyło. Telefon odezwał się już podczas pierwszej części. Zgrzeszyła seniorka. Może wykluczenie cyfrowe nie pozwoliło, siwej pani, na wyciszenie aparatu. Reakcja nie była natychmiastowa. Zdziwiona pani raczej niespieszona solówką... odebrała! *Księżę proboszczu – odzwonię później!*

Teatr widzów szeleści papierkami od cukierków. Szura. Buja fotelami i kopie sąsiadów po kostkach. Głośno smarcze, kaszle i kicha, jak po machorze. Bez namysłu odbiera telefon włączony na cały discopolowy regulator. Szepcze i komentuje. A potem wszyscy stoją w owacji. Bez stopniowania aplauzu, bezwa-

runkowo, na oślep i w owczym pędzie. Słodziaki...

Pewnego pięknego wieczora, niemniej piękny intendent Iwan Dmitriewicz Czerwiakow siedział w drugim rzędzie krzesel i patrzył przez lornetkę na scenę, gdzie grano „Dzwony Kornewilskie”. Patrzył i czuł się u szczytu błogości. Lecz nagle... — w opowiadaniach często spotyka się to „nagle” – autorowie mają słuszość: życie tak pełne jest niespodzianek! Nagle więc... zmarszczył twarz, przewrócił oczyma, wstrzymał oddech... *apczchii! Kichnął, jak widzicie. Nikomu i nigdzie nie wzbrania się kichać. Kichają chłopcy i policmajstry, a czasami nawet i tajni radcy. Wszyscy kichają, Czerwiakow wcale się nie zmieszał, wytarł nos chustką i jako człowiek grzeczny, obejrzał się naokoło, czy nie przeszkodził komu swoim kichnięciem. I teraz dopiero odczuł pewne zmieszanie. Zobaczył mianowicie, że starszek, który siedział przed nim w pierwszym rzędzie krzesel, wycierał sobie starannie rękawiczką tyśnię i szyję, mruczając coś pod nosem. W starszku poznał Czerwiakow cywilnego generała z wydziału komunikacji, Bryzżałowa.*

Teatralne kichnięcie, jak w opowiadaniu doktora Antoniego Czechowa, może powodować *Śmierć urzędnika*. Realnie psuje tylko odbiór spektaklu. Podobnie jest w życiu, gdy papierek cukierka odrywa naszą uwagę od fałszywej nuty skrzypiec.



Jarosław Wanecki
Ośrodek Kultury
i Dziedzictwa
Historycznego NIL

Prawo do obrony – mit czy rzeczywistość?



O istnieniu prawa do obrony sływał zapewne każdy. Wiadomo, że ten, kto jest oskarżony lub podejrzany o popełnienie przestępstwa – a także obwiniony o popełnienie przewinienia zawodowego – ma prawo bronić się w sposób, który uzna za najbardziej dla siebie odpowiedni. Prawo do obrony jest z gatunku tych praw, które nie mogą podlegać prostemu ograniczeniu. Jest prawem człowieka.

Niejednokrotnie pisałem (także na łamach „Meritum”), że daje się zauważyć – na przestrzeni dość krótkiego odstępu czasu – wzrost liczby medycznych spraw karnych, prowadzonych zarówno „w sprawie” (a więc tam, gdzie nie ma jeszcze ustalonego podejrzanego), jak również, toczących się już przeciwko konkretnemu lekarzowi. Powyższa tendencja, wynika z prostego faktu – inicjowanie sprawy karnej jest dla pacjenta – uważającego, że lekarz dopuścił się wobec niego błędu medycznego – o wiele bardziej atrakcyjne, niż „uruchomienie” sprawy cywilnej o odszkodowanie i zadośćuczynienie.

Sprawa cywilna, wymaga od osoby, która ją inicjuje (a więc występuje z pozwem) wniesienia opłaty, która umożliwia nadanie biegu sprawie. Istnieje oczywiście możliwość ubiegania się o zwolnienie od obowiązku poniesienia kosztów sądowych, ale o zwolnieniu tym decyduje sąd, na podstawie analizy przedstawionej argumentacji takiego wniosku. Zwolnienie od obowiązku poniesienia kosztów, związanych ze sprawą, należy zatem uznać za wyjątek od reguły – nie jest więc to ani proste ani oczywiste. Dodatkowym wymogiem, który nakłada na strony postępowania cywilnego schemat i zasady jego prowadzenia, jest konieczność wykazywania aktywności w trakcie procesu.

Powyższe oznacza, że to my (jeśli działamy z pomocą pełnomocnika, wówczas on jest obciążony ciężarem, o którym mowa) składamy wnioski dowodowe, wskazujemy sądowi wszystkie twierdzenia i okoliczności, przemawiające za słuszością naszych racji.

Proces cywilny zbudowany jest na zasadzie kontrydiktoryjności – co w dużym uproszczeniu oznacza, że przeciwne strony toczą przed sądem spór, a sąd przysłuchuje się podnoszonym twierdzeniom jako bezstronny arbiter i wydaje wyrok.

Odmienne wygląda postępowanie karne. Tutaj pacjent występujący z inicjatywą wszczęcia sprawy przeciwko lekarzowi, znajduje się w bardziej komfortowej sytuacji. Aktywność pacjenta ogranicza się właściwie do tego, aby złożyć zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa (następnie zostanie przesłuchany) – w przypadku błędu medycznego może być to np. przestępstwo narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 160 kk). Całość postępowania prowadzi (jeśli uzna za uzasadnione w sposób formalny takie postępowanie wszcząć) – prokurator. To właśnie prokurator gromadzi i ocenia materiał dowodowy, przesłuchuje świadków, występuje o opinie biegłych lekarzy. Istotną kwestię – z punktu widzenia chcą-

cego wszcząć sprawę pacjenta – stanowi okoliczność, że złożenie zawiadomienia do prokuratury nie wiąże się z obowiązkiem ponoszenia opłaty (w przeciwieństwie do wniesienia pozwu w sprawie cywilnej). Wszystkie wskazane powyżej argumenty, uzasadniają zwiększoną popularność drogi postępowania karnego – jako drogi finalnie prowadzącej do możliwości zasądzenia na rzecz pacjenta określonej kwoty, związanej ze szkodą, której doznał w wyniku błędu medycznego.

Należy pamiętać, że uzyskanie przez pacjenta prawomocnego wyroku skazującego lekarza za przestępstwo z tytułu popełnienia błędu medycznego, wiąże orzekający później w sprawie (w kwestii odszkodowania i zadośćuczynienia) sąd cywilny – co do faktu popełnienia przestępstwa.

Mówiąc bardziej precyzyjnie – sąd cywilny powyższym przypadkiem będzie zastanawiał się, co najwyżej, nad kwestią kwoty odszkodowania czy zadośćuczynienia, należącej pacjentowi. Sama zaś kwestia popełnienia (lub nie) błędu medycznego, będzie już w takim wypadku uznana za rozstrzygniętą przez prawomocny wyrok skazujący sąd karny.

Mając na uwadze daleko idące skutki, które wywiera prawomocny wyrok skazujący, wydany w procesie karnym, tym bardziej doniosłą kwestią jest wiedza o tym, jakie konkretnie uprawnienia wchodzi w zakres prawa do obrony. Pamiętać należy o tym, że fakt istnienia postępowania karnego, które toczy się przeciwko nam, nie oznacza automatycznie tego, że jesteśmy winni popełnienia prze-

stępstwa oraz że winę taką stwierdzi w prawomocnym wyroku sąd. Nawet wówczas, gdy prokurator postanowi wszcząć postępowanie karne i postawić nam zarzut popełnienia przestępstwa – sprawa ta wcale nie musi – nawet – trafić do sądu. Postępowanie dowodowe (np. opinia biegłych), może nie dostarczyć uzasadnienia do skierowania przeciwko nam aktu oskarżenia. W takiej sytuacji, prokurator wyda postanowienie o umorzeniu postępowania. Podobnie, gdy oskarżyciel zdecyduje się wystąpić do sądu z aktem oskarżenia przeciwko nam, sąd może w wyniku przeprowadzonego procesu uznać, że nie istnieją dowody, wystarczające do tego, aby stwierdzić naszą winę. W takiej sytuacji zapadnie wyrok uniewinniający. Pamiętajmy, jedną z podstawowych zasad procesu karnego jest reguła tłumaczenia wszelkich wątpliwości w sprawie na korzyść oskarżonego. Aby wydać wobec konkretnej osoby wyrok skazujący, należy ustalić w sposób pewny jej winę. Nie ma tutaj miejsca na żadne domniemanie ani „prawdopodobieństwa graniczące z pewnością”. Jeśli istnieje najmniejsza choćby wątpliwość, co do sprawstwa oskarżonego, wówczas należy go uniewinnić.

Prawo do obrony, to nie tylko kwestia procesu karnego. Prawo do obrony jest także istotnym zagadnieniem z punktu widzenia postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej – a więc postępowaniem, które toczy się przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej oraz sądem lekarskim. W przypadku zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia przewinienia zawodowego, nie jest wymagane (tak jak w przypadku składanego do prokuratora zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia przestępstwa) wniesienie jakiegokolwiek opłaty inicjującej postępowanie.

Podobnie jak w postępowaniu prokuratorskim, rzecznik odpowiedzialności zawodowej samodzielnie gromadzi dowody w sprawie, występuje o opinię biegłych oraz przesłuchuje świadków. Nie jest zatem tutaj konieczna aktywność pokrzywdzonego – najczęściej

pacjenta, będącego jednocześnie składającym powyższe zawiadomienie do rzecznika.

Należy pamiętać, że orzeczenie sądu lekarskiego – prawomocne, a więc kończące postępowanie w ramach schematu odpowiedzialności zawodowej lekarza, nie wiąże sądu powszechnego.

Jeśli zatem po uzyskaniu prawomocnego orzeczenia sądu lekarskiego, które stwierdzać będzie winę obwinionego lekarza i potwierdzi dopuszczenie się przez niego błędu medycznego, pacjent będzie chciał w procesie cywilnym uzyskać odszkodowanie oraz zadośćuczynienie, rozpoznający sprawę sąd cywilny nie jest związany ustaleniami, poczynionymi przez sąd lekarski. Sąd cywilny, w wyniku przeprowadzonego procesu, może dojść do wniosków całkowicie odmiennych od tego, co ustalił sąd lekarski. Praktycznie rzecz ujmując, orzeczenie sądu lekarskiego, stwierdzające winę lekarza, pomaga w osiągnięciu korzystnego (dla pacjenta) wyroku sądu powszechnego. Sąd, posiadając w aktach dokumentację procesową, powstałą na potrzeby postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarza, może dokładnie prześledzić sposób prowadzenia tego procesu.

Nie będąc formalnie związanym orzeczeniem sądu lekarskiego, sąd powszechny, rozstrzygając de facto tę samą sprawę, z pewnością weźmie pod uwagę wynik procesu, toczącego się na gruncie ustawy o izbach lekarskich. Orzeczenie sądu lekarskiego będzie czymś w rodzaju drogowskazu, za którym można podążać.

Przyjrzyjmy się kilku podstawowym prawom, wchodzącym w skład dużego zbioru pod nazwą: „prawo do obrony”.

Prawo do korzystania z pomocy obrońcy – w tym możliwość jego ustanowienia na każdym etapie postępowania

Od chwili, w której przedstawiono nam zarzuty (popełnienia przestępstwa lub

przewinienia zawodowego), formalnie stajemy się podejrzanym (lub obwinionym – na gruncie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej). Możemy ustanowić obrońcę lub obrońców. W postępowaniu karnym mamy prawo ustanowić maksymalnie trzech obrońców – spośród adwokatów lub radców prawnych. W postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, możemy ustanowić maksymalnie dwóch obrońców – spośród lekarzy, adwokatów lub radców prawnych. Ważne, aby pamiętać, że obrońcę możemy ustanowić na dowolnym etapie postępowania. Wydaje się uzasadnione, aby zastanowić się nad skorzystaniem z pomocy obrońcy już na początkowym etapie sprawy – wtedy, gdy najszybciej jest to możliwe – a więc wówczas gdy zostaną nam postawione zarzuty popełnienia przestępstwa lub przewinienia zawodowego. Większa ilość czasu na zapoznanie się ze szczegółami sprawy, na przygotowanie racjonalnej linii obrony – zawsze będzie korzystnie działać w kontekście skuteczności pracy obrońcy. Warto też nadmienić, że zarówno procedura karna jak i przepisy, regulujące zasady postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej umożliwiają nam złożenie wniosku o przyznanie obrońcy z urzędu – np. w sytuacji, gdy nie jesteśmy w stanie ponieść kosztów obrony.

Prawo do składania wyjaśnień oraz prawo do milczenia

Prawem do obrony jest również prawo do składania wyjaśnień w związku z toczącą się przeciwko nam sprawą. Z tym uprawnieniem związane jest także prawo do milczenia. W dużym skrócie i uproszczeniu – to my decydujemy o tym, czy chcemy składać wyjaśnienia. Możemy swobodnie wybrać etap postępowania, na którym będziemy chcieli przedstawić naszą wersję wydarzeń. Obrazowo rzecz ujmując, możemy podjąć decyzję, aby przed prokuratorem skorzystać z prawa

do odmowy składania wyjaśnień (np. czysto taktycznie, chcemy na tym etapie postępowania pozostać bierni i dopiero w fazie bezpośrednio poprzedzającej skierowanie przez oskarżyciela sprawy do sądu, zapoznać się ze zgromadzonym materiałem dowodowym i odnieść się do niego), natomiast przed sądem możemy zdecydować się na szczegółowe przedstawienie naszego punktu widzenia na sprawę. Powyższe stanowi najczęściej część procesowej taktyki, przygotowanej przy aktywnym udziale naszego obrońcy – jeśli postanowiliśmy takiego ustanowić.

Prawo do zmiany wcześniej składanych wyjaśnień

Złożone wyjaśnienia, możemy w późniejszej fazie postępowania zmieniać. Jest to nasze prawo, stanowiące część prawa do obrony. Jeśli będziemy zmieniali składane wyjaśnienia w sposób zasadniczy, możemy spodziewać się pytania o przyczynę zmiany prezentowanej przez nas wersji wydarzeń.

Prawo do odmowy odpowiedzi na pytania

Jednym z bardziej istotnych uprawnień, wchodzących w zakres prawa do obrony, jest prawo do odmowy udzielania odpowiedzi na niektóre lub wszystkie pytania. W procesie sądowym możemy np. wskazać, że będziemy odpowiadać jedynie na pytania naszego obrońcy. Można zdecydować się odpowiadać jedynie na pytania sądu, przy jednoczesnej odmowie odpowiedzi na pytania, kierowane przez prokuratora. Kolejny raz mamy tutaj do czynienia z czymś, co w skrócie i uproszczeniu nazwać można procesową strategią, której opracowanie stanowi ważny element przygotowania się do sprawy.

Prawo do odwołania przyznania się do winy

Uprawnieniem wchodzącym w zakres pojęcia „prawa do obrony” jest również

możliwość wycofania naszego wcześniej przyznania się do winy. Może się tak stać z różnych powodów – np. początkowo (pod wpływem np. stresu, chęci szybkiego zakończenia niekomfortowej dla nas sprawy), przyznajemy się do win, a następnie zachodzi w nas refleksja, że potwierdzenie własnej winy było zdecydowanie przedwczesne. Czasem, zmiana zdania co do przyznania się do winy, może być spowodowana analizą materiału dowodowego, gdy na jego podstawie wypłyne wnioski, że przyznając się do winy, nie mieliśmy wiedzy o istotnych okolicznościach sprawy – co do których posiadaliśmy wiadomości dopiero na późniejszym etapie postępowania.

Prawo do zapoznawania się z aktami postępowania na każdym jego etapie

Prawem do obrony jest także prawo do zapoznania się z aktami „naszej” sprawy na każdym etapie sprawy sądowej. Dostęp do akt sprawy w postępowaniu przygotowawczym (czyli na „etapie prokuratorskim”) wymaga uzyskania zgody prokuratora.

Prawo do ustosunkowania się do każdego dowodu

Jako podejrzany lub oskarżony (także обвинiony) dysponujemy prawem do ustosunkowania się do każdego przeprowadzonego w sprawie dowodu. Możemy zadawać pytania. Mamy prawo do wykazywania aktywności (jak również prawo do pozostawania biernym) w trakcie procesu.

Naruszenie prawa do obrony

Naruszenie prawa do obrony stanowi bardzo poważny zarzut, który może zostać skutecznie przez nas podniesiony w postępowaniu odwoławczym – w przypadku wniesienia apelacji od niekorzystnego dla nas wyroku Sądu I instancji. Poniżej przedstawione zostały przykłady, które mogą

zostać wskazane jako naruszenie prawa do obrony.

- zbyt późne powiadomienie oskarżonego o terminie rozprawy;
- odmowa udostępnienia akt w postępowaniu sądowym;
- wykorzystanie w postępowaniu karnym dowodów nieznanymi stronom postępowania;
- bezzasadne oddalenie wniosku dowodowego poza granicami określonymi przez przepisy procedury karnej;
- uniemożliwienie obrońcy rzeczywistego wykonywania obowiązków związanych z obroną oskarżonego;
- ograniczenie oskarżonemu w znacznym stopniu swobody składania wyjaśnień;
- uniemożliwienie oskarżonemu ustanowienia obrońcy na dowolnym etapie postępowania;
- wyciąganie ujemnych dla oskarżonego konsekwencji z faktu jego nieprzyznawania się do winy;
- wyciąganie negatywnych dla oskarżonego konsekwencji z powodu zmiany poprzednio składanych wyjaśnień.

Podsumowując, warto odpowiedzieć na pytanie, zawarte w tytule niniejszego tekstu. Prawo do obrony zdecydowanie nie jest mitem. Jest rzeczywistością, gwarantowaną przez konkretne przepisy procedury karnej. Istnieje jednak istotne zastrzeżenie, które trzeba poczynić przy okazji tej dość optymistycznej konkluzji – aby prawo do obrony było rzeczywistością, musimy posiadać wiedzę jakie konkretne uprawnienia wchodziły w zakres tego prawa. Znajomość własnych praw jest warunkiem koniecznym do tego, aby prawa te egzekwować.



mec. Krzysztof Izdebski
Rzecznik Praw Lekarzy
KPOIL



Prof. dr hab. n. med. **Waldemar Jędrzejczyk** – absolwent Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Białymstoku (1952–1958). Asystent Oddziału Chirurgicznego Szpitala Miejskiego w Toruniu. Ordynator Szpitala Wojewódzkiego w Toruniu, później kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej Akademii Medycznej w Bydgoszczy (1972–2003). Członek Honorowy Towarzystwa Chirurgów Polskich i Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. Pobytu zagraniczne (doskonalące): Rzym, Neapol, Londyn, Birmingham, New Hampshire (USA), Budapeszt, Getynga. Autor ponad 300 publikacji, w tym siedmiu książek (jedna w języku angielskim). Promotor 17 prac doktorskich (jeden z asystentów – dr hab., jeden – prof. tytułarny). Wykształcił 32 chirurgów, z czego 11 jest ordynatorami. Uhonorowany m.in. wyróżnieniem Convallaria Copernicana (2017), przyznawanym przez Senat Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Krzyżem Komandorskim Orderu Odrodzenia Polski (2002) oraz tytułem Toruńczyka Roku (1971). W światowym wydaniu książki R.M. Kirka pt. *Basic Surgical Techniques* (Churchill Livingstone) wymieniony jako jedyny Polak wśród 11 światowej klasy chirurgów.



Dr n. med. **Sławomir Badurek** – absolwent Akademii Medycznej w Bydgoszczy, specjalista chorób wewnętrznych, diabetologii i nefrologii. Kierownik Oddziału Klinicznego Nefrologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych CM UMK, mieszczącego się w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Toruniu, w którym pracuje od 1996 roku. Wieleletni publicysta medyczny, autor ponad tysiąca artykułów. Twórca i w latach 2001–2021 redaktor naczelny „Meritum” – czasopisma lekarzy Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej. Wieleletni felietonista „Gazety Lekarskiej”, „Pulsu Medycyny” i „Gabinetu Prywatnego”. Odznaczony Srebrnym Krzyżem Zasługi i odznaką honorową „Za zasługi dla Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków”.



Dr **Lesław J. Welker** – absolwent Akademii Medycznej w Warszawie. Za wiodowo związany z UMK oraz toruńskim sportem: AZS, KS „Apator”/KS „Toruń” i SSW „Ring Wolny”. Działacz PCK. Ma w dorobku ponad 280 różnorodnych publikacji – kilkadziesiąt książek (w tym 10 autorskich) oraz artykuły w prasie lokalnej i ogólnopolskiej, również poświęcone toruńskim lekarzom (niektórym z nich uhonorowanym – z jego inicjatyw – tablicami pamiątkowymi). Współzałożyciel „Solidarności” w toruńskim ZOZ, działacz opozycji antykomunistycznej i ruchu kombatanckiego. Za całokształt pracy wielokrotnie odznaczany i nagradzany, m.in. Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Krzyżem Wolności i Solidarności czy Nagrodą Prezydenta Miasta Torunia.



3. Tom

Zasłużeni lekarze toruńscy we wspomnieniach

SYLWETKI LEKARZY WOJSKOWYCH I NIE TYLKO

Po przerwie spowodowanej pandemią ukazał się i oddajemy do rąk czytelników 3 tom „Zasłużonych lekarzy toruńskich we wspomnieniach – Sylwetki lekarzy wojskowych i nie tylko”. Książka generalnie skupiona na lekarzach wojskowych i ich działalności niepodległościowej w latach 1914–1920, poprzez lata II Wojny Światowej po czasy współczesne. Taki układ sugerował już 4 lata temu prof. Waldemar Jędrzejczyk. W sumie przedstawiono sylwetki 35 z nich, ale szkoda, że tylko 5 w formie wspomnień, a takie były 2 pierwsze tomy i mamy nadzieję, że kolejny też taki będzie.

Te wspomnienia ukazują się dzięki TNT – jego Sekcji Lekarzy, a w niej śp. dr Lech Bieganowski i prof. Waldemar Jędrzejczyk,

do których dołączył dr Sławomir Badurek. Do redagowania tego tomu został poproszony dr Lesław Welker. Finansowo inicjatywę wsparł Urząd Miejski, a druk to dzieło Wydawnictwa Adam Marszałek.

W imieniu zespołu redakcyjnego zapraszamy na promocję wydawnictwa, które odbędzie się na Okręgowym Zjeździe Lekarzy w Toruniu w dniu 13 kwietnia 2024 r.

Zapraszamy do lektury i pisanie wspomnień do kolejnego tomu.

Lesław J. Welker

W imieniu zespołu redakcyjnego

Empatia w pracy lekarza

czyli jak rozwijać swoje umiejętności społeczne

Empatia jest kluczowym elementem w praktyce medycznej, mającym istotny wpływ na jakość opieki zdrowotnej. Dla lekarzy, zdolność do empatycznego porozumiewania się z pacjentami stanowi nie tylko etyczną normę, ale także fundament skutecznego leczenia.

Współczesna medycyna często podkreśla znaczenie empatii w równym stopniu, co znaczenie technologii czy nowoczesnych narzędzi i procedur. Należy bowiem pamiętać, że za każdym przypadkiem kryje się indywidualny człowiek i jego historia. Lekarz pełni więc rolę nie tylko specjalisty w zakresie konkretnych chorób, ale także partnera w procesie zdrowienia i rekonwalescencji. I tu właśnie pojawia się rola empatii – owej zdolności rozumienia drugiego człowieka, jego potrzeb i jego obaw. Choć brzmi to eseiistycznie, to jednak doświadczanie choroby jest pewnego rodzaju wspólnotą między pacjentem a lekarzem.

W praktyce medycznej, empatia manifestuje się przez skupianie się na pacjencie jako jednostce, a nie tylko na jego chorobie, jako przypadku klinicznym. Kluczowym aspektem tej umiejętności jest wsłuchiwanie się w potrzeby pacjenta, w tym potrzeby emocjonalne, co pozwala budować zaufanie i silniejszą więź (również więź profesjonalną). W tym miejscu empatia nie tylko poprawia komfort pacjenta, ale także może wpływać na efektywność samego leczenia.



Rozwijanie umiejętności empatii może być nie lada wyzwaniem, zwłaszcza w środowisku, gdzie przytłacza nas presja czasu i ilość wykonywanych obowiązków. Istnieje jednak wiele strategii, które w tej sytuacji mogą lekarzom pomóc. Przede wszystkim, należy do nich wykreowanie w sobie umiejętności pogłębionej autorefleksji i krytycznego podejścia do własnej praktyki. Zastanówmy się więc, czy zawsze udaje nam się rozumieć perspektywę pacjenta, czy też nadto skupiamy się na aspektach czysto merytorycznych, wręcz technicznych.

Kolejnym elementem wzbogacającym naszą empatię jest umiejętność aktywnego słuchania. Pacjenci często mają potrzebę wyrażenia swoich obaw, lęków czy emocji związanych z chorobą, które mają – by tak rzec – charakter pozapro-

tokolarny. Lekarz, który potrafi koncentrować się na tym, co mówi pacjent, nie tylko lepiej rozumie jego sytuację, ale także przyczynia się do budowania w pacjencie postawy gotowej do odpowiedzialnej walki z chorobą.

Współpraca między lekarzem a pacjentem wymaga również otwartości na dialog. Zachęcanie pacjenta do dzielenia się swoimi przemyśleniami i pytania o ich potrzeby mogą zrewolucjonizować proces leczenia. Lekarz, który angażuje pacjenta w podejmowanie decyzji dotyczących opieki zdrowotnej, nie tylko respektuje jego autonomię, ale także buduje w nim świadomość odpowiedzialności za własne zdrowie.

Do katalogu powyższych umiejętności należy dodać jeszcze różnorodne techniki, które mogą wspomóc lekarzy w budowa-

niu głębszych relacji z pacjentami. Są nimi głównie techniki z zakresu komunikacji interpersonalnej, skupiające się na rozwijaniu umiejętności zadawania właściwych pytań i wyrażania empatii w gestach i tonie głosu. Warto również rozwijać w sobie techniki radzenia sobie ze stresem i zapobiegania wypaleniu zawodowemu. Utrzymywanie równowagi między wyzwaniami zawodowymi a sytuacjami osobistymi może w znacznym stopniu poprawić zdolność lekarza do empatycznego oddziaływania na pacjentów.

Nie można także zapominać o znaczeniu wsparcia emocjonalnego. Tutaj pomocne mogą być modne ostatnio grupy organizujące spotkania czy szkolenia, w których uczestniczą zarówno pacjenci jak i lekarze. Takie spotkania, pod pretekstem quasi-konferencji, dostosowanych nie tylko do percepcji lekarzy, ale i pacjentów (którzy wszak nie muszą posiadać fachowej wiedzy medycznej) dają możliwość nieskrępowanego, bezpośredniego dialogu i możliwości dyskusji nad terapią w warunkach bardziej nieformalnych, dających szansę na budowę silniejszych relacji zarówno w zespole, jak i z pacjentami. To właśnie w ramach takich spotkań pacjenci i lekarze mogą dzielić się doświadczeniami i strategiami radzenia sobie z trudnościami związanymi z chorobą.

Jak widać, rozwijanie empatii w praktyce lekarskiej to proces wielowymiarowy, który obejmuje zarówno cele indywidualne, jak i systemowe. Poprzez zastosowanie różnorodnych strategii i technik, lekarze mogą nie tylko doskonalić swoje umiejętności komunikacyjne, ale i tworzyć bardziej ludzki, holistyczny model opieki zdrowotnej. W efekcie, skuteczna empatia staje się niezwykle istotnym narzędziem w procesie terapii i rekonwalescencji pacjenta, a tym samym pod-

noszenia jakości całego systemu opieki zdrowotnej.

Wraz z postępem medycyny i technologii, rozwój umiejętności empatii staje się w pracy lekarza jeszcze bardziej kluczowy. Wprowadzenie telemedycyny, zwłaszcza w czasach pandemii, sprawiło, że lekarze musieli dostosować swoje podejście do nowych środków komunikacji. Empatia realizowana twarzą w twarz a empatia telemedyczna znacznie się przecież różnią. W tej drugiej szczególnej wagi nabiera tembr głosu, jak i tempo mówienia czy wreszcie charakter samego przekazu. Ponadto, inaczej niż w sytuacji bezpośredniej, istotny staje się sam dobór słów, prowadzenie ciągłej interakcji, tak by rozmowa nie sprowadziła się do lekarskiego monologu. W przypadku telemedycyny na plan pierwszy wysuwają się więc umiejętności aktywizacji rozmówcy.

Rozwijanie empatii powinno wreszcie obejmować również edukację samych pacjentów, choćby na temat ich roli w procesie rekonwalescencji. Zasady skutecznej komunikacji w medycynie zachęcają pacjentów do aktywnego uczestnictwa w procesie leczenia. Edukacja zwiększa bowiem nie tylko ich zaufanie do lekarza, ale także umożliwia podejmowanie bar-

dziej świadomych decyzji dotyczących procesu leczenia.

W ten oto sposób, w dzisiejszym świecie, gdzie tempo życia jest coraz szybsze, a system opieki zdrowotnej stawia przed lekarzami różnorodne wyzwania, umiejętność empatii staje się powoli jednym z kluczowych narzędzi w pracy lekarza, prowadzących do utrzymania równowagi między technologią a humanistycznym znaczeniem opieki medycznej. Wydaje się wręcz, że w zglobalizowanym społeczeństwie empatia jest najbardziej naturalnym mostem łączącym różne światy.

Nie należy przy tym zapominać, że rozwijanie umiejętności empatii w pracy lekarza to proces nieustanny, proces, który ma potencjał przekształcić nie tylko indywidualne relacje lekarz-pacjent, ale także cały system opieki zdrowotnej, sprawiając, że stanie się on bardziej ludzki.



**Prof. Janusz
Sytnik-Czetwertyński**
Centrum Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie

OGŁOSZENIE O PRACĘ

NZOZ PRZYCHODNIA LEKARSKA KĘDZIERSCY Sp. z o.o Sp.k.
w Ciechocinku, Bema 37a

zatrudni

lekarza do pracy w POZ.

Oferujemy bardzo dobre warunki pracy i wynagrodzenia.

Możliwość mieszkania służbowego.

 **667 377 377**



14 grudnia 2023 r. w Hotelu 1231 w Toruniu odbyło się posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej połączone z Wigilią. Po posiedzeniu ORL w Restauracji 4 Pory Roku odbyła się Wigilia Samorządowa, w której udział wzięli zaproszeni goście: Jan Gessek dyrektor Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, ksiądz prałat Marek Rumiński – proboszcz Parafii pw. Świętych Jana Chrzciciela i Jana Ewangelisty w Toruniu oraz członkowie organów KPOIL.

Podsumowaliśmy miniony rok, wspominaliśmy tych, którzy odeszli. Były przemówienia, opłatek, kolędy oraz tradycyjne dania wigilijne.

Sławomir Józefowicz



Warsztaty ultrasonograficzne w siedzibie KPOIL



Nowy rok rozpoczęliśmy z przytupem! W weekend 12-14 stycznia 2024 r. odbyły się w siedzibie Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu warsztaty ultrasonograficzne. Organizatorem szkolenia była prężnie działająca na terenie naszego kraju Fundacja Mocni na starcie, a poprowadził je lek. Piotr Grabski z Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie. Całodniowe zajęcia, prowadzone w ok. 18-osobowych grupach, podzielone były na część teoretyczną i praktyczną. Tematyka obejmowała protokół urazowy eFAST, podstawy ultrasonografii płuc oraz obrazowanie jamy brzusznej. Kompendium wiedzy uzyskane w pierwszej części zajęć kursanci mogli wykorzystać i doskonalić na sześciu przygotowanych stanowiskach ultrasonograficznych. Wszystkiemu bacznie przyglądał się nasz prelegent, udzielając cennych wskazówek i korygując działania praktyków. Na koniec każdy otrzymał certyfikat.

Odzew ze strony uczestników jest bardzo pozytywny. Dziękujemy za wszystkie miłe słowa i życzymy owocnego wykorzystania zdobytej wiedzy i umiejętności w praktyce. W końcu głowica ultrasonograficzna staje się „trzecią ręką lekarza”...



**lek. Ewelina
Górska-Czpak**
Przewodnicząca Komisji Doskonalenia Zawodowego i Kształcenia KPOIL w Toruniu



Doroczne spotkanie mikołajkowe

Włocławskiego Stowarzyszenia Lekarzy Stomatologów



Od lewej: Anita Pacholec, Lidia Zaleska, Andrzej Karczewski

Tradycją Włocławskiego Stowarzyszenia Lekarzy Stomatologów jest grudniowe spotkanie mikołajkowe. W jedną z grudniowych sobót zasiadamy przy wspólnym stole i mamy czas na podsumowanie minionego roku. Wspominamy wydarzenia, które miały miejsce w naszej organizacji, czyli szkolenia, wyjazdy, imprezy kulturalne. A tych w roku 2023 nie brakowało, gdyż był to pierwszy rok, kiedy nasza działalność wróciła na normalne tory po covidowych zakłóceniach. Odbędzie się 5 szkoleń, od niedawna organizowanych w siedzibie naszej delegatury, prowadzonych przez zacne grono prelegentów, dwukrotnie wyjeżdżaliśmy na wycieczki szkoleniowo-turystyczne i dwukrotnie zawitaliśmy w teatrze.

Spotkanie mikołajkowe to jednak przede wszystkim czas na prywatne rozmowy na tematy osobiste. Nie widzimy się na co dzień, gdyż charakter naszej pracy zamyka

nas w indywidualnych gabinetach. Tym bardziej z radością dzielimy się opowieściami z życia prywatnego, historiami z wakacyjnych podróży czy wydarzeń rodzinnych.

W tym roku dodatkowo w naszym 50-osobowym gronie mieliśmy zaszczyt uczcić naszego kolegę Andrzeja Karczew-

skiego, któremu szefowa naszej delegatury OIL Anita Pacholec miała możliwość wręczenia dyplomu „Brylantowy Laur Medyczny”.

Nie obyło się oczywiście bez życzeń świątecznych i noworocznych.

A moim, przewodniczącej Stowarzyszenia, marzeniem do spełnienia, życzeniem noworocznym jest zobaczenie w naszym gronie młodszych kolegów, którzy zechcieliby do nas dołączyć i razem ze starszymi kolegami uczestniczyć we wszystkich wydarzeniach w nadchodzącym 2024 roku.

Serdecznie wszystkich zapraszam.

Lidia Zaleska
przewodnicząca WSLs





Święta Bożego Narodzenia to magiczny czas. Kojarzy nam się z rodziną, choinką, prezentami, kolędami, odpoczynkiem od codziennych obowiązków. Niestety nie wszyscy mogą spędzić te chwile w gronie najbliższych.

Dlatego w miesiącu grudniu 2023 r. Delegatura Izby Lekarskiej w Grudziądzu po raz pierwszy zorganizowała akcję, która ma na celu obdarowanie słodkimi prezentami najmłodszych pacjentów z Regionalnego Szpitala Specjalistycznego im. dr. Wł. Biegańskiego w Grudziądzu. Przewodniczący Delegatury Izby Lekarskiej dr Jan Kosior osobiście wręczył upominki dzieciom, co wzbudziło wśród podopiecznych szpitala ogromne emocje i wiele radości.

Serdeczne podziękowania za wrażliwość i bezinteresowność kierujemy do firm Kopernik S.A. z Torunia oraz Promenada z Grudziądza, którzy przyczynili się do sukcesu tej akcji. To dzięki nim mogliśmy zaoferować naszym małym pacjentom słodkie chwile, które są niezwykle ważne dla ich dobrego samopoczucia.



Spotkanie w Hotelu Filmar



Od lewej dr M. Jasińska-Szetela odbierająca Brylantowy Laur Medyczny i dr P. Hubert



Od lewej: dr M. Czerwiński odbierający Brylantowy Laur Medyczny, dr P. Hubert, dr E. Szyszkowska-Sinica

Szanowni Seniorzy, Drogie Koleżanki i Koledzy,

Przed Świątami Bożonarodzeniowymi, dnia 12 grudnia 2023 r. w Hotelu Filmar odbyło się spotkanie naszej społeczności. Spotkanie nie tylko z okazji zbliżających się świąt, ale również po to, by uhonorować nasze koleżanki i naszych kolegów, którzy przepracowali 50 i więcej lat i nadal są aktywni zawodowo. Trudno w to uwierzyć, ale takich aktywnych lekaerek i lekarzy jest w naszej Izbie 102 osoby. Dlaczego tak dużo? Przyczyną był „okres covidowy”, który szczęśliwie mamy za sobą (czy na pewno?). Poprzednie spotkanie z wręczeniem Dyplomów Brylantowego Lauru Medycznego odbyło się 19 stycznia 2018 r. Dyplomy otrzymało wówczas 17 osób.

W imieniu Pana dr. Wojciecha Kaatz Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Toruniu, Pan dr Piotr Hubert dokonał uroczystego wręczenia Dyplomów Brylantowego Lauru Medycznego. Na naszym spotkaniu wręczyliśmy 48 Dyplomów osobom, które uświetniły nasze spotkanie. Dziękuję wszystkim laureatom i gratuluję siły i wytrwałości w pracy. Wśród wyróżnionych są też nasze koleżanki, które znajdują czas również na pracę w na-



Od lewej: dr P. Hubert, dr E. Szyszkowska-Sinica, dr M. Muszytowski, A. Lis

szej Komisji ds. Senioratu i spraw społecznych. Gratuluję.

Po dość długiej części oficjalnej nastąpiła część również oczekiwana, czyli czas na rozmowy, wspomnienia i spotkania z niektórymi nawet po latach. Przy okrągłych, udekorowanych świątecznie stołach rozmowom nie było końca. Dlaczego okrągłe stoły? Frekwencja tym razem była tak duża, że przy innych stołach byśmy się nie pomieścili. Było nas ponad 100 osób!

Następnie część kulinarna w tradycji wigilijnej, potrawy wigilijne, ryby, pierogi, kapu-

sta z grzybami a na deser wigilijne słodkości – pierniki, ciasteczka, keks i makowiec. Do picia kompot z suszu.

Nasze spotkanie trwało ponad trzy godziny i z rozmów z uczestnikami wiem, że taka forma spotkań jest oczekiwana. Z mojej strony zapraszam do aktywnego uczestnictwa w pracy naszej Komisji. Potrzebujemy nowych pomysłów, nowych osób by w jak największym stopniu uaktywnić nasze środowisko „Silersów”.

Szczególnie dziękuję Pani Agnieszce i Pani Ani z ramienia Izby naszym opiekun-



Odznaczeni

kom – jesteście „wielkie”, wyrozumiałe i cierpliwe, bez Pań wiele rzeczy okazałoby się niemożliwe.

Szanowni Koleżanki i Koledzy, którzy jeszcze nie uczestniczyliście w naszych spotkaniach, dzwonicie do naszej Izby Lekarskiej, zostawcie swój numer telefonu, email wówczas Pani Agnieszka będzie mogła Was poinformować o naszych dalszych planach.

Elżbieta Szyszkowska-Sinica

w imieniu Komisji Senioratu i Spraw Socjalnych
KPOIL w Toruniu



CENTRUM MEDYCZNE
INREMEDI
CENTRUM REHABILITACJI

Prywatne Centrum Medyczne INREMEDI w Toruniu

ZATRUDNI: lekarzy specjalistów lub
lekarzy w trakcie specjalizacji:

- diabetologa
- alergologa
- reumatologa
- endokrynologa
- psychiatrę

Dyrekcja Centrum zaprasza do współpracy:
dr n. med Wojciech Tajchman
i mgr Iwona Tajchman



Jesteśmy prywatną Placówką Medyczną znajdującą się w samym centrum Torunia - za wieżowcami, na przeciwko Targowiska Miejskiego. Prowadzimy działalność od 3 lat i zatrudniamy 14 specjalistów w tym 8 lekarzy.

Oferujemy: możliwość przyjmowania pacjentów 1 dzień w tygodniu lub więcej, nie wykluczamy również współpracy 1 lub 2 razy w miesiącu, możliwość elastycznego czasu pracy od poniedziałku do piątku od godziny 8.00 do 20.00. Zapewniamy korzystne warunki finansowe współpracy, w tym ceny wizyt i czas trwania zawsze są proponowane przez specjalistów. Oferujemy promowanie specjalisty na Portalu Znanylekarz oraz w Google+ i na banerach reklamujących naszą placówkę.

W ramach diagnostyki istnieje możliwość korzystania z punktu pobrania Vitalabo, mieszczącego się w naszej placówce oraz nowoczesnej aparatury USG. Dajemy możliwość kierowania pacjentów na zabiegi fizykoterapii, terapii manualnej, kinezyterapii i na psychoterapię oraz warsztaty antystresowe, które są prowadzone w naszym Centrum. Organizujemy szkolenia w zakresie psychosomatyki i umożliwiamy korzystanie z naszej bazy rehabilitacyjno - fizjoterapeutycznej na korzystnych warunkach.

Informacje na temat placówki znajdują się na stronie internetowej:

www.inremed.pl

Zapraszamy do kontaktu:

Tel. 698 835 709,

E-mail: inremed@gmail.com



UCHWAŁA Nr 217/IX/2023
Prezydium Okręgowej
Rady Lekarskiej
KPOIL w Toruniu
z dnia 30 listopada 2023 r.
w sprawie remontu nowej siedziby
Delegatury w Grudziądzu KPOIL w Toruniu

Na podstawie art. 26 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 1342 ze zm.), Uchwały Nr 63/IX/2023 ORL z dnia 15 czerwca 2023 r. oraz Uchwały Nr 35/VIII/2018 ORL z dnia 11 września 2018 r. w sprawie upoważnienia dla Prezydium ORL do działania w imieniu ORL w Toruniu, uchwała się, co następuje:

§ 1.

Prezydium ORL w Toruniu wyraża zgodę na podpisanie umowy z firmą w Grudziądzu na wykonanie prac adaptacyjno-wykończeniowych w nowej siedzibie Delegatury KPOIL w Grudziądzu przy ul. Skłodowskiej-Curie 16/1.

§ 2.

Wykonanie uchwały powierza się Skarbnikowi ORL.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

STANOWISKO Nr 2/IX/2023
Prezydium
Okręgowej Rady Lekarskiej
KPOIL w Toruniu
z dnia 30 listopada 2023 r.
w sprawie poparcia Apelu Nr 1
Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie
z dnia 23 listopada 2023 r.
w sprawie uchylenia przepisów dotyczących
przyznawania warunkowego prawa
wykonywania zawodu lekarza/lekarza
dentysty dla osób, które uzyskały
dypłom poza UE

Prezydium ORL w Toruniu popiera Apel Nr 1 ORL w Krakowie, w którym zauważono szereg powtarzalnych naruszeń ilustrujących niedoskonałość aktualnych rozwiązań ustawowych, które polegają w szczególności na:

1. nieuprawnionym posługiwaniu się tytułem specjalisty co wprowadza w błąd pacjentów,
2. licznych próbach obchodzenia wymogu zawierania umowy o pracę z osobą wnioskującą o przyznanie warunkowego prawa umowami tzw. kontraktowymi zawieranymi w ramach działalności gospodarczej,
3. bezpodstawnych próbach rejestracji indywidualnej praktyki lekarskiej,

4. pozorności realizacji wymogu nadzoru (gdzie po zwróceniu się z pismem do lekarza specjalisty o potwierdzenie deklaracji faktycznego sprawowania nadzoru nad osobą wnioskującą o warunkowe prawo wykonywania zawodu otrzymujemy informacje o braku wiedzy lub świadomości obowiązków w tym zakresie),
5. nieuprawnionego podejmowania zatrudnienia przez lekarza posiadającego prawo wykonywania zawodu na określony zakres czynności zawodowych w innych miejscach niż wskazano w decyzji Ministra Zdrowia,
6. permanentnym niedopełnianiu obowiązku zgłoszenia informacji Ministrowi Zdrowia oraz tut. Okręgowej Radzie Lekarskiej o zatrudnieniu (jego zmianie i okresie obowiązywania umowy).

Wprowadzone w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentyści procedury tzw. warunkowych praw wykonywania zawodu oraz prawa wykonywania zawodu na określony zakres czynności zawodowych, były odpowiedzią na kryzys deficytu kard medycznych wywołany pandemią wirusa SARS-CoV-2, a następnie podtrzymane wybuchem wojny na Ukrainie. Wnioski podniesione w apelu ORL w Krakowie są tożsame z wnioskami tut. ORL w Toruniu, podparte szerokim doświadczeniem ukazując globalnie (a nie tylko lokalnie) jak bardzo wadliwa jest procedura tzw. warunkowych praw. Brak możliwości weryfikacji znajomości języka polskiego, brak jasnej regulacji określającej uprawnienia lekarzy posiadających warunkowe prawo jest przyczyną wielu nieporozumień i nieprawidłowości ostatecznie mogących mieć swój niekorzystny finał w trakcie niesienia pomocy pacjentom.

W ślad za oceną Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie, Prezydium ORL w Toruniu uważa, iż konieczne jest usunięcie obowiązujących obecnie szkodliwych regulacji prawnych. Lekarze i lekarze dentyści, którzy uzyskali dyplom poza Unią Europejską chcąc leczyć pacjentów na terenie Rzeczypospolitej Polskiej powinni podjąć się nostryfikacji dyplomu lub złożyć Lekarski Egzamin Weryfikacyjny (Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Weryfikacyjny).

UCHWAŁA Nr 218/IX/2023
Prezydium
Okręgowej Rady Lekarskiej
KPOIL w Toruniu
z dnia 30 listopada 2023 r.

w sprawie dofinansowania spotkania
wigilijnego dla ubogich rodzin wielodziet-
nych, osób samotnych i niepełnosprawnych,
tzw. Opłátka Maltańskiego

Na podstawie art. 5 pkt. 19 i art. 26 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 1342 ze zm.) Uchwały Nr 35/VIII/2018 ORL z dnia 11 września 2018 r. w sprawie upoważnienia dla Prezydium ORL do działania w imieniu ORL w Toruniu, uchwała się, co następuje:

§ 1.

Prezydium ORL wyraża zgodę na przekazanie wpłaty na organizację Opłátka Maltańskiego – spotkania wigilijnego dla ubogich rodzin wielodzietnych, osób samotnych i niepełnosprawnych.

§ 2.

Wykonanie uchwały powierza się Skarbnikowi ORL.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UCHWAŁA Nr 219/IX/2023
Prezydium
Okręgowej Rady Lekarskiej
KPOIL w Toruniu
z dnia 30 listopada 2023 r.
w sprawie terminarza posiedzeń Prezydium
Okręgowej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 26 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 1342 ze zm.), Uchwały Nr 35/VIII/2018 ORL z dnia 11 września 2018 r. w sprawie upoważnienia dla Prezydium ORL do działania w imieniu ORL w Toruniu oraz § 8, ust. 1 Regulaminu działania Okręgowej Rady Lekarskiej KPOIL w Toruniu, stanowiącego Załącznik do Uchwały Nr 8/XXXVII/2019 XXXVII Okręgowego Zjazdu Lekarzy i Lekarzy Dentystów z dnia 30 marca 2019 r., uchwała się, co następuje:

§ 1.

1. Ustala się, że posiedzenia Prezydium ORL w Toruniu odbywać się będą, do września 2024 r., wg poniższego terminarza:
 - 8 lutego 2024 r.,
 - 11 kwietnia 2024 r.,
 - 4 lipca 2024 r.,
 - 29 sierpnia 2024 r.
2. Z uzasadnionych przyczyn możliwe są odstępstwa od ww. ustaleń.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UCHWAŁA Nr 220/IX/2023**Prezydium****Okręgowej Rady Lekarskiej
KPOIL w Toruniu****z dnia 30 listopada 2023 r.****w sprawie wykreślenia wpisu do rejestru
podmiotów wykonujących działalność
lecniczą lekarza wykonującego działalność
lecniczą w formie praktyki lekarskiej
w związku z ograniczeniem zakresu
czynności w wykonywaniu zawodu lekarza
na podstawie orzeczenia sądu lekarskiego**

TREŚĆ POUFNA

UCHWAŁA Nr 221/IX/2023**Okręgowej Rady Lekarskiej
KPOIL w Toruniu****z dnia 14 grudnia 2023 r.****w sprawie skierowania lekarza do odbycia
stażu podyplomowego**

Na podstawie art. 25 pkt 10 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 1342 ze zm.) i art. 15 ust. 9 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 1516 ze zm.), uchwala się, co następuje:

§ 1.

Okręgowa Rada Lekarska w Toruniu kieruje z dniem 1 stycznia 2024 r. do odbycia stażu podyplomowego w Specjalistycznym Szpitalu Miejskim im. M. Kopernika w Toruniu absolwentkę Uniwersytetu Medycznego, posiadającą prawo wykonywania zawodu lekarza w celu odbycia stażu podyplomowego wydane w dniu 14 grudnia 2023 r. przez Kujawsko-Pomorską Okręgową Izbę Lekarską w Toruniu.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2024 r.

UCHWAŁA Nr 222/IX/2023**Okręgowej Rady Lekarskiej
KPOIL w Toruniu****z dnia 14 grudnia 2023 r.****w sprawie skierowania lekarza do odbycia
stażu podyplomowego**

Na podstawie art. 25 pkt 10 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 1342 ze zm.) i art. 15 ust. 9 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 1516 ze zm.), uchwala się, co następuje:

§ 1.

Okręgowa Rada Lekarska w Toruniu kieruje z dniem 01 stycznia 2024 r. do odbycia stażu podyplomowego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Bł. Ks. J. Popiełuszki we Włocławku absolwenta Uniwersytetu Medycznego, posiadającego prawo wykonywania zawodu lekarza w celu odbycia stażu podyplomowego wydane w dniu 14 grudnia 2023 r. przez Kujawsko-Pomorską Okręgową Izbę Lekarską w Toruniu.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2024 r.

UCHWAŁA Nr 223/IX/2023**Okręgowej Rady Lekarskiej
KPOIL w Toruniu****z dnia 14 grudnia 2023 r.****w sprawie wyrażenia opinii**

Na podstawie art. 25 pkt 10 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 1342 ze zm.) i art. 15c ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 1516 ze zm.), uchwala się, co następuje:

§ 1.

Okręgowa Rada Lekarska w Toruniu pozytywnie opiniuje wniosek Powiatowego Szpitala w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o., mieszczącego się przy ul. Słowackiego 18, 87-700 Aleksandrów Kuj. w sprawie wpisania ww jednostki na listę podmiotów leczniczych oraz indywidualnych praktyk lekarskich i indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich uprawnionych do prowadzenia staży podyplomowych dla lekarzy (lista nr 1).

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UCHWAŁA Nr 224/IX/2023**Okręgowej Rady Lekarskiej
KPOIL w Toruniu****z dnia 14 grudnia 2023 r.****w sprawie potwierdzenia spełnienia
warunków kształcenia podyplomowego
lekarzy**

Na podstawie art. 25 ust. 1b ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz.U. z 2021 r., poz. 1342 ze zm.), art. 19 ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2022 r., poz. 1739, ze zm.), oraz art. 107 kpa – po rozpatrzeniu

wniosku wystąpienia Sympomed Sp. z o.o. Sp. K. o potwierdzenie spełniania warunków do prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy, uchwala się, co następuje:

§ 1.

Potwierdza się warunki do prowadzenia kształcenia podyplomowego określone w art. 19 ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty w okresie od 07.12.2023 do 09.12.2023, na obszarze Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu, w przedmiocie i zakresie obejmującym: Endokrynologię, diabetologię, choroby metaboliczne, ginekologię, na podstawie przedłożonego planu (programu) kształcenia, realizowanego w określonych planem formach i trybie kształcenia, przez osoby stanowiące planowaną kadrę dydaktyczną, prowadzonego we wskazanej, posiadanej bazie do prowadzenia kształcenia, oraz podlegającego, po jego zrealizowaniu, ocenie w ramach posiadanego wewnętrznego systemu oceny jakości kształcenia – przez Sympomed Sp. z o.o. Sp. K.

§ 2.

1. Wnioskodawcy przysługuje prawo wniesienia odwołania od uchwały do Naczelnej Rady Lekarskiej za pośrednictwem Okręgowej Rady Lekarskiej w Toruniu w terminie 14 dni od jej otrzymania.
2. Na podstawie art. 107 § 4 k.p.a. organ odstąpił od sporządzania uzasadnienia uchwały jako uwzględniającej żądanie strony w całości.

UCHWAŁA Nr 225/IX/2023**Okręgowej Rady Lekarskiej
KPOIL w Toruniu****z dnia 14 grudnia 2023 r.****w sprawie dofinansowania szczepień**

Na podstawie art. 25 pkt. 10 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (tj. Dz.U. z 2023 r. poz. 1234 ze zm.) oraz Uchwały Nr 193/IX/2023 ORL z dnia 15.09.2023 r., uchwala się, co następuje:

§ 1.

1. Okręgowa Rada Lekarska w Toruniu przyznaje dofinansowania do szczepień członkom KPOIL w Toruniu.
2. Listę osób objętych dofinansowaniem i kwoty dofinansowania zawiera załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UCHWAŁA Nr 226/IX/2023
Okręgowej Rady Lekarskiej
KPOIL w Toruniu
z dnia 14 grudnia 2023 r.
w sprawie dofinansowania szkoleń
i materiałów szkoleniowych

Na podstawie art. 25 pkt. 10 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 1234 ze zm.) oraz Uchwały Nr 192/IX/2023 ORL z dnia 15.09.2023 r., uchwala się, co następuje:

§ 1.

1. Okręgowa Rada Lekarska w Toruniu przyznaje dofinansowania do szkoleń i materiałów szkoleniowych członkom KPOIL w Toruniu.
2. Listę osób objętych dofinansowaniem i kwoty dofinansowania zawiera załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UCHWAŁA Nr 227/IX/2023
Okręgowej Rady Lekarskiej
KPOIL w Toruniu
z dnia 14 grudnia 2023 r.
w sprawie zwołania 42. Okręgowego Zjazdu
Lekarzy Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej
Izby Lekarskiej w Toruniu

Na podst. art. 23 ustawy z dnia 2.12.2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 1342 ze zm.), uchwala się, co następuje:

§ 1.

1. Okręgowa Rada Lekarska Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Rady Lekarskiej w Toruniu zwołuje 42 Okręgowy Zjazd Lekarzy Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu.
2. Ustala się termin Zjazdu na dzień 13 kwietnia 2024 r.
3. Organizację Zjazdu powierza się Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej KPOIL.
4. Miejsce obrad Zjazdu ustali Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej KPOIL.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UCHWAŁA Nr 228/IX/2023
Okręgowej Rady Lekarskiej
KPOIL w Toruniu
z dnia 14 grudnia 2023 r.
w sprawie sfinansowania spotkania
transportu chóru lekarzy z Bydgoszczy

Na podstawie art. 25 pkt 10 w zw. z art. 5 pkt 13 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 1342 ze zm.), uchwala się, co następuje:

§ 1.

Okręgowa Rada Lekarska w Toruniu wyraża zgodę na dofinansowanie kosztów transportu autokarowego członków Chóru Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy na Bożonarodzeniowy Koncert Kolęd.

§ 2.

Wykonanie uchwały powierza się Skarbnikowi Okręgowej Rady Lekarskiej.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.



Zespół Opieki Zdrowotnej
Pl. Rydygiera 1
86-200 Chełmno



Tel. 56 677 26 07
NIP: 875-13-50-414
REGON: 000310025
e-mail: sekretariat@zoz.chelmno.pl
www.zoz.chelmno.pl

Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Chełmnie
pilnie zatrudni w ramach umowy cywilnoprawnej:

LEKARZA SPECJALISTĘ ANESTEZJOLOGA
W CHARAKTERZE KOORDYNATORA
W ODDZIALE ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII
Z MOŻLIWOŚCIĄ PEŁNIENIA DYŻURÓW MEDYCZNYCH.

Szczegółowe warunki pracy i wynagrodzenia do omówienia z Dyrektorem ZOZ-u.

Zainteresowanych naszą ofertą prosimy o kontakt telefoniczny

lub przesłanie CV wraz z numerem telefonu do kontaktu na adres e-mail



+48 56 677 26 07 (sekretariat Dyrektora) lub **+48 56 677 26 24** (Kadry)



sekretariat@zoz.chelmno.pl lub **kadry@zoz.chelmno.pl**

Z ŻAŁOBNEJ KARTY



Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że w dniu 8 grudnia 2023 r.
zmarła Pani Doktor

**MARIA
MINKOWSKA**

88 lata

Absolwentka rocznika 1963 AM w Warszawie.
Lekarz okulista, zawodowo związana z Lecznicami
CITOMED w Toruniu.

Koledze Doktorowi **Jarosławowi Kąckiemu**
wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci

MAMY

składa Personel Oddziału Chorób Wewnętrznych i Nefrologii
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Włocławku
oraz Stacji Dializ DIAVERUM.

Pani Doktor **Elżbiecie Zdrójkowskiej-Rosochowicz**
wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci

MEŻA

składa Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska w Toruniu

Panu Doktorowi **Jarosławowi Kąckiemu**
wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci

MATKI

składa Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska w Toruniu

Państwu Dr Dr **Tomaszowi i Annie Rosochowicz**
wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci

OJCA i TEŚCIA

składa Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska w Toruniu

Panu Doktorowi **Marcinowi Olejniczakowi**
wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci

SIOSTRY

składa Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska w Toruniu

DELEGATURA WE WŁOCŁAWKU
Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej
zaprasza na

KLUBOWĄ SOBOTĘ
2 MARCA br.
od godz. 18.00

Spotykamy się w Delegaturze we Włocławku
ul. Kościuszki 16B/5

*Mile widziane własne
wypieki, nalewki, przekąski, owoce.*



SPECJALNA OFERTA FINANSOWANIA DLA LEKARZY*.

BMW X5 JUŻ OD 3100 PLN NETTO/MIES.**



Zeskanuj kod QR
i umów się na jazdę próbną.



Dealer BMW Dynamic Motors

ul. Toruńska 64
Lubicz Dolny (Toruń)
tel.: +48 56 645 21 70
www.bmw-dynamicmotors.pl

Dealer BMW Dynamic Motors

ul. Toruńska 272A
Bydgoszcz
tel.: +48 52 339 51 10
www.bmw-dynamicmotors.pl

Dealer BMW Dynamic Motors

ul. Wyszogrodzka 134
Płock
tel.: +48 24 268 24 08
www.bmw-dynamicmotors.pl

BMW X5 xDrive30d: Zużycie paliwa w l/100 km (WLTP, cykl mieszany): 8,2–7,1. Emisja CO₂ w g/km (WLTP, cykl mieszany): 215–186.

* Oferta dedykowana wyłącznie dla lekarzy. Nie dotyczy personelu administracyjnego czy pomocniczego, np. pielęgniarek, techników. W dokumentacji do rozliczenia potrzebne jest oświadczenie z numerem PWZ (prawo wykonywania zawodu). Oferta obowiązuje na zamówienia złożone do 30.06.2024.

** Rata miesięczna netto w BMW Comfort Lease dla przedsiębiorców dla BMW X5 xDrive30d za 348 910 PLN brutto. Opłata wstępna 20%, okres leasingu 36 miesięcy, średnioroczny deklarowany przebieg 15 000 km, gwarantowana wartość końcowa.