

Meritum

nr 3/2013

ISSN 1425-4255

MAGAZYN LEKARZY KUJAWSKO-POMORSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W TORUNIU



28 maja w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Toruniu uroczyście otwarto pierwszy w województwie kujawsko-pomorskim bank mleka kobiecego. Bank, powstały we współpracy z samorządem wojewódzkim oraz Fundacją Bank Mleka Kobiecego, będzie realizował program „Mamy mleko dla wcześniaka w województwie kujawsko-pomorskim”, którego celem jest stworzenie możliwości żywienia mlekiem kobiecym najbardziej potrzebujących noworodków – ciężko chorych i urodzonych przedwcześnie. Spiritus movens przedsięwzięcia była pani doktor Urszula Bernatowicz-Łojko – neonatolog ze szpitala na toruńskich Bielanych.

fot. Sławomir Blachowski

Nowy! **FORESTER**

2.0 DIT 240KM



Już jest **NOWY!** **SUBARU OUTBACK**

Zgodnie z oczekiwaniami rynku
jest już dostępny Subaru Outback 2.0
Diesel Boxer ze skrzynią automatyczną
bezstopniową Lineartronic



MULTI-SALON
ul. Fordońska 353
85-766 Bydgoszcz
tel: 52 516 10 00
52 324 20 32
52 321 75 32



Confidence in Motion

Multi-Salon **REISKI**

www.reiski.subaru.pl



Zmiana Kodeksu zamiast reformy systemu

Podczas ostatniego Krajowego Zjazdu Lekarzy tj. w lutym 2012 roku, minister Bartosz Arłukowicz obiecywał „stworzenie konkurencji dla NFZ”. Został zresztą za to brawa. Gwizdy, które tak ochoczo komentowały media, rozległy się dopiero wówczas, gdy pan minister salwował się ucieczką z mównicy, chcąc uniknąć odpowiedzi na zadawane przez prezesa Hamankiewicza pytania. Dziś obietnica stworzenia konkurencji dla NFZ to już przeszłość. Szef resortu zdrowia roztacza wizję „decentralizacji” tej instytucji. Używam cudzośłowu, bo jeśli przyjrzeć się bliżej ujawnionym szczegółom, będzie to osobiwa decentralizacja. Na miejsce zlikwidowanej enefzetowskiej centrali ma powstać Urząd Ubezpieczeń Zdrowotnych. Jego kompetencje będą o wiele szersze od poprzednika... Decentralizacja przez jeszcze większą centralizację? Dlaczego nie! Najważniejsze, by coś się działo, a jeśli jeszcze – tak jak w tym przypadku – zmiany przyniosą nowe etaty dla zaufanych urzędników – plan może zostać zrealizowany.

I to by było na tyle na temat czekających modyfikacji systemu. Bo „dla zdrowia i życia pacjentów równie ważne są kwestie, których nie rozwiąże żadna administracyjna decyzja ani zmiany prawne”, jak czytamy w „Liście do Przyjaciół Lekarzy”, najprawdopodobniej omyłkowo wysłanym do „Gazety Wyborczej”, której czytelnicz

nie są w 99% lekarzami. Po sążnistym wstępie i wypomnieniu nam „braku otwartości, bagatelizowania i ukrywania problemów”, zaprasza nas pan minister do „podjęcia trudu rewizji Kodeksu Etyki Lekarskiej, udoskonalenia go w taki sposób, by mógł być dla nas źródłem mądrości zawodowej i etycznej, a dla pacjentów – rękojmią”. „Musimy zacząć korzystać ze zdobyczy współczesnej bioetyki” – wskazuje nam Bartosz Arłukowicz. I żebyśmy przypadkiem nie zblądzieli, zaprasza do stałej współpracy grupę „wybitnych polskich bioetyków”.

Warto poznać poglądy zarekomendowanych przez ministra fachowców, by choć wyobrazić sobie, na czym korzystanie ze „zdobyczy współczesnej bioetyki” będzie polegać. Najbardziej medialny z szóstki naukowców, profesor Hartman, filozof z CM UJ, powiedział, że pojęcie „cywilizacja śmierci” jest chamskie, a „legalizacja eutanazji jest w perspektywie killkunastu, może dwudziestu lat nieunikniona ze względu na presję wewnętrzną i zewnętrzną”. Profesor Paweł Łuków, etyk z Uniwersytetu Warszawskiego, stwierdził na zorganizowanym przez Medycynę Praktyczną sympozjum na temat dylematów etycznych w praktyce lekarskiej, że „dzieci niekoniecznie muszą być poczynane i wychowywane w małżeństwach heteroseksualnych”. Profesorka Eleonora Zielińska, prawnik z tej samej co profesor Łuków uczelni, zasiada w Trybunale Stanu z rekomendacji „Ruchu Palikota” i od wielu lat wspiera organizację pozarządową dążącą do liberalizacji tzw. ustawy antyaborcyjnej. Doktor Joanna Różyńska, bioetyczka z Uniwersytetu Warszawskiego, tak wypowiada się na

łamach „Polityki” o swojej pracy doktorskiej pt. „Krzywdy istnienia”: „W pracy tej starałam się odpowiedzieć na pytanie, czy w erze nowoczesnej diagnostyki prenatalnej i preimplantacyjnej, skutecznych i bezpiecznych metod kontroli płodności oraz wspomaganey prokreacji jest coś moralnie nagannego w świadomym powołaniu do istnienia dziecka obciążonego poważnym upośledzeniem bądź chorobą o podłożu genetycznym”. Wśród ekspertów ministra jest także doktor Dorota Karkowska, prawnik z Uniwersytetu Łódzkiego, specjalizująca się wprawach pacjenta. Figuruje na tej liście jeszcze, profesor Barbara Chyrowicz z KUL – siostra zakonna, która chętnie wypowiada się na temat in vitro i eutanazji, ale – proszę mi wybaczyć – w taki sposób, że nigdy nie wiem, czy jest za czy przeciw.

Zastanawiające, że nie ma wśród wspomnianych „wybitnych fachowców” ani jednego lekarza. Czyżby w naszej profesji nie było nikogo kto zna się na bioetyce? Jaką wiedzę na temat chorých mają teoretycy, którzy doświadczyli bycia pacjentem lub może tylko odwiedzającym? Czy rzeczywiście trzeba po dziesięciu latach od nowelizacji gruntownie zmieniać KEL? Czy, cytując profesora Hartmana, nasz Kodeks „jest mieszaniną mowy-trawy oraz ekspresji różnych korporacyjnych fobii, urazów i zakłęb, nieudolną próbą połączenia dwóch zasad: dobra pacjenta i dobra korporacji”? Czy Kodeks powstały pod dyktando postępowej lewicy byłby lepszy od obecnego?

Sławomir Badurek
meritum@hipokrates.org

**OD REDAKTORA**Zmiana Kodeksu
zamiast reformy systemu _____ 3**WYBORY DELEGATÓW**

Lista Delegatów _____ 5

NAUKA

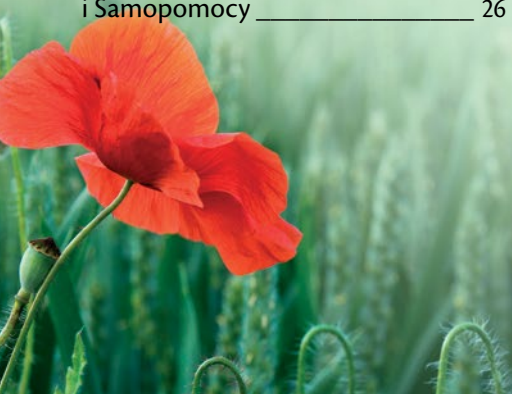
Zjazd wideochirurgów w Toruniu ___ 6

PRAWO I MEDYCYNĄInformacja o stanie zdrowia
pacjenta i najczęstsze problemy
prawne z nią związane _____ 8
Lekarze rezydenci
w świetle prawa _____ 20**RECEPTY**Wypisywanie leków
na receptach Rpw _____ 11**POBOCZA MEDYCYNĄ**Moje psy – lektury, wspomnienia
(z refleksji lekarza weterynarii) ___ 16**Z GRUDZIADZĄ**

Żegnając wiosnę, witając lato... ___ 18

KOMUNIKATY _____ 10, 14, 18Mistrzostwa Polski Lekarzy
w Lekkiej Atletyce _____ 19**TU KIEDYŚ BYŁA MEDYCYNĄ**Od „Zakaźnika” do obiektu
firmowego Budlexu _____ 23**Z ŻAŁOBNEJ KARTY** _____ 24**KĄCIK SENIORA**Byliśmy w Chorwacji _____ 25
Ogłoszenia Komisji Senioratu
i Samopomocy _____ 26

Meritum

ZESPÓŁ REDAKCYJNY:lek. Sławomir Badurek
(przewodniczący zespołu redakcyjnego)
dr n. med. Marian Łysiak**KOLEGIUM REDAKCYJNE:**lek. Sławomir Badurek (redaktor naczelny)
lek. Stanisław Hapyn
(przewodniczący kolegium redakcyjnego)lek. Anita Pacholec
dr n. med. Andrzej Kunkellek. Wiesław Umiński
mec. Krzysztof Izdebski**WSPÓŁPRACUJĄ:**Agnieszka Lis
mgr Elżbieta Wierzbowska-Umińska
mgr Anna Zielaskiewicz
lek. Joanna Nowacka-ApiyoNumer zamknięto 21.06.2013 r.
Redakcja zastrzega sobie prawo redagowania
tekstów, nie zwraca nadesłanych materiałów,
nie odpowiada za treść zamieszczonych
ogłoszeń i reklam.**Wydawca:** Kujawsko-Pomorska OkręgowaIzba Lekarska w Toruniu,
87-100 Toruń, ul. Chopina 20;
tel./fax: 56 655 41 60 i 655 41 61
konto: Bank Polska Kasa Opieki S.A.
I/O Toruń 63124040091111000044843364;
e-mail: meritum@hipokrates.orgwww.kpoil.torun.pl**Prosimy o uwagi, na podstawie
których będziemy naszą stronę
modelować i dopracowywać.****Skład i łamanie:** Kartel Press SA
www.kartel.com.pl**godziny pracy biura
KPOIL w Toruniu**poniedziałek 8 - 17
wtorek 8 - 18
środa 8 - 16
czwartek 8 - 16
piątek 8 - 13**SPRAWY BIEŻĄCE**Redakcja „Meritum” bardzo prosi
wszystkich lekarzy o weryfikowanie
adresów do kolportażu „Meritum”
i „Gazety Lekarskiej” (zmiany adresu,
rodziny lekarskie, które nie chcą otrzy-
mywać kilku egzemplarzy pism itp.).
E-mail: a.zielaskiewicz@hipokrates.org
lub a.lis@hipokrates.org lub
tel./fax 56 655 41 60 wewn. 18.Prosimy także wszystkich leka-
rzy o podawanie adresów poczty
elektronicznej oraz zmian dotyczą-
cych Państwa danych gromadzonych
w komputerowym rejestrze lekarzy
(adresy e-mail, zmiany nr telefo-
nów, zmiany nazwisk, zmiany miejsc
pracy, uzyskanie specjalizacji itp.).
E-mail: a.zielaskiewicz@hipokrates.org
lub a.lis@hipokrates.org lub tel./fax
56 655 41 60 wewn. 18. Przypominamy
także o możliwości zakładania za po-
średnictwem Izby kont mailowych na
serwerze Hipokrates.Rzecznik Praw Lekarza naszej Izby –
mec. **Krzysztof Izdebski**,
tel. 697 617 763,
e-mail: izdebski77@gmail.comPełnomocnik
ds. Zdrowia Lekarzy
i Lekarzy Dentystów KPOIL
– dr **Jolanta Sobczyk**,
tel. 781 266 546,
e-mail:j.sobczyk@hipokrates.org
(dyżury w KPOIL
– pierwszy wtorek miesiąca
w godz. 15.30 - 16.30).Oddział Głównej
Biblioteki Lekarskiej w Toruniu
tel. 56 622 71 93,
www.gbl.waw.pl



Wyniki wyborów delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy i Lekarzy Dentystów KPOIL (wraz z frekwencją w wyborach)

| | | | |
|---|--|---|---|
| <p>REJON 1 – 27% Powiat brodnicki</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Czaja Norman 2. Czaja-Mitura Izabela 3. Mitura Krzysztof | <p>REJON 8 – 41,3% Stomatologia Toruń</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bracha Olga 2. Bryndal Kazimierz 3. Chrupczak Krystyna 4. Godlewska-Niezgoda Alicja 5. Górski Piotr 6. Haenel Roman 7. Kaatz Wojciech 8. Kluziak-Muszarska Hanna 9. Kulesza Liliana 10. Kwiatkowska Elżbieta 11. Wielgosz Natalia 12. Zielińska Anna | <p>REJON 12 – 39,9% Lecznictwo otwarte Toruń</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brukiewa Radosław 2. Hapyn Stanisław 3. Jelińska Aleksandra 4. Kobylińska-Sawicka Aleksandra 5. Laskowska-Przybylska Hanna 6. Lis Jarosław 7. Sobczyk Jolanta 8. Szampan Janina 9. Wojnowski Łukasz | <p>REJON 17 – 64% Powiat rypiński</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dąbrowski Andrzej 2. Sharma Surya |
| <p>REJON 2 – 50% Powiat chełmiński</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kończak Karol 2. Piekarski Piotr | <p>REJON 9 – 44,1% Specjalistyczny Szpital Miejski Toruń</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Chmielewska Jolanta 2. Gessek Jacek 3. Hubert Piotr 4. Józefowicz Sławomir 5. Pawlik Tomasz | <p>REJON 13 – 56% Stomatologia Grudziądz</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nowakowska-Granica Liliana 2. Błażejowski Jacek 3. Baranowski Marek | <p>REJON 18 – 37,7% Powiat aleksandrowski</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beciński Jerzy 2. Miedzińska Halina 3. Miedziński Sławomir 4. Kroina Krzysztof |
| <p>REJON 3 – 32% Powiat ziemski toruński</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bednarek Szymon 2. Bejnar Krzysztof 3. Fabiszewski Arkadiusz | | | <p>REJON 14 – 34% Regionalny Szpital Specjalistyczny Grudziądz</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Danielewicz Beata 2. Dziadek January 3. Goryński Sławomir 4. Kowalski Piotr 5. Nowak Marek 6. Sobczyńska Agnieszka |
| <p>REJON 4 – 43,4% Powiat golubsko-dobrzyński</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lenartowicz Jacek 2. Radzikowski Witold | <p>REJON 10 – 54,3% Młodzi lekarze</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Krosnowska Agnieszka 2. Pawlik Rafał | <p>REJON 15 – 40% Miasto i powiat Grudziądz</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brzozowska Lidia 2. Kubalski Piotr 3. Myszkowski Grzegorz 4. Umiński Wiesław | <p>REJON 20 – 27,6% Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Włocławek</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bieliński Jan 2. Czerniak Daniel 3. Jonczyk Michał 4. Kalinowski Jacek 5. Kwiatkowski Stefan |
| <p>REJON 5 – 43,2% Powiat wąbrzeski</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Olejnik Jan | | | <p>REJON 11 – 45% Lekarze seniorzy Toruń</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Izdebski Stanisław 2. Kasprzycka-Janowska Romana 3. Kędzierska Małgorzata 4. Kędzierski Andrzej 5. Stasiak Henryk 6. Szydłowska Marianna 7. Werner Bożena |
| <p>REJON 6 – 25,4% Wojewódzki Szpital Zespólny Toruń</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Badurek Sławomir 2. Górka Ewelina 3. Grobelska Ewa 4. Janowski Marian 5. Kasztelowicz Dorota 6. Kowalkowski Gerard 7. Krzemiński Rafał 8. Mielcarek Robert 9. Sadurski Stanisław 10. Skop Aleksander | | <p>REJON 16 Powiat lipnowski Z powodu braku kandydatów wybory nie odbyły się</p> | <p>REJON 22 – 38,4% Lekarze seniorzy Włocławek</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brożek Maria 2. Kunkel Andrzej |
| <p>REJON 7 – 39,6% Stomatologia Włocławek</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Duczmańska Katarzyna 2. Grzybowski Mirosław 3. Haraburda Agnieszka 4. Karczewski Andrzej 5. Łuczak-Hoppe Agnieszka 6. Pacholec Anita | | | <p>Ogólna frekwencja wyborcza wyniosła 41,89%. Wybrano 95 delegatów. Nie wybrano 7 delegatów (2 z Torunia i 5 z terenu Włocławka)</p> |

Zjazd wideochirurgów w Toruniu

W dniach 5 - 7 czerwca 2013 roku w Toruniu odbyły się połączone obrady XVII Zjazdu Sekcji Wideochirurgii TCHP oraz IX Konferencji „Zaawansowane Operacje Laparoskopowe”. Wśród około 400 uczestników byli wybitni specjaliści wideochirurgii z Polski i zagranicy. Podczas uroczystego otwarcia Zjazdu i Konferencji, które miało miejsce w Dworze Artusa, prof. Marek Jackowski – Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego, przedstawił historię i perspektywy chirurgii małoinwazyjnej. Najważniejszym punktem inauguracji było wręczenie dyplomów honorowego członkostwa Sekcji Wideochirurgii TCHP. Otrzymali je: profesor Barry A. Salky z USA, prof. Cristiano Huscher z Włoch oraz Sybil Storz z Niemiec, prowadząca rodzinną firmę Karl Storz, znanego niemieckiego producenta sprzętu endoskopowego. Dzień później do grona wyróżnionych dołączył profesor Antonio M. Lacy z Hiszpanii, który z uwagi na liczne obowiązki zawodowe przyjechał do Torunia na kilkanaście godzin, by wygłosić wykład inauguracyjny. Warto podkreślić, że w bogatym programie obrad znalazła się sesja pielęgnarska.

Stawomir Badurek
zdjęcia: **Stawomir Blachowski**



Jednym z wyróżnionych honorowym członkostwem Sekcji Wideochirurgii TCHP był Cristiano Huscher z Włoch



Profesor Marek Jackowski otwiera Zjazd i Konferencję.



Od lewej: prof. Marek Jackowski z żoną, dr Jacek Piątkowski, dr Roman Budziński.



Goście i uczestnicy obrad podczas uroczystego otwarcia w Dworze Artusa.



Gościem specjalnym Zjazdu była Sybil Storz z firmy Karl Storz, produkującej sprzęt endoskopowy.



W części artystycznej inauguracji zaprezentowała się Nocna Zmiana Bluesa.



Barry A. Salky z uniwersytetu stanowego w Tennessee podczas wykładu inauguracyjnego.

Sesja dla pielęgniarek



Część naukowa miała miejsce w hotelu Copernicus.

Stoisko jednego z producentów sprzętu medycznego.





Informacja o stanie zdrowia pacjenta i najczęstsze problemy prawne z nią związane

Podmiotowość bierna, czyli komu może być udzielona informacja o stanie zdrowia pacjenta.

Pacjent – podstawowy adresat informacji o swoim stanie zdrowia.

Zgodnie z art. 31 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (zwanej dalej: ustawą) lekarz ma obowiązek udzielania informacji tylko osobie do tego uprawnionej, czyli pacjentowi, jeżeli ukończył szesnaście lat i jest zdolny do jej zrozumienia. Przepis ten nie wymaga, aby odbiorca informacji był pełnoletni lub posiadał pełną zdolność do czynności prawnych. W obecnym stanie prawnym lekarz ma obowiązek udzielić pacjentowi oraz osobie przez niego wskazanej, tzw. „powiernikowi”, pełnej informacji o jego stanie zdrowia, jeżeli pacjent lub powiernik wyrazi takie żądanie.

Pacjent: niepełnoletni, nieprzytomny lub niezdolny do zrozumienia informacji

W sytuacji, gdy pacjent nie ukończył lat szesnastu lub jest nieprzytomny albo niezdolny do zrozumienia informacji, lekarz ma obowiązek udzielania informacji o jego stanie zdrowia osobie bliskiej (art. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku praw Pacjenta). Osobą bliską – w myśl wskazanego powyżej przepisu – jest małżonek pacjenta, jego krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy

oraz osoba pozostająca we wspólnym pożyciu z pacjentem lub osoba wskazana przez pacjenta jako osoba bliska.

Osobą niezdolną do zrozumienia informacji może być np. osoba znajdująca się w stanie nietrzeźwym czy też będąca pod wpływem środków odurzających. Jeżeli pacjent nie ukończył szesnastu lat lub jest nieprzytomny albo niezdolny do zrozumienia informacji, a nie posiada przedstawiciela ustawowego albo porozumienie się z nim jest niemożliwe, lekarz ma prawo przekazać ją jego opiekunowi faktycznemu. Opiekunem faktycznym jest osoba wykonująca, bez obowiązku ustawowego, stałą pieczę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo swój stan psychiczny pieczy takiej wymaga. O stałej pieczy można mówić wówczas, gdy dana osoba sprawuje ją przez cały czas występowania okoliczności ją usprawiedliwiającej. Kodeks Etyki Lekarskiej (zwany dalej: KEL) reguluje ten problem szerzej, a mianowicie art. 16 ust. 2 KEL stanowi, że lekarz, w przypadku chorego nieprzytomnego, może udzielić dla jego dobra niezbędnych informacji osobie, „co do której jest przekonany, że działa ona w interesie chorego”. Pacjentowi, który nie ukończył szesnastu lat, lekarz udziela informacji jedynie w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego. To lekarz dokonuje oceny tego, czy zachodzą okoliczności uzasadniające ujawnienie określonych

Wprowadzenie: tajemnica lekarska a udzielanie informacji

Częstym problemem, na jaki natrafiają lekarze, jest kwestia informowania o stanie zdrowia chorych, ich bliskich, osób zainteresowanych oraz dziennikarzy, w sytuacji gdy chory jest osobą medialną. Problematyczne jest także udzielanie informacji o stanie i zdrowiu pacjenta przez telefon. W tekście tym postaram się nakreślić pewne zasady, które mogą okazać się pomocne w takich sytuacjach.

Niezmiernie istotne jest to, co kryje się za pojęciem „zachowanie tajemnicy lekarskiej”. Należy pamiętać, że zachowaniem tajemnicy lekarskiej jest powstrzymanie się od ujawnienia wszelkich faktów dotyczących osoby pacjenta, a nie tylko informacji związanych z jego stanem zdrowia¹.

Znamienne jest to, iż pacjent nie ma obowiązku zastrzeżenia, iż informacje, które przekazuje lekarzowi, są objęte tajemnicą i prosi o ich nieujawnianie. Tajemnica lekarska obejmuje wszystkie fakty dotyczące pacjenta, o których lekarz dowiedział się w trakcie leczenia. Pamiętać należy również o tym, iż obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej nie ustaje po zakończeniu leczenia.



informacji nieletniemu. W przypadku osoby niepełnoletniej lekarz udziela wyjaśnień tej osobie oraz jej rodzicom albo opiekunowi.

Powiernik, czyli osoba wskazana przez pacjenta

Ustawa w art. 31 ust. 2 przewiduje, że tzw. „innym osobom” lekarz może udzielać informacji tylko za zgodą pacjenta. Niezmiernie ważne jest to, aby przez pojęcie „inne osoby” rozumieć także członków rodziny pacjenta. Podobnie kwestię tę reguluje art. 16 KEL, który stanowi, że „informowanie rodziny lub innych osób powinno być uzgodnione z chorym”.

Zakres przedmiotowy udzielanej informacji

Ustawa podaje wprost katalog informacji, które muszą być przez lekarza przedstawione pacjentowi. Są to informacje o stanie zdrowia, o rozpoznaniu, o proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, o dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, o wynikach leczenia oraz o rokowaniu na przyszłość. Bardzo podobnie tę kwestię uregulował KEL, zgodnie z którym lekarz powinien poinformować pacjenta o stopniu ewentualnego ryzyka zabiegów diagnostycznych i leczniczych, spodziewanych korzyściach związanych z wykonywaniem tych zabiegów oraz możliwościach zastosowania innego postępowania medycznego. Udzielając informacji pacjentowi, lekarz ma obowiązek zróżnicować przekazywaną informację w zależności od konkretnej, osobistej lub zawodowej jego sytuacji. Ortopeda powinien mieć na względzie to, że np. pacjent jest lekkoatletą. Prawdopodobnie dla zwykłego pacjenta powikłania narządów ruchu po przeprowadzonej operacji nie będą tak dramatyczne w skutkach, jak dla czynnego zawodowo sportowca. Na wyraźne żądanie pacjenta lekarz powinien rozszerzyć przekazywaną mu informację. Zgodnie z utrwalonym orzecznictwem sądowym „zakres obo-

wiązku informacji nie zależy od tego, co lekarz sądzi, ile pacjent powinien wiedzieć, lecz od tego, co rozsądna osoba będąca w sytuacji pacjenta obiektywnie potrzebuje usłyszeć od lekarza, aby podjąć poinformowaną i inteligentną decyzję wobec proponowanego zabiegu²”. Istotne jest to, aby informacja udzielona pacjentowi była dokonana z wyprzedzeniem, tak aby pacjent mógł ją przemyśleć i podjąć stosowne decyzje. Informacje muszą być przystępne, powinny być przekazywane w sposób zrozumiały dla pacjenta. A. Gubiński dodawał, że w razie, gdyby lekarz dostrzegł, że pacjent nie wszystko zrozumiał, powinien jeszcze raz przedstawić rzecz, rozproszyć wątpliwości i usunąć niejasności³.

Podmiotowość czynna, czyli kto może udzielić informacji o stanie zdrowia pacjentów.

Informacji o stanie zdrowia pacjenta może udzielić tylko:

- lekarz prowadzący pacjenta,
- lekarz operator,
- lekarz anestezjolog.

W zakresie opieki pielęgnacyjnej i zabiegów pielęgniarstwa informacji udziela pielęgniarka lub położna.

Informacja o stanie zdrowia osoby publicznej

Oczywistym jest, że w przypadku, gdy osoba publiczna trafia do szpitala, wzbudza ona szerokie zainteresowanie mediów. Wielokrotnie przy tej okazji słyszymy w mediach informacje o stanie zdrowia tej osoby czy ogólniej – spekulacje, domysły, plotki na temat jej zdrowia, leczenia, urazów itp. Opinia publiczna chciałaby znać sytuację zdrowotną swojego idola, znanego sportowca, planowane leczenie, powrót na scenę itd. W takiej sytuacji pojawia się jednak zasadnicze pytanie: czy lekarz może udzielić informacji o stanie zdrowia pacjenta (osoby znanej) mediom?

Odpowiedź jest prosta: może, ale tylko wtedy, gdy osoba ta – pacjent wyraził na to zgodę. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

wprowadziła ogólny obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej, a także wskazała wprost wyjątki od obowiązku zachowania tajemnicy. I tak: lekarz może udzielić informacji, gdy tak stanowią przepisy odrębnych ustawach, gdy zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób; gdy pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy, gdy zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń; gdy badanie lekarskie zostało przeprowadzone na żądanie uprawnionych, na podstawie odrębnych ustaw, organów i instytucji (wówczas lekarz jest obowiązany poinformować o stanie zdrowia pacjenta wyłącznie te organy i instytucje); gdy zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie lekarzowi sądowemu lub wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Jest to katalog zamknięty i dotyczy każdego pacjenta, niezależnie od tego czy jest on osobą publiczną, czy też nie. Jak widać, nie ma w tym katalogu zapisu, który dopuszczałby informowanie mediów o stanie zdrowia osoby znanej dlatego, że jest ona osobą publiczną, osobą, której życiem żyją inni. W związku z powyższym lekarz nie może informować mediów o stanie zdrowia jakiegokolwiek pacjenta, w tym również pacjenta będącego osobą publiczną. Jest tylko jeden wyjątek od tej zasady, a mianowicie sytuacja, w której pacjent zgodzi się na to. Koniecznie należy jednak zaznaczyć, iż lekarz, w przypadku gdy pacjent wyraża wolę informowania mediów o stanie swojego zdrowia, musi poinformować pacjenta o niekorzystnych dla niego skutkach ujawnienia informacji o stanie zdrowia. Wynika to wprost z art. 40 ust. 2 pkt 4 ustawy. I choć dobro pacjenta jest dobrem najwyższym, to lekarz powinien także zadbać o swoje bezpieczeństwo prawne i zastosować



się do dyspozycji odpowiednich przepisów prawa. I tak w sytuacji, gdy pacjent wyraził zgodę na informowanie mediów, lekarz powinien odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej wraz z informacją o tym, iż pacjent został pouczony o niekorzystnych dla niego skutkach ujawnienia mediom informacji o jego stanie zdrowia. Oczywiście jest, że z takiej informacji o stanie zdrowia media mogą wyciągnąć niekorzystne dla pacjenta wnioski np. co do trybu życia, nałogów itd.

Ostatnio głośno było w doniesieniach prasowych o udzieleniu przez pielęgniarkę informacji o zdrowiu brytyjskiej księżnej Kate w związku z jej pobytem w szpitalu w trakcie ciąży. Dziennikarze wprowadzili w błąd pielęgniarkę, która telefonicznie udzieliła informacji, myśląc, iż rozmawia z rodziną księżnej. Finał sprawy był tragiczny, gdyż pielęgniarka w wyniku medialnej

nagonki popełniła samobójstwo. Sytuacja, która miała miejsce w Wielkiej Brytanii, nie jest niestety odosobniona.

Informacja udzielona telefonicznie

W Polsce nagminnie lekarze udzielają informacji o stanie zdrowia pacjenta telefonicznie. Nie jest to co prawda zabronione przez prawo, jednak telefonicznie można udzielić informacji tylko osobie do tego uprawnionej. Co do zasady lekarz nie może mieć żadnej pewności, że po drugiej stronie słuchawki znajduje się ojciec dziecka pogryzionego przez psa, a nie reporter lokalnej gazety albo firma dochodząca odszkodowań za różnego rodzaju nieszczęśliwe wypadki. Dla własnego bezpieczeństwa prawnego, aby nie zostać posądzonym o złamanie tajemnicy lekarskiej, lekarze nie powinni udzielać informacji o stanie zdrowia pacjentów telefonicznie. Niewątpliwie jest to bar-

dzo trudne, gdyż rodziny, lękając się o zdrowie swoich najbliższych, bywają często natarczywe. Rozwiązaniem tego problemu, choćby częściowym, może być np. wprowadzenie zasady, że lekarz oddzwania do rodziny pacjenta (osoby bliskiej). Znacznie zwiększy się wtedy prawdopodobieństwo tego, iż rozmawia on z osobą rzeczywiście uprawnioną do pozyskania informacji o pacjencie.

Aneta Naworska
radca prawny
Kancelaria Naworska
Marszałek Plaza Sp.k.

¹ J. Zajdel, Prawo medyczne dla lekarzy dentyistów, Łódź 2011, s. 113

² Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 29 września 2005 r., sygn. I Aca 236/05

³ A.Gubiński, Komentarz do kodeksu etyki lekarskiej poprzedzony podstawami odpowiedzialności karnej lekarza, Warszawa 1993, s. 116

Serdecznie zapraszamy do udziału w konferencjach dla Lekarzy organizowanych w Toruniu w 2013 roku

■ 20-21 września



**XVII Ogólnopolskie Sympozjum Diabetologiczne
DIABETICA EXPO 2013
XI Ogólnopolskie Forum Profilaktyki i Leczenia Otyłości**

■ 18-19 października

EXPODENT 2013

**XIX Ogólnopolska Konferencja Stomatologiczna
XIX TARGI STOMATOLOGICZNE EXPODENT 2013**

Patronat
honorowy:



Marszałek
Województwa
Kujawsko-Pomorskiego



Prezydent
Miasta
Torunia



ORGANIZATOR:

www.expo-andre.pl

Centrum Konferencji i Wystaw EXPO-ANDRE,
ul. Prosta 19/7, 87-100 Toruń

tel.: (56) 657-35-05, 652-20-66, tel. kom.: 506-134-639,
fax: (56) 657-35-06, e-mail: biuro@expo-andre.pl,

**Zapraszamy
do Torunia!**



Wypisywanie leków na receptach Rpw

Skrót najważniejszych informacji dotyczących wypisywania leków o kategorii dostępności Rpw:

Na wstępie zwracam szczególną uwagę, że analizując obowiązujące przepisy staram się podpowiedzieć jak najlepiej i najbezpieczniej wypisywać recepty, co wcale nie oznacza, że nie można ich wypisać w inny sposób również spełniający wymogi rozporządzenia. Proszę traktować niniejsze opracowanie jako moją interpretację przepisów w zakresie wypisywania i realizacji recept oraz dodatkowe propozycje, które często nie są wymogami rozporządzenia.

1. Leki oznaczone w Urzędowym Wykazie Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na Terytorium RP kategorią dostępności Rpw mogą być wypisywane TYLKO na receptach:

1a. zgodnych z załącznikiem nr 7 do rozporządzenia, oznaczonych jako Rpw, posiadających unikalny 22-cyfrowy numer recepty, który rozpoczyna się od 02 i na pozycji 21 posiada cyfrę 9, na których lekarz upoważniony do wypisywania leków refundowanych może wypisywać zarówno leki Rpw refundowane, jak i 100%;

1b. lekarz, który nie jest uprawniony do wypisywania leków refundowanych, może wypisywać leki Rpw na takich samych wzorach recept, ale z numeracją rozpoczynającą się od 07, którą pobiera we właściwym inspektoracie farmaceutycznym;

1c. stosowanie starych różowych wzorów recept, jednak takich bez pola „Choroba przewlekła” i zawsze z 22-cyfrowym numerem rozpoczynającym się od 01 jest dopuszczone do 31 marca 2013 r., a recepty wystawione do tego dnia będą jeszcze realizowane w aptekach w terminie ich ważności, czyli przez 14 dni.

2. Leki, które posiadają kategorię dostępności Rpw i muszą być wypisywane na receptach Rpw, można sprawdzić w Urzędowym Wykazie Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na Terytorium RP: <http://recepta.farmacja.pl/wykazy.html>

3. Poza wszystkimi innymi szczegółami, które musi posiadać każda typowa recepta, recepty Rpw muszą zawierać dodatkowo:

3a. wypisany tylko jeden lek z dokładnie określoną dawką;

3b. podane dokładnie dawkowanie i ilość leku nie większą niż na 30 dni i najlepiej tylko w jednostkach dawkowania (sztukach), a nie w opakowaniach (najlepiej sprawdzić ile jest jednostek dawkowania w opakowaniu i wypisać taką ilość, by apteka mogła wydać pełne opakowanie jednostkowe, oczywiście jeżeli taka ilość lekarzowi odpowiada). Konieczność podania dokładnego dawkowania niestety wyklucza możliwość wpisywania dawkowania w postaci zapisów d.s. wiadomo, a nawet złośliwe NFZty kwestionują często jedyny i logiczny zapis d.s. 1 x w razie bólu. Niestety nie można tu zastosować zdrowego rozsądku, bo nierozsądny oddział NFZ może odebrać refundację i choć uważam za całkiem prawidłowe zapisy konkretnego dawkowania, takie jak np. 1x1, to jednak najlepiej byłoby wpisać dawkowanie jeszcze wyraźniej, czyli 1 tabl. co 12 godz., 1 plaster co 3 dni, itp.

3c. wpisana w pełni słownie bez żadnych skrótów sumaryczną ilość substancji czynnej.

Ilość słowna ma oznaczać ilość substancji czynnej, a nie ilość jednostek dawkowania, tak więc wpis – sto tabletek czy dziesięć plastrów – jest błędny.

Choć można dodatkowo określać co to jest za substancja czynna, to nie ma takiej konieczności, bo wiadomo, że chodzi o wypisany lek i zapis samej ilości jest w zupełności wystarczający, czyli np. przy leku OxyContin 5 mg x 60 tabl. wystarczy wpisać – trzysta miligramów. Można dodać, jaka to jest substancja, ale uważam to nawet za niewskazane, gdyż często powstają błędy, gdy lekarz wpisuje niepełną nazwę i w aptece powstaje problem, czy realizować receptę z błędnie wpisaną substancją czynną i jej ilością. Przykładowo tabletki 5 mg leku OxyContin zawiera 5 mg chlorowodoru oksykodonu, co odpowiada już tylko 4,5 mg oksykodonu, więc wpisanie przez lekarza sumarycznej ilości trzystu miligramów oksykodonu zamiast chlorowodoru oksykodonu będzie błędne. Do tego dochodzą jeszcze pojawiające się błędy w nazwach chemicznych i niepotrzebne powody do kwestionowania tych recept przez NFZ.

4. Przy przekraczaniu dawki jednorazowej lub dobowej należy postawić obok tej przekraczanej dawki wykrzyknik i określić tę dawkę w pełni słownie oraz przystawić pieczęć i podpisać się CZYTELNICIE pełnym podpisem zawierającym te dane, które są na tej pieczęcie. Te oznaczenia wprowadzamy przy przekraczanej dawce, by było wiadomo, której dawki to dotyczy.

Zgodnie z rozporządzeniem: **Jeżeli przepisana dawka jednorazowa lub dobową leku zawierającego w swoim składzie środki odurzające grupy I-N lub substancje psychotropowe grupy II-P przekracza dawkę maksymalną określoną w Farmakopei Europejskiej, Farmakopei Polskiej lub odpowiedniej farmakopei uznawanej w państwach**



członkowskich Unii Europejskiej albo w Charakterystyce Produktu Leczniczego, a także w przypadku, gdy dawki maksymalnej nie określa Farmakopea Europejska, Farmakopea Polska lub odpowiednia farmakopea uznawana w państwach członkowskich Unii Europejskiej albo Charakterystyka Produktu Leczniczego, osoba wystawiająca receptę zobowiązana jest obok przepisanej dawki postawić wykrzyknik i zapisać ją słownie oraz umieścić swój czytelny podpis i pieczęć.

Zwyczajowo dawki sprawdzamy w Farmakopei Polskiej, a jeżeli ich tam nie znajdujemy to w charakterystykach produktów. Niestety Farmakopei Polskiej nie znajdziemy w Internecie, charakterystyki zaś można znaleźć na stronie: <http://leki.urpl.gov.pl>

Niestety rozporządzenie nie precyzuje szczegółów zapisu przekroczonej dawki, a z uwagi na problemy aptek i lekarzy z NFZtem powinno to być bardziej dokładnie opisane. Ponadto wejście nowych postaci leków, np. systemów terapeutycznych (np. plastry

TTS) dodatkowo komplikuje sposób zapisu zarówno sumy substancji czynnej, jak i przekroczonej dawki, gdyż możliwości ich zapisu jest kilka i to znacząco się różniących.

Uważam, że należy przyjąć, że gdy mowa o przekraczanej przepisanej dawce, mamy na myśli przekroczoną dawkę wynikającą z dawkowania, z którego może wynikać przekroczenie dawki jednorazowej lub dobowej lub obu jednocześnie. I znowu powstaje problem, którego rozporządzenie nie uwzględniło i nie wiadomo co robić, gdy obie dawki są przekroczone jednocześnie.

Tak więc musimy spróbować właściwie opisać kilka przypadków, które mogą wystąpić, postaramy się sprostac konieczności postawienia wykrzyknika, pieczętki i czytelnego podpisu oraz zapisania przekroczonej dawki słownie obok przepisanej przekroczonej dawki jednorazowej lub dobowej.

Choć zapis powinien pojawić się obok dawkowania, którego dotyczy,

to może to być czasami trudne do zrealizowania z uwagi na ilość miejsca na receptce. Jednak warto się starać tak wpisać przekroczenie dawki, by było z nią skorelowane, może jeśli nie z boku to zaraz pod dawkowaniem.

Tak więc:

1. gdy dany lek ilością substancji czynnej zawartej w stosowanej przez pacjenta dawce przyjmowanej jednorazowo przekracza jednorazową dawkę maksymalną, obok dawkowania należałoby postawić wykrzyknik, pieczętkę i czytelny podpis oraz zapisać słownie tę ilość substancji czynnej wynikającą z jednorazowego dawkowania (Przykład 2), można by też tę dawkę poprzedzić opisem: Dawka jednorazowa lub DJ;

2. gdy dany lek ilością substancji czynnej zawartej w stosowanej przez pacjenta dawce przyjmowanej jednorazowo nie przekracza jednorazowej dawki maksymalnej, ale z ilości tych dawek w ciągu doby wynika przekroczenie dawki dobowej, obok dawkowania należałoby postawić wykrzyknik, pieczętkę i czytelny podpis oraz zapisać słownie tę sumaryczną dawkę dobową wynikającą z sumy substancji czynnej podawanej w ciągu doby (Przykład 3), można by też tę dawkę poprzedzić opisem – Dawka dobowa lub DD;

3. rozporządzenie nie przewidziało specjalnego traktowania sytuacji, gdy lekarz na receptce ilością substancji czynnej w dawkowaniu przekracza jednocześnie dawkę maksymalną jednorazową i dobową. Zgodnie z rozporządzeniem wystarczy zaznaczyć tylko jedną z nich. Uważam jednak, że bezpieczniejsze byłoby dokładne wskazanie na ten fakt poprzez zapisanie z wykrzyknikiem każdej z tych dawek (Przykład 4).

Prawidlowa recepta Rpw na leki refundowane (różnice między receptą Rp a Rpw)

| | |
|---|-----------------------|
| Recepta 02XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX do 31 marca 2013r. (też dotychczasowe różowe blankiety o numeracji 22 cyfrowej 01XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX) | |
| Świadczeniodawca | |
| Pacjent | Oddział NFZ |
| | Uprawnienia dodatkowe |
| PESEL | Odpłatność |
| Rpw Tylko jeden lek i jego ilość w sztukach maksymalnie na 1 miesiąc Zawsze dawka i dawkowanie maksymalnie na jeden miesiąc Zawsze i w pełni słownie sumaryczną ilość substancji czynnej np. <i>dwie gramy</i> lub – <i>trzysta trzydzieści miligramów</i> (Ta ilość słowna to nie ilość tabletek czy plastrów a substancji) (substancji czynnej nie trzeba nazywać bo wynika z leku) DODATKOWO PRZY DAWCE Przy przekraczaniu dawki jednorazowej lub dobowej postawić obok niej wykrzyknik, pieczętkę, podpisać się w pełni słownie jak na pieczętce i określić tę dawkę w pełni słownie <i>przykład: ! pieczętka i czytelny podpis dwieście miligramów</i> lub przy plastrach – <i>dwieście mikrogramów na godzinę !</i> | |
| Data wystawienia: UWAGA - Recepta ważna tylko 14 dni | Dane i podpis lekarza |
| Data realizacji „od dnia”: X | |

Przykład 1: Recepta refundowana Rpw bez przekroczonej dawki

| | |
|---|---------------------------|
| Recepta 02XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | |
| Świadczeniodawca | |
| Pacjent | Oddział NFZ |
| | Uprawnienia dodatkowe |
| PESEL | Odpłatność |
| Rpw OxyContin 5mg 60 tabl. trzysta miligramów (suma wynika z 60 tabletek po 5mg) d.s. 1 tabl. co 12 godz. | |
| Data wystawienia: | Dane i podpis lekarza |
| Data realizacji „od dnia”: | Dane podmiotu drukującego |



Przykłady: Lek **OxyContin** zawiera substancję Oxycodoni hydrochloridum, dla której doustna maksymalna dawka jednorazowa wynosi 10 mg i maksymalna dawka dobowa 40 mg. Przykładowe zapisy dobrano rozmyślnie w taki sposób, by pokazać wszelkie możliwe sposoby przekroczenia dawki.

Przykłady: Lek **Durogesic**, plaster TTS zawiera substancję Fentanylum, dla której przezskórna maksymalna dawka jednorazowa i dobowa wynosi 0,1 mg/h (100 mcg/h), czyli Farmakopea nie określiła konkretnej dawki, a przyjęła ilość leku przyjmowanego w czasie. Choć można by obliczyć konkretną ilość na 24 godziny, to najprościej będzie skorzystać z systemu, który przyjęła Farmakopea.

Plaster, zgodnie z charakterystyką producenta, nosi się maksymalnie 73 godziny czyli 3 dni – maksymalna ilość plastrów na jednej receptce bez przekroczenia dawki to 10 sztuk o dawce 100 mcg/h, gdyż taka dawka będzie się utrzymywała przez 30 dni przy stosowaniu maksymalnie 10 plastrów kolejno po sobie zmienianych. Dawek mniejszych, bez przekraczania dawki maksymalnej, można by wydać proporcjonalnie więcej, np. plastra o dawce 25mcg/h można by wydać 40 sztuk na jednej receptce, ale tylko przy dawkowaniu 4 plastrów jednorazowo na 3 dni. W przeciwnym razie np. przy dawkowaniu 1 plastra na 3 dni, ilość leku byłaby większa niż na 1 miesiąc.

Niestety przykład plastrów TTS jest najlepszym dowodem na niedostosowanie przepisów do postępów farmacji. Przykładowo, gdy lekarz chciałby jednorazowo zastosować u pacjenta dawkowanie np. 125 mcg/h (czyli przyklejenie dwóch różnych plastrów na raz 100 mcg/h + 25 mcg/h), to musiałby przepisać dwie osobne recepty, jedną na plastry 100 mcg/h i drugą na plastry 25 mcg/h. Przepisy nie zabraniają takiego postępowania, jednak powstaje problem przekroczenia dawki maksymalnej w dawkowaniu u pacjenta, czego nie widać na żadnej z recept, a sumowanie obu recept na jednej byłoby absurdalne i znowu powstaje pytanie jak to najrozsądniej wypisać. Uważam, że przepisy nie zabraniają lekarzowi wypisywania kilku recept, jeżeli zachowany jest okres stosowania leku, nie zabraniają też aptece realizacji dowolnej liczbie recept, gdy nie wynika z nich przekraczanie okresu stosowania, co ma miejsce np. przy przepisywaniu na kilku receptach jednocześnie tego samego leku w różnych dawkach.

Do wypisywania recept na Durogesic potrzebujemy jeszcze sumaryczną ilość fentanylu w poszczególnych plastrach, by wypisać sumę fentanylu na receptce, i tak jeden plaster zawiera:

Durogesic 12,5 mcg/h = 2,1 mg
Durogesic 25 mcg/h = 4,2 mg

Przykład 2: Przekroczona tylko dawka jednorazowa

| | |
|--|---------------------------|
| Recepta 02XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX9X | |
| Świadczeniodawca | |
| Pacjent | Oddział NFZ |
| PESEL | Uprawnienia dodatkowe |
| Rpw | |
| OxyContin 10mg 120 tabl. tysiąc dwieście miligramów d.s. 2 tabl. co 12 godz. ! pieczętka i czytelny podpis DJ: dwadzieścia miligramów | |
| Data wystawienia: | Dane i podpis lekarza |
| Data realizacji „od dnia”: | Dane podmiotu drukującego |

Przykład 3: Przekroczona tylko dawka dobowa

| | |
|---|---------------------------|
| Recepta 02XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX9X | |
| Świadczeniodawca | |
| Pacjent | Oddział NFZ |
| PESEL | Uprawnienia dodatkowe |
| Rpw | |
| OxyContin 10mg 180 tabl. tysiąc osiemset miligramów d.s. 1 tabl. co 4 godz. ! pieczętka i czytelny podpis DD: sześćdziesiąt miligramów | |
| Data wystawienia: | Dane i podpis lekarza |
| Data realizacji „od dnia”: | Dane podmiotu drukującego |

Przykład 4: Przekroczenie dawki

| | |
|---|---------------------------|
| Recepta 02XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX9X | |
| Świadczeniodawca | |
| Pacjent | Oddział NFZ |
| PESEL | Uprawnienia dodatkowe |
| Rpw | |
| OxyContin 20mg 90 tabl. tysiąc osiemset miligramów d.s. 1 tabl. co 8 godz. ! Pieczętka Czytelny podpis DJ: dwadzieścia miligramów DD: sześćdziesiąt miligramów | |
| Data wystawienia: | Dane i podpis lekarza |
| Data realizacji „od dnia”: | Dane podmiotu drukującego |

Durogesic 50 mcg/h = 8,4 mg
Durogesic 75 mcg/h = 12,6 mg
Durogesic 100 mcg/h = 16,8 mg

Mnożąc tą ilość razy ilość poszczególnych plastrów na receptce, otrzymujemy wielkość substancji czynnej, którą zawsze musimy dopisać.



Dawka maksymalna przeskórna dla Fentanylu wynosi 100 mcg/h.

Przykład 1:

Recepta refundowana Rpw bez przekroczonej dawki

| | |
|---|---------------------------|
| Recepta 02XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX9X | |
| Świadczeniodawca | |
| Pacjent | Oddział NFZ |
| PESEL | Uprawnienia dodatkowe |
| Rpw | Odpłatność |
| Durogesic 100mcg/h 10 plastrów sto sześćdziesiąt osiem miligramów (suma wynika z 10 plastrów po 16,8mg fentanylu) d.s. 1 plaster co 3 dni | |
| Data wystawienia: | Dane i podpis lekarza |
| Data realizacji „od dnia”: | Dane podmiotu drukującego |

dr n. farm. Stanisław Piechuła

(przedruk za zgodą autorq z serwisu: www.recepta.farmacja.pl)

Przykład 2: Dla plastrów z fentanylem dawki maksymalne jednorazową i dobową określono tylko dawkę fentanylu uwalnianego do organizmu na godzinę, co pozwala zwracać uwagę tylko na tę wartość. Tak więc jeżeli lekarz przepisze takie dawkowanie plastrów, że będzie uwalniana do organizmu dawka większa niż 100 mcg/h, to należy uznać, że dawka została przekroczona.

Przekroczona dawka w dawkowaniu

| | |
|--|---------------------------|
| Recepta 02XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX9X | |
| Świadczeniodawca | |
| Pacjent | Oddział NFZ |
| PESEL | Uprawnienia dodatkowe |
| Rpw | Odpłatność |
| Durogesic 100mcg/h 20 plastrów trzysta trzydzieści sześć miligramów d.s. 2 plastry co 3 dni ! Pieczętka Czytelny podpis DJ: dwieście mikrogramów na godzinę | |
| Data wystawienia: | Dane i podpis lekarza |
| Data realizacji „od dnia”: | Dane podmiotu drukującego |



I MIĘDZYNARODOWY SALON FOTOGRAFII ARTYSTYCZNEJ LEKARZY PHOTOARTMEDICA 2013 – Częstochowa

Organizator: OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA w CZĘSTOCHOWIE

ul. Zajączka 5, 42-200 Częstochowa, Poland

Komisarz wystawy: dr n. med. Krzysztof Muskalski – artysta fotografik

Patronat: Stowarzyszenie Twórców Fotoklub Rzeczypospolitej Polskiej

Patronat medialny: National Geographic Polska

Do udziału w konkursie zapraszamy lekarzy i studentów medycyny z kraju i zagranicy.

Tematyka dla lekarzy: TEMAT WOLNY (kolor lub czarno-biały)

ŚWIATŁEM MALOWANE (kolor lub czarno-biały)

Tematyka dla studentów medycyny: ŚWIATŁEM MALOWANE (kolor lub czarno-biały)

Nagrody: w kategorii dla lekarzy („Temat Wolny” + „Malowane Światłem” łącznie)

PhotoArtMedica 2013 GRAND PRIX – nagroda rzeczowa (aparat fotograficzny)

W każdej z 2 kategorii dla lekarzy i 1 kategorii dla studentów:

I nagroda – Złoty Medal Fotoklubu RP i nagroda rzeczowa

II nagroda – Srebrny Medal Fotoklubu RP i nagroda rzeczowa

III nagroda – Brązowy Medal Fotoklubu RP i nagroda rzeczowa

Przewodniczący Jury: Mieczysław Cybulski AFRP, AFIAP, zdfp, hon. GFA, WTF, LTF, TFIO

– Prezes Stowarzyszenia Twórców Fotoklub RP

Miejsce wystawy: Muzeum Częstochowskie – Ratusz – Sala Reprezentacyjna

Każdy z Uczestników konkursu otrzyma po jego zakończeniu katalog I Międzynarodowego Salonu Fotografii Artystycznej Lekarzy PhotoArtMedica 2013.

Termin nadsyłania prac: 26 sierpnia 2013 r.

Przewaga dzięki technice

Audi



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.

Wyjątkowe modele Audi

w specjalnej ofercie dla lekarzy

Konarzewski

ul. Nowotoruńska 15, Bydgoszcz

tel. 52/320 88 13

www.konarzewski.audi.pl



Moje psy - lektury, wspomnienia

(z refleksji lekarza weterynarii)

Z początków świadomości wyłania się rozpacz po kundlu, dziś wypada raczej powiedzieć mieszańcu. Był bardzo samodzielny i zaradny. Wabił się Cygan i zginął tragicznie przez nieporadność przyjaciela ojca, który z Galicji na Ziemię Odzyskane przywiózł swój paniczny strach przed psami.

Rozpacz dziecka, która szczęśliwie szybko, choć może tylko powierzchownie mija, usunął obraz bernardyna, mimo swojej łagodności wzbudzającego respekt graniczący ze strachem. Ten odznaczał się niezwykłą opiekuńczością.

Wiele lat później przyjdzie czas na obiektywne obserwacje z ważnymi (dla autora tekstu) publikacjami. Wcześniej jednak kilkuletni chłopiec musiał pogodzić się, a to przyszło mu już dużo trudniej, z kolejnym odejściem swojej przyjaznej, choć budzącej strach fascynacji. Tym zdyscyplinowanym, o pogodnym usposobieniu olbrzymem, który w oczach dziecka nabierał jeszcze wielkości. W latach, gdy pierwsze antybiotyki częściej niż do ludzi trafiały do chorych koni, pan Suchocki, opiekun Barrego, usłyszał, że choroba jego pupila jest nieuleczalna...

I – co już było straszne – aby mu skrócić cierpienie, trzeba go zastrzelić. Dziecko najpierw pilnie nasłuchiwało, a następnie z empatią temu wiekowi właściwą dzieliło smutek przyjaciela dziadka. Dopytywało o szczegóły i domagało się wyjaśnień, tym usilniej, im konsekwentniej dorośli próbowali zbywać jego ciekawość, już wtedy grwitującą w kierunku „medycznego powołania”. Tym usilniej, im bardziej próbowali sobie poradzić z jego przeżyciami, których przecież nie mogli zgłębić, i już łatwiej dostrzegalnym niepokojem.

To chyba wtedy pojawiły się pierwsze naiwne, dziecięce marzenia: „Jak dorosnę, będę umiał im pomóc”.

Z tamtej dalekiej przeszłości wracają poruszające obrazy, akcje hycli (mające duże znaczenie w zwalczaniu wściekliczyny) zbierające w małych miasteczkach pogranicza wałęsające się bezpańskie psy. Towarzyszyły im opowieści małych i dużych gapiów, że przynajmniej część z nich zostanie przeznaczona „na mydło”.

Ważniejsze! Chłopiec zapamiętał radość opiekunów, gdy w ostatniej chwili zabierali z rąk „łapaczy” swoich niesfornych pupili, oraz strach i smutek, tak przynajmniej to odbierał, tych stworzeń, które pozostały w klatkach na wozach i wkrótce opuszczały miasteczko. Wiele lat później, eufemistycznie, nazwano to depopulacją.

Z następnych, szkolnych już lat wracają obrazy koleżanek i kolegów mówiących o swoich czworonożnych przyjaciółach. Wkrótce pierwszy poważny wybór, dla czternastolatka najczęściej niełatwy, chyba nie do końca uświadomiona średnia szkoła weterynaryjna, w jakiejś mierze naśladownictwo rok starszego kolegi, później zresztą prawnika. Po części kalkulacje dotyczące przyszłego życia: „Jeśli rodziców nie będzie stać na studia...?” Zanim pięć lat w dobrej szkole, jeszcze rozmowa z ojcem, komandosem generała Sosabowskiego, i jego dobrze zapamiętane pytanie: „Wiem, chcesz pomagać, ale nie boisz się krwi lub wykonywania zabiegów, oglądania ran i trzewi?”

Duże akcje zwalczania groźnych chorób zakaźnych były tym, czym manewry dla wojska. Różne też służby angażowano do pomocy przy zwierzętach, także nas, jeszcze uczniów szkół. A że przy tamtym

z lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych pogłowi zwierząt potrzebna była każda para rąk, korzystano także z chętnych do pracy więźniów – co dla dwudziestolatka było kolejnym nowym doświadczeniem. Ówczesne obserwacje sprowadzały się do konstatacji: z towarzyszącymi zwierzętami, psami, kotami rozmawiają serdeczniej niż między sobą. Często mówią wprost: „Panie, zwierzęta są lepsze” – choć większość ma trudności z odpowiedzią dlaczego. To wielu wie... Nie ma trudności dla szczerze zainteresowanych.

Praktyki miały posmak prawdziwej przygody, z namiętym wielokrotnym opowiadaniem sobie nawzajem o ciekawych przypadkach – najbliższym oraz zainteresowanym spoza zawodu. Dzienniczek praktyk z wpisaną dobrą oceną i pochwałą urastał do sukcesu życiowego.

Tylko choroby odzwierzęce, wówczas także nasze zawodowe, i siermiężna rzeczywistość przebrzmiała (czy na pewno?) epoki ograniczająca możliwość zapobiegania zoonozom co jakiś czas mroziły radość i kazały weryfikować entuzjazm, zwłaszcza gdy któryś z kole gów dowiadywał się, że sam jest chory lub przedwcześnie odchodził. Brucelozą codziennie była na ustach koleżanek i kolegów po fachu. Zabrała wielu szlachetnych, przedwcześnie. Falszery prawdy nie chcą do dziś o jej ofiarach słyszeć.

Także ta „...prawdziwa miłość nigdy nie ustaje...” Skąd się wzięła, dlaczego trwała? Chyba także dojrzewała? Do dziś te pytania pozostają bez odpowiedzi. A rozważania jak prawie zawsze niedokończone.

„To co jest z miłości wszystko jakby sporo. A co z przymuszenia wszystko jakby choro” (Mikołaj Rej)



Otwarta formuła nauki kazała w uprawianej profesji widzieć coraz więcej asocjacji budujących nowe, bogatsze piękno. Kazała także odkryć bogate relacje człowieka-opiekuna z jego „braćmi mniejszymi”. Również wspólnotę poszukiwań. Kazała dostrzec ich często ofiarną rolę w procesie poznawczym człowieka.

Jako pierwsze na myśl przychodziły zwierzęta doświadczalne. Pomyślmy o nagrodzie, najczystsza były opisy literackie, także poezja poświęcona swoim czworonożnym przyjaciółom.

Gdzieś w okolicach początku studiów czas przyniósł Nagrodę Nobla współtwórcy etologii Konradowi Lorenzowi. Zaczytywanie się w jego popularnych przekładach: „Tak zwane zło”, „I tak człowiek trafił na psa” i in. było potrzebą, kanonem, po trosze także snobistycznym obowiązkiem.

Jeszcze z lat studenckich pozostała w pamięci wakacyjna opieka nad pudlem pani docent z sąsiedniego wydziału, która w studentach weterynarii wyższych lat upatrywała zasadnie dobrych opiekunów dla swojej pupilki w przypadku wyjazdów, na które nie mogła jej zabrać. Tak naprawdę „pudliszki” tyleż głupiutkiej co sympatycznej i oddanej. Ta mała czarna suczka zmieniała sobie menu dokładnie co dwa tygodnie w sobotę przed południem. Ale, co ważniejsze, tymczasowemu opiekunowi okazywała bezwarunkową, pełną przywiązania psią miłość. Ciekawe, że w okresie jej nasilonego poszukiwania.

Razem z dyplomem przywieźliśmy malutką puszystą kulkę, 10-tygodniowego mieszańca znakomicie wręcz „udającego” walijskiego corgi. Uratowany przed losem swoich doświadczalnych pobratymców przysparzał wielu zabawnych, choć najczęściej niechcianych atrakcji. Nie wiedzieć czemu był agresywny w stosunku do starszych kobiet i osób w mundurach. Na nasze szczęście najczęściej straszyl odzianego przepisowo listonosza. Szczególną czułością darzył klientów pobliskiego baru, zamroczonych do stanu horyzontalnego alkoholem. Komuś podobał się za bardzo, choć pilnowany

był starannie, może tylko wychowywany nazbyt liberalnie, któregoś dnia znikł bez śladu. Całej czteropokoleniowej rodzinie długo jeszcze co jakiś czas wydawało się, że widziała go z kimś w tramwaju lub z tramwaju... jak spacerował w obcym towarzystwie.

Horyzont biologicznego rozumienia poszerzały też namiętne polemiki nad bestsellerowymi pozycjami Desmond Morrisa „Naga małpa”, dużo później „Zwierzę zwane człowiekiem” oraz Vitsusa Dreschera „Cena miłości” czy „Rodzinne gniazdo”, i in. pozycjami wówczas wyczekiwanyymi i „zdobywanymi”. A na poziomie ewolucji genetycznej postęp w rozumieniu przyniosła pozycja „Biologia twórcza” J. Rostanda; ta ostatnia lektura wśród innych zwieńczona wyjątkowym egzaminem u wspomnianej do dziś profesor Marii Szelągiewicz.

Psy w swoim naturalnym środowisku wróciły w tym samym mniej więcej czasie w niewielkiej objętości książeczce Hugona Lawicka „Solo dziki pies dingo” – apoteozie macierzyństwa psów żyjących w naturalnych siedliskach. Opisie przypadku wyłamującego się z odwiecznych praw przyrody.

Równocześnie, choć nie wiem, czy taki był zamiar autorki, po powrocie ze stażu w USA Agata Fonberg złożyła hołd psom używanym do wywoływania nerwic doświadczalnych, które przyczyniły się do poznania ich etiopatogenezy. Relacjonowane w tej pracy badania innych autorów określenie „nasi bracia mniejsi” czyniły jeszcze bardziej uprawnionym.

Autora, który w rodzimej literaturze przedmiotu znalazł zaledwie trzy prace na omawiany temat, fakt ten zmusił do przedstawienia w najogólniej dostępnym, jednym z nielicznych wówczas branżowych tytułów dwóch prac przeglądowych przenoszących wyżej wymienione badania na grunt weterynaryjny. W ocenie niektórych życzliwych recenzentów ukazały się za wcześnie. Na pewno też w nie najwłaściwszej dekadzie lat osiemdziesiątych.

W pamięci najbliższej rodziny ma swoje miejsce jamniczka Bella (imię jej szybko zamieniliśmy na mniej pretensjonalne),

która była z nami za krótko, chora na cukrzycę, a na koniec otruta, tak że po moc okazała się nieskuteczna. Pod powiekami został jej ufny do końca wzrok i własna przykra bezradność, a w pamięci jej niezwykła czuła osobowość.

Wkrótce, po niespełna sześciu latach pojawiła się możliwość łatwiejszego opisywania doświadczeń swoich i kolegów na łamach dostępniejszych już biuletynów Izb Lekarsko-Weterynaryjnych, a także wymiany między nimi. Uruchoimiły one nowe formy aktywności koleżanek i kolegów również na gruncie pozazawodowym. Nie zabrakło pierwszych, na różnym poziomie, prób literackich, w tym poetyckich.

Chętnym dało to możliwość dzielenia się z kolegami, czytelnikami szerszej pojętą historią zawodu oraz przekazywania polemik dotyczących etosu zawodowego. Także teraz nie zabrakło opisów psich pacjentów, którzy trwale wpisali się w pamięć.

Wieloletnie już doświadczenie obligeowało do stawiania pytań, o odpowiedź na które nie było i nie jest łatwo. Pytań, które śmiało podejmowali najlepsi, jak się wydawało, niezbyt często. Pytań z pogranicza „białej” i naszej „zielonej” medycyny, ale także etyki i filozofii medycyny, ogólniej ujmując. Czasami szczęśliwie prowadzących także na trudny grunt bioetyki. Pytania prowokowały do poznawania prac zmierzających do rzetelnej odpowiedzi.

Obok rosła tęsknota za minionym romantyzmem tego zawodu, który dwadzieścia lat wcześniej rozpoczął swój szybki marsz w niebyt.

Jak daleka i jak obiektywna okaże się samoocena? Oby mnie, wszystkim moim koleżankom i kolegom przyniosła spokój, wszak nie zawsze marzenia młodości, zrealizowane w wieku dojrzałym, mogą zaświadczać o pięknym życiu.

Jerzy Szenfeld

Tekst pochodzi z pracy zbiorowej pt. „Dawna medycyna i Weterynaria” pod redakcją Mariusza Z. Felsmanna, Józefa Szarka Mirosławy Felsmann.



Żegnając wiosnę, witając lato...

Urlop 2013? Oczywiście – żeglarski. Minionymi laty pływałem po Bałtyku i Morzu Północnym. Było wietrznie, czasem sztormowo, chłodno – jednym słowem – żeglarsko!

W tym roku uwzględniając marzenia żony o ciepłym południu zmiana kursu – Morze Egejskie i słynne Cyklady, czyli 8-dniowa majówka na nowoczesnym Oceanisie 473 ze zgraną, zaprzyjaźnioną załogą. Było ciepło, niestety tylko przez

2 dni wiało 6-7 B. Kryształowa woda, zapierające dech widoki greckich wysp i wysepek, wszechobecna Starożytność. Bajkowe, tętniące życiem mariny oraz przesympatyczni Grecy. Woda droższa od wina! Była to wspaniała, niepowtarzalna przygoda. Jednak morsko-żeglarskie serce pozostało na akwenach we wstępie wspomnianych.

Ahoj!

Wiesław Umiński

Koleżanki i Koledzy!

Chciałbym, nie bez satysfakcji, poinformować, że na terenie Grudziądza **WYBORY zostały pomyslnie zakończone**. Frekwencja ogólna wyniosła 43,33%

Za pośrednictwem naszego „Meritum” chciałbym podziękować tym wszystkim członkom naszego samorządu, którzy w trudnych dla niego czasach pofatygowali się osobiście lub wystali list i postawili krzyżyk na TAK.

Bardzo dziękuję Koleżankom i Koledgom, którzy czynnie włączyli się do pracy w Komisjach Skrutacyjnych. Dziękuję Przewodniczącym Komisji, którzy bardzo aktywnie działali nie tylko na terenie naszego miasta. Nie mogę nie wymienić dwóch nazwisk Marka Baranowskiego i Wojciecha Kaatza. Niejednokrotnie łączyło się to z ich częstymi dojazdami do odległego Torunia, Brodnicy, a przecież każdy z nas boryka się na co dzień z brakiem wolnego czasu. Jednak pomimo tego, udało się im znaleźć ten czas, często kosztem innych obowiązków oraz kosztem swojej pracy.

Tym, którzy są już delegatami na zjazd w kolejnej VII kadencji naszego samorządu serdecznie gratuluję. Wierzę, że współ-



KOMUNIKATY

PRACA

Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej w Gostyninie, ul. Zalesie 1A zatrudni **lekarza psychiatrę, internistę i neurologa** w pełnym lub niepełnym wymiarze czasu pracy z możliwością dyżurowania. Szacunkowe miesięczne wynagrodzenie brutto przy pełnym etacie wraz ze średnio 4 dyżurami medycznymi w miesiącu kształtuje się na poziomie:

- psychiatra około 13 000 PLN,
- internista około 12 000 PLN,
- neurolog około 8 700 PLN.

Ośrodek nie zapewnia mieszkań. Szczegółowe informacje możliwe są do uzyskania pod numerem tel. 24 235 85 47, mgr Agnieszka Jędrzejczak.



W dniach 26 - 28 lipca odbędzie się trzecia edycja Złotu Lekarzy-Motocyklistów **Chelmino MotoBridge**.

Zainteresowanych uczestnictwem w imprezie proszę o kontakt: zlotlekarzy@gmail.com

lub pod nr tel. **606 887 104**

Stanisław Leks – „Wiking”



na praca przyniesie wymierne efekty i spełni oczekiwania naszego środowiska.

Ostatnie dwa miesiące dla Regionalnego Szpitala Specjalistycznego im. Dr.

Wł. Biegańskiego w Grudziądzu były bardzo intensywne z punktu widzenia ważnych wydarzeń, jakie miały miejsce w placówce.

Kwiecień rozpoczął się niezwykłym na skalę całego kraju, podniosłym wydarzeniem. Mowa tu o **uroczystości intronizacji relikwii Błogosławionego Jana Pawła II**

oraz nadania tytułu kaplicy szpitalnej. Mszy św. przewodniczył Jego Ekscelencja Ksiądz Biskup Andrzej Suski, który także uroczystie nadał imię kapicy – bł. Jana Pawła II. Relikwie Jana Pawła II zostały przekazane Szpitalowi przede wszystkim z myślą o pacjentach. Bardzo ważnym czynnikiem w procesie leczenia jest nastawienie psychiczne chorego. Modlitwa często pozwala na zebranie sił i motywacji do walki z chorobą. Rodziny odwiedzające swoich bliskich w Szpitalu również szukają wsparcia, także tego duchowego, dającego na-

dzieję i motywację do walki z chorobą. Również lekarze, którzy codziennie walczą o ludzkie życie oraz zdrowie, też czasami potrzebują chwili wyciszenia czy modlitwy, by móc wykonywać swój zawód jak najlepiej.

W drugiej połowie kwietnia odbyło się **uroczyste otwarcie budynku psychiatrii i pulmonologii**, w którym uczestniczyli znamienici goście m.in. prof. dr hab. med. Aleksander Araszkievicz – Konsultant Wojewódzki ds. Psychiatrii, dr n. med. Grażyna Jagiełło – Konsultant Wojewódzki ds. Pulmonologii, prof. dr hab. n. med. Janusz Kowalewski – Kierownik Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów Płuc Centrum Onkologii w Bydgoszczy.

Regionalny Szpital Specjalistyczny im. Dr. Wł. Biegańskiego w Grudziądzu, chcąc sprostać konieczności niesienia pomocy psychiatrycznej chorym, zwiększył liczbę łóżek w oddziałach o tej specjalizacji. Nowo wybudowany obiekt kompleksu Psychiatrycznego, w którym leczone są zarówno dzieci, jak i dorośli, powstał w trosce o komfort i jak najlepsze warunki hospitalizacji chorych, którzy zasługują na najwyższą jakość leczenia. Także budynek Pulmonologii, do

tej pory znajdujący się przy ul. Mieszka I, został przeniesiony w pobliże głównego kompleksu Szpitala przy ul. Rydygiera. Oddział ten od dłuższego czasu wymagał poprawy warunków leczenia chorych, specjalistycznego sprzętu i pomieszczeń dostosowanych do hospitalizacji pacjentów z chorobami dróg oddechowych. Pacjenci Oddziału Pulmonologicznego i Oddziałów Psychiatrycznych, jak również personel, korzystają obecnie z najwyższej jakości sprzętu zakupionego dla tych oddziałów, dostosowanych do potrzeb i standardów europejskich gabinetów medycznych oraz przestronnych, nowoczesnych pomieszczeń do diagnostyki.

8 maja odbyła się **Rada Naukowa**, organizowana przez lekarzy z Oddziału Urologii Ogólnej i Onkologicznej. Tematami spotkania były: „Chirurgia laparoskopowa nerki”, „Nowoczesne metody leczenia kamicy układu moczowego”, „Hormonoterapia raka gruczołu krokowego – wytyczne a praktyka kliniczna”. Spotkanie miało charakter naukowo-szkoleniowy i zgromadziło wielu zainteresowanych.

*Pozdrawiam,
Wiesław Umiński*

MISTRZOSTWA POLSKI LEKARZY W LEKKIEJ ATLETYCE

W dniach 24 - 25 sierpnia 2013 r. na Stadionie Miejskim w Toruniu ul. Gen. J. Bema 23/29 odbędą się II. Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkiej Atletyce.

Zawody organizowane będą równolegle z 23. Mistrzostwami Polski Weteranów w Lekkiej Atletyce.

Osoba uczestnicząca w zawodach może być klasyfikowana podwójnie (kobieta, która ukończyła 30 a mężczyzna 35. rok życia) zarówno w mistrzostwach weteranów jak i lekarzy.

Klasyfikacja lekarzy odbywać się będzie w kategorii „open”.

Medale mistrzostw w poszczególnych konkurencjach otrzymają najlepsi po przeliczeniu wyników na punkty z uwzględnieniem kategorii wiekowych stosowanych w sporcie weteranów.

Rywalizacja w MPL odbywać się będzie w następujących konkurencjach: 100, 200, 400, 1500, 5000, skok w dal, skok wzwyż, trójskok, pchnięcie kulą, rzut dyskiem, rzut oszczepem.

Możliwe poszerzenie zakresu konkurencji w sytuacji dodatkowego zaintereso-

wania udziałem w konkurencjach nie ujętych w wykazie.

Osoby chętne do udziału w mistrzostwach proszone są o kontakt z organizatorem mistrzostw tel. **504 101 375** lub e-mail: **julek@onet.pl**

Komunikat organizacyjny i karta zgłoszenia do mistrzostw dostępne na stronie **www.pzwla.eu**

*Przewodniczący
Komitetu Organizacyjnego
23 MPW i 2 MPL
Lek. med. Julian Pełka
KPOIL Toruń*

§ LEKARZE REZYDENCI w świetle prawa

Status lekarza odbywającego specjalizację w ramach rezydentury określają przepisy Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, tekst jednolity (Dz.U. z 2011 r. nr 277, poz. 1634 ze zm.), oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz.U. nr 213, poz. 1779 ze zm.).

9 stycznia 2013 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz.U. z 2013 r., poz. 26). Do postępowań i szkoleń specjalizacyjnych wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia stosuje się przepisy dotychczasowe.

Lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury na podstawie umowy o pracę zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne na czas określony w programie specjalizacji. Umowa o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy zawarta jest w celu doskonalenia zawodowego obejmującego realizację programu specjalizacji. Szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury może odbywać wyłącznie lekarz nieposiadający I lub II stopnia specjalizacji lub tytułu specjalisty. Lekarz odbywający specjalizację w ramach rezydentury **może być uczestnikiem stacjonarnych studiów doktoranckich.**

Lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne przez cały okres jego trwania **w wymiarze czasu równemu czasowi pracy lekarza zatrudnionego w podmiocie leczniczym oraz pełni dyżury w liczbie określonej w programie specjalizacji lub pracuje w systemie zmianowym lub równoważnym w maksymalnym czasie pracy dopuszczonym przepisami ustawy o działalności leczniczej. Czas pracy**

lekarza nie może przekraczać 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym. Okres rozliczeniowy nie może przekraczać 3 miesięcy. Jeżeli jest to uzasadnione rodzajem pracy lub jej organizacją, w stosunku do lekarzy mogą być stosowane rozkłady czasu pracy, w których dopuszczalne jest przedłużenie wymiaru czasu pracy **do 12 godzin na dobę**. W rozkładach czasu pracy lekarzy nie może przekraczać przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym, który nie może być dłuższy niż miesiąc, a w szczególnie uzasadnionych przypadkach okres rozliczeniowy może być przedłużony, nie więcej jednak niż do 4 miesięcy. Rozkład czasu pracy powinien być stosowany na podstawie harmonogramów pracy ustalanych dla przyjętego okresu rozliczeniowego, określających dla poszczególnych pracowników dni i godziny pracy oraz dni wolne od pracy.

Lekarze zatrudnieni w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne mogą być zobowiązani do pełnienia w przedsiębiorstwie tego podmiotu **dyżuru medycznego**. Czas pełnienia dyżuru medycznego wlicza się do czasu pracy. Praca w ramach pełnienia dyżuru medycznego może być planowana również w zakresie, w jakim będzie przekraczać **37 godzin 55 minut na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym**. Łączny, przeciętny tygodniowy wymiar czasu pracy lekarza nie może przekroczyć 48 godzin w okresie rozliczeniowym. Lekarze mogą być, po wyrażeniu na to zgody na piśmie, zobowiązani do pracy w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin na tydzień

w przyjętym okresie rozliczeniowym. Okres rozliczeniowy nie może być dłuższy niż 4 miesiące.

Lekarzowi przysługuje w każdej dobie prawo do co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku, natomiast lekarzowi pełniącemu dyżur medyczny okres odpoczynku powinien być udzielony bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru medycznego.

Ponadto przysługuje mu w każdym tygodniu prawo do co najmniej 35 godzin nieprzerwanego odpoczynku, obejmującego co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku dobowego. W przypadku uzasadnionym organizacją pracy lekarzowi pełniącemu dyżur medyczny przysługuje w każdym tygodniu prawo do co najmniej 24 godzin nieprzerwanego odpoczynku, udzielanego w okresie rozliczeniowym nie dłuższym niż 14 dni. Zgodnie z komunikatem Ministerstwa Zdrowia w sprawie czasu trwania dyżuru medycznego po 1 stycznia 2008 r. **możliwe jest pełnienie przez pracownika dyżuru medycznego w wymiarze do 24 godzin**, z zastrzeżeniem, że naruszony okres odpoczynku dobowego będzie musiał być udzielony pracownikowi bezpośrednio po zakończeniu dyżuru. Możliwe będzie również zobowiązanie pracownika do pełnienia dyżuru bezpośrednio po zakończeniu pracy w wymiarze 7 godzin 35 minut lub w przypadkach zastosowania równoważnego systemu czasu pracy w wymiarze nieprzekraczającym 12 godzin, z tym że łączny czas pracy obejmujący czas dyżuru nie będzie mógł wykraczać poza dobę pracowniczą, a więc nie będzie mógł być dłuższy niż 24 godziny. Również w tym przypadku w następnej dobie bezpośrednio po zakończeniu dyżuru pracownikowi należy udzielić 11-godzinnego odpoczynku wyrównawczego.



Państwowa Inspekcja Pracy w stanowisku z 27.11.2007 r. uznaje także, że nie ma przeszkód prawnych, aby odpoczynek dobowy udzielany był po zakończeniu dyżuru medycznego, którego maksymalny czas trwania musi się zamknąć w obrębie 24 godzin od momentu rozpoczęcia pracy, jeżeli dyżur medyczny jest pełniony po zakończeniu pracy przez pracownika, lub 24 godzin, gdy dyżur jest pełniony w dniu wolnym od pracy. Ponadto, zdaniem Państwowej Inspekcji Pracy, **pracownik medyczny zachowuje prawo do wynagrodzenia za pracę w ramach dyżuru medycznego również w sytuacji, gdy nie wypracuje wymiaru czasu pracy przewidzianego w umowie o pracę. Jeżeli okres odpoczynku udzielony przez pracodawcę przypadnie na czas będący w harmonogramie czasem pracy lekarza, za okres odpoczynku przysługiwać będzie wynagrodzenie.** Natomiast w przypadku, gdy okres 11-godzinny odpoczynku przypadnie w wynikającym z harmonogramu czasie wolnym, wynagrodzenie za ten okres nie przysługuje.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2010 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz. U. nr 198, poz. 1320), które weszło w życie **26 października 2010 r.** określa, iż lekarze, którzy zostali zakwalifikowani do rozpoczęcia specjalizacji lub odbywają specjalizację na podstawie przepisów obowiązujących przed dniem wejścia w życie rozporządzenia, odbywają dyżury medyczne na dotychczasowych zasadach, zgodnie z którymi **lekarz jest obowiązany pełnić dyżury medyczne w czasie realizacji programu odpowiedniej specjalizacji, w liczbie określonej w tym programie, nie mniej niż 3 dyżury w miesiącu.** Ministerstwo Zdrowia w piśmie z 14.04.2008 r. informuje, że lekarz odbywający specjalizację jest zobligowany do pełnienia zgodnie z obowiązującym go programem, nie mniej niż trzech dyżurów w miesiącu, jednak przy zachowaniu 48-godzinny tygodnia pracy. Oznacza to, że wymiar dyżurów realizowanych w ramach programu specjali-

zacji powinien odpowiadać 10 godzinom i 5 minutom tygodniowo. W celu realizacji dyżurów w większym wymiarze konieczne jest wyrażenie przez lekarza zgody (klauzula opt-out).

Lekarzowi rezydentowi pełniącemu dyżur medyczny w ramach realizacji programu specjalizacji przysługuje wynagrodzenie na podstawie umowy o pracę albo na podstawie umowy cywilnoprawnej o pełnienie dyżurów, zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne lub staż kierunkowy. Decyzja w sprawie wyboru formy umowy należy do kierownika jednostki organizacyjnej prowadzącej specjalizację.

Rezydentura jest przyznawana i finansowana przez Ministra Zdrowia w ramach środków budżetu państwa, których jest dysponentem. Środki finansowe niezbędne do odbywania specjalizacji w ramach rezydentury przez lekarzy, którzy zostali zakwalifikowani do jej odbywania lub odbywają ją w tym trybie, Minister Zdrowia przekazuje na podstawie umowy zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne zatrudniającym tych lekarzy. Umowa ta określa wysokość środków i ich przeznaczenie. Środki finansowe nie obejmują wynagrodzenia za dyżury medyczne oraz pozostałych składników wynagrodzeń wynikających z układu zbiorowego pracy lub z regulaminu wynagradzania obowiązującego w jednostce zatrudniającej lekarza. Z dniem 1 stycznia 2013 r. Ministerstwo Zdrowia podjęło decyzję o rezygnacji z pokrywania wydatków ponoszonych przez podmioty zatrudniające rezydentów z tytułu tworzenia funduszu świadczeń socjalnych.

Lekarz, który odbywa szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury, otrzymuje **zasadnicze wynagrodzenie miesięczne ustalone przez Ministra Zdrowia** na podstawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku za ubiegły rok, ogłoszanego przez prezesa GUS w drodze obwieszczenia, do dnia 15 stycznia każdego roku, w wysokości nie mniejszej niż 70% tego wynagrodzenia. Wysokość

zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego podlega zróżnicowaniu ze względu na dziedzinę medycyny, w której lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury, ze szczególnym uwzględnieniem dziedzin uznanych za priorytetowe oraz roku odbywanego przez lekarza szkolenia specjalizacyjnego w ramach rezydentury. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentyistów odbywających specjalizację w ramach rezydentury (Dz.U. z 2012 r., poz. 1498) wysokość zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarza i lekarza dentyisty odbywającego specjalizację w ramach rezydentury, w dziedzinach medycyny uznanych za priorytetowe wynosi w pierwszych dwóch latach rezydentury – 3602 zł, a po dwóch latach rezydentury – 3890 zł. Natomiast wysokość zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarza i lekarza dentyisty odbywającego specjalizację w ramach rezydentury w innych dziedzinach medycyny wynosi odpowiednio 3170 zł oraz 3458 zł. Lekarze, którzy rozpoczęli daną specjalizację lub zostali zakwalifikowani do jej odbywania przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, otrzymują wynagrodzenie zasadnicze ustalone na podstawie dotychczasowych przepisów.

Sąd Najwyższy w wyroku z 29 marca 2011 r. IPK 321/10 uznał, że **zróżnicowanie wynagrodzenia zasadniczego lekarzy w stosunku do wynagrodzenia lekarzy rezydentów nie stanowi dyskryminacji w rozumieniu art. 18 (3c) kp.** Sąd w uzasadnieniu wskazał, że przyczyny szczególnego ukształtowania statusu prawnego, w tym wynagrodzenia lekarzy rezydentów, wynikają z polityki państwa w zakresie zatrudnienia i kształcenia lekarzy. Zatrudnienie rezydentów jest finansowane przez właściwego ministra ze środków funduszu pracy. Zmiana przepisów ustawy o promocji zatrudnienia miała na celu aktywizację oraz wykształcenie wysokospecjalistycznej kadry medycznej na potrzeby polskiego systemu ochrony zdrowia.



Zgodnie ze stanowiskiem Ministerstwa Zdrowia z 9.08.2008 r. etat rezydentki jest przyznawany w celu odbycia szkolenia specjalizacyjnego, a więc realizacji wszystkich elementów programu specjalizacji, za co lekarzowi przysługuje określone wynagrodzenie, niezależnie od tego, czy program jest realizowany w macierzystej jednostce, gdzie odbywany jest np. staż podstawowy, czy poza nią, jak to ma miejsce w przypadku kursów lub niektórego stażu kierunkowego.

Z uwagi na to, że wymiar obowiązującego rezydenta czasu pracy oraz wysokość przysługującego wynagrodzenia nie są uzależnione od rodzaju realizowanego elementu programu specjalizacji i miejsca jego odbywania, **czas realizacji poszczególnych kursów i stażu specjalizacyjnego powinien być uznany za czas pracy, za który przysługuje stosowne wynagrodzenie.**

Umowa o pracę w ramach rezydentury zawierana jest na podstawie skierowania do odbywania specjalizacji w określonej jednostce organizacyjnej ze wskazaniem trybu i okresu jej odbywania. Okres, na jaki zawierana jest umowa o pracę w ramach rezydentury, odpowiada okresowi trwania specjalizacji. Okres trwania szkolenia specjalizacyjnego **ulega przedłużeniu** o czas nieobecności lekarza w pracy:

- w przypadkach korzystania ze świadczeń pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, które obejmują zasiłek chorobowy, świadczenie rehabilitacyjne, zasiłek wyrównawczy, zasiłek macierzyński i zasiłek opiekuńczy,
- z powodu **urlopu bezpłatnego** udzielonego przez pracodawcę na czas **nie dłuższy niż 3 miesiące** w okresie trwania szkolenia specjalizacyjnego,
- w przypadkach dot. **czasowej niezdolności do pracy oraz uprawnień związanych z rodzicielstwem wynikających z Kodeksu pracy,**
- z powodu **urlopu bezpłatnego, nie dłuższego niż 2 lata,** udzielonego przez pracodawcę w celu odbycia stażu

zagranicznego zgodnego z programem odbywanego szkolenia specjalizacyjnego, po uzyskaniu zgody kierownika specjalizacji,

- z powodu przerwy nie dłuższej niż 14 dni wynikającej z procedur stosowanych przy zmianie trybu lub miejsca odbywania szkolenia specjalizacyjnego.

Okres trwania szkolenia specjalizacyjnego może być dodatkowo przedłużony o okres udzielonego lekarzowi przez pracodawcę **urlopu wychowawczego** na zasadach określonych w odrębnych przepisach. W uzasadnionych przypadkach zgodę na **dotatkowe przedłużenie** okresu trwania szkolenia specjalizacyjnego w odniesieniu do lekarzy odbywających specjalizację w ramach rezydentury może wyrazić Minister Zdrowia. W przypadku przedłużenia okresu trwania specjalizacji w ramach rezydentury, jednostka organizacyjna prowadząca specjalizację zawiera z lekarzem umowę o pracę na czas określony, odpowiadający sumie okresów przedłużających specjalizację.

Sąd Najwyższy w wyroku z 6 września 2005 r. I PK 5/05 orzekł, że wypowiedzenie przez pracodawcę umowy o pracę na czas określony zawartej z lekarzem rezydentem może nastąpić tylko z przyczyn, które uniemożliwiają szkolenie specjalizacyjne, wymienionych aktualnie w Ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz w rozporządzeniu w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystry (zawieszenie prawa wykonywania zawodu lekarza albo zakaz wykonywania zawodu lekarza, ograniczenie lekarza w wykonywaniu określonych czynności medycznych objętych programem specjalizacji, zaprzestanie przez lekarza odbywania szkolenia specjalizacyjnego, przerwanie lekarzowi szkolenia specjalizacyjnego na wniosek kierownika specjalizacji po uzyskaniu opinii właściwego konsultanta wojewódzkiego w danej dziedzinie medycyny oraz właściwej okręgowej izby lekarskiej, upływ okresu, w którym lekarz był obowiązany ukończyć szkolenie specjalizacyjne).

W razie wypowiedzenia tej umowy bez wskazania przyczyny uzasadniającej jej rozwiązanie, pracownikowi przysługują roszczenia określone w art. 56 w związku z art. 59 kp – roszczenie o przywrócenie do pracy na poprzednich warunkach albo o odszkodowanie.

Zdaniem Sądu Najwyższego rezydentura jest szczególnym, uprzywilejowanym trybem odbywania specjalizacji. Status rezydenta mogą uzyskać jedynie lekarze zakwalifikowani do odbywania specjalizacji w tym trybie po postępowaniu kwalifikacyjnym, którzy w danej dziedzinie medycyny zyskali największą liczbę punktów. **Przepisy dotyczące umowy o pracę na czas określony zawieranej z lekarzem rezydentem są przepisami szczególnymi w stosunku do przepisów Kodeksu pracy, normujących ten typ umowy, a umowa z rezydentem jest szczególnym rodzajem umowy na czas określony.** Przede wszystkim umowa ta jest istotnym składnikiem rezydentury stanowiącym jej element pojęciowy. Czas jej trwania został ściśle powiązany z czasem trwania szkolenia specjalizacyjnego w ramach rezydentury. Jest ona zawierana na czas trwania specjalizacji w ramach rezydentury, a w razie przedłużenia tego czasu, jednostka prowadząca specjalizację ma obowiązek zawarcia dalszej umowy na czas określony, odpowiadający okresowi przedłużenia. W kwestii rozwiązania umowy rozporządzenie stanowi, że jeśli nastąpi to przed ukończeniem specjalizacji, lekarz powinien kontynuować jej odbywanie w trybie przewidzianym dla osób, które nie zostały zakwalifikowane do odbywania specjalizacji w trybie rezydentury. Nie dotyczy to przypadków zawieszenia prawa wykonywania zawodu lekarza albo zakazu wykonywania zawodu lekarza, ograniczenia lekarza w wykonywaniu określonych czynności medycznych objętych programem specjalizacji i przerwania lekarzowi szkolenia specjalizacyjnego na wniosek kierownika specjalizacji po uzyskaniu opinii właściwego konsultanta wojewódzkiego w danej dziedzinie medycyny oraz właściwej



okręgowej izby lekarskiej. Zdaniem Sądu regulacja ta wskazuje, że umowa o pracę z rezydentem powinna trwać przez cały okres specjalizacji. Wynika stąd, że w zamiarze prawodawcy umowa o pracę na czas określony jest instrumentem służącym uzyskaniu specjalizacji przez rezydenta i czynnikiem stabilizującym jego status, poprzez zagwarantowanie mu pewności zatrudnienia przez cały czas trwania specjalizacji. Istota regulacji rezydentury została przekreślona przez uznanie dopuszczalności rozwiązania przez pracodawcę – jednostkę organizacyjną prowadzącą specjalizację, umowy o pracę z rezydentem w sposób dyskrecjonalny, bez wskazania przyczyn uzasadniających jej rozwiązanie. Uznanie takiej możliwości mogłoby też prowadzić do przekreślenia wysiłków lekarza, który z sukcesem przeszedł trudne postępowania

nie kwalifikacyjne, a także do strat społecznych, wynikających z nieukończenia specjalizacji przez lekarza oraz utraty publicznych środków już włożonych w jego szkolenie. W tej sytuacji brak wyraźnego uregulowania w rozporządzeniu kwestii wypowiedzenia tej umowy nie może oznaczać mechanicznego odesłania do art. 33 kp, który dopuszcza wypowiedzenie umowy terminowej zawartej na okres dłuższy niż 6 miesięcy (i bez podania przyczyny uzasadniającej rozwiązanie), wprowadzając w ten sposób wyjątek od zasady nierozwiązywalności tego rodzaju umów. Takie mechaniczne stosowanie wskazanego przepisu stałoby w sprzeczności z wynikającą z rozporządzenia zasadą trwania umowy o pracę z rezydentem przez cały okres specjalizacji. Zdaniem Sądu w tej sytuacji należy przyjąć, że wypowiedzenie tej umowy może nastąpić tylko z przyczyn,

które uniemożliwiają szkolenie specjalizacyjne wym. w przepisach dot. specjalizacji.

Lekarzowi przysługuje **urlop szkoleniowy** w wymiarze 6 dni na przygotowanie się i przystąpienie do PES. Za czas urlopu szkoleniowego lekarz zachowuje prawo do wynagrodzenia.

Lekarz rezydent, który został zakwalifikowany do odbywania specjalizacji w trybie rezydentury, może zmienić miejsce odbywania specjalizacji, natomiast poza terenem województwa, nie wcześniej niż po upływie jednego roku, chyba że jednostka organizacyjna, w której lekarz odbywa specjalizację, uległa likwidacji lub przestała spełniać wymagania do prowadzenia specjalizacji.

*mec. Beata Kozyra-Łukasiak
radca prawny DIL
(przedruk z „Medium”)*

TU KIEDYŚ BYŁA MEDYCYNA



Od „Zakaźnika” do obiektu firmowego Budlexu

Zbudowany w okresie zaboru pruskiego budynek szpitalny przy ul. Koszarowej (obecnie Sienkiewicza 29) po odzyskaniu niepodległości w roku 1920 przejęty został przez 8. Wojskowy Szpital Okręgowy (8WSO). Zorganizowano tam Oddział Zakaźny. W roku 1938 dysponował 50 łózkami. Kierowali nim lekarze wyznaczani na czas określony. Od roku 1938 do początku II wojny światowej komendantem 8WSO był ppłk. dr med. Walerian Jaworski. Po wojnie w roku 1946, przy trudnych warunkach lokalowych, ulokowana w skromnych warunkach szkoła gastronomiczna przy ul. Kościuszki 4 przeniesiona została do poszpitalnego obiektu przy ul. Sienkiewicza 29. W roku 2004 dzięki staraniom dyrektora szkoły mgr. Tadeusza Wróblewskiego zbudowany został nowy budynek dla Zespołu Szkół

Gastronomicznych przy ul. Osikowej 19. Szkoła zmieniła również nazwę na Zespół Szkół Gastronomiczno-Hotelarskich. Wkrótce obiekt poszpitalny przy ul. Sienkiewicza 29 przejęty został przez

znaną toruńską firmę budowlaną Budlex, która dokonała remontu obiektu.

opr. dr med. Marian Łysiak



Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że w dniu 26 stycznia 2013 r.
zmarł
Pan Doktor

JERZY WINIAREK

Wyrazy szczerego współczucia
Rodzinie oraz Przyjaciołom
składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Panu Doktorowi
Andrzejowi Kadłubowskiemu
i Panu Doktorowi
Mateuszowi Kadłubowskiemu
szczerze wyrazy współczucia
z powodu śmierci

MATKI i BABCI

składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że w dniu 23 kwietnia 2013 r.
zmarł
Pan Doktor

HENRYK REISS

Wyrazy szczerego współczucia
Rodzinie Pana Doktora
Grażynie Zwolińskiej, Magdalenie
i Wiesławowi Reiss
oraz Przyjaciołom
składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że w dniu 14 kwietnia 2013 r.
zmarła
Pani Doktor

**NATALIA
SZAŁWIŃSKA-DOLATA**

Wyrazy szczerego współczucia
Rodzinie oraz Przyjaciołom
składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że w dniu 5 kwietnia 2013 r.
zmarła
Pani Doktor

DANUTA BOJKO

Wyrazy szczerego współczucia
Rodzinie oraz Przyjaciołom
składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Panu Doktorowi
Januszowi Czarneckiemu
szczerze wyrazy współczucia
z powodu śmierci

ŻONY

składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Pani Doktor
Hannie Streich
szczerze wyrazy współczucia
z powodu śmierci

TEŚCIOWEJ

składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że w dniu 1 czerwca 2013 r.
zmarł
Pan Doktor

JAN KOZŁOWSKI

Wyrazy szczerego współczucia
Rodzinie oraz Przyjaciołom
składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że w dniu 25 lutego 2013 r.
zmarł
Pan Doktor

ZBIGNIEW WIŚNIEWSKI

Wyrazy szczerego współczucia
Rodzinie oraz Przyjaciołom
składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska



Byliśmy w Chorwacji

Komisja Senioratu przy naszej Izbie Lekarskiej wraz z Biurem Podróży Żak zorganizowali wycieczkę do Chorwacji w czasie długiego weekendu majowego. Celem podróży była południowo-wschodnia Dalmacja, konkretnie miejscowość Trpanj na półwyspie Peljesac. Tam znajdowała się baza wypadowa dla wycieczek i miejsce wypoczynku, plażowania oraz innych uciech dostępnych mieszkańcom hotelu Faraon.

Chorwacja, kraj niedaleki, mało egzotyczny, szeroko opisywany, dla wielu z nas, w tym dla autorki, sprawił ogromną i przyjemną niespodziankę.

Chorwacja obecna była w świecie starożytnym od VI wieku p.n.e. Początkowo pozostawała pod wpływem Greków, potem Rzymian, następnie Bizancjum, Włoch, Austrowęgier, wchodziła w skład Królestwa Serbów, Chorwatów i Słoweńców w okresie między I i II wojną światową, sprzymierzona z faszystowskimi Niemcami jako Niepodległe Państwo Chorwackie w latach 1941 - 1945, w 1945 r. włączona została do Jugosławii. Państwem prawdziwie suwerennym stała się od 25 czerwca 1991 r., po zakończeniu wojny domowej. W referendum z roku 2012 Chorwaci opowiedzieli się za przystąpieniem do Unii Europejskiej i w dniu 1 lipca 2013 r. staną się kolejnym państwem członkowskim.

Wielowiekowe wpływy znaczących cywilizacji, zarówno wschodnich, jak i zachodnich, pozostawiły wiele śladów w architekturze kraju. Dalmacja, która przez wiele wieków była pod wpływem różnych kultur, jest szczególnie hojnie obdarowana pod tym względem i na szczęście wojna nie załamała jej zbytnio.

Na piękno Chorwacji w znacznej mierze składa się klimat i bogactwo krajo-

brazu. Natura szczerze obdarowała ten kraj. W części centralnej góry, zalesione i pokryte makią, roślinnością śródziemnomorską, na wybrzeżu palmy daktylowe, oleandry, gaje pomarańczowe, wysoki brzeg morski, nieregularny i tworzący malownicze zatoczki i morze, czyste spokojne, szmaragdowe, przechodzące w intensywny błękit – całe to bogactwo na niewielkiej przestrzeni, do ogarnięcia wzrokiem z okien autobusu, którym się przemieszczaliśmy.

Długość linii brzegowej Chorwacji liczy sobie, łącznie z wyspami, 5835 km, a wysp, tych zamieszkałych i bezludnych, jest 1180! Lasy zajmują 1/3 powierzchni kraju.

W programie wycieczki nie mogło zabraknąć Dubrownika – „perły Adriatyku”, pięknego miasta o bogatej historii, kąpieliska i nowoczesnego portu. Stare miasto, wpisane na listę zabytków UNESCO, urzeka bielą kamiennych domów i ulic, czerwonych dachów, śródziemnomorską roślinnością i szmaragdowym morzem opływającym półwysep, na którym leży. Mogliśmy je podziwiać z punktu widokowego, kilkadziesiąt metrów nad miastem. Mury obronne z XIII wieku, gotyckie klasztory i kościoły, to widok, którego nie zapomnimy. Do tego piękna pogoda, przy temperaturze 28 stopni lekki wiatr wiejący od morza i wszechobecny zapach kwitnących drzew pomarańczowych. Powrót do hotelu drogą wzdłuż wybrzeża dalmatyńskiego to widok, którego nigdy dosyć, zachodzące słońce, barwiące morze na złoto, mieszające się ze szmaragdem wody, kręty brzeg opadający stromo ku morzu – można było patrzeć bez końca.

Kolejny dzień spędziliśmy na wyspie Korčula, zwiedzając miasteczko tej samej nazwy, też białe, kamienne, o ukła-

dzie uliczek jak ości ryby. Z każdego miejsca roztaczał się widok na morze. Podobno tutaj urodził się Marco Polo, podróżnik, który dał podwaliny kolejnym odkrywcom kontynentów. Marco Polo to marka, tak jak Kopernik dla Torunia. Podróż stateczkiem po spokojnym Adriatyku, z widokiem coraz to nowych wysp wynurzających się z wody, słońce, wiatr i beztraska zapewniały nam dużo wrażeń.

Dzień trzeci naszego pobytu przeznaczyliśmy na wyjazd do Bośni i Hercegowiny, graniczącej z Chorwacją, ale jakże innej. Celem był Mostar, stare miasto mużułmańskie, z zabytkowym mostem kamiennym, zniszczonym w czasie wojny domowej, ale dzięki wysiłkowi społeczności międzynarodowej odbudowanym i znowu pięknym. Mostar pachnie Bliskim Wschodem, wąskie ulice, obłożone kramami z pamiątkami, typowo wschodnimi, meczety, upał, kurz i dużo biedy. Akcentem humorystycznym była tablica u jednego ze sklepikarzy: „Taniej niż w Biedronce”. Oczywiście, skierowana była do Polaków, których spotykaliśmy po drodze, ale skąd Bośniacy wiedzieli, jaki jest nasz ulubiony sklep?

Bośnia nie otrząsnęła się jeszcze ze zniszczeń wojennych, w mieście są domy ze śladami po pociskach, ruiny budowli i meczetu, żebrzące dzieci i drożdli. A ceny w euro.

Dla równowagi następnym punktem wycieczki było Medjugorje, miejsce objawień Matki Bożej, wprawdzie nie uznane oficjalnie przez Watykan, ale przez wielu katolików traktowane jako cel pielgrzymek. Nie wszyscy czuli się na siłach wejść po wygłaskanych kamieniach na górę objawień, w upale 33 st. Ale za to jak smakowało zimne piwo już w drodze powrotnej.



Wracając, zajechaliśmy do gospody na degustację rakiji, tradycyjnego bałkańskiego alkoholu, który uderza do głowy, rozwiązuje języki ale nie pozostawia kaca. Każdy z nas zakupił trochę tych nietrwałych pamiątek, żeby po powrocie nadać smak wspomnieniom z podróży.

Zmęczeni upałem, syci wrażeń, odpoczywaliśmy w morzu, które było ciepłe, choć z kamiennym dnem. Dla wszystkich był do dyspozycji basen hotelowy, leżaki i bar czynny od rana do późnego wieczora. Kto miał siły, wieczorami tańczył.

U wybrzeża Dalmacji leży wyspa Hvar, która cieszy się największą liczbą dni słonecznych w roku. Jej mieszkańcy żyją z rybołówstwa, uprawy lawendy i turystów. Tam wyprawiliśmy się stateczkiem następnego dnia, załoga uraczyła nas świeżo złowioną, smażoną

makrelą i oczywiście rakiją. Zapewniam, że wszyscy zeszli z trapu bez żadnych kłopotów. Kolejny raz zachwyciły nas kwitnące drzewa, bogactwo kwiatów, wciskających się we wszystkie szczeliny skalne, puste plaże (na Hvarze sezon jeszcze się nie zaczął).

Ostatni dzień spędziliśmy na wędrówkach po okolicy, leniuchowaniu na plaży i przygotowaniach do powrotu. Jeszcze ostatnie zdjęcia, żeby utrwalić w pamięci te krajobrazy, zakup konfitury figowej, buteleczki rakiji dla przyjaciół i do zobaczenia Chorwacjo.

Co mnie zadziwiło i zawstydziło – czystość, życzliwość, otwartość i sympatia mieszkańców. Ani razu nie natknęłam się na psie „pamiątki” na ulicy, obca właścicielka pięknego ogrodu przyniosła nam, proszącym na migi, odnóżki roślin, które nas zachwyciły, nikt nie „zaopiekował się” rzeczami pozostawionym

na plaży w czasie kąpieli. No i drogi, tunele, gładkie, wygodne, zbudowane w trudnym skalistym terenie, bez dotacji unijnych. Chorwaci są wielkimi patriotami, kochają swój kraj, swoją muzykę, są z niego dumni i cieszą się z niepodległości, uzyskanej nie tak dawno.

Wróć tam na pewno i Wam, Koleżanki i Koledzy, gorąco Chorwację polecam. Na koniec – nie będzie to reklama, ale podziękowanie – wyjazd był zorganizowany perfekcyjnie. Pani Izolda Koprowska, nasza pilotka, opiekunka, „dobry duch” wykazała się dużym perfekcjonizmem, serdecznością i troską o uczestników, bądź co bądź Seniorów. Dziękuję Pani Agnieszce Lis z Biura Izby, która czuwała nad sprawami organizacyjnymi tu na miejscu, pilnowała terminów, dat i godzin. Wszystko zagrało doskonale.

Bożena Werner

**Komisja Senioratu i Samopomocy
Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby
Lekarskiej w Toruniu**
w Toruniu proponuje:

03 - 06 października 2013 r.

Wycieczka 4-dniowa

Kozłówka – Kazimierz Dolny –

Sandomierz

cena 830,00 zł + wstępy, przewodnicy, zestaw słuchawkowy

03 - 10 listopada 2013 r.

**Turnus rehabilitacyjny 8-dniowy
w Kołobrzegu**

cena – pobyt i dojazd – 870,00 zł (autokar za dodatkową opłatą podjedzie do innych miejscowości niż Toruń)

Serdecznie zapraszamy

Więcej informacji u Pani Agnieszki Lis; Izba Lekarska – I piętro pok. 7, tel. 56 655 41 60 w. 18



Zarząd Lekarskiego Stowarzyszenia Senioratu w Toruniu informuje, że:

1. na nasz apel o zgłaszanie się do pracy wolontariackiej w środowisku Lekarzy Seniorów zgłosiła się jedna Koleżanka. Dziękujemy serdecznie, czekamy na inne zgłoszenia;

2. wszystkie wnioski o dofinansowanie rehabilitacji należy składać do Izby Lekarskiej w Toruniu i adresować do Komisji Senioratu KPOIL.

Koleżanki i Kolegów Seniorów zapraszamy do skorzystania ze szczepienia przeciw PNEUMOKOKOM.

Szczepionka może uodpornić przeciwko zakażeniom wywołanym tym zarazkiem na całe życie po jednorazowym szczepieniu.

Można się szczepić po zbadaniu lekarskim w punkcie szczepień przy NZOZ ul. Fredry, po uprzed-

nim telefonicznym porozumieniu (tel. 56 622 65 81 lub 56 622 74 53).

Koszt szczepienia pokrywa Lekarskie Stowarzyszenie Senioratu w Toruniu.

Panu Doktorowi **PAWŁOWI WU-DARSKIEMU** w imieniu Lekarzy Seniorów składamy serdeczne podziękowania za życzliwość i skuteczną pomoc w uzyskaniu specjalistycznej porady lekarskiej, w dostępie do badań specjalistycznych i leczenia szpitalnego.

Komisja Senioratu

Pani Dr Elżbieta Szyszkowska-Sinica (lekarz ginekolog) zaprasza na badania ginekologiczne Lekarzy Seniorów do Przychodni Lekarskiej ZDROWIE w Toruniu przy ul. Fałata 36/46, gdzie Lekarze Seniorzy będą przyjmowani poza kolejnością.

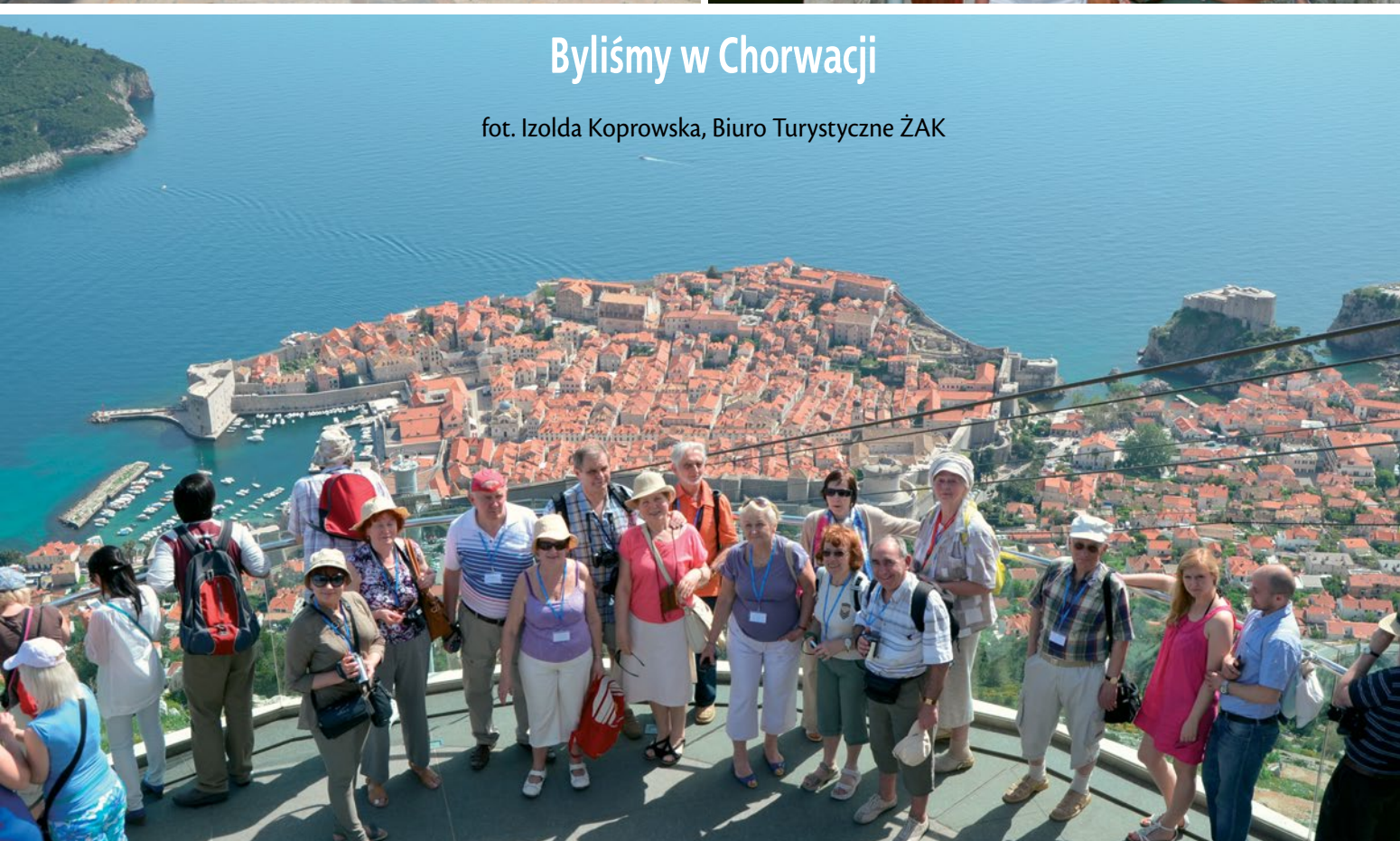
ultrasonografy.pl





Byliśmy w Chorwacji

fot. Izolda Koprowska, Biuro Turystyczne ŻAK



BMW X5
Oferta Limitowana



www.bmw-dynamicmotors.pl

Radość z jazdy



RADOŚCI NIE MOŻE ZABRAKNAĆ.

Tym bardziej, że teraz eleganckie i komfortowe BMW X5 z ekskluzywnym wyposażeniem dostępne jest w cenie niższej o wartość podatku VAT. Odkryj przestrzeń, imponującą dynamikę i niezrównaną wydajność BMW X5. Przekonaj się, jak bezpieczna jest jazda z napędem na 4 koła BMW xDrive. Odwiedź Dealera BMW Dynamic Motors i umów się na jazdę próbną.

**BMW X5 W CENIE NIŻSZEJ
O WARTOŚĆ PODATKU VAT.**

Sprawdź również promocyjne warunki zakupu na pozostałe modele BMW!

**Dealer BMW
Dynamic Motors**

ul. Olimpijska 8
87-100 Toruń

Tel.: +48 56 645 21 70

www.bmw-dynamicmotors.pl

**Dealer BMW
Dynamic Motors**

ul. Fordońska 264
85-790 Bydgoszcz

Tel.: +48 52 339 51 10

www.bmw-dynamicmotors.pl