

Meritum

nr 5/2013

ISSN 1425-4255

MAGAZYN LEKARZY KUJAWSKO-POMORSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W TORUNIU



Dotychczasowa siedziba KPOIL czeka na kupca lub najemcę.

fot. Sławomir Badurek

**OFERTA
SPECJALNA
DLA LEKARZY
I FARMACEUTÓW**

**NA SAMOCHODY
SUBARU
Z ROCZNIKA 2012**

RABATY DO 30 000 ZŁ

Przyjdź i przetestuj
stały napęd
wszystkich kół
symmetrical awd
– jedyny taki na świecie

**...SĄ SAMOCHODY
I JEST SUBARU...**

FORESTER



JUŻ OD 99 900 ZŁ BRUTTO

XV



JUŻ OD 99 900 ZŁ BRUTTO

OUTBACK



JUŻ OD 129 900 ZŁ BRUTTO



Dobro czynione cudzymi rękami

„Co złego to nie my!” – oto dewiza NFZ. Kolejki na zabiegi i do poradni specjalistycznych? To lekarze robią sztuczny tłum, by zwiększyć dochody w swoich praktykach. Drogie leki? To lekarze z własnej wygody nie chcą ich wypisywać z refundacją. W zdejmowaniu z siebie odpowiedzialności NFZ jest mistrzem świata. Podobnie jak w czynieniu dobra nie swoimi rękami.

Lekarze pracujący w szpitalach dobrze znają problem zaopatrzenia chorych w leki, nie związane z przyczyną hospitalizacji. Co na ten temat mówi prawo? Zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, „świadczeniobiorcy przyjętemu do szpitala lub innego przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej oraz przy wykonywaniu zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych, diagnostycznych i rehabilitacyjnych przez podmioty uprawnione do udzielania świadczeń, a także przy udzielaniu przez te podmioty pomocy w stanach nagłych, zapewnia się bezpłatne leki i wyroby medyczne, jeżeli są one konieczne do wykonania świadczenia”. Jak na prawno-urzędniczą paplaninę, powiedziane na tyle jasno, że trudno

mieć wątpliwości, czy choremu, który dajmy na to trafił na internę z powodu nadciśnienia, należy zapewnić trzy rodzaje maści na owrzodzenia podudzi i pięć leków zaordynowanych przez psychiatrę. Pacjent lub jego opiekunowie powinni wspomniane leki dostarczyć lekarzowi prowadzącemu, a ten zdecydować, czy ich dalsze stosowanie jest możliwe, biorąc pod uwagę przyczynę hospitalizacji. W przypadku, gdy któregoś z dodatkowych leków brakuje, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej winien wypisać receptę. Jest na to w poz stosowana procedura, chroniąca przed podejrzeniami o koincydencję świadczeń, chętnie skądinąd wysuwanych przez Fundusz.

Proste, ale jak się okazuje, zbyt piękne, by mogło być prawdziwe. Nadal nie brakuje pacjentów, którzy przychodząc do szpitala, oczekują, że „wszystko im się należy za darmo”, w tym rzecz jasna medykamenty na wszystkie choroby świata. W sukurs przychodzi im, a jakże! – NFZ. W opinii Kujawsko-Pomorskiego Oddziału NFZ interpretacja wyrażenia „konieczne do wykonania świadczenia” powinna być „dokonywana rozszerzająco”. Owa rozszerzająca interpretacja ma polegać na zapewnieniu pacjentowi przez szpital leków „w odniesieniu do występujących u niego schorzeń współistniejących, których nieleczenie może spowodować pogorszenie stanu zdrowia, czy nawet zagrożenie życia”. Mamy zatem wykładnię o szerokości Amazon-

ki, bo „pogorszenie stanu zdrowia” to niezwykle pojemny termin i w praktyce na oścież otwarta furtka do nadużyć. Ale cóż, łatwo być dobrym cudzymi rękami. Zwłaszcza że z punktu widzenia płatnika jest to korzystne finansowo. Bo jeśli szpital zapewnia pacjentowi wszystkie leki, to tym samym płatnik oszczędza na refundacji. Naturalnie w tej sytuacji więcej pieniędzy zostaje także w kieszeni pacjenta.

Można zapytać, co w tym złego? Fundusz zyskuje, pacjent także, a szpital ma przecież pieniądze z kontraktu. Pomijając przyjętą przez NFZ metodę płacenia za ściśle określone procedury, problem w tym, że nawet najbardziej szerokoprofilowy szpital nie dysponuje lekami na wszystkie choroby. Szpitalna procedura zakupu leków to zaś nie to samo co pójść do apteki i zrealizować receptę. Bo jakkolwiek kupić można dowolny farmaceutyk, wcześniej trzeba ogłosić przetarg. Nie muszę tłumaczyć, że to czasochłonna procedura, a jej przeprowadzenie w przypadku rzadko stosowanych leków to zwyczajne marnotrawstwo. Poza tym dyrektor szpitala zakupujący leki, które nie są niezbędne do realizacji świadczenia, naraża się na zarzut naruszenia dyscypliny finansowej. Prawda, że dużo łatwiej i przyjemniej czynić dobro cudzymi rękami?

Sławomir Badurek
meritum@hipokrates.org

XXXI Sprawozdawczo-Wyborczy Zjazd Lekarzy i Lekarzy Dentystów KPOIL w Toruniu odbędzie się w dniu 30 listopada 2013 r. o godz. 9.00 w nowej siedzibie Izby przy ul. Danielewskiego 6 w Toruniu.

**OD REDAKTORA**

Dobro czynione cudzymi rękami ___ 3

POD ROZWAGĘ _____ 5**NASZ WYWIAD**

Na Zjazd zapraszamy do nowej siedziby! _____ 6

Z WIZYTĄ W NOWEJ SIEDZIBIE _____ 8**PRAWO I MEDYCYNA**

Lekarz a dziennikarze, czyli jakie mamy prawa w kontaktach z mediami ___ 10

Częste pytania... _____ 12

SPORT

Lekarze na tenisowych kortach w Toruniu _____ 15

XI Igrzyska Lekarskie w Zakopanem _____ 15

STOMATOLOGIA

Po czterech latach _____ 16

Z LEKARSKIEJ WOKANDY

Należyta staranność _____ 18

KSZTAŁCENIE

Rezydentura jak pożyczka? _____ 19

RYNEK FARMACEUTYCZNY

Braki leków, czyli cena globalizacji _ 20

Z ŻAŁOBNEJ KARTY _____ 23**KOMUNIKATY** _____ 23, 28**RECENZJE**

„Tryptyk lekarski z dygresją i nie tylko...” _____ 24

Z GRUDZIĄDZA

Mija kolejna kadencja... _____ 26

Zebranie naukowo-szkoleniowe _____ 27

Informacje dla Seniorów _____ 27

Siódemka wspaniałych – resume ze spotkania z przewodniczącym delegatury IL w Grudziądzu, dyrektorem szpitala oraz koordynatorem staży podyplomowych _____ 28

KĄCIK SENIORA _____ 29

Nadmorskie krajobrazy _____ 30

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 Kunkel

lek. Wiesław Umiński

mec. Krzysztof Izdebski

WSPÓŁPRACUJĄ:

Agnieszka Lis

mgr Elżbieta Wierzbowska-Umińska

mgr Anna Zielaskiewicz

mec. Aneta Naworska

Numer zamknięto 21.10.2013 r.
Redakcja zastrzega sobie prawo redagowania tekstów, nie zwraca nadesłanych materiałów, nie odpowiada za treść zamieszczonych ogłoszeń i reklam.

Wydawca: Kujawsko-Pomorska Okręgowa

Izba 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.

SPRAWY BIEŻĄCE

Redakcja „Meritum” bardzo prosi wszystkich lekarzy o weryfikowanie adresów do kolportażu „Meritum” i „Gazety Lekarskiej” (zmiany adresu, rodziny lekarskie, które nie chcą otrzymywać kilku egzemplarzy pism i tym podobne). Prosimy także o podawanie adresów poczty elektronicznej oraz zmian dotyczących Państwa danych gromadzonych w komputerowym rejestrze lekarzy (adresy e-mail, zmiany nr telefonów, 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.

Rzecznik Praw Lekarza naszej Izby –
mec. **Krzysztof Izdebski**,
tel. 697 617 763,
e-mail: izdebski77@gmail.com

Pełnomocnik ds. Zdrowia
Lekarzy i Lekarzy Dentystów
naszej Izby
dr **Jolanta Sobczyk**,
tel. 781 266 546
e-mail: j.sobczyk@hipokrates.org

Oddział Głównej
Biblioteki Lekarskiej w Toruniu
tel. 56 622 71 93
www.gbl.waw.pl

**godziny pracy biura
KPOIL w Toruniu**

poniedziałek	8 - 17
wtorek	8 - 18
środa	8 - 16
czwartek	8 - 16
piątek	8 - 13

Skład i łamanie: Kartel Press SA
www.kartel.com.pl

ultrasonografy.pl



Łukasz Wojnowski
Prezes KPOIL w Toruniu

Kończymy VI kadencję pracy samorządu lekarzy i lekarzy dentyków. W sobotę 30 listopada 2013 r. odbędzie się XXXI Okręgowy Zjazd Lekarzy Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu, podczas którego wybierzemy członków organów naszej Izby na kolejne cztery lata oraz delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy.

Uważam, że wprowadzona w tym roku nowa formuła wyborów delegatów na zjazd, umożliwiająca oddanie głosu w drodze korespondencyjnej, sprawdziła się pomimo wielu jeszcze „niedoskonałości” technicznych. We wszystkich okręgowych izbach lekarskich odnotowano wyższą niż wcześniej (gdy głos można było oddać jedynie osobiście) frekwencję. Budujące są również statystyki, mówiące, że w większości izb przybywa osób chcących działać na rzecz samorządu – odsetek „nowych” delegatów w wielu regionach znacznie przekroczył 30%. Mam nadzieję, że w tej grupie silną reprezentację mają koleżanki i koledzy aktywni dotychczas głównie na forach internetowych. Obecne procedury zgłaszania kandydatów na delegatów i formuła głosowania spowodowały, że przywoływana często w dyskusjach (ale według mnie dyskusyjna) hermetyczność i zachowawczość środowiska działaczy samorządowych

nie stanowi już „dla chcącego” istotnej przeszkody do działania.

„Ochrona zdrowia cierpi na ultraliberalizm i stalinizm równocześnie”. Nie jest to głos sfrustrowanego polskiego medyka. Jest to opinia ordynatora Olle Heimburgera ze Szpitala Karolinska – cytata z reportażu opisującego co się dzieje w szwedzkiej ochronie zdrowia („Duży Format” nr 41/1048 z 10 X 2013) po wprowadzeniu na początku lat 90. tzw. Nowego Zarządzania Publicznego. W największym skrócie i uproszczeniu: przestano płacić za leczenie, a zaczęto rozliczać procedury – pacjent znikł. Jesteśmy pewnie gdzieś w połowie drogi, z której za 10 - 20 lat, podobnie jak Szwedzi dziś, nie będziemy wiedzieli jak się wycofać czy uciec.

Ostatnie wydarzenia m.in. w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Częstochowie (blisko połowa lekarzy zatrudnionych w szpitalu, w tym prawie wszyscy specjaliści z oddziałów będących niezbędnymi dla funkcjonowania placówki, złożyła wypowiedzenie umów z powodu warunków pracy mogących zagrażać życiu i zdrowiu pacjentów) czy w Klinice Medycyny Ratunkowej Szpitala Uniwersyteckiego nr 1, im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy (wszyscy zatrudnieni tam lekarze złożyli wypowiedzenia w geście solidarności ze zwalnianymi kolegami) potwierdzają, że jedynie działając konsekwentnie, solidarnie i zdecydowanie, możemy mieć wpływ na otaczającą nas rzeczywistość. Jediną organizacją łączącą wszystkich lekarzy i lekarzy dentyków niezależnie od miejsca pracy, charakteru zatrudnienia, specjalności nie są związki zawodowe, towarzystwa naukowe czy stowarzyszenia, a właśnie nasz samorząd.

Dla naszych adwersarzy z Ministerstwa Zdrowia, NFZ, czy supernadzorczy z Ministerstwa Finansów jest to oczywiste – dziwi mnie, że ta „oczywista oczy-

wistość” tak trudno dociera do wielu naszych kolegów.

Niewygodny samorząd należy osłabić. Takie jest tło wieloletniego, według naszej oceny bezprawnego, odmawiania refundowania kosztów ponoszonych przez izby lekarskie na wykonywanie powierzonych samorządowi zadań administracji państwowej.

Wielu z nas zadaje sobie pytanie czy chęć zwolnienia z pracy w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie profesora Andrzeja Matyi, prezesa OIL w Krakowie i członka NRL, nie jest próbą zdyskredytowania i zastraszenia aktywnych i skutecznych członków samorządu lekarskiego. Profesorowi zarzucono działalność konkurencyjną wobec macierzystej uczelni, gdyż jako Prezes OIL brał udział w opracowaniu raportu dotyczącego planowanych zmian i przekształceń w Szpitalu im. Jana Pawła II, którego organem założycielskim jest Urząd Marszałkowski.

Art. 5 Ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich mówi o zadaniach Izb Lekarskich – uważam, że profesor Matyja, jako prezes OIL, po prostu rzetelnie wykonywał powierzone obowiązki.

Być może wcześniejsze wydarzenia z pobliskiej Bydgoszczy, gdzie zwolniono (po blisko 40 latach pracy w jednym szpitalu!) prezesa Bydgoskiej Izby Lekarskiej, dr. Stanisława Prywińskiego (i w grupie kilku lekarzy również jego syna neurochirurga), miały drugie, samorządowe dno.

Ile można zdziałać razem, udowodniła we wrześniu br. reprezentacja lekarzy naszego województwa na XI Igrzyskach Lekarskich w Zakopanem. Koledzy zdobyli złoty medal zarówno w głównym turnieju piłki nożnej, jak i (po raz trzeci z rzędu!) w kategorii „Senior” 45+. GRATULACJE!

Pokazali, co to znaczy dobra praca zespołowa!

Na Zjazd zapraszamy do nowej siedziby!



Dr Łukasz Wojnowski na co dzień sprawdza postęp prac w nowej siedzibie. fot. Sławomir Badurek

Z dr. Łukaszem Wojnowskim, prezesem Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu, rozmawia Sławomir Badurek

Sławomir Badurek: Dzień przed naszą rozmową byłem z aparatem w nowej siedzibie naszej Izby. Widać stały postęp prowadzonych prac remontowych. Trwają roboty wykończeniowe w pomieszczeniach, południowa część budynku ma już nową elewację. To jednak ciągle plac budowy. Tymczasem Zjazd już 30 listopada.

Łukasz Wojnowski: Kiedy staliśmy się właścicielami zakupionego od UMK Pałacyku Geografów, powiedziałem, że bardzo bym chciał, aby kończący obecną kadencję Zjazd odbył się w nowej siedzibie. Zdawałem sobie sprawę z ogromu czekających nas prac remontowych, tak jak dziś mam świadomość, jak niewiele czasu zostało do ostatniego dnia listopada. Mimo to obiecuję: staniemy na głowie, by Zjazd odbył się już w nowej siedzibie. Zastrzegam – do tego czasu na pewno budynek nie będzie

w pełni wykończony. Dlatego z góry przeproszam delegatów za ewentualne niedo-
godności.

Z czym teraz jest największy problem?

Jak się okazało, firma powołana do obsługi projektowej przedsięwzięcia nie przygotowała na czas dokumentacji potrzebnej do budowy przyłącza energetycznego. Gdy dokumentacja została przesłana energetyce, ta z kolei, z zupełnie niezrozumiałych dla mnie przyczyn nie mogła jej odebrać. W ten sposób poważna sprawa, która powinna być już zakończona, nadal czeka na załatwienie.

Obserwując realizację innych prowadzonych w Toruniu inwestycji, tego typu problemy to niestety norma. Może dlatego, że niesolidność rzadko zostaje ukarana?

W naszym przypadku nie było mowy o pobłażaniu. Firma projektowa została ukarana finansowo. I nie wyobrażam sobie, by mogło być inaczej. Wydajemy przecież pieniądze pochodzące ze składek.

I z kredytów...

Chcąc kupić budynek na Danielewskiego w dogodnym dla tego typu inwestycji terminie, musieliśmy wspomóc się kredytami – bankowym, z NIL oraz kilku izb okręgowych. Taka dywersyfikacja wiąże się ze znacznie niższym oprocentowaniem pożyczek zaciągniętych w instytucjach naszego samorządu w porównaniu z ofertą komercyjnych banków. Zaznaczam, że wszelkie zobowiązania spłacamy w terminie. W całości oddaliśmy już pożyczki z izb w Bydgoszczy, Opolu i Olsztynie.

Gdyby udało się sprzedać lub wynająć budynek przy Chopina, można by dużo szybciej spłacić wszystkie zobowiązania.

Od kilku tygodni o zamiarze sprzedaży lub wynajmu informuje baner na frontowej fasadzie budynku. Rynek jest teraz taki, że dużo łatwiej jest kupić niż sprzedać. Ta sytuacja na pewno nie będzie trwać w nieskończoność, a nasza dotychczasowa siedziba ma atut bardzo dobrej lokalizacji.

Czy zgodnie z wcześniejszymi deklaracjami udało się znaleźć najemców na część pomieszczeń przy Danielewskiego?

Tak, znajdzie się tam kancelaria prawnicza „Libra”, która prowadzi obsługę prawną Izby, a także jedna z firm ubezpieczeniowych, specjalizująca się w ubezpieczeniach medycznych.

Kiedy rozmawialiśmy niedługo po zakupie obiektu, wstępne szacunki mówiły, że koszt remontu budynku wyniesie 2,5 miliona złotych. Czy uda się zmieścić w tej kwocie?



Szacuję, że wstępny kosztorys zostanie przekroczony o około 15 procent. Wiąże się to przede wszystkim z koniecznością poniesienia kosztów, których nie byliśmy w stanie przewidzieć. Na przykład, w związku z wprowadzeniem nowych wymagań przeciwpożarowych, musieliśmy zainstalować znacznie więcej czujek przeciwpożarowych. Zakładaliśmy, że potrzebujemy siedmiu, tymczasem będzie ich siedemdziesiąt. Po zimie, w której kupiliśmy siedzibę, okazało się, że zupełnie niesprawny jest drenaż dookoła budynku. Miasto nałożyło na nas obowiązek zbudowania większego niż zakładaliśmy parkingu. Konserwator za bytków nie wyraził zgody na doświetlenie górnej kondygnacji budynku dodatkowymi oknami, co zmusiło nas do przeprojektowania funkcjonalnego pomieszczenia. Z kolei sami zdecydowaliśmy o pogłębieniu piwnicy o trzydzieści centymetrów, by zyskać na jej funkcjonalności.

Czy udało się na czymś zaoszczędzić?

Oszczędności szukamy tam, gdzie to tylko możliwe. Kompletując wyposażenie, zdecydowaliśmy się na kompleksową ofertę wybranej hurtowni, która udzieliła nam dużych upustów. Mam na myśli meble i oświetlenie. Chcemy, by wyposażenie naszych pomieszczeń było funkcjonalne i solidne. Nowa siedziba ma z założenia służyć kolejnym pokoleniom lekarzy. Kosztowna ekstrawagancja nie wchodzi w grę.

Jaki był odzew na apele o wspomaganie inwestycji darowiznami?

Zebrałiśmy ponad 11 tysięcy złotych. Ponadto nasi przyjaciele z izby lekarskiej w Getyndze przekazali nam 4200 euro z przeznaczeniem na wyposażenie nowej siedziby. Wszystkim, którzy zdecydowali się wspomóc finansowo remont nowej siedziby bardzo dziękuję.

Wspomniałeś o organizacji Zjazdu. Jest to możliwe, ponieważ w nowej siedzibie jest sala, która z powodzeniem zmieści delegatów i zaproszonych gości, czyli ponad sto osób.

To ogromny atut nowej siedziby. Jak wiesz, poprzednie Zjazdy odbywały się w Auli UMK, a ostatnio w Filmarze. Spotkania oplatkowe także organizowaliśmy

„na mieście”, bo na Chopina nie byliśmy w stanie się pomieścić. Teraz będziemy samowystarczalni, co dla naszego samorządu oznacza wymierne oszczędności.

Zjazdy i spotkania świąteczne to w skali roku rzadkość. Jak widzisz wykorzystanie wspomnianej sali konferencyjnej?

Chciałbym, aby właśnie w Izbie obywateli się organizowane w Toruniu medyczne konferencje naukowe. Na pewno będziemy konkurencyjni cenowo. Dołożymy przy tym starań, by mogły się u nas odbywać spotkania z cateringiem.

Czy to znaczy, że w Izbie będzie można zjeść ciepły posiłek, tak jak w Łodzi czy w Gdańsku?

Trudno nam się mierzyć z takim samorządowym gigantem jak Łódź. Z kolei w Gdańsku siedziba Izby mieści się w miejscu chętnie odwiedzanym przez studentów i nauczycieli akademickich tamtejszego uniwersytetu medycznego. Nie mamy takich atutów. Dlatego własnej kawiarni raczej mieć nie będziemy. Co nie znaczy, że nie będzie warunków, by wypić kawę lub herbatę. Tak naprawdę wszystko zależy od potrzeb lekarzy.

No właśnie. Zauważyłem, że na Chopina nawet lekarze zaangażowani w działalność samorządową pojawiali się niczym interesanci, którzy załatwiwszy co trzeba, szybko opuszczali budynek.

I nie mogło być inaczej. Na zewnątrz problem z zaparkowaniem samochodu, wewnątrz ciasnota, do tego kręte schody i brak windy. Na Danielewskiego będziemy mieli swój parking. Jeśli nie będzie na nim miejsca, będzie je można znaleźć na zewnątrz łatwiej niż na Chopina. W budynku też będą schody, ale wszyscy potrzebujący będą mogli skorzystać z wygodnej windy. Nasza nowa siedziba będzie bez dwóch zdań dużo bardziej przyjazna i dla pracowników, i dla lekarzy, którzy mam nadzieję, nie tylko będą do nas przychodzić w interesach.

Wspominaliśmy o konferencjach naukowych. Jak jeszcze planujesz ożywić gmach nowego lokum Izby?

Oprócz biblioteki i czytelnicy, które przeniosą się z dotychczasowej lokalizacji, będzie możliwość organizowania w kameralnym gronie spotkań związanych z prezentacją różnego rodzaju twórczości lekarzy. Wiem, że w naszym gronie są świetni malarze, poeci, fotograficy. Na pewno nie zabraknie dla nich przestrzeni. Nie widzę przeszkód, by w obszernych pomieszczeniach piwnicznych spotykali się tak seniorzy, jak i młodzi lekarze. Można będzie tam organizować koncerty i recitale.

To bardzo ciekawa oferta. Tylko z jej realizacją mogą być problemy.

Mam świadomość, jak w środowisku postrzegany jest samorząd lekarski. Zadaniem, które postawiłem przed sobą i moimi współpracownikami w minionej kadencji, było pokazanie, że choć nasz wpływ na decyzje całego samorządu jest – delikatnie mówiąc – bardzo ograniczony, zrobimy wszystko, by nasi członkowie przekonali się, że izba lekarska jest instytucją dla nich, a nie odwrotnie. Myślę, że w znacznym stopniu to się udało.

Nowa siedziba to nie tylko okazały budynek, ale także ogród, na tyle duży, że w przyszłości może zostać mini parkiem. Kiedy tak się stanie?

Plan zagospodarowania tego terenu już mamy. Na obszarze około 2 tysięcy metrów kwadratowych zostanie posadzonych 400 roślin. Odbudujemy prowadzące do ogrodu schody i zrewitalizujemy niewielki staw. Jest duża szansa na zrefundowanie większości poniesionych na wspomniane cele kosztów z Wojewódzkiego Funduszu Ochrony Środowiska. Jeśli rośliny podrosną, w przyszłości rzeczywiście możemy mieć własny mini park, ale to wieloletnia perspektywa.

Czy jeśli na najbliższym Zjeździe delegatów zostaniesz zgłoszony jako kandydat na prezesa, podejmiesz wyzwanie?

Cztery lata temu zakładałem, że prezesem będę przez jedną kadencję. Ponieważ pewne zadania, których się podjąłem, nie zostały zakończone, jak na przykład przeprowadzka do wyremontowanej, w pełni funkcjonalnej siedziby, jestem gotowy skończyć to, co zacząłem. Wyborcy zdecydują.



Schody prowadzące do ogrodu wymagają renowacji.

Nowa elewacja od strony południowej i wschodniej.





Duży ogród od strony Wisły w przyszłości ma szansę stać się mini parkiem.

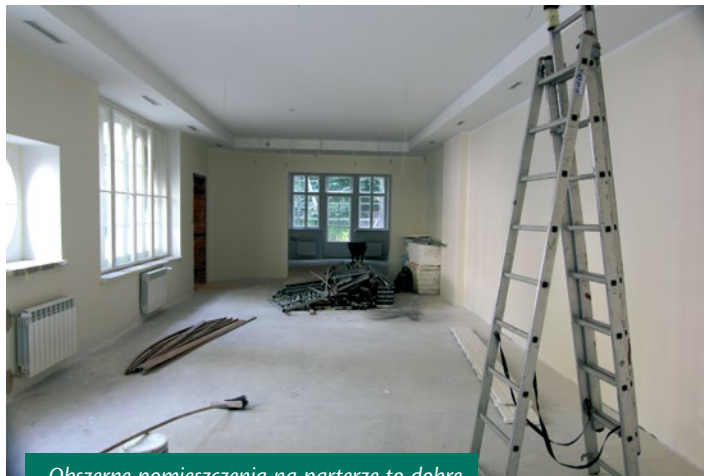
Zdjęcia przedstawiają zaawansowanie prac w budynku nowej siedziby i jego otoczeniu z początku października br. Budynek przy ulicy Danielewskiego 6 ma przejść „chrzest bojowy” 30 listopada, kiedy to zaplanowano XXXI Okręgowy Zjazd Lekarzy Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu. Przeprowadzka wszystkich jednostek organizacyjnych Izby ma nastąpić w pierwszym kwartale 2014.

fot. Sławomir Badurek



Dzięki pogłębieniu piwnicy, będzie ona w pełni funkcjonalna.

W budynku można znaleźć ciekawe architektoniczne elementy pierwotnego wyposażenia..

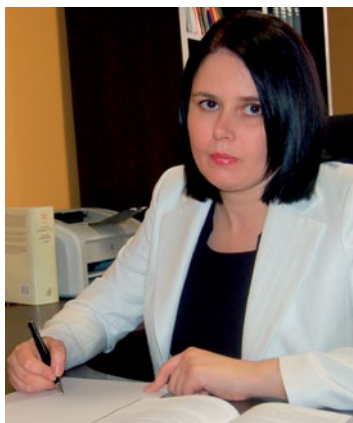


Obszerne pomieszczenia na parterze to dobre miejsce na organizację konferencji naukowych.



Z pomieszczeń na poddaszu będą m.in. korzystać komercyjni najemcy.





Aneta Naworska
radca prawny z Kancelarii
Naworska Marszałek sp.k. w Toruniu
www.knmp.pl

Często w swojej pracy lekarz może spotkać się z zainteresowaniem mediów. Nierzadko związane jest to z pacjentami, których leczymy. Zainteresowanie środków masowego przekazu wzbudzają także przeprowadzane badania lekarskie czy innowacyjne zabiegi. Jednak częściej to nie nasz dorobek naukowy najbardziej interesuje dziennikarzy, a sławni pacjenci tzw. celebryci czy też drastyczne wypadki, które nie oszczędziły naszych pacjentów. Warto więc w takich sytuacjach odpowiedzieć sobie na kilka pytań.

Czy dziennikarz może nagrywać rozmowę, nie informując o tym swojego rozmówcy?

Odpowiedź na to pytanie napotyka na znaczne trudności, albowiem w przepisach prawa prasowego brak jest wyraźnej regulacji dotyczącej tej kwestii. Art. 14 st. 1 tej ustawy mówi jedynie o tym, że *publikowanie lub rozpowszechnianie w inny sposób informacji utrwalaonych za pomocą zapisów fonicznych i wizualnych wymaga zgody osób udzielających informacji*. W doktrynie prawniczej przyjmuje się, że zapis ten chroni rozmówcę również przed rozpowszechnianiem nagrań utrwalaonych bez wiedzy i zgody osób w nich uczestniczących przy pomocy ukrytego dyktafonu czy kamery. Takie działania prowadzą do naruszenia nie tylko dyspozycji omawianego przepisu, ale także prawa do autory-

Lekarz a dziennikarze, czyli jakie mamy prawa w kontaktach z mediami

zacji udzielonej wypowiedzi, prywatności czy wizerunku. Tego typu praktyki, nie znajdujące normatywnego uzasadnienia, powinny spotkać się z natychmiastową reakcją *ex officio* organów powołanych do ścigania przestępstw” Pogląd ten dotyczy rozpowszechniania nagrań utrwalaonych bez wiedzy i zgody rozmówców, nie zaś możliwości dokonywania nagrań bez wiedzy drugiej strony. Tak więc przyjęć należy, iż zabronione jest rozpowszechnianie rozmów utrwalaonych bez wiedzy rozmówcy, samo nagrywanie zabronione nie jest.

Czy osoba udzielająca wywiadu może odmówić zgody na nagrywanie rozmowy i zrobienie zdjęcia?

Odpowiadając na to pytanie, należy przede wszystkim wskazać, iż wizerunek udzielającego wywiadu stanowi jego dobro osobiste, podlegające ochronie prawnej przewidzianej w art. 23 k.c. Wizerunek podlega również ochronie na podstawie przepisów ustawy z 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (dalej PrAut). Art. 81 ust. 1 tej ustawy stanowi, iż: *Rozpowszechnianie wizerunku wymaga zezwolenia osoby na nim przedstawionej. W braku wyraźnego zastrzeżenia zezwolenie nie jest wymagane, jeżeli osoba ta otrzymała umówioną zapłatę za pozowanie*.

Wizerunek to wytwór niematerialny, który za pomocą środków plastycznych przedstawia rozpoznawalną podobiznę danej osoby (lub danych osób). Obok klasycznych portretów malarskich są to także fotografie i karykatury. Wynika z tego, iż zgody wymaga nie samo utrwalenie wizerunku danej osoby na fotografii, lecz jego rozpowszechnianie. Zatem, aby dziennikarz mógł umieścić w artykule prasowym

zdjęcie osoby udzielającej informacji, musi uzyskać jej zgodę. Lekarz może jednak takiej zgody wprost odmówić.

Należy mieć na względzie kolejny ustęp tego przepisu, który stanowi, że: *Zezwolenia nie wymaga rozpowszechnianie wizerunku:*

1) *osoby powszechnie znanej, jeżeli wizerunek wykonano w związku z pełnieniem przez nią funkcji publicznych, w szczególności politycznych, społecznych, zawodowych;*

2) *osoby stanowiącej jedynie szczegół całości takiej jak zgromadzenie, krajobraz, publiczna impreza.*

Tak więc tylko wystąpienie okoliczności wskazanych powyżej może uwolnić dziennikarza od uzyskania zgody na zamieszczenie zdjęcia rozmówcy w artykule prasowym.

Lekarz, który udziela wywiadu, może odmówić zgody na nagrywanie rozmowy oraz zrobienie mu zdjęcia.

Jakich informacji można udzielić na temat stanu zdrowia pacjenta na pytanie dziennikarza? Czy potrzebna jest na to zgoda pacjenta?

W polskim systemie prawnym, nie istnieją sformułowane wprost przepisy, które określałyby, jakiego rodzaju informacje o stanie zdrowia pacjenta mogą być przekazywane przez lekarza dziennikarzowi. Istotne ograniczenie w tym zakresie stanowią zasady tajemnicy zawodowej lekarzy. Zgodnie z art. 23 powinniśmy posiłkować się aktami, które w sposób pośredni dotyczą tego tematu. Jednym z tych aktów, jest niewątpliwie Kodeks Etyki Lekarskiej. Stanowi on, że: *Lekarz ma obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej. Tajemnicą są objęte wiadomości*



o pacjencie i jego otoczeniu uzyskane przez lekarza w związku z wykonywanymi czynnościami zawodowymi. Śmierć chorego nie zwalnia od obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej.

Mając to na uwadze, z ogromną stanowczością należy stwierdzić, iż w zasadzie wszystkie informacje dotyczące pacjentów są objęte tajemnicą. Art. 25 Kodeksu Etyki Lekarskiej stanowi natomiast, iż: *Zwolnienie z zachowania tajemnicy lekarskiej może nastąpić: gdy pacjent wyrazi na to zgodę, jeśli zachowanie tajemnicy w sposób istotny zagraża zdrowiu lub życiu pacjenta lub innych osób, oraz jeśli zobowiązują do tego przepisy prawa.*

Obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej wynika również z art. 40 ustawy z dnia 5 grudnia 1998 r. o zawodach lekarza i dentysty. Przepis ten w ust. 2 zwalnia lekarza od obowiązku zachowania tajemnicy tylko gdy tak stanowią ustawy; 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; zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób; pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy, po uprzednim poinformowaniu o niekorzystnych dla pacjenta skutkach jej ujawnienia; zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie lekarzowi sądowemu; zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innemu lekarzowi lub uprawnionym osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.

Istotne jest również to, że zgodnie z ust. 4 omawianego przepisu: *Lekarz nie może podać do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta bez jego zgody.*

Ponadto należy przy tym wskazać, iż nie ma przepisów prawa, które obligowałyby lekarza do udzielania dziennikarzom jakichkolwiek informacji o stanie zdrowia pacjenta. Decyzja, jakiego rodzaju infor-

macje o pacjencie i jego stanie zdrowia, mogą być udzielone dziennikarzowi, pozostaje po stronie lekarza. Ochronie z pewnością podlegać będą dane osobowe pacjenta oraz informacje dotyczące rozpoznania jednostki chorobowej. Lekarz musi mieć na względzie wyżej wskazane regulacje.

Jednakże zgoda pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego zawsze będzie umożliwiać udzielenie informacji mediom.

Czy zawsze można skorzystać z prawa autoryzacji? Czy autoryzacja może być wybiórcza, tj. obejmować jedynie wypowiedzi, z pominięciem kontekstu?

Odpowiedzi na to pytanie udziela nam wprost art. 14 prawa prasowego, który stanowi, że: *Dziennikarz nie może odmówić osobie udzielającej informacji autoryzacji dosłownie cytowanej wypowiedzi, o ile nie była ona uprzednio publikowana.* Przede wszystkim przepis ten wprowadza zasadę, iż dziennikarz jest obowiązany dokonać autoryzacji jedynie w przypadku, gdy osoba udzielająca wywiadu zgłosi takie żądanie. Przepisy prawa prasowego nie nakładają bowiem każdorazowo obowiązku autoryzacji, uzależniając jego powstanie od aktywności interlokutora. Zgłoszenie takiego żądania powoduje, iż dziennikarz nie może odmówić rozmówcy prawa autoryzacji. Mając natomiast na uwadze poglądy doktryny, stwierdzić należy, iż *żądanie autoryzacji może zostać zgłoszone przed udzieleniem wypowiedzi, w jej trakcie, a także później, aż do momentu publikacji.* Podkreślić jednocześnie należy, iż przepis ten nie nałożył na dziennikarza prawnego obowiązku pouczenia osoby udzielającej wypowiedzi o prawie do autoryzacji wypowiedzi.

W doktrynie został jednak wyrażony pogląd, zgodnie z którym dziennikarz powinien tego dokonać przed rozpoczęciem wywiadu czy rozmowy.

Z uwagi na brak określenia w przepisie formy oświadczenia, w której może zostać zgłoszone żądanie autoryzacji, skuteczne jest zgłoszenie tego żądania w dowolnej postaci, aczkolwiek w taki sposób, aby dotarło ono do dziennikarza. Można to

zrobić ustnie, telefonicznie, e-mailem czy nawet SMS-em.

Wskazać należy, iż przedmiotem autoryzacji może być wyłącznie *dosłownie cytowana wypowiedź* i to tylko w sytuacji, gdy *nie była uprzednio publikowana*. Oznacza to, iż tryb autoryzacji dotyczy jedynie tych wypowiedzi, które mają zostać przedstawione w formie dosłownego cytatu.

Autoryzacja, co do zasady, ma chronić wypowiedzi informatora przed zniekształceniami, uproszczeniami, nieuwzględnieniem rzeczywistego sensu tych wypowiedzi, abstrahowaniem od ich kontekstu.

Obowiązek autoryzacji nie odnosi się natomiast do tych części materiału prasowego, które dziennikarz konstruuje na podstawie wypowiedzi informatora, jednakże przedstawia te wypowiedzi w formie relacji – mowy zależnej.

Podsumowując, należy stwierdzić, iż autoryzacja może dotyczyć jedynie samej wypowiedzi lekarza, ujętej w formie cytatu, nie zaś pozostałej części tekstu prasowego. Tak więc nie mamy realnego wpływu, zagwarantowanego przez prawo, na tzw. kontekst wypowiedzi, który niewątpliwie może mieć realny wpływ na jej wydźwięk.

Czy lekarz można odmówić rozmowy z dziennikarzem?

Choć dziennikarzom prawo do informacji przysługuje w bardzo szerokim zakresie, na pytanie to należy odpowiedzieć twierdząco. Dziennikarzowi, tak jak każdemu obywatelowi, przysługuje prawo do informacji publicznej na podstawie ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej.

Nie ma najmniejszej wątpliwości, iż lekarz, jako pracownik ochrony zdrowia, nie dysponuje informacją publiczną i nie należy do kręgu podmiotów obowiązanych do udzielenia informacji na podstawie tej ustawy.

Lekarze nie są zatem obowiązani do udzielania informacji zarówno na podstawie przepisów ustawy o dostępie do informacji publicznej, jak i na podstawie prawa prasowego. Powyższe oznacza zatem, iż lekarz ma prawo do odmowy udzielenia wywiadu.



mec. Krzysztof Izdebski
Rzecznik Praw Lekarza KPOIL

Częste pytania...

Zbliża się XXXI Okręgowy Zjazd Lekarzy naszej Izby. Będzie to zjazd wyborczy i tym samym dobry moment na podsumowania i kreślenie planów na przyszłość. W dzisiejszym oraz następnym wydaniu „Meritum” postaram się wskazać najczęstsze pytania, które trafiały i trafiają do mnie jako Rzecznika Praw Lekarzy. Odpowiedzi będą krótkie, ale – mam nadzieję – wypełnione praktyczną treścią. Zatem zaczynamy...

1. Co mogę zrobić, gdy ktoś umieści obrażający mnie wpis w internecie?

Coraz bardziej powszechne stają się portale internetowe, które umożliwiają pacjentom wyrażanie opinii o lekarzach. Opinie te w wielu wypadkach zawierają informacje nieprawdziwe, obrażające lekarza, którego dotyczą i w aspekcie prawnym naruszają jego dobra osobiste, chronione przez przepisy prawa cywilnego oraz stanowią przestępstwo zniesławienia (art. 212 kk) lub zniewagi (art. 216 kk).

Ściganie osoby, która dokonała obrażającego nas wpisu w internecie, jest trudne z uwagi na możliwe problemy dotyczące ustalenia tożsamości osoby, która przedmiotowego wpisu dokonała. Wobec powyższego zadbać należy przede wszystkim o to, aby obrażający nas wpis nie „wisiał” dalej na stronie internetowej. W tym celu do wydawcy serwisu internetowego, na łamach którego znajduje się naruszający nasze dobra osobiste wpis, należy przesłać pismo, w którym zawiadomimy o treści tego wpisu, stwierdzimy, że narusza on nasze dobra osobiste i zażądamy jego usunięcia w trybie przepisów ustawy z 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną. Jeśli wydawca wpisu tego nie usunie, wówczas może on wobec nas odpowiadać odszkodowawczo.

Przykładowa treść takiego zawiadomienia:

Zawiadamiam, że na łamach forum serwisu internetowego www.xxx.pl, został zamieszczony anonimowy (lub autorstwa osoby posługującej się pseudonimem xxx) wpis, naruszający moje dobra osobiste o treści:

„dokładny cytat wpisu”.

Link do ww. wpisu: podajemy link do strony internetowej z obrażającym wpisem

Treść ww. komentarza (szczególnie zwrot: – wskazujemy na najbardziej obrażające stwierdzenia) narusza moje dobre imię, przypisując mi właściwości, które mogą poniżyć mnie w opinii publicznej oraz narazić na utratę zaufania potrzebnego do wykonywania zawodu lekarza, co stanowi jednocześnie przestępstwo penalizowane przez art. 212 i 216 kk.

W tym stanie rzeczy, żądam natychmiastowego usunięcia ww. wpisu z forum.

Zawiadomienie niniejsze należy traktować jako wiadomość przekazaną w trybie art. 14 ust. 1 ustawy z 18 lipca 2002 roku o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz.U. nr 144, poz. 1204).

Możliwe jest także (po ustaleniu tożsamości osoby, która dokonała wpisu) pociągnięcie autora obrażającego nas wpisu do odpowiedzialności prawnej (zarówno cywilnej, jak i karnej).

Istnieją tutaj dwie możliwe drogi postępowania.

Pierwsza to droga karna, jeśli obrażający nas wpis ma znamiona przestępstwa. Zgłaszamy się wtedy do pro-

kuratury lub policji, które prowadzą w naszym imieniu działania operacyjne – np. zabezpieczają dane informacyjne, żądają od administratora strony internetowej ujawnienia danych osoby lub komputera, z którego dokonano określonego wpisu.

W przypadku jednak, kiedy nie można mówić o przestępstwie, pozostaje droga cywilna, czyli wykorzystanie kodeksu cywilnego. Wówczas to na nas spoczywa powinność prowadzenia postępowania dotyczącego ujawnienia osoby, która jest autorem wpisu w internecie, co często jest problemem.

Aby określić tożsamość takiej osoby, przede wszystkim należy zwrócić się do administratora forum internetowego lub operatora telekomunikacyjnego o udostępnienie danych. Taką decyzję należy uzasadnić tym, że chcemy dochodzić na drodze prawnej naszych praw, które zostały naruszone. Jeżeli administrator odmówi udzielenia tego typu informacji, wówczas jest możliwość zwrócenie się do Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych, który może uznać, że rzeczywiście chodzi tutaj o próbę zrealizowania swojego interesu prawnego i może nakazać wydanie takich informacji. W razie odmowy ujawnienia informacji, sprawa może trafić do sądu administracyjnego.

Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z 21 sierpnia br. pozwala udostępniać dane użytkowników forów internetowych nie tylko policji, proku-



raturze, Żandarmerii Wojskowej, Straży Granicznej, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego i innym organom państwa (jak określa to Ustawa o świadczeniu usług drogą elektroniczną), ale wszystkim osobom fizycznym oraz firmom. Warunkiem otrzymania tych danych jest wykazanie, że stanowi to element niezbędny do ochrony dóbr.

2. Czy zawsze muszę udostępnić pacjentowi oryginał dokumentacji medycznej?

Kwestia związana z udostępnianiem dokumentacji medycznej określona została w ustawie 6 listopada 2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Art. 26 ustawy określa podmioty, które uprawnione są do żądania okazania/wydania tej dokumentacji. Pierwszym i najważniejszym z wymienionych podmiotów jest pacjent. Pacjenta uznać należy za dysponenta informacji znajdujących się w dokumentacji medycznej.

Sposób udostępniania dokumentacji określa art. 27 ustawy, który stanowi, że dostęp uprawnionych osób czy organów do dokumentacji odbywa się poprzez:

- umożliwienie wglądu w siedzibie podmiotu, który udziela świadczeń zdrowotnych,
- sporządzanie z dokumentacji wyciągów, odpisów i kopii,
- wydanie oryginałów – jest to najbardziej radykalna forma udostępnienia dokumentacji medycznej. Sam ustawodawca określił, że wydanie oryginałów powinno nastąpić wyjątkowo za pokwitowaniem odbioru, przy zobowiązaniu do zwrotu po wykorzystaniu oraz w sytuacji, gdy osoba lub podmiot uprawniony żąda wydania oryginałów (czyli sam stwierdza, że nie wystarczą mu odpisy lub kopie).

W sytuacji, gdy wydaliśmy oryginał dokumentacji, należy sporządzić i pozostawić u siebie jej kopię.

3. Co mogę zrobić, gdy pacjent będzie zachowywać się agresywnie wobec mnie?

Niestety coraz częściej lekarze doświadczają aktów agresji ze strony pacjentów (czasem także ich rodzin). Agresja ta ma różny charakter, najczęściej jest to agresja słowna, rzadziej (ale jednak także) zdarzają się przypadki agresji fizycznej.

Jeśli pacjent zachowuje się w stosunku do nas w sposób agresywny, nie mamy z nim dobrego kontaktu i w zasadzie dalsze leczenie stanowi dla nas poważny problem, możemy sięgnąć po narzędzie, które daje nam ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Art. 38 ww. ustawy stanowi, że jeśli nie ma zagrożenia życia pacjenta, lekarz może odstąpić od leczenia. Powstaje wówczas po stronie lekarza obowiązek dostatecznie wczesnego uprzedzenia o tym pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego i wskazania realnych możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym. Jeżeli lekarz wykonuje swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby, może nie podjąć lub odstąpić od leczenia, jeżeli istnieją poważne ku temu powody (agresja pacjenta, niestosowanie się do zaleceń uznaje się powszechnie za ważne powody), po uzyskaniu zgody swojego przełożonego. W przypadku odstąpienia od leczenia lekarz ma obowiązek uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej.

Również ustawa 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej przewiduje możliwość odmowy udzielania świadczeń osobie, która zachowuje się w sposób rażąco nieodpowiedni, a jej stan zdrowia nie stanowi bezpośredniego zagrożenia życia. *Wypisany może zostać pacjent, który w sposób rażąco narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie*

udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób. Użyte w przepisie wyrażenie „w sposób rażąco narusza” jest nieostre, można jednak przyjąć, iż wolą ustawodawcy było, aby podstawą wypisania nie mogło być jakiegokolwiek (np. drobne lub nawet istotne, ale nierzające) naruszenie porządku lub przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych. Co równie istotne, nie może to być jednorazowe naruszenie, lecz musi to być proces ciągły, przy czym te rażące naruszenia mogą mieć różnorodny charakter (M. Dercz, T. Rek komentarz do ustawy o działalności leczniczej ABC 2012).

W sytuacji agresji pacjenta, zagrażającej bezpieczeństwu lekarza, pozostałego personelu medycznego oraz innych pacjentów, mamy do czynienia z uzasadnionym podejrzeniem naruszenia przepisów kodeksu karnego. Należy wówczas niezwłocznie wezwać policję.

4. Czy zgoda pacjenta na zabieg o podwyższonym ryzyku musi być zawsze wyrażona na piśmie? Czy muszę informować pacjenta o wszystkich możliwych komplikacjach zabiegu?

Zarówno ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (art. 18) oraz ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry (art. 34) zastrzega formę pisemną zgody pacjenta na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego lub zastosowania metody leczenia lub diagnostyki, stwarzającą podwyższone ryzyko.

Obydwa wskazane powyżej przepisy nie przewidują sankcji za niezachowanie formy pisemnej.

Zgodnie z wyrokiem Sądu Najwyższego z 8 lipca 2010 r. (sygn. II CSK 117/10) – zastrzeżenie formy pisemnej bez wskazania rygoru jej niezachowania powoduje jedynie konsekwencje o charakterze dowodowym (art. 74

kodeksu cywilnego – co oznacza, że nie jest w sporze dopuszczalny dowód ze świadków ani dowód z przesłuchania stron na fakt dokonania czynności. Przepisu tego nie stosuje się, gdy zachowanie formy pisemnej jest zastrzeżone jedynie dla wywołania określonych skutków czynności prawnej. Jednakże mimo niezachowania formy pisemnej przewidzianej dla celów dowodowych, dowód ze świadków lub dowód z przesłuchania stron jest dopuszczalny, jeżeli obie strony wyrażą na to zgodę, jeżeli żąda tego konsument w sporze z przedsiębiorcą, albo jeżeli fakt dokonania czynności prawnej będzie uprawdopodobniony za pomocą pisma. Natomiast – podkreślić należy – niezachowanie formy pisemnej zgody nie pozbawia samej zgody skuteczności prawnej.

Zdaniem Sądu Najwyższego tym bardziej nie można uznać, że nieskuteczna jest zgoda wyrażona na piśmie w formie podpisanego druku, choćby ten druk nie został wypełniony w sposób umożliwiający identyfikację zabiegu, którego dotyczy zgoda.

Informacja zapewniająca pacjentowi warunki do wyrażenia świadomej zgody nie musi zostać przekazana w formie pisemnej.

Lekarz nie ma obowiązku uprzedzenia pacjenta o wszelkich możliwych komplikacjach, związanych z zabiegiem – zwłaszcza takich, które zdarzają się rzadko.

Powyższe rozważania warto jednak zakończyć uwagą praktyczną – zawsze, w przypadkach zabiegów o podwyższonym dla pacjenta ryzyku, warto być w posiadaniu zgody pisemnej na taki zabieg. Pomimo że brak zgody pisemnej nie wyłącza ważności i skuteczności samej zgody, to jednak ze względów dowodowych pisemna zgoda pacjenta może zaoszczędzić nam sporo problemów.

5. Zostałem wezwany do prokuratury w charakterze świadka. Co z tajemnicą lekarską? Czy mam iść zeznać?

Lekarz, jak każdy obywatel, może zostać wezwany do złożenia zeznań w charakterze świadka zarówno przed sądem, jak i w trakcie postępowania przygotowawczego nadzorowanego lub prowadzonego przez prokuraturę.

Wezwany w charakterze świadka lekarz ma obowiązek stawić się w określonym przez organ prowadzący postępowanie czasie i miejscu. Nieusprawiedliwione niestawiennictwo na przesłuchaniu zagrożone jest karą pieniężną w wysokości do 10 000 zł oraz zatrzymaniem i przymusowym doprowadzeniem w celu złożenia zeznań (art. 285 kodeksu postępowania karnego).

Jak każdy obywatel, lekarz jako świadek ma prawo do odmowy składania zeznań jeśli oskarżony lub podejrzany jest dla niego osobą najbliższą, czyli małżonkiem, wstępnym, zstępnym, rodzeństwem, powinowatym w tej samej linii lub stopniu, osobą pozostającą w stosunku przysposobienia oraz jej małżonkiem, a także osobą pozostającą we wspólnym pożyciu (art. 180 kpk oraz art. 115 §11 kodeksu karnego).

Trzeba jednak podkreślić, że prawo do odmowy składania zeznań nie stanowi uzasadnienia do odmówienia stawienia się na wezwanie w charakterze świadka. Świadek ma prawo do uchylenia się od udzielenia odpowiedzi na pytanie, jeśli mogłoby to narazić jego lub osobę dla niego najbliższą na odpowiedzialność za przestępstwo lub przestępstwo skarbowe (art. 183 kpk).

6. Zeznawanie co do faktów, stanowiących tajemnicę lekarską

Lekarz może być powołany na świadka i wezwany do złożenia zeznań, które materiały swoją obejmują okoliczności

stanowiące tajemnicę lekarską. W takiej sytuacji lekarz może odmówić składania zeznań co do faktów objętych tajemnicą. Jego przesłuchanie w zakresie tych okoliczności będzie możliwe dopiero po zwolnieniu lekarza z obowiązku dochowania tajemnicy zawodowej (art. 180 kpk).

Przesłuchanie lekarza co do faktów stanowiących tajemnicę lekarską możliwe jest tylko wówczas, gdy jest to niezbędne dla dobra wymiaru sprawiedliwości, a okoliczność nie może być ustalona na podstawie innego dowodu.

Zwolnienie lekarza od obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej może nastąpić wyłącznie decyzją sądu. W postępowaniu przygotowawczym prowadzonym przez policję lub prokuratora sąd wydaje zezwolenie (lub odmawia jego wydania) na przesłuchanie lekarza co do okoliczności stanowiących tajemnicę zawodową na wniosek złożony przez prokuratora.

Podstawa prawna i bibliografia.

Ustawa z 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz.U. z 2002r., Nr 144, poz. 1204)

Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2012r., Nr 159 j.t.)

Ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz.U. z 2011 r., Nr 277, poz. 1634 j.t.)

Ustawa z 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej (Dz.U. z 2013 r., Nr 217 j.t.)

Ustawa z 7 czerwca 1997 r. kodeks karny (Dz.U. z 1997 r., Nr 88 poz. 553 ze zm.)

Ustawa z 7 czerwca 1997 kodeks postępowania karnego (Dz.U. z 1997 r., Nr 89, poz. 555 ze zm.)

Ustawa z 23 kwietnia 1964 kodeks cywilny (Dz.U. z 1964 r., Nr 16, poz. 93 ze zm.)

M. Dercz, T. Rek, Komentarz do ustawy o działalności leczniczej, ABC 2012

A. Fiutak, Prawo medyczne w orzecznictwie z komentarzem, Difin 2012

R. Kubiak, Prawo Medyczne, C.H. Beck 2010

Lekarze na tenisowych kortach w Toruniu

28 września br. w Toruniu odbyły się coroczne, tym razem XIV Mistrzostwa Lekarzy Pomorza i Kujaw w tenisie ziemnym. Z powodu przedwczesnego nadejścia chłodnych dni organizatorzy byli zmuszeni przenieść rozgrywki do komfortowej hali tenisowej Jurmet w Lubliczu k. Torunia. W rywalizacji brało udział 13 zawodników. Turniej odbył się bez podziału na kategorie wiekowe, co zaowocowało bardzo przyjacielską atmosferą zawodów. Eliminacje rozegrano w 3 grupach. W finałowej rozgrywce „o medale” rywalizowali zwycięzcy grup. W turnieju wystąpił niezawodny senior naszego środowiska lekarsko-tenisowego, profesor Waldemar Jędrzejczyk, wiecznie młody 80-latek. Profesor wygrał mecz w eliminacjach, pokonując o 50 lat młodszego kolegę!

Wyniki turnieju:

I miejsce – dr Piotr Danielewicz

– kardiolog – Regionalny Szpital Specjalistyczny Grudziądz,

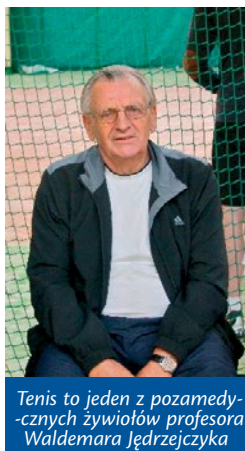
II miejsce – dr Aleksander Skop

– ginekolog Szpital Wojewódzki Toruń (główny organizator i sędzia zawodów),

III miejsce – dr Krzysztof Kula

– radiolog Centrum Onkologii w Bydgoszczy.

Kolejne spotkanie tenisowe już w styczniu 2014 roku – III Halowe Mistrzostwa Lekarzy Pomorza i Kujaw w Bydgoszczy. Zapraszamy.



Tenis to jeden z pozamedy-
-cznych żywiołów profesora
Waldemara Jędrzejczyka



Brak podziału na kategorie wiekowe
zaowocował przyjacielską atmosferą



Medaliści turnieju

Aleksander Skop

XI Igrzyska Lekarskie w Zakopanem

W dniach 11.09. - 14.09.13. odbyły się w Zakopanem XI Igrzyska Lekarskie. W turnieju piłki nożnej reprezentacja lekarzy naszego województwa zdobyła złoty medal. Rozgrywki nasza drużyna rozpoczęła od występów w grupie „śmierci” razem z trzema drużynami, które w poprzednich latach zdobywały mistrzostwo Polski. Na początek w szalonym meczu przegraliśmy ze Szczecinem 7:5. Potem pokonaliśmy Lublin 5:1 oraz Kraków 6:1 i z drugiego miejsca w grupie awansowaliśmy do ćwierćfinału. Tam po

najlepszym meczu w turnieju pokonaliśmy aktualnego mistrza Polski – Łódź 3:1. W półfinale ponownie spotkaliśmy się z Lublinem. W regulaminowym czasie gry był remis 2:2. Wygraliśmy w karnych 4:3. W finale zagramy z drużyną z Grodna. W regulaminowym czasie gry był remis 1:1, ponownie wygraliśmy w rzutach karnych 3:2. Nasza drużyna grała w składzie: Witold Bogulas, Piotr Skrzat, Maciej Bierwagen, Michał Ziołkowski, Dariusz Podzielny, Krzysztof Orłowski, Krzysztof Głos, Zbigniew

Maciejewski, Sylwester Kleczka, Marcin Bania, Tomasz Traczyk, Davies Omubo, Krzysztof Marciniak, Andrzej Łączny.

Na igrzyskach rozegrano również turniej w kategorii „Senior” (+45), w którym nasza drużyna również zdobyła złoty medal (po raz trzeci z rzędu) po wygranych z reprezentacją Podbeskidzia 6:2 oraz dwóch zwycięstwach z drużyną Szczecina, w grupie 3:1 oraz w finale 6:2. Drużyna „Senior” zagrała w składzie: Piotr Skrzat, Krzysztof Marciniak, Krzysztof Głos, Andrzej Wnęk, Zbigniew Maciejewski, Davies Omubo, Józef Kozak, Andrzej Łączny.

Stoją od lewej: Piotr Skrzat, Witold Bogulas, Andrzej Łączny, Zbigniew Maciejewski, Dariusz Podzielny, Krzysztof Orłowski, Michał Ziołkowski, Krzysztof Marciniak. Dolny rząd od lewej: Tomasz Traczyk, Marcin Bania, Davies Omubo, Sylwester Kleczka, Maciej Bierwagen.

Andrzej Łączny





Po czterech latach

Dobiega końca kolejna czteroletnia kadencja Izby Lekarskiej. Z Państwa woli w tym czasie pełniłam funkcję wiceprezesa Okręgowej Rady Lekarskiej i członka Naczelnej Komisji Stomatologicznej NRL. Wraz z kolegami z Zespołu NKS do kontaktów z NFZ i Zespołu Współpracy z Organami Kontrolnymi, dyskutowaliśmy z Ministerstwem Zdrowia, Finansów, Środowiska, NFZ-etem, Głównym Inspektorem Sanitarnym, Głównym Inspektorem Ochrony Danych Osobowych i wieloma innymi instytucjami nad projektami nowych i obowiązujących przepisów. Po czterech latach przychodzi refleksja, czy nasze działania były skuteczne. No cóż, przyszło nam spierać się z instytucjami monopolistycznymi, posiadającymi w swym repertuarze cały arsenał represji, a taki spór zawsze jest trudny. My możemy im przeciwstawić tylko siłę naszych argumentów.

Projekt ustawy to zawsze setki stron pisanych trudnym prawniczym językiem, a są one zawsze wielokrotnie dłuższe niż chociażby tak przez nas nie lubiane umowy o ubezpieczenie samochodu czy o kredyt z bankiem. Mimo zawsze krótkiego terminu na dokładne przeczytanie setek stron dokumentów i opracowanie propozycji zmian, mamy jednak sukcesy. Przytoczmy kilka z nich.

Po wielu miesiącach rozmów i 26 poprawionych wersjach ustawy, doprowadziliśmy do złagodzenia restrykcyjnych przepisów ustawy o stosowaniu promieniowania jonizującego. Obecnie m.in. skrócono znacznie szkolenia wymagane do obsługi aparatów RTG w stomatologii, ucywilizowano wymogi lokalowe, zmniejszono częstotliwość testów kontrolnych i inne archaiczne przepisy z ubiegłego wieku, które w żaden sposób nie były dostosowane do nowoczesnego sprzętu.

We współpracy z przedstawicielami kontroli sanitarnej opracowaliśmy kom-

plet dokumentów i procedur sanitarnych wymaganych w gabinetach lekarskich uznawanych przez SANEPID, które zawsze można pobrać ze strony internetowej NIL.

Zablokowaliśmy możliwość prowadzenia zabiegów wybielania zębów w gabinetach kosmetycznych. Źródłem takich zapędów stała się ustawa o podatku VAT, w myśl której jest to zabieg kosmetyczny objęty tymże podatkiem. Skoro tak, to wydedukowano, że mogą go wykonywać kosmetyczki. Obecnie interpretacja prawna jest jednoznaczna – zabieg ten wykonywany może być tylko przez lekarza dentyście.

Nie dopuściliśmy do zmiany przepisów pozwalającej technikom dentystrycznym na leczenie protetyczne w ramach usług finansowanych przez NFZ. Kuriozalny pomysł, aby technik, bez udziału lekarza, mógł projektować i wykonywać samodzielnie protezy, powstał w gabinecie pośła Giżyńskiego i był przez niego z wielką determinacją forsowany. W korespondencji z wieloma urzędami, które przygotowywały odpowiedź na szereg interpelacji pana pośła, wykazaliśmy absurdalność takich przepisów i sprawa straciła impet. Niestety, przy braku logicznych argumentów, poseł Giżyński posunął się do insynuacji sugerujących naszą nieuczciwość, brak wiedzy, umiejętności i na inne sposoby obrażających nasze środowisko. W związku z tym Komisja Stomatologiczna KPOIL złożyła skargę do Komisji Etyki Poselskiej. Zainteresowanych odsyłam do stron internetowych Sejmu, gdzie można przeczytać, co mówi o nas toruński poseł.

Doprowadziliśmy do traktowania placówek medycznych zgodnie z ustawą o swobodnej działalności gospodarczej, dzięki czemu każda kontrola musi być odpowiednio wcześniej i pisemnie zapowiedziana. W chwili obecnej NFZ usiłuje

ominąć ten zapis, ale złożyliśmy zdecydowany sprzeciw i czekamy na efekty.

Ciągły monitoring procedur konkursowych w NFZ chroni nas przed, często absurdalnymi zapędami ze strony tej instytucji. Należy wspomnieć o takich pomysłach, jak aparat RTG w każdym gabinecie, separator amalgamatu w każdym unicie, wykwalifikowana asystentka stomatologiczna przy każdym lekarzu, wprowadzenie wymogów jakościowych co do stosowanej w gabinetach wody wodociągowej, wymogach lokalowych od metrażu gabinetu na pokój, dla mopa kończąc. O tym i wielu innych „drobiazgach” dyskutowaliśmy z przedstawicielami NFZ, tłumacząc „niestosowność” takich zapisów, a w skrajnych sytuacjach przypominając że istnieje taka instytucja, jak CBA. Należy bowiem przypominać, że takie niepotrzebne regulacje to nie tylko utrudnienie pracy, ale również podniesienie kosztów funkcjonowania gabinetów i nieuzasadniony zarobek firm sprzedających nikomu niepotrzebne gadżety.

Czy można było osiągnąć więcej? Czy ten dorobek jest satysfakcjonujący?

Należę do tych, dla których „szklanka jest do połowy pełna” i dlatego cieszę się z każdego, nawet najdrobniejszego sukcesu. Oczywiście wyobraźni widzę, jak przerażające mogłyby być pomysły urzędników, gdyby nie czuli na sobie naszego czujnego spojrzenia.

Dziękując wszystkim za zaufanie, współpracę i pomoc w moich wysiłkach, zapraszam do pracy w organach Izby wszystkich chętnych. Wszystkich, którzy czują w sobie siłę do działania na rzecz naszego środowiska, którzy widzą pole do wykorzystania swojej energii, zainteresowań i nietuzinkowych pomysłów dla osiągnięcia wspólnych celów. Izba to My i będzie tak silna, jak silni będą wybrani do działania nasi przedstawiciele.

Do zobaczenia 30.11.2013 r. na Okręgowym Zjeździe naszej Izby.

Anita Pacholec

Audi
Przewaga dzięki technice



Przywileje dla wymagających

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

Specjalna oferta dla lekarzy



Konarzewski

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



Należyta staranność

W ostatnim okresie słycać wiele zarzutów dotyczących rzekomego braku samokrytycznego podejścia środowiska lekarskiego do błędów popełnianych przez członków korporacji. Przeczą temu statystyki orzecznictwa sądów lekarskich. Choć oczywiście nie popełnia błędów tylko ten, kto nic nie robi. Ale istnieją mechanizmy pozwalające te błędy eliminować (zazwyczaj). Mowa tu oczywiście o systemie dwuinstancyjnym w sądownictwie lekarskim (od orzeczenia OSŁ przysługuje odwołanie do NSL), z dodatkową możliwością wniesienia kasacji do Sądu Najwyższego. Należy również podkreślić, że prawo w dzisiejszym systemie prawnym ma każdy, kto jest niezadowolony z zachowania lekarza, może więc (bez konieczności ponoszenia jakichkolwiek kosztów, wpisów itp.) wnieść skargę do rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Nie oznacza to, że w każdym przypadku taka sprawa musi skończyć się ukaraniem lekarza. Pewien procent uniewinnień spotykany jest także przecież w sprawach karnych, a nikt nie formułuje zarzutów, że sądownictwo powszechne służy do obrony obywateli, jak to się niekiedy czyni wobec organów odpowiedzialności zawodowej.

Jeszcze trudniej zrozumieć całkowicie bezzasadne ataki na Kodeks Etyki Lekarskiej (KEL). Dlatego też wydaje się, że zamiast polemiki z takimi głosami, najważniejsza jest prezentacja konkretnych spraw z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy i rozpowszechnianie wiedzy na temat tego, jak należy rozumieć i wyklądać poszczególne normy deontologiczne na podstawie orzecznictwa NSL. Zarzut naruszenia art. 8 KEL jest jednym z najczęściej

występujących w sprawach prowadzonych przez sądy lekarskie. Dlatego też warto przytoczyć w kolejnych tekstach kilka spraw odnoszących się do tego przepisu. Przypomnijmy jedynie dla porządku, że w myśl tego przepisu *Lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należyłą starannością, poświęcając im niezbędny czas. W sprawie o sygn. akt NSL Rep.127/OWU/11 ustalono, że orzeczeniem z 17 czerwca 2011 r. OSŁ w X po rozpoznaniu sprawy lekarz SI obwinionego o nieprawidłowe postępowanie w stosunku do pacjenta SG 29/30 grudnia 2009 r. podczas wizyty w charakterze lekarza zespołu karetki pogotowia w mieszkaniu córki pacjenta, polegające na błędnej interpretacji zgłaszanych przez chorego dolegliwości, jako wywołanych rzekomo błędem dietetycznym, odstąpieniu od wykonania EKG, niezabraniu pełnego wywiadu na temat przebytych chorób, tj. naruszenie art. 8 KEL, uniewinnił go od zarzucanego mu przewinienia zawodowego.*

Od tego orzeczenia odwołanie złożyła EZ, córka nieżyjącego SG, wnosząc o ukaranie lekarza SI, podnosząc, iż w czasie wizyty pogotowia lekarz: a) nie odniósł się do wszystkich dolegliwości zapisanych w karcie informacyjnej pogotowia ratunkowego, b) nie rozpoznał, że dolegliwości były natury kardiologicznej (bólów stenokardialnych) na podstawie podanych dolegliwości, c) nie zebrał w związku z powyższym pełnego wywiadu, d) odstąpił od wykonania badania EKG.

Jednak w ocenie NSL wniesione odwołanie okazało się niezasadne. Naczelny Sąd Lekarski uznał, że ustalony

i przedstawiony w uzasadnieniu OSŁ przebieg zdarzenia jest prawidłowy i znajduje oparcie w zebranych materiale dowodowym. Rozpatrując tę sprawę, biorąc pod uwagę wszystkie jej okoliczności, NSL stwierdził, że zespół pogotowia ratunkowego przyjechał na miejsce bardzo szybko, w ciągu kilku minut, zabierając do mieszkania aparat do EKG, w związku z treścią wezwania: *Ból w klatce piersiowej, spocyny, trudności w oddychaniu.* Na miejscu wezwania zespół wyjazdowy zastał pacjenta w stanie ogólnym dobrym, z kontaktem, skarżącego się na bóle brzucha. Powyższe wynika z wyjaśnień obwinionego oraz z zeznań świadków – pozostałych członków zespołu wyjazdowego, tj. pielęgniarki AU i ratownika medycznego MB. EZ w pierwszym piśmie skierowanym do Wojewódzkiego Pogotowia Ratunkowego wskazała, że *ojca bolało w okolicy żołądka, mostka lub brzucha – ból był trudny do określenia.* Pacjent przebywał u córki i nie miał ze sobą dokumentacji medycznej. Wywiad chorobowy zbierany przez lekarza od chorego i jego córki sugerował raczej dolegliwości gastryczne. Chory do chwili przybycia lekarza pogotowia nigdy nie leczył się z powodu choroby wieńcowej. Dolegliwości pojawiły się w spoczynku, bez spadku ciśnienia tętniczego. Z dokumentacji tej należy jednak wziąć pod uwagę notatkę z 18 marca 2009 r., kiedy to zlecono angio-TK (przyp. tomografię) brzucha, oraz to, iż *pacjent nie leczy się od 3 lat, twierdząc, że leki mogą szkodzić, RR 170/90 mm Hg.* W wykonanym w tym dniu EKG pojawił się opisany po raz pierwszy blok prawej odnogi pęczka Hisa. W ocenie NSL w zaistniałej sytuacji obwiniony miał uzasadnione powody do uznania na podstawie wywiadu zebranego od chorego i jego córki, że zgłaszane dolegliwości oraz stan chorego nie wskazują na dolegliwości ze strony serca, a wykonanie badania EKG nie było wobec powyższego niezbędne. NSL ponadto podniósł, iż nawet gdyby obwiniony



wykonał wówczas badanie EKG, to przy istnieniu opisanego powyżej bloku prawej odnogi pęczka Hisa objawy świeżego zawału byłyby maskowane i stwarzałyby problemy diagnostyczne nawet dla kardiologa, oraz dodał, że tej wątpliwości nie dało się na etapie postępowania sądowego rozstrzygnąć. Lekarz SI zebrał wywiad, zbadał chorego, podając poza innymi lekami także nitroglicerynę, poświęcając choremu – jak na wizytę pogotowia ratunkowego – odpowiednią ilość czasu. Dlatego też, w ocenie NSL, nie można było wyżej wymienionemu zarzucić niestaranności w postępowaniu lekarskim. Wykonane badanie EKG w poradni 31 grudnia 2009 r. było nie do odczytania, a lekarz badający – JG wystawiła skierowanie do szpitala na oddział wewnętrzny z powodu duszności wysiłkowej. I ona na podstawie wywiadu nie podejrzewała więc zawału mięśnia sercowego. W izbie przyjęć rozpoznano ostry zawał serca na podstawie stężeń markerów martwicy mięśnia serca: troponiny i CKMB (karta 70–167). Chory został przyjęty do Centrum Medycznego na

oddział ostrych zespołów wieńcowych. W opisie lekarskim przy przyjęciu stan ogólny był dosyć dobry, ze stabilnym tętnem i ciśnieniem krwi. Większość badań EKG wykonana w tym czasie była trudna do interpretacji ze względu na zanik linii na papierze termoczułym. Stwierdzone w koronarografii liczne zwężenia w naczyniach wieńcowych były powodem zawału mięśnia serca, a nie jego następstwem – jak uważa córka.

W czasie pobytu na oddziale stan chorego był, przy innych współistniejących chorobach, dosyć dobry – o czym świadczą wpisy obserwacji lekarskich. 6 stycznia 2010 r. wykonano zabieg PCI RCA. Niepomyślnie zakończenie leczenia chorego śmiercią 7 stycznia 2010 r. wiąże się przyczynowo z przebyłym świeżo zawałem mięśnia serca, ale nie można jednoznacznie ustalić, czy nie jest następstwem leczenia w postaci PTCA. Zabieg taki wiąże się z potencjalnym zagrożeniem życia i zdrowia pacjenta, o czym informacja przekazywana jest również pacjentowi. Zabieg został wykonany jako konieczny w celu

zapobieżenia w przyszłości kolejnym zawałom mięśnia serca. Wystąpienie w następnym dniu powikłania w postaci migotania komór doprowadziło, mimo reanimacji, do śmierci pacjenta. Podsumowując – Naczelny Sąd Lekarski podkreślił, że w świetle dolegliwości zgłaszanych obwinionemu przez pacjenta oraz jego rodzinę podjęte przez lekarza działania były uzasadnione. Lekarz pogotowia nie może prowadzić pełnego postępowania diagnostycznego w każdym potencjalnie możliwym kierunku, lecz musi kierować się celowością takiego postępowania w świetle stwierzonego stanu zdrowia pacjenta. Stan ten natomiast stwierdza na podstawie wywiadu oraz badania przedmiotowego. Przebieg wizyty lekarskiej obwinionego w domu pacjenta unieвозмоżliwił postawienie tezy, że niewykonanie przez obwinionego badania EKG było błędem diagnostycznym.

**Grzegorz Wrona,
Jędrzej Skrzypczak**

Opublikowano w „Biuletynie Wielkopolskiej Izby Lekarskiej” 07/2013

KSZTAŁCENIE

Rezydentura jak pożyczka?

Jak poinformował rynekzdrowia.pl, resort zdrowia rozważa wprowadzenie nowego modelu odpłatności za rezydentury. Zgodnie z nim lekarz mógłby robić specjalizację za pieniądze z budżetu, jednak po ukończeniu byłby zobowiązany odpracować rezydenturę w publicznych placówkach. Zdaniem wiceministra zdrowia, Krzysztofa Chlebusego, zahamowałoby to odpływ kadr medycznych za granicę po ukończeniu stażu. W odpowiedzi na propozycję, Zarząd Krajowy OZZL przypomniał, że pieniądze, jakie otrzymuje lekarz rezydent, stanowią wynagrodzenie za pracę

– nie są ani pomocą socjalną, ani stypendium od państwa. Podobną opinię przedstawił Grzegorz Napiórkowski – prezes zarządu Stowarzyszenia Młody Lekarz. Zwolennikiem pomysłu jest natomiast Jerzy Gryglewicz, ekspert w zakresie ochrony zdrowia z Uczelni Łazarzkiego w Warszawie. Jego zdaniem takie rozwiązanie ma rację bytu, zwłaszcza że podobne umowy stypendialne były często zawierane jeszcze kilka lat temu.

To prawda, lekarze, którzy studiowali w latach 70. i 80. ubiegłego stulecia byli kuszeni przez przyszłych pracodawców tzw. stypendiami fundowanymi. Otrzy-

mywali pieniądze, mieszkania oraz talony na samochody. Był to rodzaj marchewki. Tymczasem dziś ministerstwo szykuje na rezydentów kij. Dlatego wątpię w skuteczność pomysłu. Tym bardziej że np. nasi najbliżsi zachodni sąsiedzi są w stanie wchłonąć dosłownie od ręki wszystkich absolwentów medycyny w Polsce, oferując lepsze warunki robienia specjalizacji, większe pieniądze na starcie i realne szanse na godziwą emeryturę. Może się po prostu okazać, że zwiększy się liczba młodych lekarzy, opuszczających Polskę tuż po studiach. Marne to perspektywy dla kraju, który ma najmniej lekarzy w UE w przeliczeniu na mieszkańca i starzejące się, a przez to coraz bardziej schorowane społeczeństwo.

Sławomir Badurek



Braki leków, czyli cena globalizacji

Firmom coraz trudniej utrzymać bezpieczeństwo leków w masowej przemysłowej produkcji. Dlaczego? Prawdopodobnie dlatego, że problem jest bardzo złożony i dotyczy wielu spraw związanych z wytwarzaniem, dystrybucją i stosowaniem leków, a także z ustalaniem cen na nie, ich refundacją, wprowadzaniem na rynek coraz to nowych produktów generycznych, wygasaniem patentów na leki oryginalne etc. W niniejszym artykule chciałabym przybliżyć jedynie niektóre przyczyny i konsekwencje braków leków na rynkach krajów UE i USA oraz zadać kilka pytań, na które warto szukać odpowiedzi.

Ostatnie doświadczenia

Zanim jednak przejdę do omawiania raportów opublikowanych ostatnio przez międzynarodowe stowarzyszenia działające w branży przemysłu farmaceutycznego oraz stowarzyszenia zawodowe farmaceutów i lekarzy, przypomnę, co działo się w zeszłym roku na polskim rynku, a było spowodowane głównie brakami leków onkologicznych, a także innych ratujących życie. Czy pamiętamy jeszcze alarmujące tytuły w najpoważniejszych polskich mediach? Przytaczam tylko niektóre: „Wszczęto śledztwo w sprawie braku dostępu do leków onkologicznych”, „Sejm: Arłukowicz pod ostrzałem opozycji za brak leków onkologicznych”, „Resort zdrowia dawno wiedział o braku leków, ale nie ma strategii”. Czy dzisiaj sytuacja jest inna? Czy coś się zmieniło w porównaniu z ubiegłym rokiem, czy po prostu ten temat został czasowo zastąpiony innymi ważniejszymi sprawami? A może czas wakacji i urlopow nie sprzyja pogłębionej analizie problemu? Na stronie Naczelnej Izby Aptekarskiej możemy przeczytać pismo skierowane do wszystkich farmaceutów. O brakach

leków od kilku lat dyskutują uczestnicy rynku farmaceutycznego w wielu krajach. Dotychczas jednak, mimo wysiłku agencji rządowych, wytwórców, środowisk farmaceutów oraz lekarzy i pacjentów, nie znaleziono sposobu na rozwiązanie czasowych lub stałych niedoborów produktów leczniczych. Z prośbą o zgłaszanie braków leków (podobne pisma znajdują się również na stronach wojewódzkich inspektoratów Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej), w czerwcu Naczelna Rada Aptekarska sygnalizowała problem braku leków ministrowi zdrowia, a na stronach URPL i MZ ciągle pojawiają się informacje o brakach leków, ale co z tego wynika? Czy ta sytuacja jest analizowana? Czy wiemy, jakich leków brakuje i dlaczego? Czy problem ten istnieje tylko w kontekście wywozu leków za granicę, czy może jest też spowodowany innymi czynnikami? Jeżeli tak, to jakimi? Czy administracja publiczna wspólnie z wytwórcami, hurtowniami i aptekami podejmuje jakieś działania, aby temu zjawisku przeciwdziałać? Czy ma do tego odpowiednie kompetencje i instrumenty prawne? Czy współdziała z innymi krajami UE?

Gospodarka globalna

Na pierwszy rzut oka wydaje się, że w sprawie braków leków w Polsce można zadać więcej pytań niż udzielić odpowiedzi. Dlaczego? Bo jest to zagadnienie złożone, obejmujące wiele różnych aspektów wymagających konkretnych długofalowych działań oraz współdziałania firm, instytucji i organizacji zarówno publicznych, jak i prywatnych. Można oczywiście zadać odpowiednie pytania decydentom z administracji publicznej, szefom firm farmaceutycznych, hurtowni i aptek oraz prezesom korporacji zawodowych. Żeby

jednak móc je zadać, potrzebna jest wiedza na temat możliwych przyczyn braku leków nie tylko na rynku polskim, nie tylko w pozostałych krajach Unii Europejskiej, lecz także w USA i Kanadzie. Jest to bowiem problem globalny. W dobie coraz większej koncentracji przemysłu farmaceutycznego oraz rozwinięcia się zjawiska wytwarzania kontraktowego może się zdarzyć, że kłopoty jednego wytwórcy, np. z USA, wpłyną na dostępność leków także w Polsce. Dobrym przykładem jest historia firmy BenVenues Laboratories z USA, która wytwarza produkty lecznicze dla wielu podmiotów (Pfizer, Janssen-Cilag International, Celgen Europe, Chiesi Pharmaceuticals, Gilead Sciences International, Pierre Fabre Medicament). Jeżeli prześledzimy leki wycofane z polskiego rynku w 2011 r. przez Główny Inspektorat Farmaceutyczny, zauważymy, że kilka decyzji dotyczyło właśnie tego wytwórcy, a uzasadnienie było we wszystkich wypadkach bardzo podobne: *Przyczyną podjęcia decyzji o wycofaniu z obrotu produktu leczniczego X jest wystąpienie potencjalnego zagrożenia dla zdrowia publicznego związanego z niespełnieniem wymagań GMP w procesie wytwarzania w firmie Ben Venues Laboratories*. Każdy, kto choć trochę zna się na wytwarzaniu, wie, że podane powody nie są błahe ani łatwe do usunięcia w krótkim czasie, szczególnie jeżeli niespełnienie wymogów dotyczy produkcji leków sterylnych do stosowania we wlewach lub w iniekcjach, czyli takich, których wytwarzanie jest o wiele bardziej wymagające niż produkcja preparatów niejałowych. Ten przykład pokazuje, w jaki sposób problemy amerykańskiej firmy wytwarzającej leki mogą wpływać na nasz rynek, a także rynek wszystkich krajów UE.



„Stare generyki”

Amerykańska Agencja do spraw Żywności i Leków (FDA) uważa, że źródłem dwóch trzecich sytuacji związanych z brakami leków są problemy dotyczące jakości w miejscu wytwarzania. Przyczyną 80% problemów jakościowych ma związek z lekami jałowymi, np. zakażenia mikrobiologiczne, obecność grzybów, zanieczyszczenia kawałkami szkła, co spowodowane jest często tym, że produkcja leków odbywa się na urządzeniach przestarzałych i niedoinwestowanych. Dotyczy to głównie produkcji tzw. starych generyków, uważanej za mało opłacalną. Często wytwarzanie takich preparatów odbywa się w kilku fabrykach na świecie, a w niektórych wypadkach nawet w jednej lub dwóch. Gdy więc wytwórca podejmie decyzję o zaprzestaniu wytwarzania „starych generyków” na rzecz leków bardziej opłacalnych lub jeśli inspekcja FDA wstrzyma produkcję z powodu niespełnienia wymogów GMP, na rynku nagle powstaje dziura. I mimo że od 2012 r. producenci na rynku amerykańskim mają obowiązek sygnalizowania z dużym wyprzedzeniem spodziewanych braków leków i ich przyczyn, nie jest to wystarczające działanie zmniejszające znacząco skalę tego zjawiska. W lutym Centrum Informacji o Leku przy Uniwersytecie Utah podało, że posiada dane o 320 brakujących lekach na rynku amerykańskim. Jest to rekordowa liczba w porównaniu z poprzednimi latami. Podejmowano wiele inicjatyw na poziomie FDA, wytwórców oraz stowarzyszeń zawodowych lekarzy i farmaceutów, ale rozwiązania nie znalaziono.

Ankieta ISPE

Sięgnijmy do raportu International Society for Pharmaceutical Engineering (ISPE), który ukazał się w czerwcu, żeby lepiej zrozumieć przyczyny i złożoność problemu. Wskazuje on, podobnie jak raport FDA, że główną przyczyną niedoborów leków jest nieprzestrzeganie standardów jakości w firmach wytwarzających produkty lecznicze. W ra-

porcie wykorzystano dane z ankiety przeprowadzonej wśród 175 osób, które zetknęły się w swojej działalności z brakami leków, a reprezentujących 37 firm farmaceutycznych, biofarmaceutycznych, wytwórców leków generycznych, wytwórców kontraktowych i wytwórców substancji czynnych oraz sprzętu z całego świata. Najczęściej podawaną przyczyną braku leków był system jakości, a konkretnie takie jego elementy, jak kontrola zmian, zwalnianie serii, roczny przegląd produktu, protokoły walidacyjne i protokoły z inspekcji. Co ciekawe, niezależnie od tego, czy odnosiło się to do producentów leków jałowych czy niejałowych, odsetek respondentów wskazujących system jakości jako najważniejszą przyczynę braku leków wynosił odpowiednio 28,6% i 24,7%. Kolejne wymieniane przez ankietowanych czynniki to sprzęt i media (woda, gazy) używane do produkcji (20%) oraz problemy dotyczące procesu produkcji, tj. skład serii, postacie leków, próbkowanie, walidacja *W dobie coraz większej koncentracji przemysłu farmaceutycznego może się zdarzyć, że problemy jednego wytwórcy, np. z USA, przełożą się bezpośrednio na dostępność leków na całym świecie, także w Polsce. Problem dotyczy szczególnie leków sterylnych do stosowania we wlewach lub w iniekcjach, czyli takich, których produkcja jest o wiele bardziej wymagająca niż niejałowych procesów.* Stanowiły one według badanych 17% przyczyn braków leków. Innymi elementami wpływającymi na braki leków były problemy związane z pakowaniem i etykietowaniem (16%) oraz problemy w laboratorium kontroli jakości dotyczące pomieszczeń i niesprawnego sprzętu (9%).

Kłopoty ze sterylizacją sprzętu

Jeśli chodzi o sprzęt, respondenci ankiety wskazywali, że 80% problemów było związanych z urządzeniami do sterylnej produkcji leków, natomiast w wypadku leków niejałowych główną

przyczyną problemów była kwalifikacja sprzętu (62,5%). Wyniki raportu ISPE pokrywają się z badaniem opublikowanym w 2011 r. przez FDA, w którym stwierdzono, że 46% przyczyn wszystkich braków leków na rynku amerykańskim związane jest z uchybieniami w systemach jakości oraz innymi czynnikami, tj. niedostosowanymi możliwościami produkcyjnymi, problemami z substancjami czynnymi oraz pakowaniem. Poza przyczynami podanymi powyżej, warto odnotować, że aż co czwarty respondent badania ISPE wskazał, że ważnym elementem wpływającym na niedobory leków są inspekcje i zalecenia poinspekcyjne oraz proces akceptowania zmian w dokumentacji rejestracyjnej przez urzędy. Ankietowani zidentyfikowali wiele obszarów, w których poziom i jakość interakcji z władzami rejestracyjnymi mogłyby się poprawić. Co ciekawe, firmy, w których postawiono na system jakości, często podkreślały, że ma to przełożenie na ich dobre relacje z inspekcją i władzami rejestracyjnymi, a tym samym ułatwia rozwiązywanie na bieżąco problemów, które mogłyby doprowadzić do braku leków na rynku.

Konsultacje

Po zidentyfikowaniu części ważnych przyczyn braków leków na rynkach międzynarodowych, ISPE planuje zorganizowanie jesienią spotkania przedstawicieli przemysłu i administracji publicznej w celu przedyskutowania wyników ankiety i przeformułowania współpracy administracji publicznej z firmami, by przyczyniała się do rozwoju nowych praktyk dotyczących wytwarzania i rejestracji produktów oraz do wsparcia technicznego i naukowego. Chodzi przede wszystkim o to, aby zharmonizować wysiłki dwóch stron i doprowadzić do współdziałania na rzecz jakości wytwarzanych produktów leczniczych, a tym samym wpłynąć na poprawę dostępności leków. Czy ta inicjatywa przyniesie jakieś wymierne działania i efekty? Należy mieć nadzieję, że tak.



Konsekwencje braków leków

W lutym Europejskie Stowarzyszenie Farmaceutów Szpitalnych (EAHP) opublikowało wyniki dwóch ankiet na temat braków leków przeprowadzonych wśród 300 farmaceutów szpitalnych z 27 krajów. Wynika z nich, że 99% farmaceutów ma na bieżąco do czynienia z brakami leków, w tym 63% co tydzień lub nawet każdego dnia, a 77% uważa, że problem ten bardzo narasta w ostatnich kilku latach. Na podstawie wyników ankiet widać wyraźnie, że braki leków dotyczą wszystkich krajów, przekraczają granice państw i wymagają pilnej uwagi i przyjęcia rozwiązań, które zapobiegająby kolejnym problemom, a w konsekwencji pogarszaniu opieki nad pacjentami. Najbardziej wrażliwymi obszarami, w których braki leków zagrażają życiu i zdrowiu pacjentów, są onkologia oraz intensywne terapie. W 2012 r. z brakami leków onkologicznych borykało się 71% farmaceutów, 44% ze stosowanymi w intensywnej terapii, a 35% z sercowo-naczyniowymi. Ponad połowa farmaceutów wskazywała także takie przyczyny braków leków, jak słabość łańcucha dostaw, w którym dany produkt jest oferowany przez jednego lub kilku dostawców, a także problemy z jakością w miejscu wytwarzania oraz z substancjami czynnymi. Wiemy już, że leków brakuje i że jest to problem globalny. Co z tego wynika dla pacjentów? Czy prowadzone są jakieś ankiety lub badania na temat konsekwencji braków leków przy łóżku chorego? W Polsce nie natknęłam się na takie opracowania i trudno mi powiedzieć, czy jakaś instytucja lub korporacja zawodowa zbiera i analizuje dane dotyczące braków leków i ich konsekwencji zdrowotnych dla pacjentów, a także finansowych dla budżetu państwa. Dlatego odwołam się do dwóch ciekawych artykułów, które ukazały się ostatnio w USA i dotyczą pacjentów oddziałów onkologicznych. Pierwszy artykuł, opublikowany na łamach „American Society of Health-System Pharmacists” (ASHP) pod koniec kwietnia, mówi o tym, że pacjenci onkologiczni płacą wysoką cenę za przesuwanie w czasie leczenia i zmianę terapii spowodowaną

brakami leków onkologicznych. Dane pochodzą z ankiety koordynowanej przez dr n. farm. Ali Mc Bride – specjalistkę ds. farmacji onkologicznej ze szpitala James Cancer Hospital & Solove Research Institute, a dotyczą m.in. takich popularnych leków onkologicznych, jak metotreksat, lizosomalna doksorubicyna, fluorouracyl, folinian wapnia i paklitaksel.

Jakie problemy pojawiają się najczęściej, gdy brakuje leków onkologicznych? Otóż 93% badanych (z 243, którzy odpowiedzieli na ankietę) uważa, że powoduje to przesunięcia w rozpoczęciu lub kontynuowaniu chemioterapii i zmiany planowanego sposobu leczenia na inny. Poza tym 85% ankietowanych wskazuje na problem wzrostu kosztów związanych z brakiem leków, a 10% na problemy w refundacji zmienionych terapii. Badanie pokazuje, że braki leków onkologicznych wpływają zarówno na bezpieczeństwo, jak i na jakość opieki onkologicznej. Dlaczego? Dlatego, że skuteczna zmiana jednego leku na drugi jest często niemożliwa lub nieznana. Specjaliści, którzy decydują się na zmianę leczenia, wybierając inne dostępne leki onkologiczne, podejmują ryzyko zastosowania mniej skutecznej terapii, a także narażają dodatkowo pacjentów na wystąpienie działań niepożądanych. Kolejnym czynnikiem wpływającym na wzrost kosztów terapii jest to, że niedostępne leki generyczne są zastępowane o wiele droższymi lekami oryginalnymi lub innymi, mającymi zastosowanie w leczeniu danego nowotworu, tyle że w terapii dużo droższej. W badaniu podkreślono jeszcze jeden aspekt wzrostu kosztów, który łączy się z dodatkowymi godzinami pracy farmaceutów szpitalnych. Pozostałymi problemami, na które zwracają uwagę respondenci, są błędy spowodowane niewłaściwym stosowaniem leków (16%) wybieranych jako alternatywne leczenie oraz przerwanie lub opóźnienie badań klinicznych z lekami onkologicznymi (44%) spowodowane ich brakiem. Drugim ciekawym materiałem, który warto przytoczyć, jest opracowanie American Society of Clinical Oncology (ASCO) zaprezentowane na czerwco-

wym kongresie towarzystwa w Chicago. Zostało ono sporządzone na podstawie odpowiedzi od 245 lekarzy onkologów, którzy musieli podejmować bardzo trudne decyzje dotyczące leczenia pacjentów onkologicznych związane z brakami leków. Zobaczmy, na co się zdecydowali: 79% przedstawiało pacjentów na inne leczenie, co mogło zmniejszać skuteczność terapii, 43% odwlekało leczenie w oczekiwaniu na potrzebne leki, 37% wybierało spośród pacjentów tych, którzy mieli otrzymać chemioterapię, a innym nie podawali leków, 29% pomijało dawki leków, co powodowało zmniejszenie możliwości kontrolowania wzrostu nowotworu, 20% zmniejszało dawki leków, co mogło spowodować zmniejszenie przeżycia pacjentów i w końcu 17% odsyłało pacjentów do innych lekarzy. Poza tym 38% lekarzy przedstawiało pacjentów z tańszych niedostępnych leków generycznych na dużo droższe leki oryginalne. Przynajmniej raporty i wyniki badań nie wyczerpują oczywiście tematu braków leków – ich przyczyn i konsekwencji. Pokazują jedynie fragment problemu z punktu widzenia producentów, farmaceutów, lekarzy i pacjentów. Nie znajdą tu Państwo analizy innych czynników wpływających na braki leków, jak chociażby polityka lekowa państwa, a w szerszym ujęciu polityka zdrowotna, ani takich jak współdziałanie na rzecz dostępności leków przemysłu farmaceutycznego i administracji publicznej oraz samorządów zawodowych i organizacji pacjentów w Polsce. Ostatnie pytanie, jakie warto być może zadać, brzmi następująco: czy w Polsce prowadzona jest analiza braków leków i proponowane są skuteczne rozwiązania krótko- i długofalowe mogące zmniejszyć skalę problemu, czy może przy kolejnym pospolitym ruszeniu związanym z nagłośnieniem braków leków będziemy znowu szukać winnego?

Ewa Zygałło

Autorka jest ekspertem
Centrum Informacji o Leku

publikowano w „Menadżerze Zdrowia”, 5/2012



Pani Doktor
Urszuli Dąbek
szczerze wyrazy współczucia
z powodu śmierci

MATKI

składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Pani Doktor
Malanii Piaseckiej
szczerze wyrazy współczucia
z powodu śmierci

MATKI

składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Pani Doktor
Hannie Stańskiej-Semmling
szczerze wyrazy współczucia
z powodu śmierci

MĘŻA

składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Państwu Dr Dr
Marianowi i Joannie Migdom
szczerze wyrazy współczucia
z powodu śmierci

OJCA I TEŚCIA

składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Z głębokim żalem
zawiadamiamy,
że w dniu 20 września 2013 r.
zmarła
Pani Doktor

TERESA USZYŃSKA

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

Z głębokim żalem
zawiadamiamy,
że w dniu 11 września 2013 r.
zmarł
Pan Doktor

TADEUSZ WILK

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

Państwu Dr Dr
**Andrzejowi i Aleksandrze
Karczewskim**
szczerze wyrazy współczucia
z powodu śmierci

MATKI I TEŚCIOWEJ

składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Z głębokim żalem
zawiadamiamy,
że w dniu 5 października 2013 r.
zmarł
Pan Doktor

ADAM PAWEŁ GÓRNY

Wyrazy szczerego współczucia
Małżonce Pani Doktor
Grażynie Górnej,
Rodzinie i Przyjaciołom składa Kujaw-
sko-Pomorska Okręgowa
Izba Lekarska

Panu Doktorowi
Andrzejowi Karczewskiemu
Przewodniczącemu
Włocławskiego Stowarzyszenia
Lekarzy Stomatologów
najszczerze wyrazy współczucia
z powodu śmierci

MATKI

składają członkowie Włocławskiego
Stowarzyszenia Lekarzy
Stomatologów.

KOMUNIKATY**PRACA**

Zatrudnię
lekarza rodzinnego
w Toruniu. tel. 600 231 507

NZOZ nawiąże współpracę
z **lekarzem stomatologiem**
i **lekarzem ortodontą**
wykonującym aparaty stałe.
Tel. 502 029 249

Regionalny Szpital Specjalistyczny
im. Dr. Władysława Biegańskiego
w Grudziądzu zatrudni lekarzy
pragnących pracować
w Hospicjum Domowym.
Kontakt w sprawie zatrudnienia
– Pani mgr Marzena Kołacka
– z-ca Dyrektora
ds. Administracyjno-Organizacyjnych,
tel. 56 641 34 03 lub 56 641 34 00

Lokal do wynajęcia
w „**Domu Zdrowia**”
na działalność medyczną.
Powierzchnia 56 m², parter.

Adres:
Toruń, ul. Szosa Chełmińska 84/86,
tel. kontaktowy: 667 672 445



„Tryptyk lekarski z dygresją i nie tylko...”

W latach 2010 - 2011 ukazały się na łamach „Meritum” trzy artykuły autorstwa dr. n. med. Wiesława Nowakowskiego, zawierające wspomnienia z najważniejszych etapów czterdziestoletniej pracy zawodowej autora: stażu podyplomowego, specjalizacji oraz doświadczeń związanych z utworzeniem prywatnej przychodni specjalistycznej. Wspomniane publikacje stały się złączkiem książki, powstałej na kanwie życiowych doświadczeń doktora Nowakowskiego. Co oczywiste, na prawie trzystu stronach „Tryptyku” dominuje medycyna. Ale i inne dziedziny mówią donośnym głosem. Doktor Nowakowski daje się poznać jako humanista o szerokich zainteresowaniach. Są odwołania do historii, wielkiej literatury, poezji, a także muzyki. Ta ostatnia jest w tej elegancko wydanej publikacji wręcz fizycznie obecna. Na wewnętrznej stronie tylnej okładki znajdzie czytelnik płytę z nagraniem wersji roboczej utworu Romana Polańskiego „Dziecko Rosemary” w wykonaniu Krzysztofa Komedy-Trzczińskiego. Wybór tego

akurat kompozytora nie jest przypadkowy. Bo Komeda to lekarz z zawodu, absolwent tej samej uczelni co autor „Tryptyku” i muzyczny idol jego pokolenia. Jako miłośnik jazzu właśnie od wysłuchania tej mało znanej wersji słynnego utworu rozpocząłem spotkanie ze wspomnieniami doktora Wiesława Nowakowskiego. W książce, jak w życiu, są lepsze i słabsze fragmenty, ale po uważnej lekturze, mogę stwierdzić, że nie brakuje w niej smaczków na miarę „Kołysanki” Komedy. By nie być gołosłownym, posłużę się fragmentami publikacji, obrazującymi życiowe koleje doktora Nowakowskiego widziane z różnych perspektyw.

Student medycyny

W ostatnim dniu września 1963 roku, objuczony dwiema wielkimi walizkami, autobusem PKS udałem się z Włocławka do Poznania na studia. Zostałem zakwaterowany w domu studenckim przy ulicy Grunwaldzkiej 88. Dom studencki – brzmiało nieźle, w rzeczywistości były to drewniane baraki zbudowane dla żołnierzy niemieckich jeszcze w czasach I wojny światowej. Trafłem do pokoju trzyosobowego, w którym zastałem Janusza Rybakowskiego z Krotoszyna (obecnie profesor zwyczajny i kierownik Kliniki Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu) i Włodka Kozaka z Częstochowy (dr n. med., adiunkt Kliniki Endokrynologii tej uczelni, niestety zmarł w 2007 roku). Miałem dużo

szczęścia, obaj moi koledzy, z którymi przez lata mieszkałem, byli ludźmi inteligentnymi i bardzo zdolnymi. Wyrażnie podwyższali poprzeczkę, do której starałem się zbliżyć 9 (...) Drewniane ściany naszego pokoju obite były płytkami dźwiękochłonnymi, które tworzyły iluzję zmniejszenia poziomu hałasu dochodzącego z sąsiednich pokoi, gdzie koledzy nierzadko dość głośno się zachowywali, nie ograniczając się do powtarzania na głos tacińskiego nazewnictwa z anatomii prawidłowej (...) Akademik ten usytuowany w barakach dawał studentom medycyny poczucie pełnej swobody i bezpośredniego kontaktu z naturą. Wychodząc przez okno, można było wyłożyć się na kocyku na trawce albo tą drogą wejść do swojego pokoju o każdej porze dnia i nocy... niekoniecznie w pojedynkę.

Lekarz pogotowia

Już sama jazda karetką pogotowia była w niemałym stopniu niebezpieczna dla personelu, nie mówiąc o chorym, ponieważ dostosowane do pełnienia tej funkcji pojazdy marki Fiat 125p combi miały zabójczy dla zdrowia feler. Wydobytą się z rury wydechowej spaliny cofały się do wnętrza karetki. Pamiętam, że po dłuższych trasach wracałem odurzony i oszołomiony, a koledzy znani z czarnego dowcipu tłumaczyli mi, że miałem namiastkę tego co odczuwali w pierwszej fazie zagazowywania – przy zbrodniczym wykorzystaniu spalin



z rur wydechowych pojazdów samochodowych – więźniowie w hitlerowskich obozach koncentracyjnych w Chełmie i Sobiborze.

Fatalny stan techniczny karetek pogotowia ratunkowego w pewnych ilościach stawał się nawet korzystny. Zły stan resorów w tych pojazdach okazywał się nawet terapeutyczny dla pacjentów przewożonych na Oddział Urologiczny w Toruniu. Pięćdziesięciokilometrowy przejazd pacjenta cierpiącego na kolkę moczowodową lub nerkową fiatem 125 combi ze zużytymi resorami i po nie najlepszej drodze często stawał się skuteczną metodą leczniczą. Potwierdziło to wykonane w szpitalu w Toruniu USG, które dowodziło samoistnego uwolnienia się pacjenta od kamienia i związanego z nim cierpienia (tej szczególnej skuteczności doświadczyłem również na sobie). Tego typu wymuszona, niekonwencjonalna terapia przy wykorzystaniu samochodu bez resorów, okazywała się skuteczniejszą metodą terapeutyczną niż dotychczasowa, stosowana przez niektórych chirurgów, którzy wykorzystując swój gabinet zabiegowy na najwyższym piętrze szpitala, zalecali pacjentom bieganie po schodach na parter i z powrotem, po uprzednim wypiciu przynajmniej pół litra piwa!

Świadek historii

Piątego września od rana w instytucie zapanowało wielkie poruszenie. Tego dnia do Kliniki Kardiologii przywieziono I sekretarza KC PZPR – Edwarda Gierka. Nazajutrz wczesnym rankiem odwiedził go Stanisław Kania – nowy I sekretarz KC PZPR, a w godzinach popołudniowych przyjechała do kliniki małżonka Stanisława Gierkowa, która niosąc pi-dżamę mężowi żaliła się w hallu swemu ochroniarzowi, że „stała się wielka niesprawiedliwość” – najprawdopodobniej mając na myśli decyzję Biura Poli-

tycznego KC PZPR o zdymisjonowaniu jej męża z funkcji przywódcy partii i państwa (...).

Dość charakterystycznie wyglądała codzienna poranna „wizyta lekarska” u pacjenta tow. Edwarda Gierka. W długim sznurze profesorów, codziennie cierpliwie formowanym przed pokojem najważniejszego pacjenta w kraju, na czele szedł minister zdrowia Marian Śliwiński, za nim czołowe miejsca zajmowali w niezmiennej kolejności: profesor Kornel Gibiński (osobisty lekarz Edwarda Gierka jeszcze z Katowic), profesorowie gen. Dymitr Aleksandrow, Włodzimierz Januszewicz, Maria Hoffman i inni, a na końcu podążał... lekarz prowadzący – bezpartyjny.

Wykładowca akademicki

O poziomie obecnych studentów mogłem osobiście się przekonać przed kilkoma laty w czasie niedługiego epizodu zatrudnienia w charakterze wykładowcy w przedmiocie promocji zdrowia i profilaktyki w jednej z miejscowych szkół wyższych. Zajęcia te odbywały się w niektóre soboty i niedziele, bo tylko w tych dniach mogli dotrzeć na uczelnię z pobliskich miejscowości słuchacze studiów zaocznych. W przerwie pomiędzy wykładami spotykałem interesujących wykładowców rekrutujących się z wydziałów humanistycznych uczelni bydgoskich i toruńskich, którzy nie kryli zdziwienia, że w dniu wolnym od pracy mogą spotkać aktywnego medyka i to poza gabinetem lekarskim. (9...) W czasie jednej z sesji egzaminacyjnych, sprawdzając pisemną pracę studenta, nie mogłem wyjść ze zdumienia, że można popełnić trzy błędy ortograficzne... i to w jednym wyrazie! Do dzisiaj pamiętam ten szczególny wyraz. Okazało się, że przyszły posiadacz tytułu licencjata, a następnie tytułu magistra napisał to słowo po prostu tak, jak słyszał. Po przeanalizowaniu tego przypadku, również z medycznego punktu

widzenia, jednoznacznie stwierdzam, że nie był to jednak rodzaj dysleksji lub dysortografii! Potwierdziły to prace innych przyszłych magistrów, które podobnie nie były wolne od innych zawstydzających błędów ortograficznych i gramatycznych.

„Prywaciarz”

Przeprowadzając kapitalny remont zrujnowanej nieruchomości, byłem zmuszony poprawić stan techniczny również posesji sąsiedniej, ponieważ fragmenty zniszczonych kominów i dachu spadały na moje podwórze, stanowiąc niebezpieczeństwo pożarowe oraz bezpośrednio zagrażając mieszkańcom i pacjentom. Porozumiałem się w tej sprawie z panią mecenas – właścicielką sąsiadującej posesji, którą znałem od lat. Zapropionowana przeze mnie partycypacja w kosztach po 50% była nawet pewnym miłym dla niej zaskoczeniem, ale dla mnie najważniejsze było uporanie się z tym uciążliwym remontem i otwarciu przychodni. (...) Zgodnie z powszechnie obowiązującymi zasadami, po ukończeniu zadania, właściciel firmy budowlanej udał się z fakturą do właściciela posesji – pani mecenas, która tego dnia, podobnie jak w dniach następnych, nigdy nie miała dla niego czasu. Kolejnego dnia oświadczyła, ażeby z tą fakturą udał się do mnie, bo ostatecznego rozliczenia dokonamy między sobą. Nie chcąc zawieść wykonawcy, nie miałem wyjścia, wyłożyłem pełną stuprocentową kwotę za remont, licząc na jej rychły zwrot w ustalonej z panią mecenas pięćdziesięcioprocentowej proporcji. Okazało się, że byłem naiwnym optymistą. Czekam na to od 30 listopada 1998 roku (kiedy przekazałem kosztorys i rachunek firmy budowlanej), czyli od niemal 15 lat, pomimo wielokrotnych pisemnych i ustnych przypomnień.

Sławomir Badurek



Mija kolejna kadencja...

Szanowni Państwo Lekarze!

Mija kolejna VI już kadencja działalności naszego Samorządu.

30 listopada Okręgowy Zjazd Sprawozdawczo-Wyborczy dokona podsumowania dotychczasowej działalności i wybierze nowych przedstawicieli do wszystkich organów Korporacji. Każdy z Państwa będzie mógł zapoznać się z tymi sprawozdaniami w kolejnych numerach „Meritum”.

Moim zdaniem był to dobry okres dla naszej Korporacji. Udaje się powoli cywilizować współpracę z Ministrem Zdrowia, pomimo licznych niesłusznych ataków na lekarzy ciężko pracujących, często w warunkach niezgodnych z wymogami NFZ i MZ. Zmiana pokoleniowa, technologie IT, innowacyjność technik diagnostycznych, coraz większe odhumanizowanie zawodu oraz coraz bardziej zindywidualizowane działania mają ogromny wpływ na naszą działalność zawodową i rolę naszego samorządu. Sądzę, że doświadczeni atakami i pomówieniami powinniśmy budować jeszcze silniejszą korporację wyposażoną w siłę naszej wiedzy i umiejętności. Silniejsza korporacja to silniejszy głos w obronie nie tylko praw pacjenta, ale także praw lekarzy.

Zapewniam Państwa, że wiele konfliktowych spraw, które nie wymagały interwencji Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej jako Mediatora powołany przez ORL skutecznie takowe rozwiązywałem na poziomie naszej Delegatury. W pracy tej, z pozoru niewidocznej, zawsze starałem się bronić dobrego imienia lekarzy.

Od 4 lat istniejemy w każdym numerze naszego biuletynu „Meritum”. Wszyscy, którzy czytają ten periodyk, na pewno dostrzegali Kącik Grudziądzki i publikacje Pani Dr Joanny Nowackiej-Apiyo, Pani Dr Małgorzaty Napieral-

skiej, Pana Dr. Henryka Danielewicza, Pana Dr. Marka Nowaka, Pana Dr. Jana Zagierskiego, Pana Dr. Włodzimierza Grabowskiego, Pani Dr. Hanny Rutkowskiej i moje krótkie refleksje. W tym miejscu bardzo dziękuję tym osobom za współpracę.

Korzystając z okazji, proszę wszystkich Państwa, abyście na łamach „Meritum” więcej pisali o swoich osiągnięciach, sukcesach. W Grudziądzu dzieje się sporo, ale czasami o tym po prostu nie słychać. Zachęcam również Państwa do publikacji refleksji zawodowych, hobby, podróżach i miejscach godnych polecenia.

W minionych kadencjach, wysiłkiem nas wszystkich potrafiłmy stworzyć nowoczesny Szpital, nowoczesne i otwarte dla pacjenta Lecznictwo Otwarte, dać pacjentom nowoczesne technologie, lekarzom nowoczesne stanowiska pracy, a nam wszystkim nową siedzibę Delegatury, której otwarcie planujemy na 2014 rok.

*

Wierzę, że dotychczasowe działania będą z powodzeniem kontynuowane z takim samym a może i większym zaangażowaniem i aktywnością z Państwa strony:

- niezwykle wartościowe spotkania naukowo-szkoleniowe współorganizowane z Radą Naukową Szpitala (18 spotkań w tej kadencji),
- Konferencje Anestezjologiczne organizowana przez Dr. Piotra Kowalskiego,
- cykliczne spotkania „Lekarzy Seniorów”,
- comiesięczne dyżury Rzecznika Praw Lekarza Pana Mecenasza Krzysztofa Izdebskiego,
- tradycyjne spotkania opłatkowe lekarzy oraz bal lekarza,
- spotkania z Panią mgr prawa, dr n. med. Justyną Zajdel,
- mój i kolegów delegatów udział w konkursach ordynatorskich i dyrektorskich,
- codzienna, normalna praca administracyjna Delegatury.

Jak zawsze przy takiej okazji dziękuję kolegom, którzy czynnie pracowali w naszym Samorządzie. Są to:

Baranowski Marek – Okręgowa Komisja Wyborcza,

Beszczynska-Dorosz Krystyna – Grudziądzki Klub „Lekarza Seniora”,

Dziadek January – Okręgowa Komisja Rewizyjna

Kowalski Piotr – Okręgowa Rada Lekarska,

Janas Jolanta – Okręgowy Sąd Lekarski,

Myszkowski Grzegorz – Zastępca Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej,

Nowacka-Apiyo Joanna – autorka wielu publikacji w „Meritum”,

Nowak Marek – Okręgowa Rada Lekarska, delegat na Krajowy Zjazd Lekarzy,

Witkowski Andrzej – Okręgowy Sąd Lekarski.

Wszystkim grudziądzkim Delegatom dziękuję za aktywne uczestnictwo w Okręgowych Zjazdach Lekarzy i naszych spotkaniach delegaturowych.

Doktorowi Henrykowi Danielewiczowi bardzo dziękuję za kreatywność i trud w organizacji niezwykle wartościowych zebrań naukowo-szkoleniowych.

Doktorowi Piotrowi Kowalskiemu gratuluję organizacji corocznych Konferencji Anestezjologicznych i ich wysokiego poziomu naukowego.

Szanowni Państwo! Działalność w naszym Samorządzie to nie tylko wątpliwe zaszczyty, ale i poświęcanie dużej części wolnego czasu, a przecież nikomu z nas nie jest dane go za dużo.

Składam specjalne podziękowanie koleżance Doktor Zuzannie Rolewicz za stworzenie chóru „Medycy i Przyjaciele”, za doznane wzruszenia w czasie jego występów na lekarskich spotkaniach opłatkowych.

Dziękuję Prezesowi i ORL za owocną współpracę, zrozumienie potrzeb Delegatury, o które skutecznie walczyliśmy na zebraniach ORL i Prezydium.

Dziękuję pracownikom biura Delegatury w Grudziądzu i biura Kujawsko-Pomorskiej OIL w Toruniu za współpracę i pomoc.

Nie mogę nie podziękować Naczelnemu Redaktorowi „Meritum” za „elastyczną” współpracę i profesjonalne rady.

Jednak najważniejsze, najserdeczniejsze podziękowania za inspiracje, sugestie, często konkretną pomoc, dużą frekwencję w zebraniach naukowo-szkoleniowych kieruję do wszystkich Państwa Lekarzy skupionych w Grudziądzkiej Delegaturze, których miałem zaszczyt reprezentować przez mijające 4 lat. Pragnę podziękować tym wszystkim, którzy wzięli udział w wyborach do naszego Samorządu na, następną kadencję.

Myślę, że następna kadencja powinna być poświęcona procesom zwiększającym naszą aktywność w działaniach na rzecz korporacji lekarzy, podołaniu przełamania przekonania, że na wiele spraw nie mamy wpływu. Nawet walkę z NFZ łatwiej wygrywać wspólnie niż w pojedynkę.

W dniu dzisiejszym nie mogę nie wspomnieć naszych Grudziądzkich Kolegów Lekarzy, którzy odeszli na wieczny dyżur w minionej kadencji. Uważam, że moim świętym obowiązkiem było godnie Ich pożegnać:

- Waldemar Świtakowski – 18 października 2010 r.
- Stanisław Dąbek – 22 grudnia 2010 r.
- Kazimierz Grzesiak – 26 maja 2011 r.
- Dariusz Ciaś – 1 grudnia 2011 r.
- Józef Gackowski – 2 lutego 2012 r.
- Kazimierz Cichiński – 7 września 2012 r.
- Bogdan Henryk Rodziewicz – 21 października 2012 r.
- Kazimierz Chrzanowski – 20 listopada 2012 r.
- Zbigniew Strug – 15 stycznia 2013 r.
- Jerzy Sobkowiak – 10 lutego 2013 r.
- Danuta Bojko – 5 kwietnia 2013 r.

Raz jeszcze cześć Ich Pamięci!

Tą krótką moją refleksję, kończę radosnym, młodym akcentem.

W dniu 15 października zorganizowałem spotkanie z młodymi adeptami zawodu – lekarzami, którzy rozpoczęli staż 1 października tego roku. Być może to właśnie Oni będą kontynuowali naszą pracę w Samorządzie. Na ich zawodowym starcie, w tym momencie ciśnię mi się na papier:

„Młodości! ty nad poziomy
Wylatuj, a okiem słońca
Medycyny całe ogromy
Przeniknij z końca do końca”.

pozdrawiam
Wiesław Umiński

Dyżury Rzecznika Praw Lekarza

Spotkanie z Rzecznikiem Praw Lekarza Panem Mecenasem Krzysztofem Izdebskim odbędzie się 13 listopada 2013 r. w godzinach 9.00 - 11.00.

Lekarze pragnący skorzystać z porady Pana Mecenas proszeni są o wcześniejsze telefoniczne zgłoszenie się do naszej Delegatury najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień spotkania. Aktualne telefony to:

56 641 34 73 lub 600 857 470.



Od lewej siedzą: dr Anna Kłos, dr Agnieszka Glamowska-Wendt, dr Sandra Kamińska, dr Anna Drabik; od lewej stoją: dr Wiesław Umiński, dr Jacek Pawski, dr Robert Wendt, dr Marek Nowak, dr Ryszard Błażyński

Zebranie naukowo-szkoleniowe

Przypominam o terminie zebrania naukowo-szkoleniowego Rady Naukowej, które odbędzie się w Hotelu „RAD”, w piątek 15 listopada 2013 roku o godzinie 18.00. Organizatorami spotkania będą lekarze oddziału urazowo-ortopedycznego. Temat, który będzie przedstawiony to „Zakres i problemy leczenia ortopedycznego u osób powyżej 7. dekady życia”.

Informacje dla Seniorów

Po wakacyjnej przerwie Delegatura Izby Lekarskiej w Grudziądzu zaprasza w środę 20 listopada 2013 roku o godzinie 13.30 naszych Kochanych Seniorów na kolejne „Spotkanie Lekarzy Seniorów”.

pozdrawiam
Wiesław Umiński



Siódemka wspaniałych – resume ze spotkania z przewodniczącym delegatury IL w Grudziądzu, dyrektorem szpitala oraz koordynatorem staży podyplomowych

15 października 2013 r. na zaproszenie Pana Dr. Wiesława Umińskiego, Przewodniczącego Delegatury IL w Grudziądzu, w siedzibie Delegatury Izby Lekarskiej siódemka stażystów Regionalnego Szpitala Specjalistycznego została zaproszona na zapoznawcze spotkanie z udziałem Pana Dyrektora Szpitala Marka Nowaka i Ryszarda Bażyńskiego, koordynatora staży podyplomowych.

Po zapoznaniu się, Przewodniczący Delegatury uhonorował nas upominkiem w postaci książki „Cud w medycynie” z symboliczną, osobistą dedykacją. Następnie przedstawił ważne sprawy związane z działalnością oraz strukturą Izby Lekarskiej. W kolejnej części spotkania głos zabrał Pan Dyrektor Dr Marek

Nowak. W swoim wystąpieniu skoncentrował się na omówieniu sytuacji Regionalnego Szpitala Specjalistycznego w skali województwa oraz Polski. Dr Ryszard Błażyński przekazał nam bardzo cenne uwagi na temat elektronicznego dostępu do najnowszych publikacji medycznych.

Nasza grudziądzka chluba, Regionalny Szpital Specjalistyczny, spełnia najwyższe standardy zarówno pod względem specjalistycznym, jak i wyposażenia w najnowocześniejszy sprzęt medyczny. Adeptci sztuki medycznej poprzez swoje pytania rozwinęli otwartą, ciekawą dyskusję.

Tematem przewodnim spotkania były problemy napotkane przez mło-

dych lekarzy u progu swojej kariery zawodowej. Uczestnicy spotkania często odnosili się do Kodeksu Etyki Lekarskiej oraz korzystali z cennych uwag doświadczonych kolegów. Pozostaje zadać pytanie, jak siódemka wspaniałych, która jest przyszłością medycyny oraz narodu polskiego ocenia spotkanie. Przyjazny nastrój, traktowanie młodzieży jak równych sobie, konstruktywna wymiana poglądów jest nadzieją dla nas, młodzieży, że poprzez zdobyte doświadczenie w Regionalnym Specjalistycznym Szpitalu w Grudziądzu dorównamy naszym mistrzom.

dr Anna Drabik
lider grudziądzkich stażystów
2013/2014

**Oddział Kujawsko-Pomorski Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii
oraz Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska w Toruniu
w dniach 22 - 23 listopada 2013 organizują**

XII KONFERENCJĘ ANESTEZJOLOGICZNĄ GRUDZIĄDZ 2013

Koszt uczestnictwa: 150,00 zł – obejmuje udział w konferencji oraz w uroczystej kolacji.

Konto: 63 1240 4009 1111 0000 4484 3364 – z dopiskiem „Konferencja Anestezjologiczna”.

Uczestnicy dokonują rezerwacji noclegów we własnym zakresie. Hotel RAD, Hasło – Konferencja Anestezjologiczna

Kontakt do hotelu: tel.: 56 465 55 06, 56 465 55 07

Program XII Konferencji Anestezjologicznej Grudziądz 2013

22.11.2013

- 15.30 - 16.30 – Nowe horyzonty anestezjologii – prof. Leon Drobnik
- 16.30 - 17.00 – Przerwa na kawę
- 17.00 - 18.00 – Aktualne poglądy na temat leczenia pozaustrojowego w Oddziałach Intensywnej Terapii – prof. Krzysztof Kusza
- 18.00 - 19.00 – Monitorowanie hemodynamiczne we wstrząsie – dr Zbigniew Szkulmowski
- 19.00 - 19.30 – Dyskusja – podsumowanie sesji
- 19.30 – Uroczysta kolacja

23.11.2013

- 9.00 - 10.00 – OUN a zakażenia – co warto wiedzieć? – prof. Leon Drobnik
- 10.00 - 10.30 – Przerwa na kawę
- 10.30 - 11.30 – Najważniejsze osiągnięcia intensywnej terapii w 2012 - 2013 r. – dr Marcin Wąsowicz
- 11.30 - 12.30 – Wentylacja bez udziału dróg oddechowych. Nowa era w leczeniu niewydolności oddechowej? – prof. Krzysztof Kusza

Organizatorzy PTAiIT i KPOiL
Andrzej Motuk, Łukasz Wojnowski, Piotr Kowalski

Podróż to jedyny zakup, który czyni Cię bogatszym!

Sprzedajemy ubezpieczenia turystyczne, bilety lotnicze, autokarowe, rezerwujemy hotele, transfery, samochody. Możemy zaplanować wyjazd „na własną rękę”.

Oferujemy: wyjazdy narciarskie, świąteczne i sylwestrowe, zimę w tropikach i nie tylko, wakacje 2014 w atrakcyjnej cenie, wyjazdy na Uroczystości Kanonizacji Jana Pawła II i wiele innych ofert.

Zapraszamy do Biura, wygodna kanapa, filiżanka dobrej kawy i miły wystrój pozwalają w spokoju zastanowić się nad wyborem miejsca na wymarzone wakacje.

Aleksandria
biuro podróży

Do każdej rezerwacji przewodnik gratis!

Wszystkich rezerwacji możemy dokonać również drogą telefoniczną i internetową, albo umówić się na spotkanie w dogodnym miejscu i czasie (dojazd do klienta).

Biuro Podróży Aleksandria
ul. Łęgska 41/II, 87-800 Włocławek
tel. 54 444 73 43, tel.: 608 09 59 59
e-mail: aleksandria@travelshops.pl
www.aleksandria.travelshops.pl
facebook: www.facebook.com/travelshopsAleksandria

należymy do

travelshops
Ogólnopolska Sieć Biur Podróży

KĄCIK SENIORA

Miło nam poinformować, że z trzech propozycji wyjazdowych wybrano wycieczkę do **Petersburga**. Odbędzie się ona w terminie od 31 maja 2014 r. do 07 czerwca 2014 r. (8 dni).

Wobec skomplikowanych procedur wizowych, prosimy o jak najszybsze zgłaszanie swojego uczestnictwa. Ostateczna lista uczestników musi być zamknięta do końca stycznia 2014 r.

Przewodnicząca Komisji Senioratu i Samopomocy K-POIL
Małgorzata Kędzierska

Uprzejmie informujemy, że osobą odpowiedzialną za kontakty ułatwiające dostęp do diagnostyki i leczenia dla Lekarzy Seniorów jest Pan dr Paweł Wudarski, Ordynator Oddziału Chorób Płuc Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Toruniu – tel. 601 648 314.

Prosimy Szanownych Seniorów o podanie do Izby Lekarskiej numerów swoich telefonów komórkowych, na które wysyłane będą SMS-y z informacjami o wyjazdach, wycieczkach, spotkaniach itp.

Dziękujemy!

Zbliżają się wybory do nowych władz Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu. Niedługo będziemy przeprowadzać się do nowej siedziby. Zarząd Lekarskiego Stowarzyszenia

Senioratu pragnie gorąco podziękować za dotychczasową pracę i pomoc, jaką władze Izby Lekarskiej okazują naszemu Stowarzyszeniu. Bez tego dachu nad głową, kabela do Internetu i kserokopiarki bylibyśmy tylko seniorami, a jesteśmy (mamy nadzieję) przedstawicielami środowiska lekarzy seniorów.

Pracownicy Izby Lekarskiej: Pani Wiesia, Ania, Agnieszka, Jadzia, Grażyna oraz Pan Paweł tworzą miłą, życzliwą atmosferę i gdyby nie ich profesjonalna pomoc w pracach Stowarzyszenia, nie czytabyście Koledzy tego artykułu.

Pani Dyrektor Elżbiecie Wierzbowskiej-Umińskiej, Panu Prezesowi Łukaszowi Wojnowskiemu za cierpliwość i życzliwość w imieniu całego Stowarzyszenia serdecznie DZIĘKUJĘ.

za Zarząd LLS w Toruniu
Alicja Godlewska-Niezgoda



Szwecji i Norwegii. Był on zwany ostatnim wikingiem Bałtyku. W Darłowie trzeba koniecznie zobaczyć kaplicę św. Gertrudy z 1. połowy XV wieku. Wzorowana jest ona na jerozolimskiej świątyni Grobu Świętego. Jest to jeden z najcenniejszych zabytków Pomorza, bardzo oryginalny w skali całego kraju. Miasteczko zachowało średniowieczny układ z szachownicowym planem ulic. Otoczenie Rynku to największy zespół zabytkowej architektury miasta – XVIII-wieczne kamienice i ratusz, fontanna z pomnikiem rybaka z 1919 r. i przepiękny gotycki kościół NMP z 1380 r.

Pogoda w czasie całego pobytu dopisała – można było zwiedzać, spacerować (też z kijkami), opalać się lub w zieloni „Gniewka” czytać zaległą literaturę. Odważni, a może szaleńcy, kąpali się w morzu. Przez ciepłe lato nieźle się ono nagrzało (sama sprawdziłam). Atrakcją kulinarną Darłówka okazały się jagodzianki pełne jagód, gofry maślane i lody piwne (!) z piwa jasnego Noteckiego. Również „Gniewko” zapewnił dodatkowe rozrywki – uroczystą kolację i dwukrotnie grill z tańcami oraz rejs po morzu statkiem pirackim „Eryk I”.

14 września po śniadaniu pożegnaliśmy się z sympatycznym personelem „Gniewka” i Darłówkiem. W drodze powrotnej, 30 km od Darłowa, zwiedziliśmy XV-wieczny Zamek Rycerski w Krągu, który należy do największych obiektów zabytkowych w Polsce (365 okien – tyle, ile dni w roku i 52 komnaty – tyle, ile tygodni w roku). Obecnie znajduje się tu Hotel PODEWILS, ale można obejrzeć przepiękny hall, salę balową i kaplicę przy zamku.

Do Torunia dotarliśmy w deszczu około 14.00. W Darłównie zostawiliśmy nie tylko piękną pogodę, ale również miłe wspomnienia i nabraliśmy sił na kolejny rok.

**Małgorzata Janiszewska
fot. Małgorzata Janiszewska,
Ryszard Misiewicz (zdjęcie grupowe)**

Nadmorskie krajobrazy

1 września 2013 r. uczniowie wyruszyli do szkoły, a seniorzy wraz z rodzinami i przyjaciółmi nad morze. Już kolejny raz Komisja Senioratu i Samopomocy Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej zorganizowała dwutygodniowy pobyt w ośrodku wczasowo-rehabilitacyjnym „Gniewko” w Darłównie. Położony jest on 50 metrów od morza w części wschodniej miejscowości. Jednocześnie na terenie ośrodka przebywało bardzo dużo osób ze wszystkich zakątków Polski, ale rozległy teren z przepiękną zielenią i kwiatami zapewnił ciszę i doskonałe warunki do wypoczynku. Na poranne leniuchowanie nie było czasu. Już o 7.00 zaczynały się dobrane indywidualnie przez lekarza zabiegi rehabilitacyjne oraz gimnastyka zbiorowa na sali gimnastycznej i basenie. Do godziny 14.00 mijaliśmy się z kartami zabiegów i siatkami ze strojami gimnastycznymi i kąpielowymi. Do obiadu byliśmy bardzo zajęci. Po południu czas wolny – spacer i opalanie na plaży oraz zwiedzanie okolicy.

Darłówko oferuje ładną, szeroką, piaszczystą plażę ciągnącą się na wschód od portu. Ciekawostką jest rozsuwany most łączący brzegi Wieprzy. Został on wybudowany w latach 80. XX wieku i jest komunikacyjnym łącznikiem wschodniej i zachodniej części Darłówna. Latarnia morska, której światło widać z ok. 30 km, powstała w 1885 r. Obok niej zaczyna się falochron, na końcu którego codziennie można spotkać cierpliwych wędkarzy. W Darłównie Wschodnim przy tzw. Patelni odbywają się różne imprezy plenerowe, między innymi słynny Zlot Historycznych Pojazdów Wojskowych. Atrakcją na niepogodę jest aquapark z podgrzewaną wodą morską, zjeżdżalniami i saunami.

Prawie złączone z Darłówkiem jest Darłowo. Określa się je mianem perły architektury Pomorza Środkowego. Większość tutejszych zabytków przetrwała w nienaruszonym stanie II wojnę światową. Najokazalszy to Zamek Księżąt Pomorskich. Urodził się w nim i zmarł Eryk I, który panował w XIV wieku w Danii,



Następca Eryka...?



Zamek Rycerski w Kragu



Ośrodek Gniewko



Rynek w Darłowie

BMW
Comfort Lease

www.bmw-
dynamicmotors.pl



Radość z jazdy



JEDNO MARZENIE JUŻ ZA **89 900 ZŁ**

BMW SERII 1 SPECIAL EDITION

Umów się na jazdę próbną u dealera BMW Dynamic Motors

Dealer BMW

Dynamic Motors Bydgoszcz

ul. Fordońska 264

85-790 Bydgoszcz

Tel: +48 52 339 51 10

www.bmw-dynamicmotors.pl

Dealer BMW

Dynamic Motors Toruń

ul. Olimpijska 8

87-100 Toruń

Tel: +48 56 645 21 79

www.bmw-dynamicmotors.pl