

Primum

ISSN 2353-6055 Nr 8/9 (277/278) 2014

BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ





★ ★ ★ ★

HERBARIUM

HOTEL & SPA

Odkryj nas na:

www.herbariumhotel.pl

ChomiąŜa Szlachecka 2 / 88 - 410 Gmina Gąsawa
tel. +48 52 30 77 000





Nasza Izba ma już 25 lat!

A może tylko 25? Dużo osiągnęliśmy w tym czasie, czy stanowczo za mało? Czy pamiętamy ludzi, którzy byli „przy narodzinach” i raczkowaniu? Każdemu jubileuszowi towarzyszą takie pytania. Także 25. rocznicy odrodzenia samorządu lekarskiego. Bo przecież za chwilę – 14 listopada – „stuknie” już 25 lat od I Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Bydgoszczy, który burzliwie zapoczątkował istnienie naszej Izby.

Podsumowując – bo od tego nie uciekniemy – przypomnijmy sobie te wydarzenia, emocje i stawiane wówczas cele. W tym numerze swoimi refleksjami dzieli się z Państwem w swoim felietonie doktor Andrzej Martynowski.

Czekamy na państwa teksty! Jak zawsze!

Redakcja „Primum”

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Sierpień obfituje w wiele wydarzeń historycznych: wymarsz I Kompanii Kadrowej z krakowskich Oleandrów w kierunku Królestwa Polskiego – zakończony odzyskaniem niepodległości Polski, zwycięska bitwa warszawska z bolszewikami, wybuch powstania warszawskiego oraz strajki sierpniowe w 1980 roku, podczas których wysunięto 21 postulatów. Oprócz żądań o charakterze politycznym (utworzenie wolnych związków zawodowych, dostęp do środków masowego przekazu), domagano się zwiększonego wsparcia dla osób wychowujących dzieci, skrócenia wieku emerytalnego i reformy służby zdrowia. Ten ostatni postulat nadal jest w trakcie realizacji i jego końca nie widać. Wieloletnie próby poprawy dostępu do leczenia nadal wywołują niezadowolenie chorych i ich rodzin. Również tzw. usługodawcy (dyrektorzy, lekarze i pielęgniarki) nie są z przeprowadzonych zmian usatysfakcjonowani.



Zdjęcie: NIL

Duże nadzieje na poprawę sytuacji w służbie zdrowia pokładaliśmy w reaktywacji izb lekarskich. Po prawie czterdziestu latach przerwy w działalności samorządu bardzo niewiele z nas wiedziało, czego należy oczekiwać od izby lekarskiej i jakie obowiązki wobec niej należy wypełniać. Dla przypomnienia podaję, że podstawą istnienia samorządu jest Konstytucja RP, której art. 17 ust. 1 stanowi, że w drodze ustawy można tworzyć samorządy zawodowe reprezentujące zawody zaufania publicznego sprawujące pieczę nad należytych wykonywaniem tych zawodów. Atrybutami samorządu zawodowego są: obligatoryjna przynależność, rejestracja lekarzy, pieczę nad przestrzeganiem obowiązków zawodowych (etyki lekarskiej, obowiązku szkolenia, ubezpieczenia itp.), działalność socjalna na rzecz członków, postępowanie dyscyplinarne i sądownictwo. W tym celu samorząd wyposażony jest w kompetencje do stanowienia norm generalnych i abstrakcyjnych (Kodeks Etyki Zawodowej). Podobnie jak w okresie międzywojennym wielu lekarzy nie odróżnia działalności samorządu od działalności związku zawodowego i uważa, że izby lekarskie nie spełniają ich oczekiwań. Tę niewiedzę i narastającą frustrację lekarzy wykorzystują politycy, którzy wypłynęli na fali sierpniowych strajków robotniczych i po objęciu władzy skutecznie zmarginalizowali rolę wolnych już związków zawodowych. Jak się wydaje przyszedł czas, kiedy w podobny sposób chce się ograniczyć samorząd zawodowy.

Jednym ze sposobów może być ograniczenie środków finansowych, które Ministerstwo Zdrowia jest zobowiązane refundować w zamian za przejęte przez izby lekarskie czynności administracyjne – rejestr praktyk lekarskich, wydawanie praw wykonywania zawodu, działalność rzeczników odpowiedzialności zawodowej i sądów lekarskich. Po początkowym okresie, kiedy zwracano nam nawet 100 proc. należności za wykonane czynności administracyjne, oddawane sumy systematycznie malały. Od kilku lat Ministerstwo Zdrowia refundację określa już jako dotację, która zależy wyłącznie od uznania. W tym roku przyznano naszej izbie niecałe 24% poniesionych kosztów. Podobne praktyki są stosowane wobec wszystkich izb w Polsce. Oczywiście izby okręgowe wraz z Naczelną wniosły wezwanie do zapłaty należnej sumy, przerywając w ten sposób 3 letni okres przedawnienia naszych roszczeń. Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie po wieloletnich procesach odzyskała większą część należnych środków finansowych. Podobną drogą próbują odzyskać pieniądze pozostałe izby. Niestety, w polskim systemie prawnym nie obowiązują precedensy i ostatnio sąd oddalił roszczenia jednej z izb okręgowych, interpretując umowy refundacyjne jako umowy zlecenia, dla których okres przedawnienia wynosi tylko 2 lata. W taki to oto sposób koszty administracyjne za przejęte od państwa czynności mają być przerzucane na lekarzy. Proste? – proste! Tylko, gdzie podziały się szlachetne idee solidarnościowe? Może zagubiły się w gąszczu paragrafów...

Dr n. med. Stanisław Prywiński
Prezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej

W NUMERZE

WYDARZENIA	2, 7
ROZMOWA Z...	5
INFORMUJEMY	8
URZĄD MARSZAŁKOWSKI MODERNIZUJE	9
NOWE TECHNOLOGIE	10
PROFILAKTYKA	12
KONFERENCJE	13, 17
NAUKA	14
RADCA PRAWNY BIL INFORMUJE	15
LEKARZ W GĄSZCZU PARAGRAFÓW	16
IMPREZY BIL	18
FELIETON	19
W PIGUŁCE	20

Okładka:
zdjęcie Piotr Środa



BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

REDAKCJA e-mail: primum@bil.org.pl, agnieszka.banach@hipokrates.org, tel. 52 3460785

WYDAWCA: Bydgoska Izba Lekarska, 85-681 Bydgoszcz, ul. Powstańców Warszawy 11; telefony: 52 3460084, 52 3460780; Red. naczelny: Agnieszka Banach Numer konta BIL: PKO BP II O/Bydgoszcz 95102014750000830200191197; e-mail: bil@bil.org.pl; www.bil.org.pl
• Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej: e-mail: rzczyznik@bil.org.pl, tel. 52 3461257
• Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyków: lek. med. Wojciech Kosmowski tel. 605550017

RADA PROGRAMOWA: Przewodniczący: dr n. med. Wojciech Szczepny; członkowie Rady: prof. Aleksander Araszkiwicz, red. nac. Agnieszka Banach, Teodora Bogdańska, lek. Mieczysław Boguszynski, dr n. med. Małgorzata Czajkowska-Malinowska, red. Magdalena Godlewska, dr n. med. Marek Jurgowiak, lek. dent. Marek Rogowski, dr n. med. Maciej Socha. CZEKAMY na Państwa opinie, uwagi i propozycje! Przewodniczący Rady Programowej: Wojciech Szczepny, tel. 602395654; redaktor naczelny: Agnieszka Banach tel. 696016262, agnieszka.banach@hipokrates.org; redaktor: Magdalena Godlewska, magodlewska@poczta.onet.pl
Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania i poprawiania materiałów oraz zmian w tytule. Za treść reklam nie odpowiadamy. Nakład: 4000 egzemplarzy

■ DRUK: ABEDIK, Bydgoszcz tel. 52 3700710 ■ SKŁAD: MAGRAF s.c., Bydgoszcz tel. 52 3791435

Życzymy Ci zdrowia, dużo siły, oby lwowskie anioły nigdy Cię nie opuściły!



Płk dr n. med. Jerzy Klepacki urodził się w Przemyślu – setne urodziny obchodził w Bydgoszczy. 30 czerwca 2014 r. do 10. Wojskowego Szpitala Klinicznego przybyli członkowie rodziny, przyjaciele i znajomi Jubilata. Krzysztof Kasprzak, komendant lecznicy, wyjaśnił gościom, że pułkownik świętuje właśnie tutaj, gdyż „przez całe życie związany był z wojskową służbą zdrowia”.



Długo trwało nim Solenizant mógł zaprosić gości na urodzinowy poczęstunek – życzenia zdawały się nie mieć końca. Najpierw odczytano te listowne. Na uroczystość nie udało się dotrzeć premierowi Donaldowi Tuskowi, wojewodzie Ewie Mes i gen. Franciszkowi Puchale, prezesowi Związku Żołnierzy Wojska Polskiego. Ten ostatni w liście, oprócz życzeń, przysłał decyzję o odznaczeniu płk. Klepackiego – żołnierza, który swoje obowiązki wojskowe pełnił nieprzerwanie przez 34 lata, począwszy od stycznia 1945 r. – Złotą Odznaką z Gwiazdą za szczególnie zasługi dla ZZWP.

Zbigniew Ostrowski, wicewojewoda kujawsko-pomorski, również nie poprzestał na życzeniach. „Spotykamy się tutaj nie tylko z powodu pańskiego sędziwego wieku, ale przede wszystkim z powodu pana wartościowego życia – powiedział – Nie mam żadnych wątpliwości, że pańskie działania, szczególnie, gdy był pan szefem Służby

Zdrowia Pomorskiego Okręgu Wojskowego, miały wpływ na kształtowanie się zrębów silnego wojskowego ośrodka medycznego”.

Na urodzinach zjawili się również przedstawiciele Światowego Związku Żołnierzy Armii Krajowej. Jerzy Klepacki – od swojego powrotu do Przemyśla w październiku 1939 r. żołnierz AK o pseudonimie „Almanzor” – od wielu lat jest aktywnym członkiem organizacji. Prezes okręgu bydgoskiego, Alojzy Gładkowski, przekazał mu od Zarządu Głównego SZŻAK podziękowania „za wybitną działalność dla środowiska AK-owskiego w dziele utrwalania naszej tradycji” oraz dyplom Za Zasługi dla Światowego Związku Żołnierzy AK. A od kolegów z koła – list gratulacyjny i najlepsze życzenia.

Nie zabrakło też gości z Bydgoskiej Izby Lekarskiej. Solenizant (studia medyczne na Uniwersytecie Jana Kazimierza we Lwowie ukończył jeszcze przed drugą wojną światową:

wą: w czerwcu 1939 r.) – jest członkiem BIL. Dr Stanisław Prywiński, prezes Izby, odczytał życzenia od ORL i dodał: „Medycyna mówi, że człowiek może żyć 140 lat, więc życzę Panu, doktorze, kolejnych czterdziestu”.

Pierwszemu szefowi Służby Zdrowia Pomorskiego Okręgu Wojskowego życzenia złożyli również przedstawiciele władz miejskich (od 1950 r. Jubilat jest bydgoszczaninem) oraz placówki, w której po zakończeniu kariery wojskowej przepracował ponad 20 lat – Kujawsko-Pomorskiego Centrum Pulmonologii. Reprezentujący Wojskowy Klub Sportowy Zawisza ppłk Dariusz Bednarek podziękował Solenizantowi, wieloletniemu prezesowi klubu „za bezinteresowną pomoc w pierwszych latach tworzenia się Zawiszy”. Długich lat życia nie omieszkali życzyć Jubilatowi także przedstawiciele organizacji i instytucji wojskowych, znajomi oraz dawni współpracownicy.

Życzenia, wręczenie kwiatów, listów gratulacyjnych i prezentów trwały i trwały. A pierwszym zdaniem, jakim każdy z gości zwracał się do Solenizanta było: „Proszę nie wstawać!”. Bo obchodzący setne urodziny pułkownik w stanie spoczynku dr. n. med. Jerzy Klepacki wstawał za każdym razem, gdy ktoś do niego podchodził. Czasami udawało się go powstrzymać, ale nigdy, gdy zbliżał się wyższy rangą oficer lub kobieta, nieważne, czy miała 80 lat czy 20.

Najbardziej w pamięć zapadły słowa przyjaciół z Towarzystwa Miłośników Lwowa i Kresów Południowo-Wschodnich. Danuta Śliwińska, prezes oddziału, podziękowała Jubilatowi „za te wszystkie lata w naszym towarzystwie”, a potem w bałaku poprosiła: „pamiętaj o Lwowie, o nas, my ciebie kochamy, uśmiech i serce zawsze dla Jurcia mamy, żebyś nam jeszcze długo, długo żył, weselił się, bałakał i lwowską cmagę pił”. A na koniec złożyła Solenizantowi – który w swoim życiu „był doktorem, akowcem, w armii służył, lubił też do Lwowa i na kresy podróży, zawsze pokorny, zawsze życzliwy, otwarty na ludzi i dobrotliwy” – życzenia, do których i my, Redakcja i Rada Programowa „Primum”, się przyłączamy: „życzymy Ci zdrowia, dużo siły, oby lwowskie anioły nigdy Cię nie opuściły”.

Magdalena Godlewska

Potop znowu cieszy



Najbardziej imponująca fontanna w mieście, 71 lat po zburzeniu przez Niemców, powróciła za sprawą Stowarzyszenia Odbudowy Bydgoskiej Fontanny Potop do Parku im. Kazimierza Wielkiego. Dla Bydgoskiej Izby Lekarskiej jest to również osobista satysfakcja. I to podwójna. Prof. Zygmunt Mackiewicz, prezes Stowarzyszenia, należy również do najwybitniejszych lekarzy BIL. Poza tym Izba miała zaszczyt dołożyć się finansowo do rekonstrukcji fontanny.



NFZ w Bydgoszczy bez Tomasza P.

Dotychczasowy dyrektor Kujawsko-Pomorskiego Wojewódzkiego Oddziału NFZ (na stanowisku od grudnia 2011) Tomasz P. – 8 sierpnia, na ręce szefa centrali NFZ Tadeusza Jędrzejczyka, złożył rezygnację z pełnionej funkcji.

Przez środowisko medyczne Tomasz P. był często krytykowany, m.in. za bałagan, który za jego sprawą powstał w bydgoskiej rehabilitacji, czy w nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej. Przyczyną jego odejścia z NFZ nie były jednak błędy, które popełnił podczas kierowania Funduszem. Dzień przed rezygnacją z funkcji prokuratura postawiła mu czternaście zarzutów związanych z oszustwem i przekroczeniem uprawnień. Grozi mu od sześciu miesięcy do ośmiu lat pozbawienia wolności.

Zarzuty dotyczą lat 2008–2010, kiedy był już dyrektorem NFZ był naczelnikiem wydziału obsługi klienta w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych. Jednocześnie prowadził też firmę, która organizowała szkolenia nt. rozliczeń płatnik – ZUS. Organizował je między innymi dla pracowników Szpitala Miejskiego. Tego typu szkolenia przez ZUS organizowane są bezpłatnie, tymczasem firma P. za swoje usługi wystawiała faktury. W ten sposób zarabiając nawet 50 tys. złotych.

Prokuratura przedstawiła też zarzuty Annie Z., byłej księgowej Miejskiego. Podejrzani nie przyznali się do winy.

Z Tomaszem P. trudno się było skontaktować. W dzień rezygnacji telefon od nas odebrał, ale rozmawiać nie mógł, tłumacząc się brakiem zasięgu. Wieczorem telefon już był wyłączony.

Na razie, do czasu ogłoszenia konkursu, obowiązki dyrektora bydgoskiego Funduszu będzie pełniła Elżbieta Kasprówska, dotychczasowa zastępczyni dyrektora ds. medycznych.

a.b.

UWAGA na zakupy przez internet i telefon!

Lekarz prowadzący działalność gospodarczą nie jest w rozumieniu prawa konsumentem a co za tym idzie, kupując produkty czy usługi zdalnie (przez internet albo telefon) nie ma prawa do zwrotu towaru w przeciągu 10 dni.

Umowa w takim przypadku jest wiążąca i nie ma możliwości odstąpienia od niej nawet, jeżeli okaże się, że nie możemy z produktu skorzystać. Jesteśmy więc zmuszeni uregulować wszystkie swoje zobowiązania wobec sprzedawcy mimo tego, że produkt nam nie odpowiada. Dlatego kupując cokolwiek zdalnie w ramach prowadzonej działalności musimy bardzo dokładnie przeczytać wszystkie dołączone umowy, załączniki czy regulaminy, żeby przekonać się czy faktycznie będziemy mogli skorzystać z zakupionego produktu czy usługi. Dla zainteresowanych – powyższą sytuację reguluje artykuł 22¹ kodeksu cywilnego.

Marek Rogowski

Nowe władze Centrali



Od czerwca prezesem Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia jest Tadeusz Jędrzejczyk, wcześniej – dyrektor oddziału pomorskiego (od października 2013 do czerwca 2014 r.). Funkcję jego zastępcy ds. finansowych od sierpnia pełni Julita Jaśkiewicz, dotychczasowa dyrektorka Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego. Zastępcą ds. medycznych natomiast został, także w sierpniu, Krzysztof Tuczapski, przedtem dyrektor Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

Nowy prezes jest absolwentem Akademii Medycznej w Gdańsku (obecnie: Gdański Uniwersytet Medyczny), specjalistą w dziedzinie medycyny społecznej, organizacji ochrony zdrowia i zdrowia publicznego. Początkowo pracował jako lekarz, następnie jako pracownik naukowy w GUM. W latach 1994–1998 został radnym Miasta Gdańska – przewodniczył Miejskiej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. W latach 2008–2009 był zastępcą dyrektora ds. medycznych Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Od 2010 roku pełnił funkcję zastępcy dyrektora ds. leczenia Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku. W październiku 2013 r. został dyrektorem pomorskiego oddziału Funduszu.

Jan Biziel ma tablicę



Na ścianie kamienicy przy ul. Długiej 12 odsłonięto w czerwcu dwie tablice. Napis na jednej z nich głosi: „W tym budynku w styczniu 1919 roku z narażeniem życia dr Jan Biziel ukrywał i leczył rannych polskich żołnierzy, uczestników Powstania Wielkopolskiego”. Jerzy Derenda, prezes Towarzystwa Miłośników Miasta Bydgoszczy, podczas uroczystego odsłonięcia powiedział: „Do dziś przetrwała pamięć o patriotycznej i bohaterskiej postawie doktora”.

Obok tablicy upamiętniającej Jana Bizieła, lekarza, Honorowego Obywatela Bydgoszczy, wisi druga, poświęcona pamięci Alojzego Stryzka – mieszkańca i właściciela domu przy Długiej 12. Alojzy Stryzek, działacz sportowy, współzałożyciel BKS Polonia, sportowiec, w maju 1942 r. został zabity przez Gestapo. W momencie egzekucji krzyknął: „Niech żyje Polska!”.

Tablice wmurowano z inicjatywy Towarzystwa Miłośników Miasta Bydgoszczy, Miejskiego Komitetu Ochrony Pamięci Walki i Męczeństwa oraz fundatora – Zarządu Klubu Piłkarskiego Polonii.

Kręta droga do rehabilitacji

Fundusz zapewnił wszystkim zainteresowanym rehabilitacją ambulatoryjną lato pełne niespodziewanych zwrotów akcji. Najpierw pozbawił część przychodni kontraktów, reszcie poważnie je ograniczył. A jakieś półtora miesiąca później – ponownie podpisał umowy z tymi pierwszymi, a pozostałym przyznał dodatkowe fundusze. NFZ twierdzi, że jedynym powodem zmiany kursu było pojawienie się dodatkowych środków, ale ani dyrektorzy, ani pacjenci przychodni w to nie wierzą. Przyczyn upatrują raczej w konsekwentnym, skonsolidowanym działaniu placówek i protestach mieszkańców miasta. Dla przypomnienia – krótka rekapitulacja.

PO ROZSTRZYgniĘCIU KONKURSU

Już wcześniej krążyły słuchy, że Fundusz planuje ograniczyć finansowanie fizjoterapii ambulatoryjnej. W pierwszej połowie czerwca zakończyła się procedura konkursowa i plotki się potwierdziły. Kujawsko-pomorski NFZ nie przedłużył umowy na rehabilitację z siedmioma bydgoskimi przychodniami, pozostałym zmniejszył kontrakty. W efekcie te pierwsze przyjmowały pacjentów jedynie do końca miesiąca, w pozostałych kolejki się wydłużyły.

Nowy porządek oznaczał dla przychodni przede wszystkim problemy finansowe: od 1 lipca nie zarabiała na rehabilitacji, a sprzęt, w który zainwestowała, stał nieużywany. Co więcej, żeby ograniczyć straty, niektóre musiały zwolnić zbędnych już pracowników.

Nie lepiej wyszli na reorganizacji chorzy. Dotychczas zabiegi odbywały się w pobliskich ośrodkach, teraz w wielu przypadkach trzeba było jeździć znacznie dalej. A fizjoterapii potrzebują zazwyczaj osoby, dla których poruszanie się to kłopot. W takiej sytuacji znaleźli się m.in. mieszkańcy Wyżyn. Na osiedlu zlikwidowano rehabilitację w obydwu świadczących usługi przychodniach: „Przyjaznej” i „Ogrody”, pozostawiając 1,4 tys. pacjentów na lodzie.

Dodatkowo, w placówkach, z którymi nie przedłużono kontraktu, wielu pacjentów rozpoczęło już rehabilitację, jeszcze więcej było zapisanych i od dawna oczekiwało na swoją kolej (w „Przyjaznej” np. na zabiegi zapisanych było prawie 800 chorych). Tymczasem wyznaczone terminy zostały anulowane i każda z osób swoją drogą do sprawności musiała zacząć od początku. Tylko nie było wiadomo, w jakiej placówce i jak długo trzeba będzie czekać. A skierowania? Według przepisów, świadczeniodawcy wolno zarejestrować pacjenta tylko wtedy, gdy jego skierowanie zostało wystawione nie wcześniej niż przed 30 dniami. Więc jak? Chorzy nie mieli pojęcia, czy będą musieli wrócić do specjalisty po kolejne skierowanie czy może w tych wyjątkowych okolicznościach wystarczy dotychczasowe? Jeżeli tak, to oryginał czy kopia? W takiej sytuacji znalazły się 4 tys. bydgoszczan.

W odpowiedzi na zmiany dyrektorzy placówek złożyli do NFZ odwołania, a pacjenci

rozpoczęli protesty. Zaalarmowany NFZ tłumaczył, że w drugim półroczu na rehabilitację wyasygnował tyle co w pierwszym (40 mln zł), ale pieniądze zastały inaczej podzielone. Obecnie najważniejsze są: rehabilitacja kardiologiczna i neurologiczna. I uspokajał, że na razie trwają procedury odwoławcze, ale kiedy się skończą, Fundusz przeanalizuje sytuację i, jeżeli będzie to konieczne, ogłosi postępowanie uzupełniające.

PRZYCHODNIE I PACJENCI KONTRA NFZ

Ani personel przychodni, ani mieszkańcy miasta nie zaakceptowali rozstrzygnięć Funduszu. Lipiec rozpoczęli debatą dotyczącą stanu bydgoskiej rehabilitacji. Na zorganizowane przez dyrektorów placówek w siedzibie Fundacji „Zdrowie dla Ciebie” spotkanie przybyli pacjenci, przedstawiciele rad osiedli, parlamentarzyści: Anna Bańkowska, Teresa Piotrowska i Tomasz Latos, oraz reprezentanci Rady i Urzędu Miasta. Zabrakło Tomasza Pieczki, dyrektora miejscowego oddziału NFZ (obecnie – byłego dyrektora). W listownej odpowiedzi na wysłane 25 czerwca zaproszenie tak uzasadniał swoją nieobecność: „Nadal trwa proces kontraktowania świadczeń rehabilitacyjnych na całym obszarze województwa kujawsko-pomorskiego, a więc również w mieście Bydgoszcz. Do czasu jego definitywnego zakończenia nie ma możliwości przeprowadzenia pełnej oceny sytuacji na rynku gwarantowanych świadczeń zdrowotnych”.

W trakcie debaty pacjenci opisali konsekwencje, na jakie naraziła ich nowa sytuacja, i poinformowali, że będą kontynuować zbieranie podpisów w obronie pozbawionych kontraktów placówek, a dyrektorzy przychodni przedstawili uwagi dotyczące przebiegu kontraktowania. Zarzuty dotyczyły niekonsultowanej z władzami placówek zmiany kryteriów, braku dbałości o zapewnienie kompleksowości świadczeń (5 przychodni dostało kontrakt na lekarską ambulatoryjną opiekę rehabilitacyjną, a na fizjoterapię ambulatoryjną już nie, a 6 innych placówek – odwrotnie) oraz, mimo deklaracji, nieliczenia się przez Fundusz z kryteriami geograficznymi i demo-

graficznymi – na Wyżynach żaden ośrodek nie posiada rehabilitacji, a w Śródmieściu, gdzie – według słów Tomasza Latosa – „sam dyrektor Pieczka mówi, że rehabilitacji jest zbyt dużo”, kontrakt dostaje nowy podmiot – Akademickie Centrum Medyczne WSG.

Uczestnicy spotkania negatywnie ocenili działania bydgoskiego NFZ, a zwłaszcza jego dyrektora. „Nie pierwszy raz mamy taki bałagan, podobnie było po rozstrzygnięciu konkursu na opiekę nocną i świąteczną. [...] Gdyby to zależało ode mnie, pan Pieczka już nie byłby na stanowisku” – powiedziała posłanka PO Teresa Piotrowska, a Tomasz Latos, poseł PIS, dodał: „sprawa dojrzała do tego, by napięcie rozładować zmianami personalnymi”. Zebrani gremialnie zdecydowali o niezwłocznym przestaniu podpisanego przez uczestników debaty wotum nieufności wobec Tomasza Pieczki prezesowi centrali Funduszu – Tadeuszowi Jędrzejczykowi.

Kilka dni później pod ten sam adres list wysłał Roman Jasiakiewicz. List zaczynał się następująco: „Działalność dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Bydgoszczy Pana Tomasza Pieczki wywołuje zbędne i niepotrzebne emocje”, a kończył słowami: „Uprzejmie proszę o rozważenie przez Pana Prezesa możliwości skorzystania z zapisu art. 102, ust. 5, pkt.17 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i uwolnienie mieszkańców nie tylko Bydgoszczy od nieudolności dyr. Tomasza Pieczki”.

PRÓBY POROZUMIENIA

Elżbieta Rusielewicz, wiceprezydent miasta, podczas przeprowadzonej 1 lipca debaty zadeklarowała, że spróbuje doprowadzić do spotkania dyrektorów przychodni z Tomaszem Pieczką. Dopięta swego. Niespełna tydzień później (ten sam dzień wybrali na pikietę pod budynkiem Funduszu pacjenci pozbawionych kontraktów placówek) dyrektor bydgoskiego oddziału NFZ, parlamentarzyści i przedstawiciele placówek stawili się w ratuszu. Niestety, dwupółgodzinne spotkanie okazało się fiaskiem. Według opinii większości obecnych, gospodarz nie był przygotowany do rozmowy. Choć pytania, na które goście oczekiwali odpowiedzi, otrzymał już kilka dni wcześniej (Dotyczyły one sposobu rozstrzygnięcia kwestii skierowań na rehabilitację i zapewnienia ciągłości i kompleksowości udzielania świadczeń. Pytano również, w jakich dzielnicach zostaną ogłoszone konkursy uzupełniające i ile wyniesie łączna liczba punktów zakontraktowanych na drugie półrocze). Ostatecznie ustalono, że odpowiedzi dyrektora Tomasza Pieczki zostaną dostarczone na piśmie.

Dokończenie na str. 6

Zmierzamy w kierunku in vitro?

Z dr hab. n. med. prof. UMK Romanem Kotzbachem, przewodniczącym komitetu organizacyjnego sympozjum naukowego „Problemy płodności męskiej” rozmawia Agnieszka Banach

■ Do niedawna u par, które nie mogą mieć dziecka niepłodność mężczyzny była brana pod uwagę jako ostatnia. Teraz brak potomstwa coraz częściej spowodowany jest ich problemami.

Od lat przyczyna braku potomstwa u pary w połowie leżała po stronie męskiej, w połowie po kobiecej. Dokładniej mówiąc w 40% bezpłodność spowodowana była problemami kobiety, w 40% mężczyzny, u 20 proc. par występowała tzw. łączna bezpłodność – kobieta miała mniejszą zdolność do zajścia w ciążę, a mężczyzna mniejszą zdolność zapłodnienia kobiety. Ten schemat jest już przeszłością. W tej chwili przyczyna braku potomstwa coraz bardziej przesuwana jest na stronę męską.

■ Co się dzieje z męską płodnością?

Proces dojrzewania plemnika od postaci komórki macierzystej – spermatogonii do dojrzałego plemnika trwa 74 dni, czyli 3 miesiące. Przez ten czas plemnik jest wystawiony na wpływ coraz większej ilości niesprzyjających czynników związanych z rozwojem cywilizacyjnym, co w rezultacie wiąże się ze spadkiem płodności mężczyzn. Żyjemy w coraz bardziej zatrutym środowisku, we wszechobecnym oddziaływaniu pola elektromagnetycznego – radia, TV, telefonii komórkowej, laptopów, komputerów, płyt indukcyjnych, itp. rzeczy. To wszystko działa na nasze komórki macierzyste – plemniki i komórki jajowe. Także coraz gorsza jakość pożywienia – wszechobecne konserwaty, wysoko przetworzona żywność i przyjmowane leki. A palenie tytoniu?! W dymie papierosowym mamy ponad 3 tys. toksycznych środków o zabójczym wpływie na plemniki, m.in. występuje w nim rodanek, którego nawet mikroskopijna ilość wpływa degeneracyjnie na nasienie.

■ WHO alarmuje, że pogarsza się stan męskiego nasienia – w latach 60 tych za płodnego uznawało się mężczyznę, u którego w 1 mililitrze nasienia było 60 mln plemników. Teraz normą jest 15 mln plemników w 1 ml, a do tego są one mniej żywotne, gorszej jakości, z wadami budowy. To nie brzmi optymistycznie...

Z pewnością... Kiedy zaczynałem pracę w Poradni Andrologicznej normą było właśnie od 60 do 80 mln plemników w 1 mililitrze, w tym 80% ruchliwych, prawidłowej budowy. Wtedy nie dzielono ich jeszcze ze względu na rodzaj ruchu. Te zapładniające typu A – poruszają się ruchem prostoliniowym postępowym, plemniki typu B – poruszają

się ruchem prostoliniowym, ale nie postępowym i mogą zapładniać tylko w In vitro, typu C i D – w zlepach, poruszające się w miejscu i martwe nie mają żadnej zdolności zapładniającej. Stopniowo zmieniano obowiązujące normy – już w 1991 roku było to 40 mln plemników w 1 ml nasienia, z czego mogło być 20% ruchliwych. Obecnie, od 2010 r., obowiązują normy opracowane przez WHO na podstawie oceny 5 tys. 400 próbek nasienia z całego świata od mężczyzn, którzy są ojcami – to wg andrologów stanowczo za mało, bo jest nas przecież 7 mld! – i stanowią, że u płodnego mężczyzny w 1 ml nasienia powinno być przynajmniej 15 mln plemników, w tym typu A – 32%, razem A i B – 50%. Ocenia się, że rocznie ilość plemników w 1 ml płodnego mężczyzny maleje o 15 tys., czyli nasienie jest coraz gorsze. Dotyczy to głównie Europejczyków.

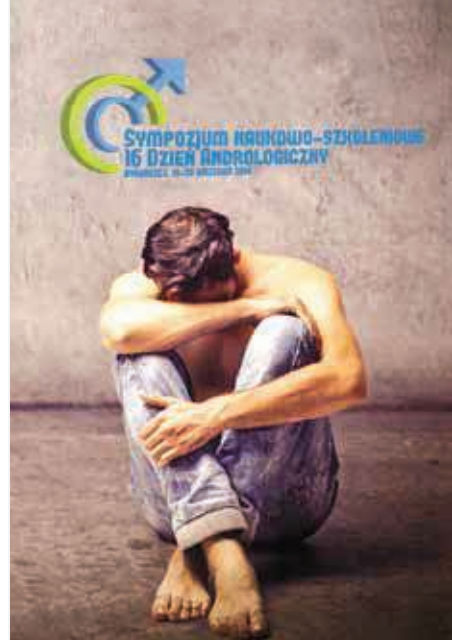
■ Czy to oznacza, że wyginieemy?

Zapowiada się, że za trzy-cztery pokolenia będziemy się rozmnażać głównie dzięki zapłodnieniu przez rozród wspomagany, w tym in vitro.

■ Jaka jest skala problemu męskiej niepłodności?

Przyjmuje się, że około 3 mln par w Polsce ma problemy z płodnością.

„Problemy płodności mężczyzn” – sympozjum naukowo-szkoleniowe odbędzie się w Bydgoszczy w dniach 19–20 września. Z całej Polski przyjedzie do grodu nad Brdą ok. 150 osób zajmujących się andrologią. Wykładowcami będą między innymi znani na świecie lekarze pochodzący z Bydgoszczy – prof. Jerzy Gajewski z Kanady, prezes Kanadyjskiego Towarzystwa Urologicznego, oraz prof. Jacek Graczykowski androlog z USA. Tematy przewodnie sympozjum to: aktualne problemy związane z męską płodnością, czynniki wpływające na płodność oraz efekty terapii. Jedną z sesji sympozjum będzie poświęcona historii Polskiego Towarzystwa Andrologicznego – w 2014 r. kończy 20 lat. W tym roku mija także 40 lat od czasu powstania pierwszej w Bydgoszczy Poradni Andrologicznej, której pierwszym kierownikiem był dr hab. n. med. Roman Kotzbach, prof. UMK. Szczegółowy program sympozjum na: www.pta2014.pl



■ Przychodzi do Pana gabinetu męczyzna, bezskutecznie stara się o dziecko – jak wygląda diagnostyka i terapia?

Jeszcze 20–30 lat temu mężczyzna uważał, że problem braku potomstwa nie dotyczy jego, a wina leży po stronie kobiety. Teraz mężczyźni w gabinecie androloga pojawiają się coraz częściej, zwykle nakłaniany przez swoje partnerki. Zawsze przeprowadzam szczegółowy wywiad dotyczący nawet okresu płodowego – ważne jest np. czy matka chorowała w czasie ciąży, czasu dzieciństwa – mogły np. występować zaburzenia takie jak wnetrostwo. Istotnym elementem jest rodzaj wykonywanej pracy, np. w zbyt wysokiej temperaturze, co wpływa na przegrzanie jąder – na co narażeni są m.in. górnicy, hutnicy, kierowcy tirów, czy taksówkarze, siedzący tryb życia, bielizna osobista. Tymczasem dla prawidłowego przebiegu spermatogenezy potrzebna jest temperatura od 34,5 do 35,5 stopni, w wyższej plemniki ulegają zwyrodnieniu, co może powodować uszkodzenia genetyczne płodu. Wspomniane wnetrostwo – obecność jąder w kanale pachwinowym albo w jamie brzusznej – także naraża je na zbyt wysoką temperaturę, dlatego powinny być sprowadzone do worka mosznowego do 2 r.ż. dziecka. Ich niesprowadzenie w odpowiednim czasie daje zaburzony obraz nasienia oraz ponad 30-krotnie częstsze ryzyko złośliwego nowotworzenia. Oczywiście, zawsze podczas wywiadu pada pytanie: „czy pali pan papierosy?” Pytamy też o alkohol, przebyte choroby ibrane leki, np. sterydy anaboliczne przyjmowane przez młodych mężczyzn trenujących na siłowni. Dawki sterydów, które my stosujemy w celach leczniczych – raz na 2 tygodnie – oni przyjmują kilka razy w ciągu dnia! Potem przychodzą do nas i okazuje się, że już nie możemy im pomóc – azoospermia, czyli całkowity brak plemników, lub uszkodzenie jąder, którego się nie da odwrócić. Bardzo istotnym elementem diagnostycznym jest badanie andrologiczne narządów płciowych i gruczołu krokowego. Błędem jest poprzestanie na badaniu nasienia – spermiogramie, które powinno być wykonane 2-krotnie.

Dokończenie na str. 6

Zmierzamy w kierunku in vitro?

Dokończenie ze str. 5

■ A jak wygląda leczenie?

Nie możemy stymulować procesu tworzenia się plemnika. Nie ma sposobu, by go zahamować albo przyspieszyć, jak owulację u kobiet. Proces spermatogenezy trwa 3 miesiące i koniec. Możemy tylko modyfikować wspomniane szkodliwe czynniki zewnętrzne np. zamienić dotychczasową dietę na bogatą w antyoksydanty i mikroelementy. W przypadku czynników szkodliwych związanych z wykonywaną pracą zalecamy jej zmianę na okres 1–2 lat. Operujemy też występujące patologie anatomiczne np. żyłaki powrózka nasiennego dla poprawy utleniania jąder.

■ We wrześniu organizujecie Państwo symposium naukowe pt. „Problemy płodności męskiej”. Na jakich problemach się skupicie?

Zaczynamy od warsztatów prof. Olgi Haus prezesa Polskiego Towarzystwa Genetyki, poświęconych diagnostyce genetycznej w niepłodności męskiej. To bardzo ważny temat. Wady genetyczne dotyczą od 3 do 4% zarodków. Przyjmuje się także, że prawie co druga ciąża jest eliminowana przez organizm kobiety we wstępnej fazie rozwoju z powodu uszkodzeń genetycznych.

Zajmiemy się też m.in. andrologią urologiczną, czyli problemami związanymi z układem moczowym oraz płodnością

mężczyzn po leczeniu nowotworów narządu płciowego. Ten ostatni temat wiąże się z kwestią mrożenia i przechowania spermy w banku nasienia. Należy zawsze informować mężczyznę, który nie jest ojcem, że dla zachowania takiej możliwości powinien zdeponować w nim swoje nasienie, bo kastracja czy chemioterapia powodują bezpłodność.

■ Jednym z tematów sympozjum jest „Wpływ sportu na męską płodność”. Rozumiem, że chodzi o wpływ negatywny?

Sport jak najbardziej pozytywnie wpływa na męską płodność. Oczywiście, nie myślę tu o sportach ekstremalnych, bo te wiążą się z szkodliwym niedotlenieniem organizmu, hiperbarią, hipertermią a także możliwością uszkodzenia jąder. Ruch powoduje lepsze ukrwienie całego organizmu, także narządów płciowych. Otyli mężczyźni mają problemy z płodnością. Wiąże się to z obniżonym poziomem steroidów androgenicznych, które „gubią” się w tkance tłuszczowej

■ Ostatnio coraz głośniejsze mówi się o niekorzystnych dla męskiej płodności ksenoestrogenach – związkach chemicznych powszechnie obecnych w środowisku. O ich wpływie i mechanizmie działania też będziecie Państwo rozmawiać.

Ksenoestrogeny czyli związki działające podobnie jak naturalne estrogeny występu-

ją w codziennie używanych przez nas i wydawałoby się bezpiecznych środkach czystości – pastach do zębów, mydłach, szamponach, są obecne nawet w wodzie, w lakierach, pestycydach stosowanych w rolnictwie. Działanie ich w organizmie mężczyzny powoduje obniżenie poziomu testosteronu, co zaburza proces spermatogenezy. Męskiej płodności zagrażają też fitoestrogeny – naturalne substancje występujące w pożywieniu np. soi. Zaleca się je kobietom w okresie menopauzy, bo także mają działanie estrogenne, ale dla mężczyzn ich spożywanie jest absolutnie niewskazane. Niestety, nie zawsze uda się ich uniknąć, bo np. mogą znajdować się w paszy zwierząt, które spożywamy. Estrogeny są niewątpliwie potrzebne w organizmie mężczyzny, ale w odpowiedniej ilości w stosunku do androgenów.

Mamy więc kolejny powód dlaczego 40 lat temu w 1 mililitrze nasienia normą było 80 mln. plemników, a teraz przyjęto za standard 15 mln. A co będzie za 20–25 lat? Nie wiemy. Zmierzamy prosto w kierunku rozrodu wspomaganego.

Dziękuję za rozmowę.

Dr hab. n. med. Roman Kotzbach, prof. UMK, jest absolwentem Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie; specjalistą położnikiem-ginekologiem-andrologiem; kierownikiem Katedry Pielęgniarstwa i Położnictwa Collegium Medicum UMK.



Kręta droga do rehabilitacji

Dokończenie ze str. 4

KONKURSY UZUPEŁNIAJĄCE

2 lipca (dzień po szeroko nagłośnionym przez media spotkaniu w siedzibie Fundacji „Zdrowie dla Ciebie”) ogłoszony został konkurs uzupełniający na fizjoterapię ambulatoryjną dla osiedli: Wyżyny, Kapuściska, Wilczak, Śródmieście, Bocianowo i Zawisza (rozstrzygnięty: 24 lipca). Mieszkańcy Wyżyn przypuszczają, że pewien wpływ na jego ogłoszenie miało zebranie półtora tysiąca podpisów pod protestem przeciwko pozbawieniu rehabilitacji dwóch osiedlowych przychodni.

Tydzień później, podczas konferencji prasowej, Fundusz ogłosił postępowanie uzu-

pełniające na lekarską ambulatoryjną opiekę rehabilitacyjną dla osiedli: Fordon, Kapuściska, Bartodzieje i Szwederowo (rozstrzygnięty: 25 lipca). Przedstawił też odpowiedzi na pytania zadane Tomaszowi Pieczce podczas spotkania zorganizowanego przez Elżbietę Rusielewicz. Konferencja miała miejsce 2 dni po spotkaniu dyrektora NFZ z przedstawicielami przychodni, władz miejskich i parlamentarzystami i po decyzji tych ostatnich o zwróceniu się do NIK z wnioskiem o skontrolowanie, czy konkurs na świadczenia rehabilitacyjne przebiegał prawidłowo.

Ostatecznie wszystkie przychodnie, które straciły kontrakty 1 lipca, odzy-

skwały je w sierpniu (oprócz jednej, która nie stanęła do konkursu uzupełniającego), a pozostałym przyznano na rehabilitację dodatkowe środki. Mogło by się więc wydawać, że właściwie nic się nie stało, ale to nieprawda. Przede wszystkim – kontrakty i tak są niższe niż w pierwszym półroczu. Poza tym, przychodnie, z którymi NFZ nie przedłużył umowy, straciły lipcowy zarobek. Niektóre z nich zdążyły też rozwiązać już współpracę z rehabilitantami. A pacjenci, którzy zdecydowali się odebrać skierowanie lub jego kopię i zarejestrować do innego ośrodka (zachęcenie komunikatem Funduszu w sprawie skierowań na fizjoterapię ambulatoryjną z 30 czerwca), jeżeli zechcą wrócić do osiedlowej przychodni, znajdą się na samym końcu kolejki. A tego wszystkiego można było uniknąć.

Magdalena Godlewska

Sukces bydgoskich naukowców

W konkursie Dziennika Gazety Prawnej: „Eureka! DGP. Odkrywamy polskie wynalazki” zwyciężył test sprawdzający oporność bakterii na leki. Jego autorami są: dr Paweł Pięta i mgr Joanna Dobroczyńska z Politechniki Wrocławskiej oraz dr Aleksander Deptuła i dr Tomasz Bogiel z Collegium Medicum UMK.

Nagrodzony test pozwala zidentyfikować leki, na które bakterie są odporne, znacznie szybciej niż stosowane dotychczas. Ponadto, jest dużo tańszy – koszt jego wyprodukowania jest niższy, a jego wykonanie nie wymaga drogiego sprzętu laboratoryjnego.

Do konkursu, którego celem jest promocja rodzimej nauki oraz potencjału twórczego młodych naukowców, zgłoszono 58 projektów złożonych przez polskie uczelnie w Urzędzie Patentowym w latach 2011–2012.

Zwycięzcy otrzymali 30 tys. zł od firmy Polpharma. Dodatkowo UMK i Politechnika Wroclawska zostały nagrodzone kampanią promocyjną w mediach INFOR Biznes (wydawca „Dziennika Gazety Prawnej”) o wartości 50 tys. zł.

Lekarski najpopularniejszy

Najczęściej wybieranym kierunkiem studiów w województwie kujawsko-pomorskim jest w 2014 r. medycyna. Na kierunku lekarskim CM UMK było 150 miejsc, a kandydatów 4910!

W ostatnich latach ilość chętnych na bydgoskie studia medyczne systematycznie się zwiększa. W bieżącym roku było ich o 1074 więcej niż w zeszłym.

Telefoniczno-internetowa Recepcja Medyczna



Zapewniamy:

- ➔ Przejęcie ciężaru kontaktów z pacjentami – umawianie, przekładanie wizyt, udzielanie informacji o praktyce, przypomnienie o wizycie itp.
- ➔ Całodobowy dostęp do indywidualnego konta przez internet (kalendarz spotkań, baza pacjentów z historią wizyt, bilingi połączeń).
- ➔ Możliwość zarządzania kontem przez internet i telefon.
- ➔ Indywidualny numer telefonu stacjonarnego lub przekierowanie na centralę.

Skontaktuj się z nami
i przetestuj nasze usługi całkowicie za darmo

www.medicall.biz • medicall@interia.eu
tel. 52 522 83 60 • 603 452 225

33 miliony dla zespołu prof. Drewy



Fot. CM UMK

Projekt zespołu prof. dr. hab. n. med. Tomasza Drewy, kierownika Katedry Medycyny Regeneracyjnej CM w Bydgoszczy, zajął 3 miejsce w programie „Profilaktyka i leczenie chorób cywilizacyjnych” – STRATEGMED, opracowanym przez Narodowe Centrum Badań i Rozwoju.

„Nowoczesne protezy odprowadzające mocz u pacjentów z rakiem pęcherza moczowego poddanych bezkontaktowym minimalnie inwazyjnym operacjom onkologicznym wycięcia pęcherza moczowego” – to projekt balansujący na pograniczu medycyny regeneracyjnej i onkologii. Wymaga współpracy klinicystów i biotechnologów. Z tego powodu Wydział Lekarski CM UMK będzie korzystał przy jego realizacji z pomocy Instytutu Biopolimerów i Włókien Chemicznych z Łodzi, Prywatnej Kliniki Weterynaryjnej VET-LAB Brudzew, Wytwórni Sprzętu Medycznego GALMED z Bydgoszczy, Specjalistycznego Szpitala Miejskiego w Toruniu oraz Instytutu Podstawowych Problemów Techniki PAN z Warszawy.

Projekt składa się z trzech faz badawczych. Pierwsza, laboratoryjna, polegać będzie na skonstruowaniu protezy odprowadzającej mocz i przetestowaniu in vitro. Druga, przedkliniczna, to badania na dużym modelu zwierzęcym, a ostatnia, kliniczna – wszczęcie protezy pacjentom.

Projekt CM pokonał 147 innych i zdobył najwyższy grant naukowy w historii UMK i jeden z najwyższych w historii polskiej nauki.

Bydgoskie wynalazki na najwyższym poziomie

Naukowcy z Collegium Medicum UMK – prof. Katarzyna Pawlak-Osińska, kierownik Zakładu Patofizjologii Narządu Słuchu i Układu Równowagi, oraz prof. Henryk Kaźmierczak, kierownik Kliniki i Katedry Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej z Pododdziałem Audiologii i Foniatrii – są współautorami projektu nagrodzonego w opracowanym przez Narodowe Centrum Badań i Rozwoju programie: „Profilaktyka i leczenie chorób cywilizacyjnych” – STRATEGMED.

„Zintegrowany system narzędzi do diagnostyki i telerehabilitacji schorzeń narządów zmysłów (słuchu, wzroku, mowy, równowagi, powonienia)”, jeden ze 150 nadesłanych na konkurs projektów, trafił do szesnastki rekomendowanych do dofinansowania – zajął 14 miejsce, uzyskując 23,3 punktu (najwyżej oceniony projekt zdobył 26,7 punktu).

Projekt zakłada opracowanie i wdrożenie do użytku kapsuły diagnostyczno-rehabilitacyjnej umożliwiającej jednoczesną diagnostykę słuchu, mowy, wzroku, równowagi, powonienia i smaku. Oprócz naukowców z CM UMK badaniami zajmują się pracownicy Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (Katedra i Klinika Okulistyki), Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, Politechniki Warszawskiej (Wydział Inżynierii Materiałowej), Centrum Słuchu i Mowy Sp. z o.o. oraz Greenfusion Sp. z o.o.

Ze stopniem naukowym doktora habilitowanego

Dr n. med. Iwona Świątkiewicz, w wyniku postępowania habilitacyjnego oraz rozprawy habilitacyjnej „Wartość prognostyczna stężenia białka C-reaktywnego w przewidywaniu dysfunkcji i przebudowy lewej komory oraz niewydolności serca w obserwacji odległej u pacjentów z zawałem serca”, uchwałą Rady Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum w Bydgoszczy 31 stycznia 2014 r. uzyskała stopień naukowy doktora habilitowanego nauk medycznych w zakresie medycyny – kardiologii.



Dr hab. n. med. Iwona Świątkiewicz, po ukończeniu z wyróżnieniem Akademii Medycznej w Bydgoszczy, od 1987 r. pracuje w Katedrze i Klinice Kardiologii i Chorób Wewnętrznych CM w Bydgoszczy, uzyskując tytuł specjalisty chorób wewnętrznych i kardiologii. Doc. Świątkiewicz wprowadziła do standardów postępowania w klinice szereg nowoczesnych metod diagnostyki z zakresu echokardiografii: obciążeniowej, kontrastowej, przezprzewodowej i trójwymiarowej; przydatnych w terapii chorób serca. Jej głównym zainteresowaniem klinicznym w ostatnich latach jest echokardiografia interwencyjna, umożliwiająca skuteczne i bezpieczne przeprowadzanie nowoczesnych przeznaczeniowych zabiegów naprawczych w chorobach serca.

Doc. Świątkiewicz zajmuje się diagnostyką i leczeniem oraz kompleksową kwalifikacją pacjentów z wadami serca do wysokospecjalistycznego przeszukowego leczenia interwencyjnego, będąc jedną z pierwszych osób, które wprowadzały te metody do praktyki klinicznej w Polsce. Jest jednym z badaczy biorących udział w europejskim rejestrze przeznaczeniowych zabiegów w wadach serca (EuroObservational Research Programme: TransCatheter Valve Treatment Registry). Do głównych kierunków badawczych dr hab. Iwony Świątkiewicz należy analiza przyczyn oraz znaczenia rokowniczego rozwoju dysfunkcji i przebudowy lewej komory oraz wystąpienia niewydolności serca w obserwacji odległej po zawale serca leczonym inwazyjnie.

Doc. Świątkiewicz odbyła liczne staże kliniczne, w tym w: King's College of London; University Hospitals Leuven; Hammersmith Hospital, Imperial College London; Hopital Beaujon Paris czy Hamburg University Heart Centre. Jest członkiem licznych towarzystw naukowych, w tym Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, European Society of Cardiology, European Association of Echocardiography i Heart Failure Association. Wyrazem docenienia jej kwalifikacji i osiągnięć w dziedzinie pracy klinicznej było przyznanie jej przez European Board for Accreditation in Cardiology of ESC w 2007 r. tytułu European Cardiologist. Dr hab. Iwona Świątkiewicz jest prezesem elektum Oddziału Bydgoskiego Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego oraz członkiem Państwowej Komisji Specjalizacyjnej z zakresu kardiologii.

Pierwszy tytuł profesorski na Wydziale Nauk o Zdrowiu CM UMK



Jacek Klawe – prodziekan ds. studenckich i polityki kadrowej Wydziału Nauk o Zdrowiu, kierownik Katedry i Zakładu Higieny i Epidemiologii oraz Studium Medycznego Kształcenia Podyplomowego i Edukacji Zdrowotnej – tytuł profesora nauk o zdrowiu uzyskał w czerwcu.

Prof. Jacek J. Klawe tytuł lekarza medycyny uzyskał w 1990 r., stopień doktora w 1993, a doktora habilitowanego – w 2004. W tym samym roku został specjalistą w dziedzinie zdrowia publicznego.

W 1995 r. rozpoczął pracę w Akademii Medycznej w Bydgoszczy, początkowo w Katedrze i Zakładzie Fizjologii, a później w Katedrze i Zakładzie Higieny i Epidemiologii. Tam stworzył Pracownię Absorpcji Atomowej oraz, we współpracy z Katedrą i Zakładem Fizjologii, Pracownię Chronobiologii, Chronomedycyny i Badań nad Snem, przekształconą potem w Pracownię Chronomedycyny i Badań Czynnościowych Autonomicznego Układu Nerwowego.

W 1998 r. został konsultantem krajowym w dziedzinie higieny i epidemiologii. W latach 1998–2001 pełnił funkcję konsultanta w dziedzinie higieny i epidemiologii dla województwa mazowieckiego i małopolskiego. W 2001 r. został konsultantem wojewódzkim ds. epidemiologii dla województwa mazowieckiego. W latach 2001–2003 – przewodniczący Zespołu Ekspertów ds. Akredytacji Jednostek prowadzących specjalizację z zakresu epidemiologii. Od stycznia 2009 roku członek Komisji Akredytacyjnej Akademickich Uczelni Medycznych. Od 2012 r. – ekspert ds. Krajowych Ram Kwalifikacji w dziedzinie zdrowie publiczne Ministerstwa Zdrowia oraz Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Od 2014 r. konsultant wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego.

Jest autorem lub współautorem 104 opublikowanych prac doświadczalnych, 9 rozdziałów w podręcznikach międzynarodowych, 32 rozdziałów w podręcznikach krajowych, 2 opisów przypadków, 7 artykułów popularno-naukowych, 2 wydań książki popularno-naukowej, współredaktorem podręcznika akademickiego i współautorem 2 wydań Słownika Medycznego Polsko-Niemieckiego i Niemiecko-Polskiego.

Wiodące kierunki obecnych badań dotyczą odruchowej regulacji krążenia, roli baroreceptorów tętnicznych w warunkach deprywacji snu, patomechanizmu obturacyjnych bezdechów śródsennych.

W roku 2000 był opiekunem naukowym I Wysokogórskiej Wyprawy Naukowej Studentów Akademii Medycznej w Bydgoszczy na Mont Blanc. W 2003 r. organizował II Wysokogórską Wyprawę Naukową Studentów Akademii Medycznej w Bydgoszczy na Chan Tengri (7010m n.p.m.) w górach Tien-Szan w Kirgizji, a w 2007 r. na Elbrus (5642 m n.p.m.).

Profesor Jacek J. Klawe ma wiele zainteresowań pozazawodowych. Jest kapitanem jachtowym i motorowodnym, instruktorem żeglarstwa i narciarstwa. Optynął Przylądek Horn, odbył wyprawę żeglarską wzdłuż wybrzeży Alaski, rejs z Archangielska do Sankt Petersburga przez Morze Białe, Kanał Białomorski, Jezioro Ładoga i Onega, rejs przez Atlantyk z Wysp Zielonego Przylądka na Martynikę.

Nominacje na konsultantów wręczone

Wojewoda Ewa Mes powołała nowych konsultantów wojewódzkich.

Nowymi konsultantami wojewódzkimi zostali: dr hab. n. med. Lech Anisimowicz, prof. UMK – kardiologia; dr n. med. Aleksander Deptuła – mikrobiologia lekarska; prof. dr hab. n. med. Mariusz Dubiel – perinatologia; lek. med. Maciej Jackowiak – ortopedia i traumatologia narządu ruchu; dr n. med. Jerzy Jakubiak – chirurgia szczękowo-twarzowa; prof. dr hab. n. med. Arkadiusz Jawień – chirurgia naczyniowa; dr n. med. Dariusz Juszcak – seksuologia; lek. med. Piotr Kowalski – anestezjologia i intensywna terapia; lek. dent. Jolanta Kwaśniewska – protetyka stomatologiczna; dr n. med. Józef Mierzwiński – otorynolaryngologia dziecięca; dr n. med. Stanisław Pilecki – medycyna nuklearna; dr n. med. Grzegorz Pulkowski – choroby wewnętrzne; lek. med. Jerzy Rajewski – medycyna rodzinna; dr n. med. Zdzisława Sawkiewicz – periodontologia; dr n. med. Grażyna Sergot – Martynowska – neurologia dziecięca; dr n. med. Beata Sulikowska – hipertensjologia; dr n. med. Elżbieta Sokółska – radiologia i diagnostyka obrazowa; dr n. med. Andrzej Świątkiewicz – chirurgia plastyczna; prof. dr hab. n. med. Maciej Świątkowski – gastroenterologia; dr n. med. Jerzy Tujakowski – onkologia kliniczna; prof. dr hab. n. med. Wojciech Zegarski – chirurgia onkologiczna; prof. dr hab. n. med. Jacek J. Klawe – zdrowie publiczne.

Pulmonologia się rozbudowuje



Zdjęcie: Jarosław Pruss, Gazeta Pomorska



Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy objęte zostało rozbudową realizowaną przez Kujawsko-Pomorskie Inwestycje Medyczne w ramach „Pakietu Stulecia”. W nowym, budującym się skrzydle szpitala przy ul. Seminaryjnej znajdują się: Zakład Radiodiagnostyki z Pracownią Radiologii Cyfrowej, Pracownią Tomografii Komputerowej i Pracownią Ultrasonografii dysponujące platformą sprzętową bazującą na nowoczesnej technice cyfrowej, nowoczesny Blok Operacyjny z dwiema salami, Centralna Sterylizacja, pięć oddziałów łóżkowych na ok. 130 łóżek tj.: 8-łóżkowy przestronny Oddział Anestezjologii Oddział Intensywnej Terapii, Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów oraz trzy oddziały zachowawcze chorób płuc, Zakład Patomorfologii, obiekty technicznej infrastruktury szpitala; stacja uzdatniania wody, serwerownia, szatnie, kotłownia.

Obecnie (sierpień 2014 r.) stoją mury nowego skrzydła, budynek jest pod dachem, trwają prace instalacyjne i wykończeniowe wewnątrz i na zewnątrz obiektu. Przewidywany termin zakończenia budowy; koniec 2014 r., jej koszt szacowany jest na ok. 34 mln zł.

Budowa nowego skrzydła to pierwszy, a zarazem najważniejszy etap rozbudowy i modernizacji KPCP. Fundusze na ten cel zapewnił K-P Urząd Marszałkowski ze środków Europejskiego Banku Światowego. Koszt całej inwestycji to 56 mln zł.

Wcześniej, dzięki środkom samorządu województwa oraz Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego, zakupiono w placówce nowy sprzęt i wykonano prace remontowo-modernizacyjne na łączną kwotę 6 mln zł.

Zakaźny w nowej odstonie



Zdjęcie: www.kpim.pl



Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny w Bydgoszczy powiększył się o nowy, połączony z główną częścią kompleksu, czterokondygnacyjny budynek. Pozostałe obiekty placówki zostały zmodernizowane – co obejmowało m.in. wymianę instalacji i pokryć dachowych oraz zmianę rozkładu przestrzennego połączoną z przestawianiem ścian. Wprowadzone zmiany umożliwią stworzenie oddziału wysokozakaźnego.

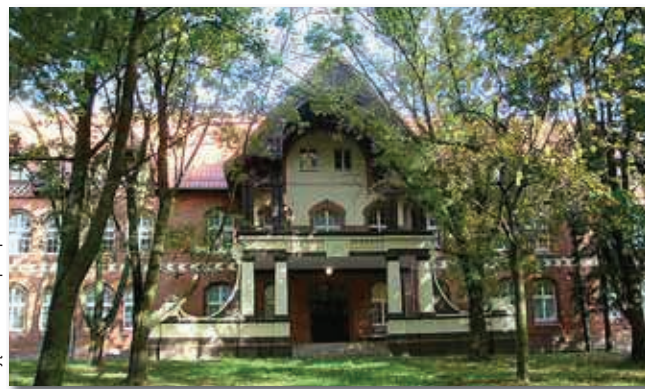
Inwestycja, warta 18 mln zł, jest częścią marszałkowskiego programu rozwoju i modernizacji infrastruktury medycznej, finansowanego dzięki kredytowi pomocowemu Europejskiego Banku Inwestycyjnego.

Psychiatria wreszcie odrestaurowana



Jeszcze tylko wymiana sieci energetycznej i Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Świeciu będzie gotowy. Budynek zmodernizowano, wyremontowano i wyposażono, a ponieważ lecznica ma status zabytku – wiernie odrestaurowano dziewiętnastowieczne elewacje. Placówka otrzymała też nową karetkę przewozową.

Inwestycja jest częścią medycznego pakietu stulecia – programu, dzięki któremu najważniejsze specjalistyczne szpitale regionu dostosowują się do standardów infrastrukturalnych obowiązującego w placówkach rozwiniętych krajów Europy. Zakończenie wartej 26 milionów zł inwestycji zaplanowano na październik.



Zdjęcie: www.kpim.pl

Dziecięcy gotowy jesienią



Zakończenie rozbudowy i prac remontowo-modernizacyjnych Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy już jesienią. Trwa jeszcze wznoszenie dwóch budynków, ale dwa pozostałe – jeden przeznaczony na oddziały chirurgii i leczenia oparzeń oraz zespół sal operacyjnych, a drugi – na szpitalne archiwum i administrację – już są gotowe.

Po modernizacji szpital będzie posiadał 216 łóżek dla pacjentów i 60 dla ich opiekunów. Na wszystkich oddziałach znajdą się klasy szkolne, kąpki zabaw i pokoje wypoczynkowe dla rodziców. Trzy tysiące metrów kwadratowych dachów pokryją ogrody, dostosowane tematycznie do potrzeb hospitalizowanych. Ponieważ oferta szpitala rozszerzy się o chirurgię dziecięcą – będzie można leczyć operacyjnie między innymi choroby okresu noworodkowego i onkologiczne, a także wykonywać operacje plastyczne.

Budowa nowego kompleksu Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego to największe przedsięwzięcie medycznego pakietu stulecia. Jego koszt to 155 mln zł.



Zdjęcie: www.kpim.pl

Inowrocławska urologia z wielofunkcyjnym laserem diodowym

Lasery stosowane są od ostatnich dwóch dekad we wszystkich dziedzinach medycznych. W urologii używa się ich do rozbijania kamieni nerkowych, moczowodowych i pęcherzowych, rozcinania zwiężeń cewki i moczowodu, usuwania tkanki stercza oraz guzów pęcherza i nerek. Do niedawna na Oddziale Urologii i Onkologii Urologicznej w Inowrocławiu do rozbijania kamieni nerkowych wykorzystywaliśmy tylko laser holmowy. W leczeniu zabiegowym łagodnego rozrostu stercza stosowaliśmy tzw. złoty standard, czyli klasyczny TUR-P z użyciem diatermii. Obecnie nasz oddział wyposażony jest także w najnowocześniejszy laser diodowy – na świecie używany od 2012 r., w Polsce dostępny tylko w nielicznych ośrodkach urologicznych.



Pacjent przygotowany do zabiegu, operator: dr Szymon Kwiatkowski



Tkanka wyciętego gruczolaka

Olbrzymi postęp techniki przyczynił się do powstania nowych możliwości leczenia pacjentów wiązką laserową. Od kilku lat w leczeniu przerostu stercza stosowane były, w nielicznych ośrodkach w Polsce, lasery KTP, tzw. lasery zielone, do waporyzacji stercza (odparowania) oraz lasery holmowe i tulowe do enukleacji. Dzięki tym metodom leczenia, znacznie spadła ilość powikłań, jednak każda z nich posiada również wady. Wiązka światła w laserze zielonym o długości 532 nm jest silnie pochłaniana przez hemoglobinę. Powoduje to, że waporyzacja tkanek leżących głębiej, a koagulowanych przez warstwę niezawierającą hemoglobiny jest bardzo słaba. Z tych to powodów laser zielony nadaje się do skutecznego leczenia tylko małych gruczolaków stercza. Poza tym waporyzacja pozbawia możliwości badania histopatologicznego gruczolaka krokowego (brak tkanki) i powstaje dodatkowa konieczność pobierania wycinków.

Z kolei enukleacja laserem holmowym lub tulowym stwarza problemy z usunięciem dużych fragmentów gruczolaka z pęcherza moczowego. Standardowo używa się do tego marcelatora, można zastosować klasyczny resektoskop i rozdrobnić fragmenty stercza na mniejsze. Jednak najczęściej znacznie wydłuża to czas zabiegu i powoduje dodatkowe koszty.

Od niedawna nasz oddział wyposażony jest w laser diodowy o mocy 250 W i długości światła 940 nm, który umożliwia zarówno waporyzację, enukleację, jak i stosowaną u nas waporesekcję. Na świecie używany jest od 2012 r., w Polsce, w nielicznych ośrodkach urologicznych, od roku. Wiązka

światła lasera diodowego pochłaniana jest doskonale zarówno przez hemoglobinę, jak i wodę. Powoduje to minimalne krwawienie i doskonałą widoczność w czasie zabiegu. Fragmenty gruczolaka krokowego z łatwością można usunąć kleszczykami lub pętłą. Stosowanie włókien prostych umożliwia ich wielokrotne użycie, a zniszczenie końcówki włókna w trakcie zabiegu jest szybko naprawiane przez jego przycięcie. Koszty zabiegu są zdecydowanie niższe niż przy stosowanych do tej pory włóknach jednorazowych.

Efekty urodynamiczne po użyciu lasera diodowego są wg badań podobne do wyników leczenia klasycznym TUR-P. Jednak zastosowanie pierwszego rozwiązania dodatkowo minimalizuje ryzyko transfuzji czy konieczności płukania pęcherza po zabiegu oraz ogranicza krwawienie, dzięki czemu widoczność jest dużo lepsza. Ponadto, stosując laser diodowy nie ma ryzyka wystąpienia zespołu poresekcyjnego (przedostanie się płynu do układu krwionośnego pacjenta), pacjentowi po zabiegu wystarczy założyć na kilka godzin zwykły cewnik, a hospitalizacja jest krótsza.

Znaczny rozwój kardiologii inwazyjnej powoduje, że coraz większa liczba pacjentów urologicznych obciążona jest dodatkowym ryzykiem okołoperacyjnym. Stosowanie lasera diodowego z jego zaletami u pacjentów obciążonych chorobami sercowo-naczyniowymi i hematologicznymi jest ogromnym postępem i stwarza minimalne ryzyko komplikacji. Laser ten wykorzystuje się również, z bardzo dobrymi efektami, do leczenia innych schorzeń: zwiężeń cewki moczowej i moczowodu, usuwania dużych guzów pęcherza moczowego.

Drugim najważniejszym zastosowaniem lasera diodowego – po zabiegach na prostatę – jest leczenie guzów nerek. Podczas zabiegów organooszczędnych (Nephron sparing surgery), zarówno laparoskopowych jak i otwartych, wycięcie guza lub częściowe wycięcie nerki poprzedzane jest stosowaniem czasowego niedokrwienia narządu (zaciskanie klemami szypuły naczyniowej). Efektem tego jest powstanie częściowej niewydolności nerki, co u niektórych pacjentów skutkuje trwałym uszkodzeniem narządu. Zastosowanie lasera diodowego eliminuje konieczność zaciskania szypuły naczyniowej, a brak krwawienia znacznie przyspiesza operację.

Inowrocławski oddział nowe techniki stosuje od wielu lat. W ostatnim czasie, dzięki intensywnym szkoleniom całego personelu oraz zakupom nowoczesnego sprzętu, pacjenci w coraz większym zakresie, niemal powszechnie, leczeni są najnowocześniejszymi metodami.

*Dr n.med.Szymon Kwiatkowski
Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej
Szpital Wielospecjalistyczny w Inowrocławiu*

PIŚMIENICTWO

1. Seitz M, Bayer T, Ruszat R, et al. Preliminary evaluation of a novel side-fire diode laser emitting light at 940 nm, for the potential treatment of benign prostatic hyperplasia: ex-vivo and in-vivo investigations. *BJU Int* 2009 Mar;103 (6):770-5.
2. H.Loertzer, Arne Straub ,Rolf Herrman Ringert and Philine Schneider *BMC Urology* 2013,
3. Nikola Knezevic, MD, PhD, Tomislav Kulis, MD, PhD : Laparoscopic Partial Nephrectomy with Diode Laser: A Promising Technique; *Photomedicine and Laser Surgery* 2014.
4. Andrzej Kupilas, Zastosowanie lasera diodowego w leczeniu schorzeń stercza; *Przegląd Urologiczny* 2014/1 (83).



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

Wystarczy jedna kolonoskopia w życiu!

Kolonoskopia jest aktualnie najlepszą metodą oceniającą jelito grube. Badanie odgrywa ogromną rolę nie tylko w diagnostyce raka tego narządu, ale również w jego prewencji. W ostatnich latach znacznie wzrósł odsetek osób powyżej 50 roku życia, które poddano kolonoskopii. W niektórych krajach Europy osiągnął 25 %.

W Polsce system badań przesiewowych spełniający kryteria programu zorganizowanego polega na wykonywaniu kolonoskopii przesiewowej raz na 10 lat u osób z grupy średniego ryzyka w ramach Programu Badań Przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania raka jelita grubego. Program, realizowany od 2000 r., finansowany jest przez Ministerstwo Zdrowia, koordynuje go Klinika Gastroenterologii Centrum Onkologii-Instytut w Warszawie.

Metoda ta zapewnia prewencję raka jelita grubego poprzez usuwanie polipów o budowie gruczolaka. Kolonoskopia przesiewowa może zmniejszać ryzyko zachorowania na ten typ nowotworu o 60–90%. Jeśli badanie wypadnie prawidłowo, wystarczy jedna kolonoskopia w życiu.

Od 2013 roku Program Badań Przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego realizowany jest w Centrum Onkologii w systemie zaproszeń. To oznacza, że nie można wykonywać badań przesiewowych u osób, które zgłoszą się z własnej inicjatywy, bez otrzymania imiennego zaproszenia. W ten sposób spełnione zostają kryteria badań populacyjnych zgodnie z wytycznymi Unii Europejskiej. W przypadku zgłoszenia się nowych osób zainteresowanych wykonaniem badania

przesiewowego (ale nie zaproszonych na podstawie rejestru mieszkańców), prosimy o skierowanie ich do ośrodka wykonującego kolonoskopię w systemie oportunistycznym lub na kolonoskopię z uzasadnieniem jej wykonania w ramach opieki ambulatoryjnej kosztochłonnej, finansowanej przez NFZ. Osoby, które nie otrzymały dotychczas zaproszenia na przesiewową kolonoskopię, najprawdopodobniej otrzymają je w najbliższych latach.

W 2013 roku wykonano w Centrum Onkologii w Bydgoszczy 1000 kolonoskopii przesiewowych na zaproszenie. Niemal wszystkie przeprowadzono w Pracowni Endoskopowej Zakładu Profilaktyki i Promocji Zdrowia (koordynator – dr Tomasz Mierzwa). U pozostałych 90 (9,0%) osób badanie zostało wykonane w znieczuleniu ogólnym w Zakładzie Endoskopii. Sprawna realizacja programu była możliwa zwłaszcza dzięki mgr Ilonie Polasik. Zaproszenie na badania otrzymało 5058 osób, w tym powtórne – 4540. Zgłaszalność wynosiła około 20%. **U 451 (45,1%) chorych stwierdzono polipy jelita grubego.** Odsetek ten jest jednocześnie miernikiem wysokiej jakości wykonywanej w Centrum Onkologii w Bydgoszczy kolonoskopii. W ramach programu, u 414 (41,4%)

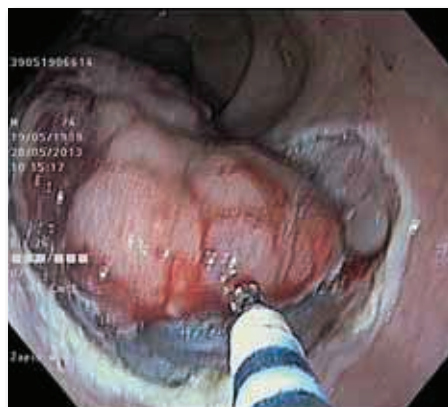
osób polipy jelita grubego usunięto podczas pierwszego badania. Pozostałe osoby ze stwierdzonymi polipami > 1 cm były hospitalizowane na Oddziale Klinicznym Chirurgii Onkologicznej, gdzie przeprowadzono zabiegi polipektomii (ryc.1), mukozektomii lub endoskopowej dysekcji podśluzówkowej (ryc. 2 i 3). U 7 (0,7%) chorych rozpoznano gruczolakoraka, w tym u 4 we wczesnym stadium klinicznego zaawansowania. U jednego bezobjawowego chorego stwierdzono guza neuroendokrynnego kątnicy. Wszyscy chorzy byli leczeni w Centrum Onkologii.

Nowy program badań przesiewowych ma zastąpić program oportunistyczny. W 2013 r. obejmował on 10 ośrodków, a docelowo, do 2021, ma być realizowany w 130. Centrum Onkologii w Bydgoszczy prowadzi badania przesiewowe oparte na kolonoskopii od 2000 roku. „Primum” od początku realizacji programu wspiera i popularyzuje tę część Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych. Ostateczną decyzję o uczestnictwie w badaniach kolonoskopowych podejmuje jednak pacjent, często za radą lekarza rodzinnego.

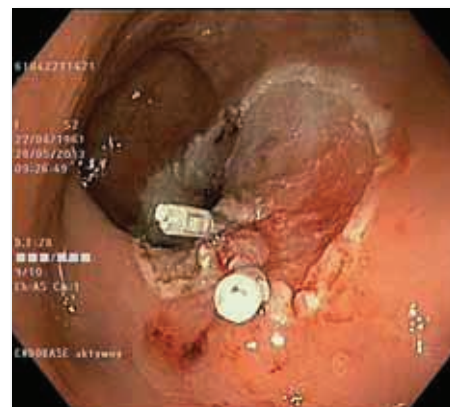
*Dr n. med. Zbigniew Kula
koordynator Zakładu Endoskopii Centrum
Onkologii w Bydgoszczy*



Ryc. 1. Zabieg usunięcia pętla diatermiczną polipa jelita grubego rozpoznanego w kolonoskopii przesiewowej



Ryc. 2. Zabieg endoskopowej dysekcji podśluzówkowej dużego polipa esicy z użyciem noża wodnego



Ryc. 3. Miejsce po endoskopowej dysekcji podśluzówkowej zabezpieczone klipsami hemostatycznymi

TABELA

Rodzaj preparatu	Schemat jednodniowy	Schemat podzielony / split
Fortrans	4 litry/4 szaszetki/4 godziny	2 litry wieczorem i rano
Eziclen	2 litry roztworu + 1 litr wody	1 litr roztworu + 1 litr wody wieczorem i rano
CitraFleet	300 ml roztworu + około 3 litry wody	150 ml roztworu wieczorem + 1,5 litra wody wieczorem i rano
Moviprep	2 litry + 1 litr wody	1 litr roztworu + 0,5 litra wody wieczorem i rano

Idealne oczyszczenie jelita grubego – czy to jest możliwe?

Kluczowym wykładnikiem oceny jakości kolonoskopii jest odsetek wykrytych polipów. Liczba wykrytych polipów zależy nie tylko od umiejętności endoskopisty, ale też, w bardzo dużym stopniu, od jakości przygotowania jelita do badania. Ocenia się, że niewystarczające przygotowanie jelita grubego występuje u około 30% badanych. Nawet niewielkie ilości stolca mogą utrudnić znalezienie małych zmian, w tym nowotworowych. Bardzo ważne jest dobre oczyszczenie prawej połowy jelita grubego, gdzie stwierdza się często zmiany płaskie, zmiany ząbkowane, będące prekursorem raka, i większość raków interwałowych (przeoczonych podczas badania). W związku z tym zalecane jest w opisie kolonoskopii podanie nazwy zastosowanego do przygotowania środka oraz oceny stopnia oczyszczenia jelita grubego w skali Boston (BBPS – Boston Bowel Preparation Scale). Stopień oczyszczenia ocenia się w skali od 0 do 3, w 3 segmentach jelita grubego: prawym, poprzecznym (zagięcie wątrobowe, poprzecznicą i zagięcie śledzionowe)

oraz lewym. Bardzo dobre oczyszczenie wszystkich segmentów jelita daje 9 punktów (3+3+3).

Aktualnie ukazało się wiele publikacji dotyczących nowych metod oczyszczania jelita grubego w formie zaleceń i wytycznych. Do rutynowego przygotowania jelita do badania zaleca się:

- Preparaty „wysokoobjętościowe”: **Fortrans**.
- Preparaty „niskoobjętościowe”: **Eziclen, Moviprep, CitroFleet**.

Nadal najlepiej przebadanym preparatem jest Fortrans. Niezalecane jest rutynowe stosowanie preparatów opartych na fosforanie sodu (Fleet Phosphosoda), z powodu zastrzeżeń związanych z bezpieczeństwem tych preparatów.

Dawka podzielona leku zapewnia lepsze przygotowanie niż jedna dawka w dzień poprzedzający badanie. W przypadku Fortransu (4 litry/4 godziny) są to 2 litry wieczorem oraz 2 litry wcześniej rano w dniu badania. W podobny sposób mogą być również sto-

sowane preparaty „niskoobjętościowe”, ale należy pamiętać o wypiciu dostatecznej ilości wody jako uzupełnienia (ryc. 1). Eziclen jest odpowiednikiem najczęściej stosowanego w USA preparatu do oczyszczania jelita grubego o nazwie SuPrep. Stosowanie preparatów niskoobjętościowych wymaga precyzyjnej instrukcji i dobrej współpracy pacjenta. Dlatego rekomenduje się, aby informacja o przygotowaniu jelita do badania była przekazana zarówno pisemnie jak i ustnie.

Aby poprawić jakość, bezpieczeństwo i tolerancję przygotowania jelita do kolonoskopii, powinno się zalecać stosowanie podzielonej dawki preparatu, a jego spożycie zakończyć nie później niż 4 godziny od przyjęcia ostatniej dawki preparatu przeczyszczającego oraz poprzedzić jednodniową dietą ubogoresztkową.

Tabela (str. 12): Preparaty stosowane do przygotowania jelita do kolonoskopii i sposoby ich stosowania.

V Konferencja Naukowa w Wąbrzeźnie

Tegoroczne spotkanie odbyła się 8 czerwca. Honorowy patronat pełnił nad nim profesor dr hab. Jan Styczyński, prorektor ds. Collegium Medicum UMK, oraz starosta wąbrzeski – Krzysztof Maćkiewicz. Konferencja miała tym razem charakter interdyscyplinarny. Pierwsza część dotyczyła głównie cukrzycy oraz jej powikłań: cukrzycowej choroby nerek oraz stopy cukrzycowej.

Prof. dr hab. Roman Junik kierownik Katedry i Kliniki Endokrynologii i Diabetologii CM UMK, konsultant wojewódzki w dziedzinie endokrynologii, otworzył konferencję wykładem dotyczącym postępowania z pacjentem ze świeżo rozpoznaną cukrzycą, począwszy od wdrożenia odpowiedniego leczenia niefarmakologicznego (dieta, wysiłek fizyczny), poprzez leczenie farmakologiczne lekami doustnymi, a na insulinoterapii skończywszy.

Kolejny z wykładów, przedstawiony przez doktora Andrzeja Brymorę, dotyczył cukrzycowej choroby nerek, która stanowi coraz większy problem społeczny oraz jest najczęstszą przyczyną dializoterapii w Polsce. Zwrócił uwagę słuchaczy na odpowiednie podejście do pacjentów z cukrzycą, którym należy – oprócz prawidłowego wyrównania glikemii – monitorować również funkcje nerek, np. obliczając w prosty sposób za pomocą wzoru MDRD poziom GFR, i w odpowiednim momencie kierować do specjalisty nefrologa.

Podczas następnego wykładu, wygłaszanego bardzo rzeczowo i precyzyjnie przez doktor Małgorzatę Szafrąnską, poruszono problem stopy cukrzycowej. Oglądanie stóp naszych pacjentów należy niestety do rzadkości i – niestety – w ten sposób doprowadzamy do wielu stanów groźących amputacjami lub długo leczącymi się owrzodzeniami. Badanie to jest przede wszystkim niezbędne u pacjentów chorujących na cukrzycę.

Po krótkiej przerwie odbyły się kolejne 3 wykłady. Dr n. med. Agnieszka Meder przedstawiła zgromadzonym słuchaczom problem krwawienia do przewodu pokarmowego, zarówno górnego jak i dolnego odcinka, opisując najczęstsze przyczyny, w tym stosowanie

niesterydowych leków przeciwzapalnych, oraz postępowanie z pacjentem, który krwawi z przewodu pokarmowego. Po wykładzie wywiązała się dyskusja dotycząca między innymi kierowania pacjentów do szpitala przez lekarzy POZ – czy oddział internistyczny, gastroenterologiczny, czy chirurgiczny? Kolejny wykład, przedstawiony przez dr. Cypriana Świętaszczyka, pracującego w Zakładzie Medycyny Nuklearnej w Regionalnym Szpitalu Specjalistycznym w Grudziądzu, dotyczył węzłów wartowników w chorobach nowotworowych, głównie raku sutka i gruczołu krokowego. Prelekcja, podczas której zaprezentowano wiele ciekawych i kolorowych slajdów, wywołała bardzo duże zainteresowanie wśród słuchaczy.

Podsumowaniem konferencji była prezentacja autora dotycząca stosowania nowych doustnych antykoagulantów w leczeniu migotania przedsionków oraz aktualnych wytycznych w tym zakresie.

Konferencja cieszyła się dużym zainteresowaniem – przybyło ponad 40 lekarzy, w tym specjalistów w dziedzinie chorób wewnętrznych, diabetologii, endokrynologii, ginekologii, medycyny rodzinnej oraz chirurgii, pracujących na co dzień w poradniach opieki zdrowotnej oraz okolicznych szpitalach (Wąbrzeźno, Chełmża, Chełmno, Golub-Dobrzyń, Świecie, Grudziądz, Bydgoszcz).

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

*Marcin Gierach
Organizator imprezy
Ordynator Oddziału Chorób Wewnętrznych
„Nowego Szpitala” w Wąbrzeźnie*



MÓZG CZŁOWIEKA

– cywilizacyjna zagadka

Najmniej znany organ naszego ciała skutecznie skrywa przed nami tajemnice dotyczące zarówno swej onto- jak i filogenezy. Poznanie choćby ich części nie tylko umożliwiłoby rozwikłanie zagadki starzenia mózgu i szeregu chorób neurodegeneracyjnych. Pozwoliłoby nam również zrozumieć zmiany, jakim podlega nieustannie w trwającej miliony lat ewolucji, i – może – przewidzieć ich kierunki.

ONTOGENEZA

Przed kilku laty dowiedziono, że mózg człowieka ulega w trakcie starzenia sporym zmianom degeneracyjnym, jakich nie obserwuje się u innych organizmów. Co ciekawe, są one bardziej nasilone w ludzkim mózgu niż u nawet bardzo bliskich nam ewolucyjnie szympansov. U tych zwierząt objętość starzejącego się mózgu właściwie się nie zmienia. Nawet wyrafinowane metody badań z użyciem magnetycznego rezonansu jądrowego nie wykazały u szympansov zmian atroficznych (zanikowych). U ludzi wręcz przeciwnie – nawet starzenie na drodze successful aging, czyli nieobciążone chorobami, prowadzi do większej degeneracji mózgu niż u przedstawicieli świata zwierzęcego.

Mózg stanowi tylko 2 proc. masy ciała, ale konsumuje aż 20 proc. energii dostarczonej naszemu organizmowi. W ponad 65 proc. składa się z wody, a tej z wiekiem w organizmie ubywa, tak więc im jesteśmy starsi, tym mniejsza objętość mózgu. Ale zmiany zanikowe to także wynik utraty neuronów. W starzejącym się mózgu zmniejsza się sieć neuronalna. Każdego dnia nawet o 10 tysięcy komórek! Ten proces może się zacząć już nawet u trzydziestopięcioletków. Nie odczuwamy tego, ponieważ mózg jest plastyczny i potrafi się regenerować, kompensując straty. Tkanka glejowa, wspomagająca pracę mózgu, wypełnia niejako ubytki powstające po śmierci neuronów. Co ciekawe, opisywane w mózgu człowieka

zmiany atroficzne pojawiają się wcześniej u mężczyzn (około czterdziestki) niż u kobiet i są bardziej rozległe.

Interesujące są przy tym obserwacje, także pochodzące z badań polskich stulatków (program Pol STu 2001), że wyższy stopień wykształcenia i aktywność poznawcza to czynniki nie tylko wydłużające życie, ale i ograniczające ryzyko zachorowania na choroby otępienne przez osoby starsze. Układ nerwowy, w tym mózg, zmienia się nie tylko w trakcie rozwoju i dorosłego życia, ale także wraz z postępującym starzeniem, czyli w ostatnich etapach naszej ontogenezy.

Zakładamy jednak obecnie, że prawidłowe działanie mózgu może być utrzymane nawet w bardzo zaawansowanym wieku dzięki skutecznym mechanizmom adaptacyjnym i kompensacyjnym. Podkreślić należy przy tym, że wynikiem starzenia jest raczej spowolnienie i pogorszenie, a nie radykalne obniżenie jakości funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego (szczególnie mózgu) u zdrowo starzejących się osób.

FILOGENEZA

Tak jak nasz mózg kurczy się pod koniec trwania życia osobniczego (ontogenezy), tak samo zmniejsza swoje rozmiary wraz z trwaniem naszej filogenezy (ewolucji) i rozwojem cywilizacji. Czyżby podobne trendy dotyczyły zmian w obrębie mózgowia zarówno w życiu jednostek, jak i gatunku *Homo sapiens*?

Przez 2 miliony lat ewolucji mózg stopniowo powiększał się. Od 20 tysięcy lat maleje. Skurczył się już o wielkość piłeczki tenisowej (jakieś 150 cm sześciennych). Prawdopodobnie ma na to wpływ rozwój cywilizacyjny i społeczny, bo u małp (nawet bliskich nam szympansov) mózg się nie zmniejsza.

Co ciekawe, zauważyliśmy, że rośnie móżdżek – odpowiedzialny za utrzymanie pionowej postawy ciała, równowagi, koordynację ruchu mięśni, a także uczenie się i mowę.

Co zatem powoduje, że mózg – decydujący o naszym człowieczeństwie – zmienia swe rozmiary w taki właśnie sposób? Badacze tego zagadnienia podkreślają nawet, że jeśli tendencja taka utrzyma się, to wkrótce (tak można powiedzieć w aspekcie zmian ewolucyjnych), za jakieś 20 tys. lat, nasz mózg może osiągnąć rozmiary takie, jak u naszego prymitywnego przodka – *Homo erectus* – żyjącego pół miliona lat temu.

Stopniowe zmniejszanie się mózgu człowieka próbuje się tłumaczyć na kilka sposobów. Podkreśla się przy tym, że mózg konsumuje aż 20% energii dostarczonej organizmowi, a stanowi tylko 2% masy ciała. Być może zredukowanie jego rozmiarów pozwoliłoby wykorzystać uzyskane w ten sposób zapasy energii do innych celów? Tym bardziej, że zmniejszenie się niektórych obszarów mózgu nie ma wpływu na efektywność ich działania.

Inne wyjaśnienia opierają się na obserwacjach dotyczących rozwoju naszej cywilizacji i naszej ewolucji kulturowo-cywilizacyjnej. Być może zmniejszanie się ludzkiego mózgu ma związek z rozwojem naszego życia społecznego i jest wynikiem zwiększenia tolerancji i ograniczenia agresji w interakcjach międzyludzkich. Rozwój cywilizacyjny usprawnia nasze funkcjonowanie i człowiek wkłada już mniej wysiłku w działania umożliwiające utrzymanie się przy życiu. Nasze poczucie bezpieczeństwa być może przekłada się na tak znaczącą redukcję mózgowia.

W jakim kierunku potoczy się historia *Homo sapiens* i naszego mózgu? Gdybyż to już dzisiaj było wiadomo... Ale zapewne łatwiej żyć, gdy uświadomimy sobie, że „życie jest możliwym do zniesienia tylko dlatego, że nie wiemy, co nas czeka w przyszłości.”

*Dr n. med. Marek Jurgowiak
Katedra Biochemii Klinicznej
Collegium Medicum UMK,
członek Rady Programowej Primum*

Autor poleca Czytelnikom zainteresowanym ludzkim mózgiem książkę: Patricia S. Churchland. „Moralność mózgu. Co neuronauka mówi o moralności” Copernicus Center Press. Kraków 2013 (to podróz po świecie najnowszych odkryć neuronauki, neurofilozofii i ewolucjonizmu).

Artykuł uzupełniający: Jurgowiak M. Gdy mózg ma 100 lat. Wiedza i Życie, grudzień 2011, str. 42–44.



Odpowiedzialność zawodowa lekarzy (część II)

W poprzednim artykule zostały przedstawione dwie pierwsze fazy postępowania w sprawie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, które są prowadzone przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej: czynności sprawdzające oraz postępowanie wyjaśniające. W tej części omówiony zostanie natomiast etap postępowania przed sądem lekarskim oraz podstawowe kwestie dotyczące wykonywania kary.

POSTĘPOWANIE PRZED SĄDEM LEKARSKIM

Sprawy w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy rozpoznają okręgowe sądy lekarskie i Naczelny Sąd Lekarski. Właściwy do rozpoznania sprawy w pierwszej instancji, co do zasady, jest okręgowy sąd lekarski izby lekarskiej, której obwiniony jest członkiem w chwili wszczęcia postępowania. Okręgowy sąd lekarski orzeka w składzie trzyosobowym.

Postępowanie przed sądem lekarskim odbywa się na rozprawie jawnej, przy czym sąd lekarski w pewnych wypadkach wyłącza jawność rozprawy (jeżeli jawność mogłaby naruszyć tajemnicę lekarską, wywołać zakłócenie spokoju publicznego, obrażać dobre obyczaje, ujawnić okoliczności, które ze względu na ważny interes państwa powinny być zachowane w tajemnicy czy też naruszyć ważny interes prywatny).

Przewód sądowy rozpoczyna się od odczytania przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej wniosku o ukaranie obwinionego lekarza. Po odczytaniu wniosku o ukaranie przewodniczący składu orzekającego poucza obwinionego lekarza o prawie składania wyjaśnień, odmowy wyjaśnień lub odpowiedzi na pytania, po czym pyta go, czy przyznaje się do zarzucanego mu czynu oraz czy chce złożyć wyjaśnienia i jakie. Przeprowadza się również inne dowody na rozprawie.

Po przeprowadzeniu postępowania, sąd lekarski wydaje orzeczenie. Podstawę orzeczenia może stanowić tylko całościowy obraz okoliczności ujawnionych w toku rozprawy.

Sąd lekarski ma możliwość wydania następujących orzeczeń:

- umarza postępowanie (w sytuacji, gdy obwiniony zmarł, nastąpiło ustanie karalności, postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy co do tego samego czynu tej samej osoby zostało prawomocnie zakończone albo wcześniej wszczęte toczy się, bądź obwiniony w chwili popełnienia był niepoczytalny)
- może umorzyć postępowanie (w przypadku przewinienia mniejszej wagi albo jeżeli orzeczenie wobec obwinionego kary byłoby oczywiście niecelowe ze względu na rodzaj i wysokość kary prawomocnie orzeczonej za ten sam czyn w innym postępowaniu przewidzianym przez ustawy, a interes pokrzywdzonego temu się nie sprzeciwia)
- uniewinnia obwinionego (w sytuacji, gdy czynu nie popełniono albo brak jest danych dostatecznie uzasadniających podejrzenie jego popełnienia, bądź gdy czyn nie stanowi przewinienia zawodowego albo ustawy stanowią, że sprawca nie popełnia przewinienia zawodowego)
- orzeka karę (w przypadku uznania obwinionego lekarza winnym zarzucanego mu przewinienia).

Karę wymierza się według uznania składu orzekającego sądu lekarskiego, biorąc pod uwagę stopień winy, naruszenie zasad etyki lekarskiej, naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza, skutki czynu oraz zachowanie się obwinionego lekarza przed popełnieniem przewinienia zawodowego i po jego popełnieniu.

Ustawa o izbach lekarskich przewiduje następujący katalog kar:

- 1) upomnienie
- 2) nagana
- 3) kara pieniężna
- 4) zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia na okres od roku do pięciu lat

5) ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza na okres od sześciu miesięcy do dwóch lat

6) zawieszenie prawa wykonywania zawodu na okres od roku do pięciu lat

7) kara pozbawienie prawa wykonywania zawodu.

W przypadku orzeczenia kar, o których mowa w punkcie 5 lub 6, sąd lekarski może dodatkowo orzec karę zakazu pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia na okres od roku do pięciu lat. Orzekając karę przewidzianą w punktach 4–7, sąd lekarski może natomiast zarządzić opublikowanie orzeczenia w biuletynie okręgowej izby lekarskiej, której obwiniony jest członkiem. Ponadto, obok kar wymienionych w punktach 4–6, można orzec również karę pieniężną.

Kara pieniężna orzekana jest na cel społeczny związany z ochroną zdrowia, a jej wysokość wynosi od jednej trzeciej do czterokrotnego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw, bez wypłat nagród z zysku, ogłoszonego przez prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, obowiązującego w chwili wydania orzeczenia w pierwszej instancji. Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w 2013 r. wyniosło 3835,05 zł, co wynika z obwieszczenia prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 20 stycznia 2014 r. (M.P. z dnia 28 stycznia 2014 r., poz. 92).

Orzeczenie okręgowego sądu lekarskiego jest zaskarżalne, a stronom służy od niego odwołanie do Naczelnego Sądu Lekarskiego w terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia. Odwołanie wnosi się za pośrednictwem sądu lekarskiego, który wydał zaskarżone orzeczenie.

Naczelny Sąd Lekarski utrzymuje w mocy, uchyla albo zmienia orzeczenie okręgowego sądu lekarskiego, a orzeczenie to jest prawomocne z chwilą ogłoszenia.

Natomiast od prawomocnego orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego, kończącego postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, stronom, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia i prezesowi Naczelnej Rady Lekarskiej przysługuje kasacja do Sądu Najwyższego w terminie 2 miesiące od dnia doręczenia orzeczenia, która wnoszona przez stronę, powinna być sporządzona i podpisana przez obrońcę będącego adwokatem lub radcą prawnym albo pełnomocnika będącego adwokatem lub radcą prawnym.

Należy zwrócić uwagę, że lekarzowi, który w wyniku wznowienia postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy lub kasacji został uniewinniony, przysługuje od okręgowej izby lekarskiej, której obwiniony był członkiem w momencie ukarania, odszkodowanie za poniesioną szkodę oraz zadośćuczynienie za doznaną krzywdę, na skutek wykonania względem niego w całości lub w części kary, która została zmieniona albo uchylona w wyniku wznowienia postępowania lub kasacji.

POSTĘPOWANIE WYKONAWCZE

Postępowanie wykonawcze związane jest z kwestią wykonania orzeczonej wobec lekarza kary. Prawomocne orzeczenie sądu lekarskiego przewodniczący tego sądu doręcza prezesowi właściwej okręgowej rady lekarskiej do wykonania, jak również stronom, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia i prezesowi Naczelnej Rady Lekarskiej.

Lekarz zawieszony w prawie wykonywania zawodu nie może wykonywać zawodu w żadnej formie. Prawomocne orzeczenie wobec lekarza kary zawieszenie prawa wykonywania zawodu i pozbawienie prawa wykonywania zawodu stanowi podstawę do rozwiązania bez wypowiedzenia umowy o pracę albo umowy cywilnoprawnej, na podstawie której lekarz wykonuje zawód. Po otrzymaniu takiego prawomocnego orzeczenia sądu lekarskiego, prezes właściwej okręgowej rady lekarskiej zawiadamia ukaranego lekarza o skreśleniu z rejestru

podmiotów wykonujących działalność leczniczą w wykonaniu orzeczenia sądu lekarskiego.

W przypadku uniewinnienia lekarza w sprawie z zakresu odpowiedzialności zawodowej, na wniosek lekarza, prawomocne orzeczenie uniewinniające go podlega opublikowaniu w biuletynie okręgowej izby lekarskiej, której lekarz jest członkiem, na jej koszt.

Nadto, Naczelna Rada Lekarska prowadzi Rejestr Ukaranych Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej, który jest jawny dla osób i podmiotów, które wykażą swój interes prawny.

PODSUMOWANIE

Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy jest kolejnym, obok odpowiedzialności cywilnej i karnej, trybem odpowiedzialności, jakiej mogą podlegać lekarze. Podobnie jak

w przypadku odpowiedzialności cywilnej i karnej, ważne jest, aby lekarze brali czynny udział nie tylko na etapie postępowania przez sądem lekarskim (III faza), lecz również w fazie postępowania sprawdzającego i postępowania wyjaśniającego (I i II faza). To właśnie na dwóch pierwszych etapach dochodzi do zebrania materiału dowodowego i przedstawiania swoich twierdzeń przez strony.

Należy przy tym pamiętać, że warto w takich sytuacjach skorzystać z profesjonalnej pomocy prawnej radcy prawnego lub adwokata dla pełnego zabezpieczenia interesów lekarza.

Jadwiga Jarząbkiewicz-Górnica
Radca prawny BIL



W naszym cyklu „Lekarz w gąszczu paragrafów” zajmujemy się bieżącą problematyką prawną związaną ze złożonością procedur, niejasnością przepisów oraz ich częstymi zmianami – poza omawianiem ciekawych zagadnień prawnych znajdzie się tu przegląd aktualnej legislacji i orzecznictwa, a także odpowiedzi na zgłaszane do nas wątpliwości oraz przesłane pytania.

Czekamy na Państwa opinie, pytania i kontakt z nami: agnieszka.banach@hipokrates.org; primum@bil.org.pl



Zapis umowy kontraktowej może być uznany za nieważny

Kiedy mamy do czynienia z taką sytuacją? Otóż, polskie prawo konstytuuje tzw. zasadę swobody umów. Zgodnie z art. 353 [1] kodeksu cywilnego, strony zawierające umowę mogą ułożyć stosunek prawny według swego uznania, byleby jego treść lub cel nie sprzeciwiały się właściwości (naturze) stosunku, ustawie ani zasadom współżycia społecznego. Naruszenie tej zasady powoduje sankcję bezwzględnej nieważności czynności prawnych – artykuł 58 § 1 k.c. Przykład tego rodzaju zapisów stanowią postanowienia umów kontraktowych zawieranych pomiędzy lekarzem a szpitalem, gdzie ten ostatni próbuje wyłączyć własną odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną pacjentowi przy leczeniu i przenieść ją na samodzielnego lekarza świadczącego usługi jako tzw. kontraktowca i przedsiębiorcę. Takie praktyki zakwestionował Sąd Najwyższy. W wyroku z 26 stycznia 2011 r. IV CSK 308/10 stwierdził wbrew temu co strony zapisały w kontrakcie, że niepubliczny zakład opieki zdrowotnej może na podstawie art. 430 k.c. ponosić odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną z winy lekarza prowadzącego indywidualną praktykę lekarską, która powstała przy wykonywaniu czynności na podstawie łączącej ich umowy o świadczenie usług medycznych. Orzeczenie zapadło na tle następującego stanu faktycznego:

Wyrokiem z 28 sierpnia 2009 r. Sąd Okręgowy w Olsztynie zasądził na rzecz małoletniej Joanny S. solidarnie od „O.” sp. z o.o. w O. i Bożenki K. zadośćuczynienie w kwocie 150.000 zł z odsetkami od 23 lutego 2005 r. oraz rentę w kwocie 6.000 zł miesięcznie płatną od 25 lutego 2008 r. Sąd Apelacyjny w Białymstoku wyrokiem z 20 stycznia 2010 r. zmienił to orzeczenie jedynie co do początkowej daty biegu odsetek od kwoty zadośćuczynienia, określając ją na 23 kwietnia 2008 r. i oddalając apelacje pozwanych w pozostałym zakresie. Skargi kasacyjne wywiódły obie pozwane (spółka i lekarka).

W postępowaniu ustalono, że Spółka „O.” prowadzi niepubliczny zakład opieki zdrowotnej pod nazwą Centrum Medyczne Zakład Opieki Zdrowotnej w O. 14 grudnia 2004 r. pomiędzy pozwany została zawarta umowa o świadczenie usług medycznych, w której Centrum Medyczne „O.” powierzyło

Bożenki K. samodzielne wykonywanie obowiązków świadczeń medycznych m.in. w oddziale dziecięcym. **W umowie zastrzeżono, że wadliwe wykonanie usług medycznych przez przyjmującego zamówienie „skutkuje jego odpowiedzialnością w stosunku do pacjenta lub osób trzecich za szkodę wyrządzoną z tego tytułu zgodnie z art. 429 k.c.”** (czyli odpowiadać ma tylko lekarka). W praktyce – udzielanie świadczeń przez lekarkę zostało poddane bezpośredniej kontroli merytorycznej dyrektora do spraw lecznictwa; zapewniał on i nadzorował ciągłość pracy w poszczególnych oddziałach i współpracował z ordynatorami. Ordynator oddziału dodatkowo sprawował nadzór nad pozwaną przez uczestniczenie w obchodach i wspólnie z lekarzami ustalanie korekt leczenia i diagnostyki; mógł też zmieniać decyzje lekarza prowadzącego zarówno w zakresie proceduralnym, jak i medycznym. Powierzenie pozwanej Bożen-

nie K. świadczenia usług medycznych wiązało się z zachowaniem jej podległości merytorycznej i obowiązkiem stosowania się do wydawanych przez przełożonych z ramienia Centrum wskazówek. Pozwana działała na rachunek „O.”, od którego otrzymywała wynagrodzenie za wykonane na terenie szpitala czynności.

23 lutego 2005 r. dwuletnia wówczas Joanna S. została przywieziona do szpitala prowadzonego przez pozwaną spółkę z rozpoznaniem zapalenia płuc, a czynności lecznicze wobec niej – jak się okazało, wadliwe – podjęta pozwana Bożenka K. Została ona prawomocnym wyrokiem karnym z 18 kwietnia 2007 r. uznana za winną popełnienia przestępstwa z art. 160 § 2 i 3 w związku z art. 156 § 1 pkt 2 i § 2 k.k., polegającego na zastosowaniu niewłaściwego leczenia, wskutek czego u dziecka doszło do zatrzymania akcji serca i niewydolności oddechowo-kръżeniowej, co doprowadziło do nie-

umyślnego skutku w postaci choroby realnie zagrażającej życiu. W konsekwencji błędu w leczeniu powódka doznała uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego pod postacią spastycznego niedowładu czterokończynowego i ciężkiego zespołu psychoorganicznego. Niedowład uniemożliwia wykonywanie ruchów dowolnych, w tym utrzymywanie pozycji ciała. Zespół psychoorganiczny z zawężoną świadomością uniemożliwia kontaktowanie się z otoczeniem, zgłaszanie podstawowych potrzeb, wyrażanie emocji i uczuć, przyswajanie wiedzy. Małoletnia cierpi na encefalopatię anoksemiczną i wymaga leczenia przeciwpadaczkowego. Jest niezdolna do samodzielnej egzystencji i w każdej dziedzinie życia wymaga pomocy osób trzecich. Nie ma możliwości poprawy stanu zdrowia powódki, a rehabilitacja ma na celu utrzymanie dotychczasowego stanu.

W bardzo szerokim uzasadnieniu Sąd Najwyższy, oddalając skargi kasacyjne, dokonał wnikliwej analizy szeregu zagadnień związanych ze zmianami w organizacji służby zdrowia i tym samym zmianami w kształtowaniu stosunków prawnych pomiędzy zakładami opieki zdrowotnej a lekarzami. W zakresie zasad ponoszenia skutków szkody wyrządzonej przy leczeniu Sąd wskazał, iż: „umówienie się przez pozwane, że lekarz ponosi odpowiedzialność za wadliwe wy-

konanie usług medycznych „zgodnie z art. 429 k.c.” nie wywiera skutku prawnego w stosunku do osoby trzeciej, w danym wypadku – poszkodowanej przez wadliwe wykonanie świadczenia medycznego. Tego rodzaju zastrzeżenie umowne nie ma wpływu na podstawę prawną roszczeń powódki, którą stanowią, mające zastosowanie w danym stanie faktycznym, właściwe przepisy kodeksu cywilnego”. Oznacza to, iż **umowne ustalenie odpowiedzialności na podstawie art. 429 k.c. jest – zgodnie z art. 58 § 1 k.c. – nieważne, jako prowadzące do obejścia ustawowej odpowiedzialności za szkodę przewidzianej w art. 430 k.c.** Sąd wskazał, że stosownie do art. 430 k.c., ten, kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie podlegającej przy jej wykonywaniu jego kierownictwu i mającej obowiązek stosować się do jego wskazówek, odpowiada za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby. W judykaturze i piśmiennictwie ukształtował się w miarę jednolity model tej odpowiedzialności, w którym pojęcie podporządkowania rozumie się szeroko, uznając za wystarczające stwierdzenie „ogólnego” czy też „ogólno-organizacyjnego” kierownictwa, jak również ogólnego charakteru wiążących wskazówek. Przy tej interpretacji zachowanie przez wykonującego powierzone czynności określonej samodziel-

ności nie wyłącza istnienia podporządkowania w rozumieniu art. 430 k.c. **Trudność w ocenie tego stosunku występuje przede wszystkim w odniesieniu do osób mających wysokie kwalifikacje zawodowe i podejmujących decyzje na podstawie specjalistycznej wiedzy.** W praktyce sądowej najczęściej rozstrzygano ten problem w sprawach dotyczących szkód wyrządzonych przez lekarzy, a więc osoby niewątpliwie zachowujące niezależność w procesie leczenia, diagnozy i terapii. Także i w tej kwestii udało się wypracować w orzecznictwie i nauce prawa zgodne stanowisko, które można najogólniej ująć w formie tezy, że **niezależność zawodowa lekarza w zakresie sztuki medycznej nie sprzeciwia się stwierdzeniu stosunku podporządkowania w rozumieniu art. 430 k.c.**”

Zapisów o podobnym charakterze, czyli de facto z mocy prawa nieważnych w płaszczyźnie prawnej związanej z procesem leczenia, można odnaleźć znacznie więcej. Dotyczą one zazwyczaj umownego modyfikowania odpowiedzialności jak również kwestii zgody pacjenta i jej ewentualnych skutków.

Justyna Straka – prawnik

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

Dziadkowie, rodzice i dzieci pod opieką lekarza rodzinnego

Spotkania lekarzy rodzinnych województwa kujawsko-pomorskiego są już blisko dwudziestoletnią tradycją. 17 i 18 maja odbyła się w Bydgoszczy już XVI Konferencja organizowana przez Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce (KLRwP) pod hasłem: „Dziadkowie, rodzice i dzieci pod opieką lekarza rodzinnego”. Oznacza to, że oddział wojewódzki Kolegium istnieje w Bydgoszczy już od 16 lat.

Od kilku lat nasze konferencje kierowane są do wszystkich zainteresowanych opieką podstawową (POZ); lekarzy, pielęgniarek i położnych oraz studentów medycyny.

W tym roku po raz pierwszy poza dużym, dwudniowym panelem szkoleniowym wprowadziliśmy dwugodzinne forum dyskusyjne na temat aktualnej sytuacji w ochronie zdrowia, moderowane przez dr Teresę Dobrzańską-Pielichowską i dr Wojciecha Pacholickiego z Federacji „Porozumienie Zielonogórskie”. Z uwagi na propozycje Ministra Zdrowia (MZ) wprowadzenia istotnych zmian w funkcjonowaniu POZ i opieki specjalistycznej (AOS) cieszyło się ono dużym zainteresowaniem. Zaproszeni goście przedstawili udział Federacji w konsultowaniu propozycji MZ i realny wynik ich prac. Lekarze rodzinni podnosili potrzebę zmian w funkcjonowaniu medycyny rodzinnej. Wszyscy byli przeciwni spychaniu jej na margines służby zdrowia oraz obwinianiu o niepowodzenia i błędy organizatorów systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Dalsza dyskusja przeniosła się na otwarte spotkanie Zarządu Wojewódzkiego KLRwP. Jednym z poruszanych problemów była poza-

zawodowa aktywność lekarzy POZ a raczej jej brak. Niechętnie angażujemy się do pracy w organizacjach lekarskich a bardzo często tę pracę krytykujemy. Na spotkaniu dyskutowano o działaniach członków Zarządu Głównego KLRwP, pracy samorządu lekarskiego i Związku Pracodawców POZ.

Dwudniowa konferencja jak zwykle obfitowała w ciekawe tematy szkoleniowe. Od wielu lat nasze konferencje mogą pochwalić się wysokim poziomem wykładowców.

- W kardiologii prezentowali swoje wykłady: prof. Stefan Grajek, prof. Andrzej Rynkiewicz, prof. Janusz Siebert, prof. Krystyna Widecka.
- Leczenie hyperurykemii – prof. Jacek Manitius.
- Diagnostyka i leczenie chorób zapalnych jelit – dr hab. med. Maria Kłopotcka.
- Możliwości terapeutyczne w zagrażającym niedożywieniu – dr n. med. Marlena Jakubczyk.
- Insulinoterapia w gabinecie lekarza rodzinnego – dr n. med. Anna Kamińska.
- Bariery w leczeniu bólu - dr n. med. Michał Graczyk.

Tegoroczna konferencja cieszyła się dobrą frekwencją. Udział w niej wzięło 165 osób. Co ciekawe sala była wypełniona do ostatniego wykładu a dyskusje toczyły się nadal podczas lunchu.

Jerzy Rajewski

SPRZEDAM mieszkanie-kawalerkę w Bydgoszczy

Bielawy, ul. Jana Koziatulskiego 19, 31 m², mieszkanie na pierwszym piętrze, cicha i przyjemna okolica, niski czynsz, mieszkanie w stanie bardzo dobrym, idealne dla studenta medycyny lub młodego lekarza, mieszkanie dobrze skomunikowane, niewielka odległość do Collegium Medicum i Szpitala Akademickiego. Wartość 137.000 złotych, cena do negocjacji.

Tel. 669 847 150, ewentualnie 58 686 53 61

Zabawa była na 102! Zapraszamy za rok!



Fot. Agnieszka Banach

Szachowe sukcesy lekarzy

W dniach 7–8 czerwca br. w Bydgoskiej Izbie Lekarskiej odbył się kolejny, już czwarty, turniej szachowy stanowiący Memoriał im. prof. Romana Mariana Bugalskiego. Wzięła w nim udział rekordowa liczba uczestników – 89, którzy systemem szwajcarskim rozegrali po 7 partii.

Po raz pierwszy turniej zakończył się zwycięstwem lekarza. Wygrał go dr Jakub Józwicki, członek Bydgoskiej Izby Lekarskiej, który uzyskał 6,5 pkt (na 7 możliwych). Kolejni lekarze zajęli piątą i szóstą miejsce: dr Krzysztof Grochański z Płockiej Izby Lekarskiej (5,5 pkt) i dr Maciej Kiełbratowski z Izby Koszalińskiej (5,0 pkt). Na drugim miejscu uplasował się Mateusz Budnik (MKS Endek Bydgoszcz – 6,0 pkt), na trzecim Wasyl Badyra (K.Sz. Gambit Świecie – 6,0 pkt), a na czwartym Piotr Lech (UKS Szachowa Dwójka Świecie też 6,0 pkt).

Turniej cechował wysoki poziom i w jego wyniku 8 uczestników uzyskało wyższe kategorie szachowe: po trzech II i III i dwóch – IV. Wśród nich był członek BIL : dr Tomasz Zientara, który uzyskał 3,5 pkt i zdobył III kategorię szachową.

W turnieju wzięto udział 7 lekarzy, najwięcej z dotychczasowych jego edycji, ale ciągle za mało stosunku do oczekiwań.

Wśród mężczyzn najlepszy był oczywiście zwycięzca całego memoriału – dr Jakub Józwicki, a wśród kobiet dr Joanna Kołakowska z naszej izby.

Warto zaznaczyć, że oprócz organizatorów turnieju (Bydgoska Izba Lekarska i PKS „Leśny” z Bydgoszczy”) i tradycyjnych jego sponsorów (Collegium Medicum UMK i p. mgr Milena Jurczyk – córka śp. pana prof. Bugalskiego) do ich grona „zapisał się” także prof. Józef Kałużny. W efekcie wszyscy uczestnicy otrzymali nagrody lub upominki.

Turniej, który bardzo sprawnie prowadzili sędziowie klasy centralnej p.p. Paweł Jaroch i Dawid Ziółkowski spełnił założone cele: popularyzacji gry w szachy w naszym środowisku, wśród dzieci i młodzieży, a także przyczynił się do integracji środowiska medycznego, gdyż obok lekarzy uczestniczyli w nim również inni pracownicy służby zdrowia (farmaceuci, radioterapeuci) ich przyjaciele i rodziny

*Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego
Maciej Borowiecki*



Fot. Karina Lemanik

Mistrzostwa w bowlingu



W Olympic Bowling Center w Bydgoszczy odbyły się 14 czerwca III Mistrzostwa Lekarzy i Lekarek Pomorza i Kujaw w Bowlingu. Impreza, która została przeprowadzona pod patronatem Bydgoskiej Izby Lekarskiej, zgromadziła medyków z całego regionu kujawsko-pomorskiego (między innymi z Bydgoszczy, Torunia, Wąbrzeźna, Golubia-Dobrzynia).

Satysfakcjonuje, że co roku impreza ta cieszy się większym zainteresowaniem. W tym roku zgłosiło się 21 osób. Część z nich „kulą” po raz pierwszy w życiu, inni reprezentowali już wysoki kunszt bowlingowy, walcząc o każdy punkt oraz zwycięstwo w zawodach.

Przechodząc do wyników turnieju, tytuł obroniła pani doktor Kinga Lewandowska ze Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy, uzyskując łączny wynik z 4 gier – 427 punktów (średnia: 107 pkt/grę). Drugie miejsce wśród lekarek Pomorza i Kujaw zdobyła pani doktor Joanna Gierach (zwycięzcy sprzed 2 lat), reprezentująca Regionalny Szpital Specjalistyczny w Grudziądzu, z wynikiem 389 punktów, natomiast na trzecim sklasyfikowano panią doktor Marię Domagałę ze Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy – 378 punktów.

Wśród mężczyzn zwyciężył ubiegłoroczny wicemistrz, pan doktor Marcin Gierach z „Nowego Szpitala” w Wąbrzeźnie, z łącznym rezultatem 6 gier 861 punktów (średnia 143 pkt/grę). O drugie miejsce toczyła się ostra walka pomiędzy trójką zawodników. Ostatecznie obronną ręką wyszedł z niej pan doktor Krzysztof Rosiński, również pracujący w „Nowym Szpitalu” w Wąbrzeźnie, który zdobył 761 punktów (średnia 130 pkt/grę), a trzecie miejsce zdobył pan doktor Dariusz Grduszak – 747 punktów (średnia 124,5 pkt/grę). Tuż za podium tym razem sklasyfikowano ubiegłoroczny zwycięzcę, pana doktora Błażeja Przybysławskiego z 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego w Bydgoszczy. Zwycięzcy otrzymali puchary oraz pamiątkowe dyplomy.

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

Z koleżeńskim pozdrowieniem

Dr n. med. Marcin Gierach

Mój jest ten kawałek podłogi!...

Położył się Dyzio na łące,
Przygląda się niebu błękitnemu
marzy:

Julian Tuwim



Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Upat! Żar się z nieba leje, a ja najchętniej położyłbym się na zielonej łące i pomarzył. Dziś marzyły się smakołyki, które chciałby ściągać z niebosktonu, a ja oddaję się nieco innym marzeniom, bo marzeniom z czasów przeszłych. Marzeniom, które nie za-
wsze doczekały się realizacji. A tak chciałbym!

Przed ćwierćwieczem siedząc w małym pokoiku Urzędu Wojewódzkiego, marzyłem o naszej Izbie, o Wielkiej Izbie. Paradoks, prawda? Siedzisz sobie w użyczonym, więcej niż skromnym, kącie i marzy ci się wielkość.

W marzeniu swoim widziałem naszą siedzibę jako dom, dom rodzinny, dom, w którym pełno gości i przyjaciół. Dom, gdzie wszyscy przychodzący będą się czuli tak jak u siebie.

Po jakimś czasie marzenia zaczęły się pomalutku spełniać. Pierwsze spełnienie to siedziba, nie za duża, ale bez tabliczek typu „prezes”, „sekretariat”, „sala posiedzeń” itp. Potem powoli siedziba zaczęła żyć „na domowo”! Koncerty kameralne przy świecach, wieczory poezji z udziałem aktorów, a także i poetów. Wernisaże amatorskiej twórczości kolegów lekarzy, ale i także znanych malarzy bydgoskich. Do dzisiaj obrazy niektórych z nich zdobią ściany naszego siedziska!

Siedziba zapętniała się gośćmi, którzy spędzali wolny czas nie tylko na rozmowach! Bowiem czasami do tańca porywali nas cyganie z zespołu Roma.

Niestety, ten czas już minął. Izba coraz mniej przypomina mi dom. Siedziba, przynajmniej dla mnie, coraz bardziej staje się urzędem! I co z tego, że biuro funkcjonuje doskonale, chwata za to pracującym tam osobom. Osobom, które znam i bardzo wysoko sobie cenię!

Niestety, (powtarzam się) dla mnie nasza izba coraz bardziej zatracza charakter „bycia domem”! Z zazdrością patrzę na bliski geograficznie nam Olsztyn, gdzie ich siedziba na co dzień kipi życiem, a przez to jednocy – jak sądzę – członków ich Izby!

Kończę w minorowym nastroju, cytując Andrzeja Poniedziałkiego:

„Chyba już można iść spać

Dziś pewnie nic się nie zdarzy

Chyba już można się położyć

Marzeń na jutro trzeba namarzyć”

Przez 25 lat jak zwykle Wasz

A. Martynowski

terMedia zaprasza

- 10–11 października 2014 r.
– V Kongres Top Nephrological Trends
- 17–18 października 2014 r.
– Pułapki Codziennej Praktyki Lekarskiej
- 24–25 października 2014 r.
– Farmakoterapia kobiety w ciąży

TERMEDIA sp. z o.o.
ul. Kleeberga 2 • 61-615 Poznań
tel./faks +48 61 6562200
e-mail: szkolenia@termedia.pl
www.termedia.pl

Z wielkim smutkiem pożegnaliśmy
Naszego Kolegę

lekarza **Stanisława Górskiego**,

Pierwszego Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej,
Przewodniczącego Okręgowego Sądu Lekarskiego II i III kadencji.

W imieniu Samorządu Lekarskiego
serdeczne wyrazy współczucia
Rodzinie Zmarłego składa

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej Bydgoskiej Izby Lekarskiej
dr n. med. Stanisław Prywiński

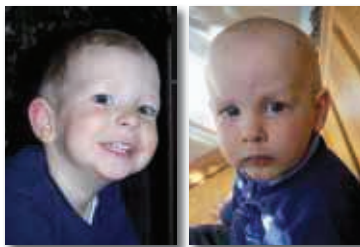
Spotkania lekarzy seniorów

- Na pierwszym powakacyjnym spotkaniu (**3 września 2014, godz. 14.30**), gość Klubu lekarza seniora – prezes BIL dr n. med. Stanisław Prywiński wygłosi wykład pt. „Leczenie przepuklin brzusznych”.
- W październiku (**1 października 2014, godz. 14.30**) zapraszamy na wykład dr n. med. Iwony Sadowskiej-Krawczyńskiej – „Szczepienia dzieci – fakty i mity”.

Wycieczka

Komisja Socjalna organizuje miniwycieczkę, w sobotę 20 września, do Koronowa, Byszewa i Gościeradza. Zapisy w Izbie Lekarskiej do 10 września. Orientacyjny koszt: 60 zł.

Przepraszamy!



W czerwcowo-lipcowym numerze „Primum” zrobiliśmy błąd w nazwisku dzieci – **Franka i Janka Bigusów**. Bardzo przepraszamy! W ramach rekompensaty jeszcze raz zamieszczamy zdjęcia braci.

Redakcja

Dyżury członków ORL BIL



Prezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej – dr n. med. **Stanisław Prywiński**
poniedziałek, wtorek, czwartek, piątek 15.00–16.00; kontakt: stanislaw.prywinski@hipokrates.org

Wiceprezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej – dr n. med. **Radosława Staszak-Kowalska**
czwartek 13.00–14.00; kontakt: 606 259 096

Wiceprezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej – lek. dent. **Andrzej Kuliński**
co druga środa 13.00–15.00; kontakt: 606 381 362

Sekretarz Bydgoskiej Izby Lekarskiej – dr n. med. **Paweł Białożyk**
czwartek 14.30–15.30; kontakt: 606 381 518

Skarbnik Bydgoskiej Izby Lekarskiej – lek. **Krzysztof Gawel**
w czwartki w dni posiedzeń Prezydium lub ORL od 11:30–12:30 lub – w tygodniach bez posiedzeń: wtorki 13:00–15:00, kontakt: kgawelort@gmail.com

Porady prawne: Radca prawny Bydgoskiej Izby Lekarskiej – mec. **Jadwiga Jarząbkiewicz-Górniak** udziela bezpłatnych porad prawnych lekarzom i lekarzom denty stom, członkom BIL, związanych z działaniem samorządu oraz wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza denty stom:
• w poniedziałki w siedzibie BIL w godzinach 14.00–15.00 w biurze Izby • od poniedziałku do piątku w godzinach 10.00–15.00 telefonicznie pod nr (52) 322 33 94 w kancelarii prawnej

UWAGA KONTRAKTOWANIE NFZ AOS 2015

Zapraszam lekarzy, którzy chcą w pełni zaaranżować swój gabinet/przychodnię (np. do wymogów NFZ) oraz lub pozyskać kontrakt z NFZ.
Pełna pomoc administracyjna – dobór i aranżacja lokalu.

Mateusz Mułarski 600 262 738



Rabba
aseptyka

Polimeryzacja podłóg

Większość producentów zaleca renowację co 6-12 miesięcy.
Zadzwoń a specjalista doradzi Ci, co można wykonać aby wygląd podłogi Twojego Gabinetu należycie świadczył o Twojej Praktyce.

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

+48 694 029 492

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

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

Zainteresowane osoby proszę o kontakt telefoniczny pod numerem 600 262 738

PRACA

Przychodnia NZOZ „Vitamed” w Bydgoszczy ul. Kościuszki 35 zatrudni **lekarza medycyny rodzinnej** lub **lekarza internistę** w pełnym wymiarze godzin oraz w godzinach popołudniowych na atrakcyjnych warunkach. Kontakt: 665 102 401.

Przychodnia NZOZ Promedica GP w Bydgoszczy, ul. Szelburg-Zarembiny 19 zatrudni **lekarza medycyny rodzinnej** lub **lekarza internistę** w pełnym wymiarze godzin oraz w godzinach popołudniowych na atrakcyjnych warunkach. Kontakt: 531 987 707.

WOZ „GRYF-MED” sp. z o. o. w Bydgoszczy przyjmie **lekarza do pracy w POZ**. Kontakt telefoniczny: 52 3208720.

NZOZ w centrum Bydgoszczy podejmie współpracę z **lekarzem stomatologiem**. Praca prywatnie i NFZ. Kontakt 604 796 594.

Podjęmę współpracę z **lekarzem ortodontą** w gabinecie prywatnym w Bydgoszczy. Tel. 604 796 594.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Janusza Korczaka w Słupsku zatrudni **lekarzy specjalistów**, lekarzy w trakcie specjalizacji lub lekarzy chcących się specjalizować w dziedzinach **chorób płuc** oraz **położnictwie i ginekologii**. Informacji udziela Dział Kadr, tel.: 59 8460624, e-mail: kadry@szpital.slupsk.pl.

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

Zapraszamy



do BIURA RACHUNKOWO-PODATKOWEGO

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

mgr Roman Guggier

508303873 • 52 5243584

www.bigbiuro.pl

Bydgoszcz, ul. Szajnochy 11

Specjalna
oferta dla lekarzy



BMW X1 xDrive

rata już od

997 PLN

netto/miesięcznie

BMW X1 xDrive18d
z pakietem wyposażenia Advantage Plus
oraz automatyczną skrzynią biegów
w atrakcyjnym leasingu Comfort Lease

BMW X3 xDrive

rata już od

1 616 PLN

netto/miesięcznie

BMW X3 xDrive20d
w atrakcyjnym leasingu
Comfort Lease

**Szczegóły oferty dostępne u Doradców Handlowych.
Zapraszamy na jazdy testowe do salonów BMW Dynamic Motors.**

Dealer BMW
Dynamic Motors Bydgoszcz
ul. Fordońska 264
85-790 Bydgoszcz
tel: +48 52 33 95 110

www.bmw-dynamicmotors.pl

Dealer BMW
Dynamic Motors Toruń
ul. Olimpijska 8
87-100 Toruń
tel: +48 56 645 21 70

www.bmw-dynamicmotors.pl

Dynamic Motors



Radość z jazdy



Innovation
that excites



PRECYZYJNE PARKOWANIE W ZASIĘGU RĘKI

NOWY **NISSAN QASHQAI**
Z INTELIGENTNYM ASYSTENTEM PARKOWANIA. OD 72 000 ZŁ*

System Kamer 360° | Parkowanie równoległe | Parkowanie prostopadłe

Autoryzowany Dealer Nissana Yama Sp. z o.o.
86-031 Osielesko, ul. Szosa Gdańska 28, tel. 52 360 53 10

* Wskazana cena odnosi się do wersji Visia DIG-T 115 KM. Wskazane wyposażenie jest wyposażeniem dodatkowym. Zdjęcia są jedynie ilustracją. Dane i fakty podane w niniejszej reklamie służą wyłącznie celom informacyjnym i nie stanowią oferty zawarcia umowy. Oferta jest ważna dla umów podpisanych z klientami w okresie od dnia 01/05/2014 do dnia 15/06/2014. Zużycie paliwa w cyklu mieszanym: 3,8–5,6 l/100 km, emisja CO₂: 99–129 g/km.

