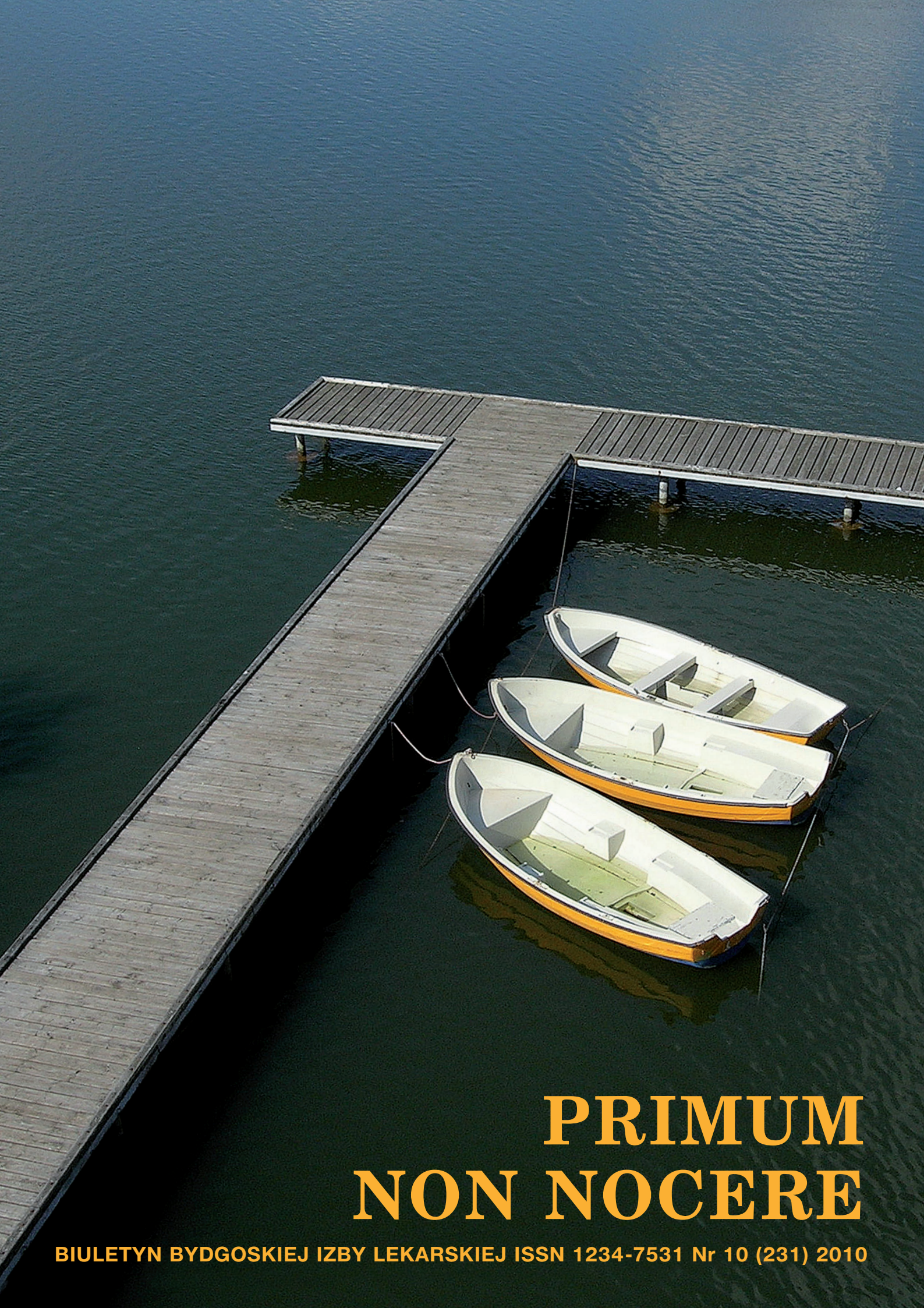




PRIMUM NON NOCERE

BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ ISSN 1234-7531 Nr 10 (231) 2010



„Eskulapy” 2010

24 września 2010 r. w Bydgoskiej Izbie Lekarskiej wręczono Eskulapy, dyplomy i tradycyjne już róże lekarzom świętującym rocznicę uzyskania dyplomu lekarskiego. O klimacie tej niezwykle uroczystości niech opowiedzą zdjęcia dr Mieczysława Tomasika. Relacja – w następnym numerze.

W NUMERZE

INFORMUJEMY 2

TAK DLA TRANSPLANTACJI 2, 3

Czy oddanie szpiku jest
bezpieczne dla dawcy 3

W REGIONIE

Tętniaki pod nadzorem 4

SCHIZOFRENIA

– OTWÓRZCIE DRZWI 5

DIAGNOSTYKA NIEINWAZYJNA

Tomografia komputerowa
tętnic wieńcowych 6

U NAS

Tu pacjenci nie czekają w kolejce 7
W Przychodni „Pod gruszą” 8

W BUDOWIE

Inwestycja: Jurasz 10

Z NFZ

Rosną koszty refundacji leków 11

PYTANIE MIESIĄCA

Co z kasami fiskalnymi 12

KONFERENCJE

..... 13, 15

PRAWO W MEDYCYNIE

..... 14

SPOTKANIA

..... 16

FELIETON I KSIĄŻKI

..... 19

W PIGUŁCE

..... 20

Okladka:

fot. dr n. med. Grażyna
Sergot-Martynowska



Szanowne
Koleżanki i Koledzy!

„Pośpiech bywa ojcem powierzchowności”

(Mieczysław Jastrun)

W trybie pilnym zwołano nadzwyczajne posiedzenie Naczelnej Rady Lekarskiej (na dzień 8 października bieżącego roku) w celu zaopiniowania, w terminie do 10 października, ważnego dla naszego środowiska pakietu ustaw: ustawy o działalności leczniczej, zmian w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Na wymienione posiedzenie, prezes Maciej Hamankiewicz, zaprosił minister zdrowia Ewę Kopacz, która zaproszenie przyjęła.

Już pobieżna lektura ustawy o działalności leczniczej wskazuje na bardzo gruntowne zmiany w systemie ochrony zdrowia. W szpitalach klinicznych/universyteckich wprowadzono obowiązek zatwierdzania kandydata na stanowisko kierownika szpitala klinicznego/universyteckiego przez ministra zdrowia. Nauczyciele akademicki uczelni medycznej i osoby odbywające studia doktoranckie mają być zatrudnione w systemie zadaniowym czasu pracy na podstawie umowy o pracę. Jednostką organizacyjną wykonującą działalność dydaktyczną i badawczą, będącą oddziałem, kieruje ordynator albo inny lekarz. Osobą odpowiedzialną za działalność dydaktyczną i badawczą w jednostce jest kierownik kliniki. Nie można wymienionych dwóch funkcji pełnić jednocześnie. Lekarz kierujący oddziałem będzie wskazywany przez kierownika podmiotu. Postępowanie konkursowe dotyczyć będzie tylko stanowiska ordynatora. Wprowadzono obligatoryjny obowiązek zawarcia umowy cywilnoprawnej między uczelnią i podmiotem leczniczym. Umowa będzie obligowała uczelnię do przekazywania środków finansowych szpitalom na prowadzenie działalności dydaktycznej i badawczej. W miejsce obecnie funkcjonujących rejestrów prowadzonych odrębnie dla zoz przez wojewodów lub Ministra Zdrowia, oraz rejestrów praktyk lekarskich i pielęgniarzów prowadzonych przez organy samorządów zawodowych, będzie wprowadzony obowiązkowy wpis do publicznego jawnego rejestru. Wpisów dokonywać będą wojewodowie po uiszczeniu opłaty w wysokości 1/3 najniższego wynagrodzenia. Zrezygnowano ze skróconej normy czasu pracy dla pracowników radiologii, radioterapii, medycyny nuklearnej, fizykoterapii, patomorfologii, histopatologii, cytodiagnostyki oraz medycyny sądowej lub prosektorów.

Zmiany w ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentysty będą polegały na dalszej centralizacji i tworzeniu superstruktury CMKP sterującej szkoleniem podyplomowym, marginalizując jednocześnie wiele doskonałych ośrodków „prowincjonalnych”.

Nowelizacja ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta proponuje utworzenie wojewódzkich komisji do spraw orzekania o błędach medycznych. Propozycje te przypominają starszym lekarzom działające w innym ustroju komisje kontroli zawodowej. Oczywiście „zawsze diabeł tkwi w szczegółach”. Wiele propozycji ustawowych ogranicza pozycję i rolę samorządów zawodowych i może stąd bierze się część znacznego pośpiechu w uchwalaniu ustaw?

Nawiązując do przytoczonego na początku artykułu cytatu Jastruna można wymienić wiele innych sentencji przestrzegających przed pośpiechem: „Pośpiech jest ojcem niedoskonałości” (przysłowie brazylijskie), „Pośpiech jest ojcem nieszczęścia” (Herodot), „Pośpiech jest wynalazkiem szatana” (Muhammad ibn Abd Allah ok. 570-632). Na razie w izbach lekarskich jest demokracja i każdy z nas może sobie wybrać jedną z wymienionych sentencji lub utworzyć własną.

Dr n. med. Stanisław Prywiński
Prezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej

BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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

WYDAWCA: Bydgoska Izba Lekarska, 85-681

Bydgoszcz, ul. Powstańców Warszawy 11;

telefony: 52 3460084, 52 3460780;

Numer konta BIL: PKO BP II O/Bydgoszcz

95102014750000830200191197;

e-mail: bil@bil.org.pl; <http://www.bil.org.pl>

• Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej:

e-mail: rzecznik@bil.org.pl tel. 52 3461257

• Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy
dentystów: lek. med. Włodzimierz Kasierski 602409846

RADA PROGRAMOWA: Przewodniczący: dr n. med. Wojciech Szczepny; wiceprzewodniczący: dr n. med. Witold Hrynciewicz; członkowie Rady: prof. Aleksander Araszkiewicz, red.: mgr Agnieszka Banach, red. nac.: mgr Teodora Bogdańska, lek. Mieczysław Boguszyński, dr n. med. Małgorzata Czajkowska-Malinowska, dr n. med. Marek Jurgowiak, lek. Józef Karwowski, dr n. med. Jerzy Kochan, dr n. med. Andrzej Martynowski, lek. stom. Marek Rogowski, dr hab. n. med. Jan Styczyński.

CZEKAMY na Państwa opinie, uwagi i propozycje! Przewodniczący Rady Programowej: Wojciech Szczepny, tel. 602 395 654; redaktor naczelny: Teodora Bogdańska tel. 52 346 07 85, 696 016 262; redaktor: Agnieszka Banach agnieszka.banach@hipokrates.org

DRUK: KLAUDIA-DRUK, Inowrocław tel. 52 3576910

SKŁAD: MAGRAF, Bydgoszcz tel. 52 3791435

Bezpłatne szkolenia w Izbie



Bydgoska Izba Lekarska zaprasza swoich członków, na następujące szkolenia:

- **19 października 2010 r.** od godz. 16.00 warsztaty z cyklu „Komunikacja lekarz – pacjent” – dla lekarzy pediatrów, lekarzy medycyny rodzinnej (2,5 godz.);
- **22 października 2010 r.** od godz. 10.00 szkolenie „Współczesne metody chirurgicznego leczenia otyłości patologicznej – wskazania, dobór chorych, metody, wyniki. Rola lekarza po” (6 godz.);
- **4 listopada 2010 r.** od godz. 11.00 szkolenie „Choroby jelita grubego” (6 godz.);
- **9 listopada 2010 r.** od godz. 16.00 warsztaty z cyklu „Komunikacja lekarz – pacjent” – dla lekarzy wykonujących specjalizacje zabiegowe (2,5 godz.);
- **18 listopada 2010 r.** od godz. 11.00 szkolenie „Choroby wewnętrzne” (4 godz.);
- **3 grudnia 2010 r.** od godz. 10.00 szkolenie „Współczesna chirurgia przepuklin pachwinowych i brzusznych; rola lekarza POZ w kwalifikacji, przygotowaniu i leczeniu pooperacyjnym” (7 godz.);

Uczestnictwo w kursach jest nieodpłatne. Za udział w poszczególnych kursach przyznane będą punkty edukacyjne – 1 punkt za godzinę szkolenia.

Zapraszamy na blok wykładów:

1. Odszkodowanie za błędy medyczne w projekcie Ministerstwa Zdrowia – prowadzi dr n. prawnych Marcin Śliwka, Wydział Prawa i Administracji UMK w Toruniu

2. Zmiany w podatku od towarów i usług od 2011 roku dla lekarzy – prowadzi Regina Horożaniecka, Zofia Wnuk GOB Consulting Sp. z o.o.

Termin: **17 listopada 2010 r. godz. 14.00-15.00** w siedzibie BIL

Zapraszamy także na kurs **Zdrowie Publiczne dla lekarzy odbywających specjalizację**. Kurs odbywać się będzie w 3 częściach:

05.11–07.11.2010 r. – 1 część

19.11–21.11.2010 r. – 2 część

26.11–28.11.2010 r. – 3 część

W kursie mogą uczestniczyć lekarze i lekarze dentyści, członkowie Bydgoskiej Izby Lekarskiej, którzy regularnie opłacają składki członkowskie na rzecz BIL.

Kierownikiem naukowym kursu jest dr n. med. Maciej Borowiecki.

Kurs obejmuje 60 godzin wykładów, zakończony będzie kolokwium pisemnym.

Wszystkie szkolenia odbywać się będą w siedzibie Bydgoskiej Izby Lekarskiej. Zgłoszenia przyjmuje i szczegółowych informacji na temat szkoleń udziela mgr Karina Lemanik-Dolny w biurze BIL od poniedziałku do czwartku w godz. 8.00–16.00, tel. (52) 3460780 wewn. 12, szkolenia@bil.org.pl

Informacje na temat szkoleń znajdziecie Państwo na stronie www.bil.org.pl

Serdecznie zapraszamy!

TAK dla transplantacji!

Przedstawiciele wielu środowisk – m.in. kościoła, władz samorządowych województwa, władz uczelni medycznej, Narodowego Funduszu Zdrowia, lekarze: nefrolodzy, transplantolodzy, anestezjolodzy, pielęgniarki, izby lekarskie, dyrektorzy szpitali – podpisa-

li 30 sierpnia, na spotkaniu zorganizowanym przez Urząd Wojewódzki, list intencyjny, w którym zadeklarowali szerokie wsparcie dla transplantacji. Spotkanie odbyło się w ramach ogólnopolskiego projektu „Partnerstwo dla transplantacji”, zainicjowanego przez Unię

Medycyny Transplantacyjnej w 2009 r. Celem „Partnerstwa...” jest „zwiększenie liczby dokonywanych przeszczepów narządów pobieranych od osób zmarłych, rozwiniecie programu przeszczepiania nerek od dawców rodzinnych, utworzenie stanowisk koordynatorów transplantacyjnych w szpitalach, poprawa społecznej i środowiskowej akceptacji oraz wsparcia dla idei transplantacji.”

(a.b.)



Fot. Piotr Kurek



Czy oddanie szpiku jest bezpieczne dla dawcy?

Postęp w transplantacjach szpiku jest możliwy dzięki temu, że stale zwiększa się liczba zarejestrowanych potencjalnych dawców szpiku kostnego. W chwili obecnej na świecie ponad 14 mln ludzi wyraziło chęć oddania swoich krwiotwórczych komórek innej osobie. Zwiększa się liczba zarejestrowanych polskich dawców. W lipcu 2010 r. liczba ta przekroczyła 100 tysięcy. Jednocześnie, dla polskich pacjentów pojawia się coraz więcej polskich dawców, jest to już ponad 20% wszystkich przeszczepień allogenicznym wykonywanych w naszym kraju.

Do dnia dzisiejszego w Polsce wykonano około 10 tysięcy zabiegów przeszczepienia komórek hematopoetycznych. Prawie 60% pacjentów zostało wyleczonych dzięki temu zabiegowi. To dużo, biorąc pod uwagę, że zabieg przeszczepienia komórek krwiotwórczych wykonuje się u pacjentów u których zawiódła lub wiadomo, że zawiedzie konwencjonalna terapia. Wielu z tych ludzi wróciło do normalnej aktywności zawodowej i społecznej.

Honorowym, dobrowolnym dawcą komórek krwiotwórczych może być osoba pełnoletnia, zdrowa, w wieku do około 50–60 lat (górne kryterium wieku jest różnie realizowane w różnych rejestrach). W przypadku rodzeństwa nie obowiązuje kryterium pełnoletniości. Możliwości zostania honorowym dawcą szpiku w Polsce są zależne od funduszy posiadanych przez instytucje zajmujące się prowadzeniem rejestrów dawców szpiku. W Polsce pozytywnym dawców szpiku zajmują się Rejestry Dawców Szpiku prowadzone przez: Poltransplant (www.poltransplant.org.pl), NZOZ Medigen (www.medigen.pl), Instytut Hematologii i Transfuzjologii (www.ihit.waw.pl), Dolnośląskie Centrum Transplantacji Komórkowych (www.dctk.wroc.pl), Fundację Urszuli Jaworskiej (www.fundacjauij.pl) i DKMS (www.dkms.pl). Deklaracja chęci bycia dawcą szpiku kostnego oznacza zgodę na oddanie 10 ml krwi na badanie antygenów zgodności tkankowej, wpisanie na światową listę będącą Rejestrem niespo-

krewnionych dawców szpiku oraz gotowość oddania szpiku kostnego w przypadku, gdy osoba chora, posiadająca identyczne antygeny HLA, będzie potrzebowała zdrowego szpiku (a właściwie: komórek krwiotwórczych).

Pobranie szpiku poprzedza zawsze spotkanie informacyjne z lekarzem pobierającym szpik. Podczas spotkania potencjalny dawca otrzymuje dokładne informacje o technice pobierania komórek, ewentualnych skutkach ubocznych pobrania i korzyściach dla biorcy. Wycofanie w tym okresie zgody na oddanie szpiku może stanowić dla chorego zagrożenie życia. Wszystkie badania dawcy oraz procedury związane z oddaniem szpiku są opłacane przez budżet państwa.

Każde działanie w medycynie niesie ryzyko powikłań. Nawet pobranie krwi poprzez nakłucie opuszki palca może spowodować omdlenie, krwiak podskórny, ból. Pobranie i przeszczepienie szpiku odbywa się jedynie w upoważnionych Ośrodkach Transplantacji Szpiku według dokładnie określonych medycznych kryteriów. Zabieg pobrania szpiku do przeszczepu jest bezpieczny i nie stanowi żadnego zagrożenia dla zdrowia i życia dawcy. Komórki szpiku ulegają stałej regeneracji, dzięki czemu ubytek szpiku zostaje bardzo szybko wyrównany. Przeszczepienie szpiku od niespokrewnionego dawcy jest anonimowe i nieodpłatne.

Istnieją 2 metody pobierania komórek krwiotwórczych: ze szpiku kostnego lub krwi obwodowej. Czy różnią się te metody dla dawcy i jakie wiąże się z tym ryzyko:

W porównaniu do pobrania komórek krwiotwórczych z krwi obwodowej, pobranie szpiku kostnego odbywa się bez podawania leków stymulujących (podawanych w iniekcjach podskórnych), liczba różnych iniekcji jest w sumie mniejsza, a sama procedura przebiega w warunkach znieczulenia ogólnego. W większości przypadków około 1–2 tygodni wcześniej dawca musi oddać swoją krew w celu przetoczenia jej podczas zabiegu pobrania szpiku. Przed i po pobraniu szpiku, dawca musi spędzić nocleg w szpitalu. Z reguły po zabiegu, dawca przez około 1–2 dni odczuwa ból dolnej okolicy pleców, gdyż po-

branie szpiku odbywa się z kości biodrowych, okolic kołców tylnych.

Z kolei, w porównaniu do pobrania komórek krwiotwórczych szpiku kostnego, pobranie z krwi obwodowej odbywa się bez znieczulenia ogólnego. Dawca z reguły w ogóle nie wymaga noclegu szpitalnego, nie wymaga też pobierania krwi do autotransfuzji, gdyż utrata krwi podczas zabiegu jest minimalna. Podczas tej procedury, dawca jednak musi przyjmować przez 4 dni podskórnie iniekcje czynnika wzrostu komórek krwiotwórczych. Część dawców odczuwa w tym okresie bóle kostne i mięśniowe o niewielkim nasileniu, może też wystąpić stan podgorączkowy lub gorączka. Całość procedury odbywa się przy pełnej świadomości i udziale dawcy.

Dzieci rzadko są dawcami komórek krwiotwórczych, bo wyłącznie dla swojego rodzeństwa. W stosunku do osób dorosłych, dzieci lepiej przechodzą te procedury, a również częściej łagodnych (wyżej wymienionych) objawów niepożądanych jest mniejsza. Ze względu na „nieświadomość” udziału w procedurach medycznych, dzieci chyba lepiej znoszą pobranie szpiku w warunkach znieczulenia ogólnego. Natomiast dorośli preferują procedury bez narkozy. Dla nich pobranie komórek krwiotwórczych z krwi obwodowej jest standardem postępowania w transplantologii.

U każdego dawcy mogą pojawić się też inne łagodne objawy niepożądane, takie jak ból po pobraniu krwi, ból po iniekcji, mrowienia itp. Dolegliwości te są jednak krótkotrwałe i łatwe do zapobieżenia lub opanowania. Tak jak we wszystkim w medycynie, istnieje jednak około 0,2–0,3% ryzyka nieprzewidywanych ciężkich powikłań. Wraz z postępowaniem medycyny i standardu opieki nad każdym „pacjentem”, ryzyko to systematycznie obniża się, ale ciągle istnieje. Dawcy są o tym zawsze informowani przez lekarzy. Nie jest to jednak, prawie dla nikogo, powodem do rezygnacji z zamiaru oddania szpiku i pomocy choremu pacjentowi.

Układ krwiotwórczy uzupełnia oddane komórki w przeciągu 2–3 tygodni, nie pozostawiając żadnych śladów w organizmie. Ważne jest też, że nie ma żadnych danych o przewlekłych lub odległych powikłaniach lub niepożądanych skutkach oddania komórek krwiotwórczych.

Jan Styczyński

Dr hab. Jan Styczyński, prof. UMK, specjalista transplantologii klinicznej, onkologii i hematologii dziecięcej, pediatrii Katedra i Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii

Powyższy artykuł jest oparty na wykładzie, wygłoszonym na zaproszenie organizatorów Konferencji Europejskiego Towarzystwa Przeszczepiania Krwi i Szpiku (EBMT) w Wiedniu, w marcu 2010 r.

Tętniaki pod nadzorem

„Program badań przesiewowych w kierunku tętniaka aorty brzusznej”, autorstwa prof. Arkadiusza Jawienia, kierownika Kliniki Chirurgii Ogólnej ze Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. Bizziela, został nagrodzony przez „Puls Medycyny” w tegorocznym konkursie „Złoty skalpel”. Wyróżnienie otrzymał prof. Jawień, ale zaznacza: „nagroda to sukces całego mojego zespołu, szczególnie doktorów: Bartosza Fórmanekiewicza, Arkadiusza Migdalskiego, Radostawa Piotrowicza i Pawła Brazisa.” Zdaniem specjalistów Program, wzorem Wielkiej Brytanii czy USA, powinien być realizowany w całej Polsce. Na razie jednak mogli z niego skorzystać tylko mieszkańcy kujawsko-pomorskiego.

Tak było...

Program, realizowany w kujawsko-pomorskim w 2009 r. skierowano do 65-letnich mężczyzn. Inicjatywę wsparł Kujawsko-Pomorski Urząd Marszałkowski, przekazując na badania 100 tys. złotych. Dzięki temu ponad 600 pacjentów mogło zostać poddanych badaniom USG.

Akcję – mniej lub bardziej skutecznie – wspierali lekarze pierwszego kontaktu. To głównie praktyki lekarzy rodzinnych, dzięki znajomości populacji, którą mają pod opieką, mogą pomóc w „wychwyceniu” pacjentów wymagających badania. Nie zawsze jednak to robią – czasami, chociaż lekarze zgłaszali udział w Programie, nie potrafili, czy nie chcieli przekonać do badań. Inni wręcz przeciwnie – NZOZ „Esculap” z Gniewkowa prowadzony przez doktora Tadeusza Derezińskiego, wspólnie z zespołem lekarzy z Kliniki Chirurgii z Bizziela przebadali aż 355 mężczyzn! „Gdybyśmy w Polsce mieli chociaż 20 proc. takich lekarzy jak doktor Dereziński, „medycznie” żyłoby się nam dużo lepiej.” – podkreśla prof. Arkadiusz Jawień. U 33 mężczyzn z Gniewkowa stwierdzono tętniak aorty brzusznej. 19 z nich miało tętniak od 3–4,5 cm – ci chorzy pozostają pod kontrolą poradni; u 8 chorych wykryto tętniaka od 4,5 do 5,4 cm – to bardziej zagrożona grupa, chorzy są oceniani przez specjalistę co pół roku; 6 badanych miało tętniak powyżej 5,5 cm – wszyscy są już po udanych zabiegach: trzem osobom założono stentgrafty, pozostałych operowano klasycznie. „Mamy namacalny dowód na to, jak potrzebne są takie badania przesiewowe. – uważa Arkadiusz Jawień – Ci chorzy nie wiedzieli, że wymagają

natychmiastowej pomocy. Dzięki badaniom żyją! W przypadku pęknięcia tętniaka pewnie nie udało by się ich uratować.”

W całym badaniu wykonano USG u ponad 600 osób. Można było jednak przyjąć jeszcze więcej chorych, bo część pieniędzy nie została wydana, ale zabrakło czasu. Program, który miał być realizowany przez cały ubiegły rok, w rezultacie, po załatwieniu wszystkich „polskich” formalności, trwał parę miesięcy. A rozliczyć się trzeba było do końca roku...

Tak będzie...

„Program badań przesiewowych w kierunku tętniaka aorty brzusznej” się nie kończy. W tym roku uda się przebadac kolejnych mężczyzn dzięki pieniądзом z bydgoskiego Urzędu Miasta. Przeznaczona na ten cel kwota – 10 tys. zł – pozwoli na wykonanie badań USG u ok. 400 mężczyzn. **Program rusza 1 października, potrwa do końca listopada.** Tym razem na badania mogą zgłaszać się tylko bydgoszczanie, którzy mają 60 i więcej lat. Chętni mogą rejestrować się w sekretariacie Kliniki Chirurgii Ogólnej w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. Bizziela. Na 9 października w Klinice zaplanowano też tzw. białą sobotę, na którą lekarze zapraszają wszystkich panów spełniających kryteria wiekowe. „Obniżyliśmy granicę wieku badanych, bo po naszych zeszłorocznych badaniach okazało się, że u nas tętniaki u mężczyzn zaczynają pojawiać się wcześniej niż w Wielkiej Brytanii czy USA. – wyjaśnia prof. Jawień – Przyczyny tego stanu rzeczy są jednoznaczne: źle się odżywiamy, mamy gorsze warunki pracy i życia, ale czynnikiem najpoważniej rokującym jest palenie papierosów. Palimy dużo więcej niż w krajach Europy Zach., dlatego też tętniaki, obok innych groźnych chorób, pojawiają się u nas częściej i wcześniej. Przerażające jest to, że nawet polscy lekarze nie przestrzegają zdrowego trybu życia.”

Dlaczego z Programu mogą korzystać tylko mężczyźni? U kobiet, co pokazują brytyjskie badania, tętniaki występują od 5 do 7 razy rzadziej. Ale prof. Jawień rysuje czarny scenariusz: „Niedługo to się zmieni. Kobiety żyją coraz mniej higienicznie, częściej sięgają po papierosy i na pewno szybko mężczyzn dogonią.

Być może, niedługo, w diagnostyce tętniaków lekarzom pomogą pielęgniarki. W Klinice Chirurgii w Bizielu (która jest siedzibą Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Angiologicznego) niedawno odbyły się warsztaty dla pielęgniarek, na których można było nauczyć się wykonywać badania USG. Zainte-

resowanie było duże. „Bierzemy przykład z Wielkiej Brytanii. Tam pielęgniarki z przenośnym USG dojeżdżają do mężczyzn 65-letnich wykonując badanie u nich w domu. Nie wierzę, żeby w Polsce szybko udało się wprowadzić taki system, ale w ciągu 10 lat jest to możliwe” – mówi prof. Jawień.

Tętniaki pod nadzorem w całej Polsce?

Na razie, niestety, nie. Mimo licznych prób kontaktu Ministerstwo Zdrowia nie wykazało zainteresowania przedsięwzięciem, chociaż dane otrzymane z bydgoskiego badania są alarmujące. W populacji mężczyzn od 65 do 85 lat częstotliwość występowania tętniaków aorty brzusznej na świecie wynosi 7,6 proc. Po badaniu prof. Jawienia okazało się, że takich chorych w naszym regionie mamy 9,3 proc. Tymczasowo Program pozostaje jednak regionalny. „Być może byłoby łatwiej przekonać decydentów jak ważne są nasze badania, gdyby chodziło o skryning raka piersi, szyjki macicy, czy jelita grubego. – zastanawia się Arkadiusz Jawień – Tymczasem koszt badań przesiewowych w kierunku tętniaka jest dużo niższy niż w ww. jednostkach chorobowych, a zgony z powodu tętniaka aorty to 13. przyczyna śmierci w USA. W Polsce pewnie jest jeszcze gorzej, bo chorego z pękniętym tętniakiem aorty, jeżeli udaje się uratować w 30 proc., to jest to najlepszy wynik, jaki możemy uzyskać. Natomiast w USA, szacuje się, że można uratować ponad 50 proc. osób z pękniętym tętniakiem.”

Agnieszka Banach



ZŁOTY SKALPEL 2010

Wyróżnienie w kategorii
Diagnostyka i badania przesiewowe
dla

prof. Arkadiusza Jawienia

kierownika projektu

**Program wczesnego wykrywania
tętniaka aorty brzusznej
wdrożony w województwie
kujawsko-pomorskim**

M. Sowińska
Magda Sowińska
redaktor naczelny

Warszawa, 26 maja 2010 roku

PULS MEDYCYNy
NIEZALEŻNA KRYTYKA PROFESJONALISTÓW

Partner strategiczny konkursu Złoty Skalpel 2010

gsk
GlaxoSmithKline

Te drzwi są otwarte

„Aby zrozumieć ludzi, którzy cierpią na schizofrenię, musimy najpierw otworzyć drzwi do swoich serc. To jest test na człowieczeństwo.” – to słowa prof. Normana Santoriusa, psychiatry i koordynatora programu „Schizofrenia – Otwórzcie Drzwi”, cytujemy je z okazji Obchodów IX Dnia Solidarności z Osobami chorymi na Schizofrenię, które zorganizowała 11–12 września tego roku Fundacja Przyszań Nadziei.

To również okazja do świętowania VIII rocznicy powołania Fundacji Przyszań Nadziei. Cieszymy się też z uhonorowania przy tej okazji przez Prezydenta Miasta Bydgoszczy Konstantego Dombrowicza – jej założycielki dr n. med. Marii Magdaleny Linki – wybitnego lekarza psychiatry i prezesa naszej Fundacji.

PREZYDENT BYDGOSZCZY
Konstanty DOMBROWICZ



Szanowna Pani
dr n. med. Maria Linka
Prezes Fundacji „Przyszań Nadziei”

„Nadzieja ma skrzydła, przysiadła w duszy i śpiewa pieśń bez słów, która nigdy nie ustaje, a jej najśłodsze dźwięki słysząc nawet podczas wichury.”

Emily Dickinson

Szanowna Pani Prezes

Tworząc „Przyszań Nadziei”, zbudowała Pani osobom chorującym na schizofrenię świat od nowa. Świat, w którym panuje zrozumienie, fachowa opieka i pomoc. Najlepiej wykorzystując bogate medyczne doświadczenie, w poczuciu hipokratesowego obowiązku, odpowiedzialności i szczerego pragnienia pomocy, zaszczepiła Pani w pacjentach wiarę w możliwość adaptacji do samodzielnego, szczęśliwego życia.

Dzięki Pani niezwyklej pracy i zaangażowaniu słowo „Lekarz” odzyskuje zanikające znaczenie, ukazując całe piękno zawodu, którego wykonywanie wymaga poświęcenia się dla innych. Brzmi w nim ogromny szacunek, wdzięczność pacjentów i rodzin oraz uznanie współpracowników wobec wspaniałego człowieka, który dogłębnie pojął wartość podjętej misji, z własnej woli robiąc jeszcze więcej.

Przekazując wyrazy uznania dla bezcennych zasług, życzę Pani Doktor zdrowia i niewyczerpanych sił w dążeniu do rozwoju cennej inicjatywy. Niech obserwowanie jej pozytywnych rezultatów i doskonalenie metod terapii przynosi satysfakcję, poczucie spełnienia oraz wiele zasłużonej radości.

Bydgoszcz, 11 września 2010 roku

Osiem lat temu dr Linka podjęła trud stworzenia miejsca, w którym mogliby spotykać się ludzie chorujący na schizofrenię z ludźmi zdrowymi, by pomóc chorym wejść w interakcję z otaczającym światem, co dałoby im możliwość uzdrawiającej wymiany emocjonalnej i myślowej. Bo to kontakt z ludźmi jest miłym krokiem w powrocie do zdrowia. To miejsce, a właściwie miejsca – to Klub Pacjenta „Przyszań Nadziei”, rehabilitujący około 150 pacjentów oraz kluby w Inowrocławiu i w Mroczu.

By włączyć chorych na schizofrenię w życie rodzinne i społeczne, w placówkach intensywnie ruszyła rehabilitacja: społeczna – ukierunkowana na podtrzymanie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia (prowadzenie gospodarstwa domowego, trening kulinarny), zawodowa – ukierunkowana na pomoc w przygotowaniu do podjęcia pracy oraz medyczna – ukierunkowana na psychoedukację i psychoterapię. Beneficjentów objęto psychiatryczną opieką pielęgniarstwa, a rodziny chorych otrzymały wsparcie i pomoc w postaci konsultacji psychologicznych.

Aby wdrożyć ten nowatorski projekt psychiatrycznej opieki środowiskowej trzeba było nakładów finansowych. Tu niezastąpiona jest p. Barbara Wachowska – Kwasigroch, która podjęła wyzwanie, ofiarując swoje doświadczenie i wiedzę w pozyskiwaniu środków finansowych w otwartych konkursach ogłaszanych przez: Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Kujawsko – Pomorski Urząd Marszałkowski, Urząd Miasta Bydgoszczy, starostwa Powiatowe-Nakła i Inowrocławia i wielu innych funduszy. Pani Barbara Wachowska-Kwasigroch to profesjonalny koordynator Klubów Pacjenta, kierownik wolontariatu i wiceprezes naszej Fundacji.

Do dziś wiemy, że taka „otwarta psychiatria” to najlepsza rehabilitacja po remisji choroby, to praktyczna nauka przydatnych umiejętności, to szansa na powrót do aktywności, to szansa, aby nie zamknąć się w domu, by wyjść poza krąg swojej choroby, to szansa na życie społeczne.

To inwestycja, która da szansę naszej społeczności na zaistnienie w szeregach pełnowartościowych obywateli.

Życzymy wszystkim osobom chorującym na schizofrenię takiej szansy rehabilitacji, jaką beneficjentom stworzyła dr Maria Linka.

DZIĘKUJEMY!

Beneficjenci, Opiekunowie oraz Wolontariusze
Fundacji Przyszań Nadziei
Fundacja Przyszań Nadziei w Bydgoszczy,
ul. Bohaterów Kragujewca 11

● Fundacja „Przyszań Nadziei” została wyróżniona w roku 2009 i 2010 r., przez Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego tytułem: „Rodzinki z Pozarządówki” (jako jedyny podmiot z Bydgoszczy) oraz dyplomem „Iłodołamacza”. Wolontariusz Fundacji „Przyszań Nadziei” – Pani Ewa Myśliwiec – została uhonorowana przez Prezydenta Miasta Bydgoszczy tytułem „Wolontariusz Roku 2009”.

● Barbara Wachowska-Kwasigroch, wiceprezes Fundacji, została wyróżniona w 2009 r. Dyplomem Prezydenta Miasta Bydgoszczy.

Tomografia komputerowa tętnic wieńcowych

Postęp w medycynie przejawia się między innymi rozszerzaniem możliwości diagnostycznych, ze szczególnym uwzględnieniem zastępowania metod inwazyjnych – nieinwazyjnymi. Proces ten w kardiologii wyraża się dynamicznym rozwojem nieinwazyjnych metod obrazowania – zwłaszcza echokardiografii, a w ostatnich latach także tomografii komputerowej (TK) i rezonansu magnetycznego. Złotym standardem w diagnostyce choroby wieńcowej wciąż pozostaje selektywna koronarografia – inwazyjne badanie angiograficzne wymagające dojścia cewnikiem do ujścia tętnicy wieńcowej i wstrzyknięcia do niej kontrastu.

Pierwszą nieinwazyjną metodą pozwalającą na ocenę tętnic wieńcowych jest wielorzędowa tomografia komputerowa (MSCT). Badania kliniczne wykazały przydatność 64-rzędowej TK w diagnostyce choroby wieńcowej, zwłaszcza w jej wykluczeniu – negatywna wartość predykcyjna tego badania wynosi 98–100%. Podstawowym wskazaniem do TK tętnic wieńcowych jest ocena chorych z bólami w klatce piersiowej, którzy mają niejednoznaczne wyniki prób obciążeniowych, nie-diagnostyczny zapis EKG lub brak możliwości wykonania próby obciążeniowej, jeśli są to chorzy z umiarkowanym prawdopodobieństwem choroby wieńcowej. Pacjenci z wysokim prawdopodobieństwem choroby wieńcowej powinni być kierowani do koronarografii klasycznej – inwazyjnej. Inne uznane wskazania do TK tętnic wieńcowych to: podejrzenie anomalii rozwojowych tętnic wieńcowych i dużych naczyń, a także świeżo rozpoznana niewydolność serca o nieznanej etiologii.

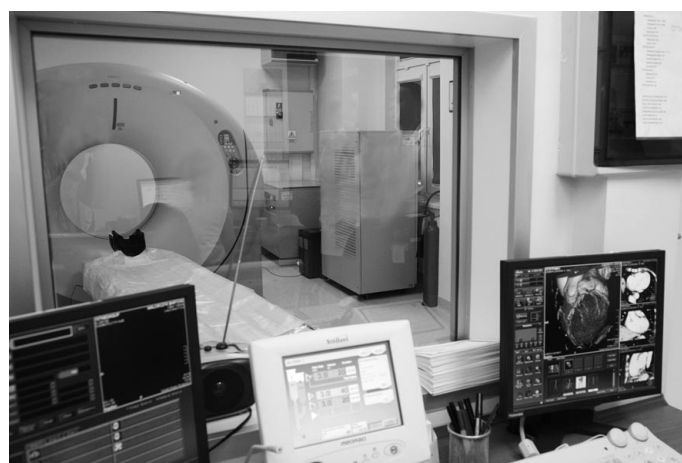
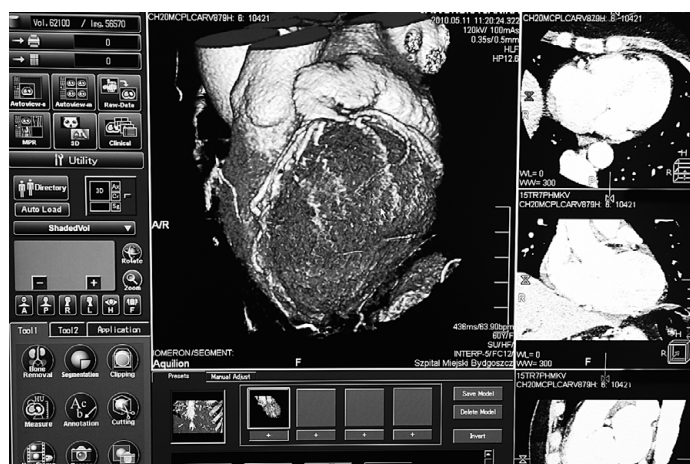
U pacjentów z rozpoznaną chorobą wieńcową wskazania do TK pojawiają się

rzadko. Są to: ocena pomostów aortalno-wieńcowych w wybranych przypadkach (np. gdy nie można uwidocznnić ich w czasie koronarografii inwazyjnej) oraz ocena stenotów o średnicy > 3,0 mm w wybranych sytuacjach (np. monitorowanie restenozu u bezobjawowych chorych ze stentem w pniu lewej tętnicy wieńcowej). Jeszcze rzadziej wykonuje się TK tętnic wieńcowych u chorych bez dostępu naczyniowego lub u których nie udało się kaniulacja tętnic wieńcowych (np. z powodu choroby aorty), a także przed operacjami zastawkowymi u chorych z niskim prawdopodobieństwem choroby wieńcowej. TK tętnic wieńcowych w przeciwieństwie do koronarografii klasycznej nie umożliwia jednoczasowego leczenia, dlatego – jak wspomniano wyżej – nie należy jej wykonywać u chorych z wysokim prawdopodobieństwem choroby wieńcowej, ani tym bardziej z ostrym zespołem wieńcowym. TK nie służy do rutynowej oceny efektu PCI/CABG, ani jako badanie przesiewowe u osób bezobjawowych. Tak jak w przypadku innych badań dodatkowych – kluczową sprawą jest odpowiednia kwalifikacja pacjenta do badania.

Prawidłowa kwalifikacja do TK tętnic wieńcowych umożliwia uzyskanie wiarygodnego wyniku u ok. 90% badanych. Najszersza grupa potencjalnych kandydatów do TK tętnic wieńcowych jest dyskwalifikowana z tego badania z powodów technicznych: otóż zwapnienia w tętnicach wieńcowych fałszują wynik, podobnie obecność stenotów, klipsów naczyniowych i elektrod. Artefakty powodowane przez zwapnienia oraz metal uniemożliwiają wiarygodną ocenę obecności lub wykluczenia zwężenia w tętnicy wieńcowej. Kolejne ważne ograniczenie tej metody to tachykardia oraz niemierność

rytmu serca. Technika badania wymaga, aby rytm serca był całkowicie stabilny – miarowy oraz stosunkowo wolny (< 65/min). Wiele chorych z zaburzeniami rytmu serca nie może być kwalifikowanych do TK. Pacjenci z rytmem zatokowym szybszym niż 65/min muszą otrzymywać w czasie badania leki zwalniające, najczęściej dożylnie beta-bloker (metoprolol). Konieczne jest też podanie krótkodziałających mitratów, aby uzyskać maksymalne poszerzenie tętnic wieńcowych. Stąd niezbędna jest wcześniejsza znajomość chorego i ewentualnych przeciwwskazań do podania beta-bloker lub nitratów. Ograniczenia TK zależne od pacjenta to otyłość, nieumiejętność wstrzymania oddechu (ok. 10 sek), utrzymania nieruchomej pozycji ciała czy rąk ponad głowę. Ponadto trzeba wziąć pod uwagę niebezpieczeństwa związane z podaniem środka kontrastowego, zwłaszcza ryzyko reakcji anafilaktycznej (alergia i astma w wywiadzie) czy nefropatii kontrastowej (przewlekła choroba nerek, cukrzyca, niewydolność serca, leki, powtarzanie badań), rzadziej – ryzyko przełomu tarczycowego u chorych z nadczynnością tarczycy. Wspomnieć też należy o promieniowaniu jonizującym, które ma znaczenie zwłaszcza u kobiet oraz wszystkich osób «40 r.ż. (kumulacja życiowa dawki).

Z oczywistych powodów tomografia komputerowa tętnic wieńcowych powinna dać wynik odpowiadający w swym kształcie klasycznej koronarografii i umożliwiać podobne jak po koronarografii wnioskowanie. Zleceńodawcą badania i odbiorcą wyniku jest kardiolog, opis badania powinien być dla niego konkluzyny, gdyż na jego podstawie podejmie on decyzję co do dalszego postępowania z chorym – farmakologicznego, inwa-



zyjnego lub badanie to umożliwi mu wykluczenie choroby.

Osobnego komentarza wymaga oznaczanie indeksu zwapnień w tętnicach wieńcowych (*calcium score* – CS). Procedura ta nie wymaga podania środka kontrastowego, wiąże się z małą dawką promieniowania rtg. Najczęściej jest ona składową protokołu badania TK tętnic wieńcowych, jednak w niektórych ośrodkach wykonywana jest jako badanie samodzielne i traktowana jako badanie przesiewowe w wykrywaniu choroby wieńcowej. Badanie indeksu zwapnień w diagnostyce choroby wieńcowej ma wysoką czułość i niską swoistość. Wynika z tego wysoka negatywna wartość predykcyjna testu: brak zwapnień w tętnicach wieńcowych czyli CS=0 pozwala wykluczyć chorobę wieńcową z prawdopodobieństwem > 96%. Nie jest to jednak pewność 100%, ryzyko obecności istotnych zwężeń u chorego z CS równym 0 jest bardzo niskie, ale istnieje. Stąd wynika zdecydowana przewaga pełnego badania

TK tętnic wieńcowych nad samym oznaczeniem CS. Udowodniono wartość rokowniczą (negatywną) wysokiego wyniku CS. Towarzystwa kardiologiczne nie zalecają oceny CS w populacji ogólnej, a jedynie u osób bezobjawowych z pośrednim 10-letnim ryzykiem zawału serca lub zgonu z przyczyn wieńcowych (10–20% wg Framingham Risk Score). U osób takich wynik CS powyżej 400 przesuwają do kategorii wysokiego ryzyka (prawdopodobieństwo zawału serca lub zgonu w obserwacji 10-letniej > 20%) i w ten sposób wpływa na działania profilaktyczne u danej osoby. Oznaczanie CS u każdego chorego przed podaniem kontrastu w czasie pełnego badania TK ma znaczenie praktyczne: wartość CS > 400 (wg innych > 800) świadczy o obecności tak licznych zwapnień w tętnicach wieńcowych, że podważa wiarygodność oceny zwężeń. U takich chorych odstępuje się od wykonania właściwego badania TK.

Wielospecjalistyczny Szpital Miejski dysponuje 64-rzędowym skanerem MSCT

od zeszłego roku i aktualnie rutynowo wykonuje badania tomografii komputerowej tętnic wieńcowych (tzw. nieinwazyjnej koronarografii). Zespół lekarski tworzą dr n.med. Dorota Motyl specjalista radiolog i dr n.med. Gwidon Polak specjalista kardiolog z doświadczeniem w zakresie kardiologii inwazyjnej. W obrębie Poradni Kardiologicznej działają Ośrodek Konsultacyjny TK Tętnic Wieńcowych, gdzie analizowani są pacjenci pod kątem wskazań i przeciwwskazań do badania. Chorego do Ośrodka może skierować każdy lekarz (skierowanie musi być wystawione do Poradni Kardiologicznej z adnotacją: konsultacja TK tętnic wieńcowych). Pacjenci są informowani o zasadach przygotowania i przeprowadzenia badania – każdy pacjent jest rozpatrywany indywidualnie. Badania wykonywane są w trybie ambulatoryjnym.

Gwidon Polak

Dr n. med. Gwidon Polak jest specjalistą kardiologiem z doświadczeniem w zakresie kardiologii inwazyjnej.

Tutaj pacjenci nie czekają w kolejce

Średni czas oczekiwania na wizytę u lekarza reumatologa w województwie kujawsko-pomorskim to kilka miesięcy. W kolejce czekają m.in. pacjenci z bólem, z chorobami zapalnymi stawów, dla których każdy dzień zwłoki w postawieniu diagnozy i wdrożeniu odpowiedniego leczenia oznacza gorsze rokowania w chorobie. Jest jednak w Bydgoszczy jednostka, gdzie nie obowiązuje średni czas oczekiwania na wizytę, a pacjent reumatologiczny zostaje przyjęty nawet tego samego dnia. To Wojewódzkie Centrum Reumatologii i Rehabilitacji, które pod swoją opieką ma aż 10 tys. chorych z problemami reumatologicznymi z całego województwa kujawsko-pomorskiego.

Dlaczego w Centrum chory nie czeka? „Od początku istnienia przychodni obowiązuje po prostu taka zasada: pacjent reumatologiczny, który zgłasza się do nas po raz pierwszy, musi być przyjęty w dniu zgłoszenia, ponieważ jest chorym „bólowym”. Nie tworzymy kolejek. – zapewnia Ewa Domżańska, dyrektor Centrum, specjalista reumatolog – Przyjmujemy dziennie około 10 „pierwszorazowych” pacjentów reumatologicznych. Przed chwilą wyszła ode mnie pacjentka z bólem, obrzękiem dwóch stawów kolanowych, która przyjechała aż z Włocławka. Tylko u nas mogła od razu dostać się do lekarza reumatologa. Chorzy z przewlekłymi dolegliwościami, którzy już u nas się leczą, przyjmowani są w ciągu tygodnia.”

W Centrum przyjmuje codziennie sześciu lekarzy reumatologów. Przychodnia dysponuje także zapleczem diagnostycznym. Na miejscu jest laboratorium, gdzie można wykonać cały panel badań, również immunologicznych, koniecznych do diagnostyki chorób reumatologicznych. Do



dispozycji pacjentów jest także w pełni cyfrowy aparat RTG, nowoczesny cyfrowy aparat USG służący m.in. do badania stawów, a niedługo aparat do densytometrii. Jeżeli chory wymaga badań rezonansem albo video-kapilaroskopii Centrum skieruje go do jednostki, która je wykonuje.

Sytuacja Centrum byłaby jeszcze lepsza, gdyby porady reumatologiczne były wycenione wyżej. Teraz ich wartość jest o wiele za niska, bo wizyta pacjenta nie ogranicza się tylko do rozmowy z lekarzem, ale często choremu zleca się drogie badania diagnostyczne.

Wojewódzkie Centrum Reumatologii i Rehabilitacji istnieje od ponad 50 lat – najpierw miało siedzibę na ul. Gdańskiej, a od 2006 r. funkcjonuje na ul. Markwarta w Bydgoszczy. „Idea Centrum jest stworzenie placówki, która w sposób kompleksowy zapewniałaby opiekę pacjentom chorującym na schorzenia narządu ruchu. – podkreśla dyrektor Ewa Domżańska – Obok wspomnianej poradni reumatologicznej mamy także poradnię ortopedyczną, neurologiczną, leczenia bólu i szeroko specjalistyczną rehabilitację z hydroterapią, fizykoterapią, masażem.”

Agnieszka Banach

Od red.: więcej o Wojewódzkim Centrum Reumatologii i Rehabilitacji na stronie www.wcrr.pl

W Przychodni „Pod gruszą”

Artykuł jest próbą przedstawienia mojej drogi do pracy lekarza rodzinnego na wsi, jak i dobrych i tych mniej budujących stron pracy w tym środowisku. To bardzo trudne zadanie dla osoby od 30 lat piszącej niemal wyłącznie recepty i skierowania. Nie należy się więc spodziewać po mnie profesjonalizmu w tej dziedzinie.

Trafiłam na wieś z powodu sentymentów związanych z wychowaniem w najbardziej zielonej dzielnicy Bydgoszczy, czyli w Opatowcu. Od tamtego czasu nigdy już nie doposażałam się do życia w mieście. Owszem, miasto lubię, nawet potrzebuję, ale jedynie na kilka godzin. Moje zasadnicze życie musi odbywać się w otoczeniu zieleni. Potrzebuję ogrodu, jezior i tras rowerowych.

Początkowo nie składało się w tą stronę. Już na studiach ulegałam fascynacji chirurgią, a to raczej miejski sport. Moje plany życiowe układałam zgodnie ze schematem: najpierw zgoda na specjalizację w chirurgii, a następnie warunki pracy. W tamtych czasach zresztą praca była absolutnym priorytetem. Przy piętnastu dyżurach w miesiącu wracało się do pokoju hotelowego głównie spać. Z czasem wracałam już do własnego mieszkania (wtedy dodatkowo trzeba było sprzątać). Czasu na życie poza szpitalem było niewiele i, niestety, po wyjściu z pracy nie zmieniało się towarzystwo. Było dobre, ale lekarze niezależnie od tego, gdzie przebywają i tak rozmawiają o pracy. Po kilku latach takiego życia zatęskniłam za jakąś odskocznią od pracy. Wróciłam do Bydgoszczy, gdzie miałam przyjaciół nie będących lekarzami. Rozpoczął się okres dość zrównoważonego życia. Był czas na pracę, ale było również życie z nią nie związane. Dużo wtedy podróżowałam i wiele z naszych wypraw było organizowane przez grono zapaleńców za małe pieniądze. Mieliliśmy dużo czasu (urlopy bezpłatne były nietrudne do uzyskania) i wielką przyjemność w grupowym włączeniu się po Azji.

Zamiłowanie do przygód skończyło się decyzją o budowie domu nad morzem na całkowicie wariackich papierach, czyli bez pieniędzy. Kiedy skończyły się fundusze ze sprzedaży mieszkania, zaczęłam pracować jako przedstawiciel firmy farmaceutycznej, co było w tym czasie pracą ciekawą i dobrze płatną. Zatrudniłam się w Poznańskich Zakładach Farmaceutycznych w grupie sześciu pierwszych polskich przedstawicieli farmaceutycznych. Nikt w firmie nie wiedział wtedy, jak taka praca ma wyglądać. Myśmy dopiero tworzyli formy tego działania. Inwestowano w nasze szkolenie. Mieliliśmy wykłady ciekawych profesorów, którzy przedstawiali je dla tej kilkusobowej grupy. Były to bar-

dzo bezpośrednie kontakty, w tak małym gronie pytało się swobodnie i chętnie. Najważniejsze było, że zajmowaliśmy się nowymi u nas lekami. Trudno dziś w to uwierzyć, ale myśmy wprowadzali na rynek wszechobecny dziś paracetamol, atrovent, teofilinę i sterydy wziewne. To była praca, która przynosiła początkowo dużo satysfakcji. Jeżeli udało się przekonać lekarza do zastosowania sterydów wziewnych, często przy kolejnej wizycie wysłuchiwało się opowieści o radykalnych poprawach u pacjentów. Wprowadzane przez nas leki całkowicie zmieniły los pacjentów z astmą i początkowo miałam uczucie, że moja praca ma dużo sensu. Po kilku latach nie było to już nowe i firma zaczęła od nas oczekiwać nie promowania nowych sposobów leczenia, a jedynie określonych leków. To przestało być ciekawe, więc zatęskniłam za powrotem do medycyny.

Postanowiłam wrócić w okolice Bydgoszczy, ale nie do miasta. Chciałam wrócić w swoje strony. Okazało się to wcale niełatwym zadaniem. Czasy, kiedy praca dla lekarza była niemal wszędzie, już dawno minęły. Było również tak, że w tym właśnie okresie w medycynie zmieniło się niemal wszystko. Nagle pojawiły się setki dotychczas niedostępnych leków i technik leczenia. Moja wiedza medyczna wydawała mi się wtedy zdecydowanie niewystarczająca. Z czasem trafiłam na ofertę pracy z możliwością półrocznego kursu dla lekarzy rodzinnych i perspektywą objęcia w niedalekiej przyszłości ośrodka na wsi. Początki nie były łatwe, na szczęście miałam życzliwych kolegów lekarzy. Ich pomoc w tamtych czasach była dla mnie bezcenna. Szkolenie z zakresu medycyny rodzinnej pozwoliło mi uaktualnić wiedzę i skoncentrować się na tych dziedzinach, z którymi nie miałam do tej pory większego kontaktu. Uczyłam się wtedy dużo, bo dla lekarza wiejskiego ważna jest wiedza z każdej dziedziny. Egzamin nie stanowił problemu i wkrótce po nim objęłam wiejski Ośrodek Zdrowia w Wierzchucinie Królewskim, niedaleko Bydgoszczy.

Nie jest to zbyt daleko od miasta, bo w ciągu pół godziny można być w centrum Bydgoszczy. Wokół jest mnóstwo jezior, lasów i przyjemnie pagórkowato ukształtowany teren. Idealny dla roweru. Ośrodek był budynkiem z lat sześćdziesiątych w stadium



gwałtownego domagania się remontu. Pierwszy rok przepracowałam jako pracownik ZOZ-u w Koronowie, czyli po staremu. Nie było mowy o pieniądzach na remont, problemy ze sprzętem (łącznie z rękawiczkami). Pracowałam na początku w dwóch miejscach zastępując nieobecną koleżankę w sąsiednim ośrodku. To powodowało niesamowite zagęszczenie pacjentów. Na wsi każdy musi obejrzeć nowego lekarza osobiście, więc przychodzili również ci, którzy chcieli tylko porozmawiać. Samochody podjeżdżały o piątej rano i pacjenci czekali często cztery lub więcej godzin. A ja oczywiście nie znałam nikogo i musiałam zawsze zbierać wywiad od początku, badać całego pacjenta, a to wszystko trwało.

Pomocna w przedstawieniu się mieszkańcom wsi okazała się moja kotka włączająca jedną z pierwszych niedziel na słup elektryczny i miaucząc przeraźliwie, co wymogło wyłączenie prądu w całej wsi i efektywną akcją Pogotowia Energetycznego ze ściąganiem kota w asyście wracających z kościoła mieszkańców.

Początkowo pracowałam i mieszkalam w starym Ośrodku Zdrowia w warunkach niezbyt komfortowych. Remont był niezbędny, więc po usamodzielnieniu się (przeszłam na bezpośredni kontrakt z NFZ), chciałam go wykupić. Na moje szczęście gmina nie wyraziła zgody, więc zabrałam się za budowę własnego Ośrodka Zdrowia. W tej chwili mam nowoczesny, dostosowany do potrzeb dom z gabinetem. Wiem, że remontując stary, nawet przy dużym nakładzie finansowym, nie osiągnęłabym takiego efektu.

Udało mi się skompletować personel, z którym świetnie się pracuje i którego jestem pewna. Pielęgniarki doskonale znają pacjentów i ich problemy nie tylko zdrowotne. Potrafią również trafić do tych, którzy są nieco trudniejsi. Często pomagają w edukacji chorych oraz przypominają im o leczeniu. Je-



stem również przekonana o ich uprzejmości w kontaktach ze wszystkimi oraz profesjonalizmie zawodowym.

Początkowo ja sama miałam sporo problemów z porozumieniem się z pacjentami. Ja chciałam, żeby pacjent stosował się do ustalonych reguł książkowych. Pacjenci mieli na leczenie swoje poglądy, najczęściej znacznie odbiegające od zasad naukowych. Zasadniczo większość pacjentów oczekuje aktywnej postawy w stosunku do choroby jedynie od lekarza. Ze swojej strony nie byli za bardzo skłonni do zmiany obyczajów i rozpoczęcia zdrowszego trybu życia.

Pracuję już dwunasty rok na wsi i stwierdzam, że wiele rzeczy uległo zmianie. Kiedyś na wizytach domowych widywałam wielkie miednice wypełnione pokrojoną słoniną. To na pewno było zjadane, chociaż nikt się do tego nie przyznawał. Od kilku lat już tego nie widuję. Może rzadziej jest świnobicie, a może te dzisiejsze świnie są bardziej smukłe. Pewnie zresztą jedno i drugie. Myślę, że zmienia się sposób odżywiania. Jest to proces bardzo powolny i nadal odpowiedź na pytanie, co jadł pan wczoraj na kolację często stawia włosy na głowie. Spora część moich pacjentów nadal spożywa owoce i warzywa jedynie ze swojego ogródka lub w postaci zapraw. Kupowanie ich uważają za rozrzutność, ale niestety nie żałują pieniędzy na wędliny i tłus-

ste mięso. Odbiciem tego jest zaopatrzenie wiejskich sklepów, gdzie kącik z warzywami jest mikroskopijny. Na szczęście na pobliskim targowisku można zaopatrzyć się we wszystko i coraz więcej osób z tego korzysta. Wielkim błędem żywieniowym jest olbrzymie spożycie słodkich napoi. Te hektolitry oranżady w przeliczeniu na kalorie stanowią tony nadwagi. Z napojami jest również inny kłopot i to jest tak, jak w całym kraju. Osób uzależnionych jest wiele. Można zauważyć, że niektórzy z nich nie widzą problemu, ponieważ nie uważają piwa za alkohol, nawet pitego codziennie w ilości kilku butelek. Następnym problemem zdrowotnym jest stosunek do ruchu. Wysilek fizyczny jest wpisany w pracę rolnika, ale w większości nie jest to zdrowy ruch. Często polega na dźwiganiu lub pracy w pochyleniu i zamiast wzmocnić serce, psuje kręgosłup. Jeżeli ktoś pracuje fizycznie większość dnia, to na ogół nie daje się namówić na gimnastykę wzmacniającą mięśnie grzbietu. Dostępność rehabilitacji natomiast jest iluzoryczna. Jak bym na to nie narzekała, dziesięć lat temu na rowerze widywałam jedynie ludzi, którzy nie mieli samochodu. Aktualnie widać wiele osób, które jadą rowerem dla sportu. Od kilku lat jest również regularna gimnastyka w naszym Domu Kultury. Nie ma tłoku, ale udaje się utrzymać podstawową frekwencję.

Zmianą obyczajową, którą zanotowałam jest coraz aktywniejsza rola ojców w proce-

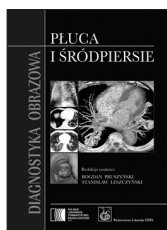
sie wychowania. Częściej zdarza się, że z małym dzieckiem do gabinetu przychodzić obydwój rodzice. Łatwiej spotkać tatę z maluchem na spacerze. Na pytanie o to, kto kąpie noworodka, częściej słyszę – my oboje. Nadal bywają jednak ojcowie, którzy czekają na kontakt werbalny z dzieckiem nie uczestnicząc w opiece nad maluchem. Wręczenie takiemu tatusiowi jego własnego bobasa do potrzymania jest wielką satysfakcją. Bywało, że trzymał go pierwszy raz od urodzenia. No ale, czy nie odłożył go potem na kilka lat...

Wokresach wzmożonego optymizmu wydaje mi się również, że pacjenci bardziej interesują się zdrowym stylem życia. Może bardziej słuchają zaleceń i interesują się, co mogą zrobić poza jedzeniem tabletek. Pozytywne myślenie opuszcza mnie średnio przy sześćdziesiątym pacjencie danego dnia, ale jeżeli następny dzień jest mniej zatłoczony, ma szansę powrócić. Udało mi się zorganizować doskonałe zastępstwo na urlopy i jest to bardzo ważne dla utrzymania mojej kondycji psychicznej. Perspektywicznie życzyłabym sobie jeszcze młodego lekarza, który powoli przejmowałby moją placówkę i pacjentów. Chciałabym, żeby mogło to być rozłożone na wiele lat. Więc jeżeli artykuł przeczyta ktoś, kto chciałby specjalizować się w medycynie rodzinnej, to zapraszam na rozmowę.

Poza zmianami u moich pacjentów, zauważam również liczne zmiany u siebie. Przede wszystkim nie wymagam już od pacjenta wszystkiego od razu, bo wtedy najczęściej nie osiągam niczego. Bardziej celowe jest stopniowe wprowadzanie zadań w dawkach dostosowanych do ich osobowości. Pacjent przeciążony zaleceniami buntuje się na wszystko. Małymi krokami można osiągnąć wiele więcej. Niekiedy nie można i też należy uznać prawo pacjenta do decydowania o swoim zdrowiu. Od czasu, kiedy przestałam chcieć od razu wszystkiego, udaje mi się znacznie więcej. W ten sposób ja uczę pacjentów, a oni mnie i mam tę nadzieję, że obydwie strony się rozwijają.

Jadwiga Małecka

Lek. med. Jadwiga Małecka jest specjalistą drugiego stopnia z chirurgii ogólnej (1989) i medycyny rodzinnej (1997).



Diagnostyka obrazowa Płuca i śródpiersia

Bogdan Pruszyński, Stanisław
Leszczyński (red.)

ISBN 978-83-200-3688-6

wydanie I

format: 20,5×29,0 cm

644 strony, 1295 rycin,

57 tabel

oprawa twarda

cena katalogowa 278 zł

Autorzy są znanymi i cenionymi specjalistami z różnych ośrodków w kraju.

Publikacja wydana pod patronatem Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego.

Pierwsza publikacja z serii adresowanej do radiologów oraz osób przygotowujących się do egzaminu specjalizacyjnego z radiologii klinicznej. Powinna stanowić doskonałą pomoc w codziennej praktyce lekarskiej.

Pierwszy tom dotyczy diagnostyki obrazowej narządów klatki piersiowej. Zawiera infor-

macje ogólne, jak omówienie metod badania narządów klatki piersiowej, wiadomości z zakresu anatomii radiologicznej, oraz części szczegółową, w której omówiono poszczególne jednostki. Każda jednostka chorobowa omówiona jest według określonego schematu: dane kliniczne, metody obrazowania z uwzględnieniem skuteczności stosowanych metod i diagnostyki różnicowej, zwrócenie uwagi na najczęściej popełniane błędy. Każdy temat jest bogato ilustrowany.

Inwestycja: Jurasz



Projekt nowego bloku operacyjnego

368 mln zł – tyle Jurasz miał otrzymać na inwestycje planowane przez Collegium Medicum UMK w ramach „Wieloletniego programu rozbudowy i modernizacji Szpitala Uniwersyteckiego nr 1”. Przedsięwzięcie finansuje budżet państwa, co w obecnych czasach oznacza, że pieniądze nie płyną jednak takim strumieniem, który pozwoliłby Uczelni na swobodną realizację przedsięwzięcia.

„**Budżet** jest okrojony. Praktycznie walczymy o każdy grosz, dostosowując proces inwestycyjny do możliwości finansowych – mówi mgr inż. Grażyna Rybińska, zastępca Kanclerza ds. Techniczno-Administracyjnych CM – Planowaliśmy zakończenie wszystkich inwestycji do 2012 r., ale ze względu na niski poziom finansowania to na pewno się nie uda. Już w zeszłym roku wnioskowaliśmy o przesunięcie terminu na 2015 r. Tymczasem ostatnia narada w Ministerstwie Zdrowia wskazuje na to, że być może i w kolejnych latach nie uda się pozyskać należnych środków, co może oznaczać przesunięcie finału naszego przedsięwzięcia nawet na 2020 rok. Ale to już czarny scenariusz.”

Aktualnie realizowane są dwa z projektów – na terenie dawnych działek pracowniczych, od strony ul. Marii Curie-Skłodowskiej, powstaje nowa siedziba Kliniki Psychiatrii – Centrum Zdrowia Psychicznego, a w miejscu starego wejścia do Jurasza trwa budowa gmachu, w którym obok bloku operacyjnego z 12 salami, znajdzie się Klinika Medycyny Ratunkowej z trzema salami ope-

racyjnymi, Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, centralna sterylizatornia, na dachu budynku usytuowane zostanie lądowisko dla helikopterów (pierwsze w Polsce w takim miejscu). Tegoroczne środki pozwolą jeszcze na sfinansowanie modernizacji zasilania lecznicy, co jest niezbędne, by nowy obiekt mógł funkcjonować. W tym roku na inwestycje w „Juraszu” uczelnia otrzymała tylko 15,5 mln zł. „To kropla w morzu – niepokoi się kanclerz Rybińska – W ostatnich dniach udało się nam jeszcze pozyskać dodatkowe prawie 5 mln zł, co pozwoliło na zapłacenie za już wykonane w dwóch obiektach prace budowlane. Gdyby nie te pieniądze musielibyśmy chyba na czas pozyskania kolejnych środków wstrzymać budowy albo negocjować z wykonawcą zapłatę w roku przyszłym.”

Oba obiekty mają zostać oddane do użytku w pierwszej połowie 2012 roku, a już w przyszłym roku rozpoczną się zakupy niezbędnego wyposażenia. Najwięcej pieniędzy pochłonie budowa i wyposażenie budynku z blokiem operacyjnym. „Budowa to koszt prawie 60 mln zł, a wydatki jakie poniesiemy na wyposażenie obiektu wyniosą od 80 do 120 mln zł. Najwięcej pochłonie wyposażenie 15 sal operacyjnych, które wymagają wysokospecjalistycznego i nowoczesnego sprzętu. – szacuje Grażyna Rybińska – Jednak to, czy w ogóle będziemy mogli rozpocząć działania w kierunku wyposażenia nowych budynków, znowu zależy będzie od tego, ile pieniędzy w 2011 roku przyzna nam Ministerstwo Zdrowia.”

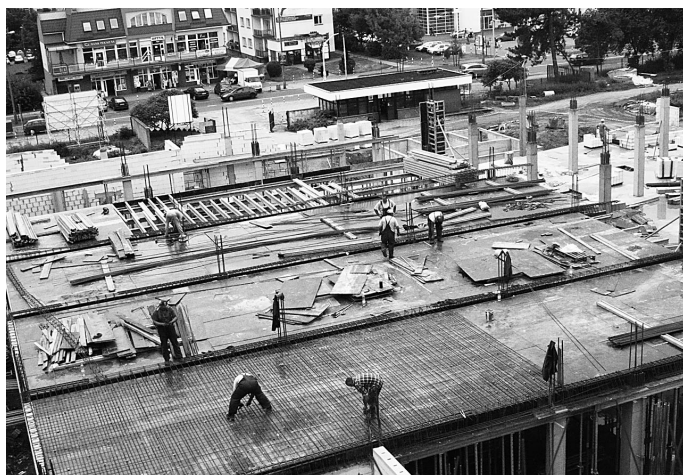
Na kolejny – 2011 rok – CM wnioskowało do MZ o przyznanie 80 mln zł, ale otrzy-

manie takiej sumy wydaje się niemożliwe. „Obawiamy się, że otrzymamy pieniądze tylko na już rozpoczęte budowy. Znajdziemy się wtedy w trudnej sytuacji, bo nie będziemy w stanie np. zapłacić za projekty kolejnych planowanych obiektów.” Tymczasem Uczelnia jeszcze w tym roku chciałaby wyłonić wykonawcę projektu gmachu, w którym obok Kliniki Dermatologii znalazłaby się też Klinika Medycyny Paliatywnej i Geriatrii, a jego budowę rozpocząć już w przyszłym roku.

Wielką modernizację Uczelnia chciałaby przeprowadzić w klinikach funkcjonujących w głównym budynku „Jurasza”. Mają zostać wyposażone w nową aparaturę i dostosowane do wymaganych standardów. W pierwszej kolejności zostaną jednak zagospodarowane miejsca po jednostkach, które przeniosą się do nowego obiektu – salach operacyjnych, anestezjologii, centralnej sterylizatorni. Tu znowu przeszkodą na drodze do realizacji przedsięwzięcia, mogą stać się pieniądze, a raczej ich brak...

Wszystko wskazuje na to, że zapisane w budżecie 368 mln i tak nie wystarczy na wszystkie przewidziane w „Wieloletnim planie...” projekty. „Po wstępnym rozszkoleniu kosztu całości inwestycji okazało się, że potrzebowalibyśmy prawie 1 miliarda złotych! – ocenia kanclerz Grażyna Rybińska – Skąd wziąć brakujące pieniądze? Nie wiemy. Na razie walczymy o zwiększenie wartości realizowanego przez nas zadania, ale bez powodzenia. Do tej pory MZ zaakceptowało tylko coroczną waloryzację o wskaźnik inflacji.”

Agnieszka Banach



W budowie: Zespół sal operacyjnych, z Kliniką Med. Ratunkowej, Kliniką Anestezjologii i Intensywnej Terapii, centralną sterylizatornią...



... oraz Centrum Zdrowia Psychicznego

Niepokojąco rosną koszty refundacji leków i związane z tym wydatki ponoszone przez NFZ

Sporządzona analiza kosztów refundacji cen leków w Oddziałach NFZ w latach 2009–2010 wykazała, że województwo kujawsko-pomorskie pod względem generowania kosztów związanych z refundacją leków na 1 pacjenta zajmuje trzecie miejsce. Świadczy to, że lekarze z obszaru województwa kujawsko-pomorskiego leczą drogo, zważywszy że na naszym terenie nie ma tylu wysokospecjalistycznych klinik i innych placówek medycznych, które mogłyby ordynować drogie leki i generować wysoki koszt refundacji leków w porównaniu np. z Warszawą i całym województwem mazowieckim.

Ze względu na przekroczenie planowanych wydatków na refundację leków o około 10 milionów zł (dane za półrocze 2010r.: okres styczeń–lipiec 2010 r.), Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ zmuszony jest zintensyfikować działania kontrolne ordynacji lekarskiej w celu obniżenia niepokojąco rosnących, wysokich kosztów refundacji leków.

Ze względu na fakt, iż refundacja leków pochłania bardzo wysokie wydatki, uniemożliwia to oddziałowi Funduszu przeznaczenie większych pieniędzy na leczenie chorych.

Ponieważ apteki nie są związane z Narodowym Funduszem Zdrowia umowami czy limitami, za każdą zrealizowaną receptę oddział Funduszu musi zapłacić.

W związku z tym Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ apeluje do lekarzy, by rozsądnie wypisywali recepty

głównie z literą „P” ordynując leki z grupy chorób przewlekłych. Lekarze powinni proponować też pacjentom tańsze odpowiedniki preparatów. Nie należy dopuszczać do sytuacji, by pacjent wymuszał na lekarzu wypisywanie leków, które nie są dla niego niezbędne (takie wyjaśnienia składają lekarze podczas kontroli ordynacji lekarskiej), a służą aptekom do pozyskania recepty refundowanej w ramach akcji promocyjnych: leki za grosz, za 1 zł, czy nagradzanie pacjenta za dostarczenie recepty refundowanej w ramach akcji marketingowych firm farmaceutycznych.

Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ prowadzi, podobnie jak inne oddziały NFZ, kontrole ordynacji lekarskiej, w tym kontrole koordynowane na zlecenie Centrali NFZ. Każda kontrola wiąże się ze zwrotem wysokiej kwoty nienależnej refundacji, co pozwala wyciągnąć wnioski, iż leki ordynowane są przez lekarzy bez wnikliwego rozważenia ilości przepisywanego leku, często przekraczane jest dozwolone dawkowanie leku wynikające z Charakterystyki Produktu Leczniczego, często nie jest uwzględniana interakcja leków, a nawet odnotowujemy przepisywanie leków, których działanie wzajemnie się wyklucza. Powyższe nieprawidłowości mają miejsce głównie podczas ordynacji leków dla pacjentów inwalidów wojennych oraz dla osób represjonowanych.

Nieprawidłowości wykazuje również ordynacja leków z grupy chorób przewlekłych.

Znacząca ilość kontrolowanej dokumentacji medycznej wykazuje niezgodność przepisywanych leków z uwzględnieniem upraw-

nień pacjenta z tytułu choroby przewlekłej z rozpoznaną jednostką chorobową.

Świadczy to o braku dokładnej znajomości Wykazu Leków Refundowanych Ministra Zdrowia, głównie listy chorób przewlekłych wprowadzanej i aktualizowanej rozporządzeniem Ministra Zdrowia.

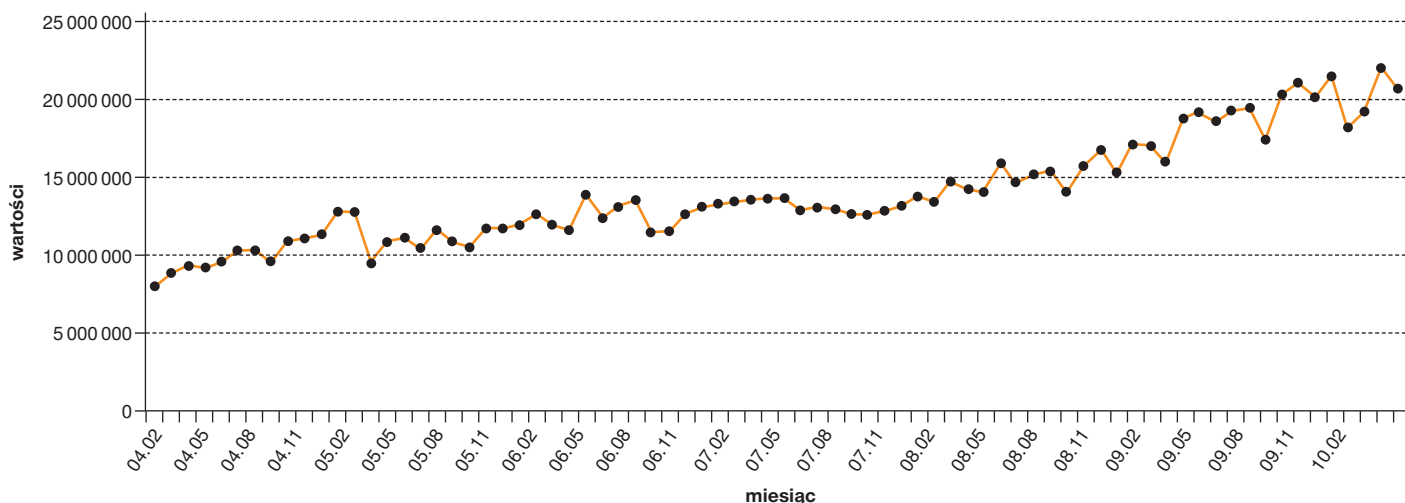
Poniżej Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ przedstawia wyniki analiz związane z refundacją leków prowadzone przez zespoły ds. analiz w Wydziale Gospodarki Lekami K-P OW NFZ.

Wydział Gospodarki Lekami Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ analizując refundację leków na podstawie raportów statystycznych przesyłanych z aptek stwierdza, iż największą i systematycznie rosnącą wartość w refundacji stanowią leki dla pacjentów na choroby przewlekłe. (wykres nr 1)

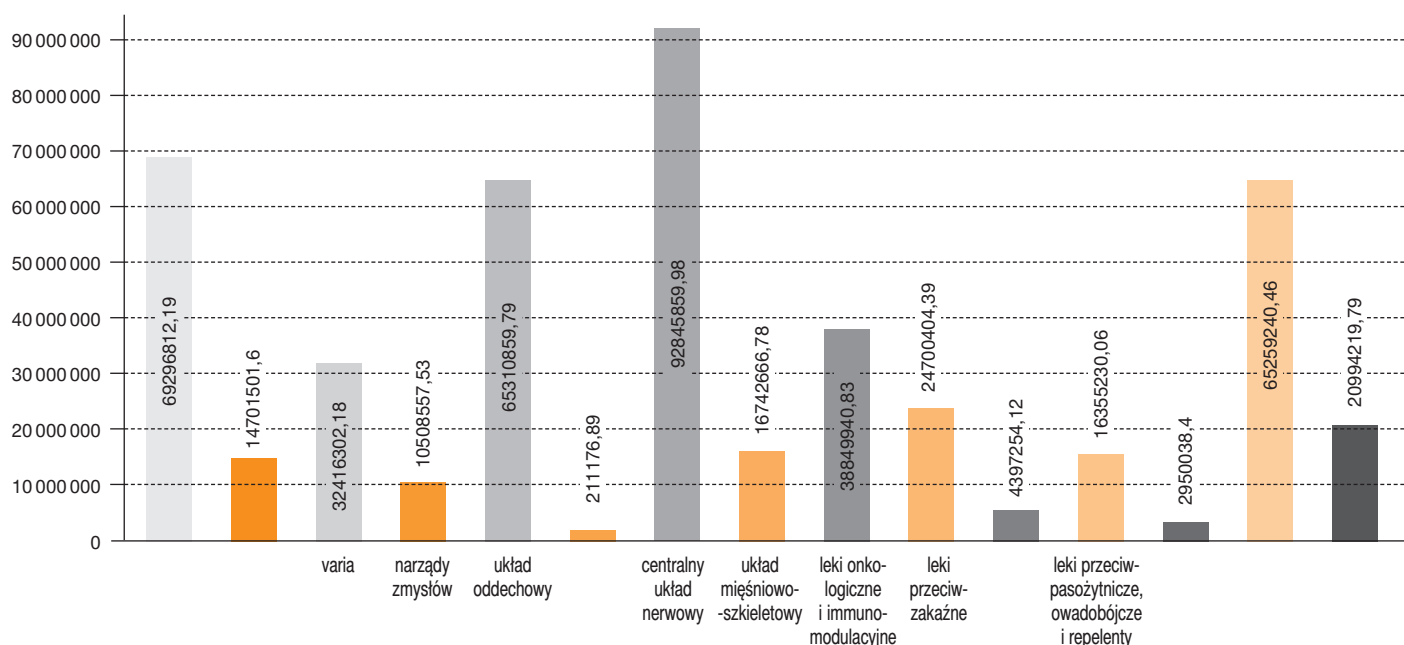
Największe wydatki refundacyjne płatnik poniósł na leki stosowane w leczeniu schorzeń centralnego układu nerwowego (grupa leków ATC-N), w schorzeniach układu sercowo-naczyniowego (grupa leków ATC-C), następnie w schorzeniach przewodu pokarmowego (grupa leków ATC-A) i układu oddechowego (grupa leków ATC-R). (wykres nr 2)

K-P OW NFZ po dokonaniu analizy substancji czynnych, które generują największe koszty dla płatnika (bez programów terapeutycznych i katalogu chemioterapii) przedstawia na następnej stronie dokładny ranking leków generujących najwyższe koszty, zawierający nazwy międzynarodowe leków związanych z najwyższą refundacją oraz kwotę refundacji w zł. Największe wydatki refundacyjne płatnik poniósł na lek olanzapinum stosowany w leczeniu schizofrenii.

Wykres 1. Wartość wydanych leków na recepty z uprawnieniami „ch. przewlekłe” w latach 2004–2010



Wykres 2 przedstawia leki z podziałem na grupy wg. Indexu ATC i związane z podziałem kwoty refundacji w 2009 r.



Ranking leków generujących najwyższe koszty

Nazwa międzynarodowa leku i kwota refundacji: **OLANZAPINUM** 21833857,33; **INS.INJECTIO NEUTRALIS, INS.ISOPHANUM** 13175126,97; **ATO-RVASTATINUM** 11864442,53; **SIMVASTATINUM** 11747492,87; **RAMIPRILUM** 10608019,89; **OMEPRAZOLUM** 10431744,02; **ENOXAPARINUM NATRICUM** 9753091,01; **INSULINUM ASPARTUM** 8872446,58; **FORMOTEROLUM** 8542292,99; **FLUTICASONI PROPIONAS** 7389649,67; **BU-DESONIDUM** 7325002,64; **PANTOPRAZOLUM** 6361775,09; **PEGFILGRASTIM** 6238897,97; **INSULINUM ISOPHANUM** 5968130,94; **KETO-PROFENUM** 5836423,54; **RISPERIDONUM** 5650811,07; **MONTELUKASTUM NATRICUM** 5286503,12; **CICLESONIDUM** 5181773,11; **SALME-TEROLUM** 4895270,45; **NATRII VALPROAS, AC.VALPROICUM** 4883229,51; **AMOXICILLINUM, ACIDUM CLAVULANICUM** 4459258,85; **FIL-GRASTIMUM** 4403874,6; **AMLODIPINUM** 4400825,49; **INSULINI INJECTIO NEUTRALIS** 4192048,95; **FLUTICASONUM** 4143273,15; **TIOTROPII BROMIDUM** 4053431,59; **INDAPAMIDUM** 4007236,76; **RIVASTIGMINUM** 3899661,41; **LOSARTANUM KALICUM** 3790795,74; **FINASTERIDUM** 3726024,48; **FORMOTEROLI FUMARAS** 3627566,07; **MYCOPHENOLAS MOFETIL** 3517545,81

Obok analizy produktów leczniczych zespół ds. analiz w Wydziale Gospodarki Lekami K-P OW NFZ dokonał analizy związanej z wysokością kwot refundacyjnych za leki przypadających średnio na 1 lekarza w woj. kujawsko-pomorskim. Kwota ta wynosi 61 624,00 zł.

W rankingu 10 „najdroższych” lekarzy

wygenerowane kwoty refundacyjne za leki wynoszą powyżej 3 mln zł na 1 lekarza wynikające z jego ordynacji leków dla świadczeniobiorców.

Niezależnie od faktu, jak bardzo złożony jest proces leczenia chorego oraz zróżnicowane i często wysokie koszty leków w zależności od schorzenia, Kujawsko-Pomor-

ski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zwraca się z prośbą do środowiska lekarskiego o zapoznanie się z przedstawionymi wyżej faktami oraz uwzględnianie ich w swojej codziennej praktyce.

lek. med. Małgorzata Szablewska-Świtłyk
Naczelnik Wydziału Gospodarki Lekami
Kujawsko-Pomorski Oddz. Woj. NFZ

Pytanie miesiąca

Co z kasami fiskalnymi? Czy muszę mieć kasę?

Minister finansów podpisał rozporządzenie z 26 lipca 2010 r. w sprawie zwolnień z obowiązku prowadzenia ewidencji przy zastosowaniu kas rejestrujących. Od 1 maja 2011 r. wielu nowych podatników będzie musiało kupić i stosować w swojej działalności gospodarczej kasy fiskalne. W tej grupie znajdują się m.in. lekarze.

Jednak pamiętać należy o tym, że obowiązek stosowania urządzeń fiskalnych dotyczy włącznie tych przedsiębiorców, którzy

świadczą swoje usługi na rzecz osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej i to dopiero po przekroczeniu odpowiedniego progu przychodów z usług świadczonych bezpośrednio na rzecz tych osób. Dla lekarzy prowadzących swoje praktyki już w roku 2010 limit ten wynosi 40 tys. zł, dla tych z Państwa, którzy rozpoczną prowadzenie działalności w roku 2011 próg jest niższy i wynosi 20 tys. zł.

Reasumując: obowiązek stosowania kasy fiskalnych dotyczył będzie przede wszystkim tych praktyk lekarskich, które będą świadczyły swoje usługi dla pacjentów bezpośrednio w gabinetach. Nie obejmie

on tych, którzy świadczą swoje usługi na podstawie zawartych kontraktów ze Szpitalami i NZOZ, gdyż w tym przypadku odbiorcą usług nie jest bezpośrednio osoba fizyczna.

Pamiętać też należy, że obowiązek instalacji kasy winien nastąpić w ciągu 2 miesięcy po miesiącu, w którym nastąpiło przekroczenie progu obrotów, a każdy lekarz będzie mógł uzyskać zwrot wydatków na zakup kasy w kwocie stanowiącej 90 proc. jej ceny zakupu netto, nie więcej jednak niż 700 zł.

Edyta Wajer Biuro Rachunkowe TAX
http://www.ewajer.pl/
wajerplus@poczta.onet.pl

Język homeopatii w USA

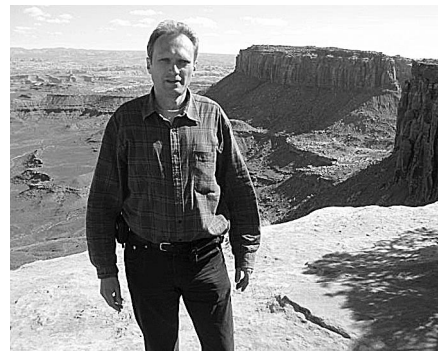
W maju bieżącego roku miałem przyjemność uczestniczenia w 65. Kongresie Międzynarodowej Medycznej Ligi Homeopatycznej (LMHI), który odbył się w USA w Redondo Beach (dystrykt Los Angeles). W trakcie kongresu dominowały tematy związane z homeopatią, jednak poruszane zagadnienia mogą zainteresować również osoby nie zajmujące się tą dziedziną. Mimo różnic w samej metodzie terapeutycznej wiele wniosków przedstawionych przez jej twórcę ponad 200 lat temu jest w istocie uznawanych współcześnie.

To właśnie 200-letnia odyseja homeopatyczna, była przewodnim tematem tegorocznego Kongresu Ligi. Kilkuset uczestników z całego świata, głównie praktykujący lekarze związani z homeopatią, mogło w ciągu 5 dni obrad wymienić myśli i doświadczenia oraz zapoznać się ze współczesnymi trendami metody. Homeopatia jest obecnie ciągle rozwijaną kontynuacją nurtu zapoczątkowanego na przełomie XVIII i XIX wieku przez Samuela Hahnemanna. Największą barierą jaką miał do pokonania Hahnemann był język, który w jego epoce nie był w stanie prawidłowo oddać tego co nowe i odmienne od panującego w owym czasie światopoglądu. O tym kilkudziesięciolletnim procesie rozwoju homeopatii opowiedział w swoim wykładzie doktor Joseph Schmidt z Niemiec, zajmujący się od wielu lat wnikliwą analizą podstawowego dzieła homeopatycznego – „Organonu”. Hahnemann w roku 1796 wykonał na sobie pierwsze, prowadzące go ku homeopatii, doświadczenie z korą drzewa chinowego, która wywołała u niego objawy malarii. Sam termin „homeopatia” przyjętą dopiero w roku 1807. Nastąpiło to po wielu przemyśleniach i wykonanych na sobie kolejnych próbach lekowych z różnymi substancjami przygotowanymi w sposób, który obecnie określamy jako homeopatyczny. Dalsze kilkadziesiąt lat zajęły mu prace nad doskonaleniem metody, którą opisał w kolejnych wydaniach „Organonu” – od pierwszego w roku 1810 do szóstego ukoń-

czonego przed śmiercią w roku 1842. Niestety, jak podkreślił Schmidt – to właśnie odpowiednie zrozumienie pojęć zapisanych w ówczesnym języku jest największą przeszkodą we właściwym odbiorze metody. Wnikliwa analiza tekstu Organonu pokazuje, że np. ówczesnie zastosowany przez Hahnemanna termin „siła życiowa” można śmiało zamienić na współczesny „samoregulacja”, czy „homeostaza”. Uzupełniając ten wątek kolejny wykładowca doktor Dick Moskovitz, stwierdził za Hahnemannem, iż prawdziwe zdrowienie jest w istocie zawsze samozdrowieniem. Czy tego właśnie nie odzwierciedla znany aforyzm: „medicus curat, natura sanat” (lekarz leczy, natura uzdrowia)?

Homeopatia ukierunkowuje właśnie te samonaprawcze siły organizmu. Jednym spośród wielu praktycznych przykładów takiego jej działania przedstawionych na kongresie była historia motocyklisty, który uległ poważnemu wypadkowi z urazem głowy, zaprezentowana przez doktora Srinivasulu Gadugu z Indii. Pacjent w ciągu półtorej godziny od wypadku trafił do szpitala na oddział intensywnej terapii. Dzięki upowszechnieniu homeopatii w Indiach możliwe było wdrożenie u niego, jeszcze przed hospitalizacją, potencjonowanej Arniki – homeopatycznego leku pierwszej pomocy w urazach. Miejscowi lekarze konwencjonalni wykonali serię zdjęć CT głowy i stwierdzili wylew podpajęczynówkowy, który w ich ocenie wymagał operacji neurochirurgicznej. Jednak zadziwiająco szybkie ustępowanie zmian w kolejnych tomografiach oraz ogólna poprawa stanu pacjenta pozwoliły na odstępianie od zabiegu. Chory za zgodą lekarzy szpitalnych był dalej leczony homeopatycznie (ale już nie Arniką), a po kilku dniach został przeniesiony z intensywnej terapii na oddział. W ciągu 1,5 miesięcznego okresu leczenia i rehabilitacji wrócił do zdrowia.

Kolejny wykładowca, doktor Peter Fisher z Królewskiego Szpitala Homeopatycznego w Londynie przedstawił w swoim wykładzie liczne badania potwierdzające skuteczność homeopatii. Doktor wspominał również o badaniach, które z powodu niewłaściwych kryteriów doboru leku, czy zastosowania zbyt niskiej potencji nie potwierdzają korzystnego



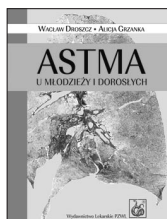
Autor w parku krajobrazowym Krainy Kanionów (Canyonlands)

działania metody. Głównym problemem prowadzenia dobrych badań homeopatii jest indywidualizacja doboru leków, dobieranych każdorazowo do stanu pacjenta.

Jednak uproszczony dobór leku można zastosować właśnie w przypadku urazu. W swojej praktyce i ja obserwowałem wielokrotnie korzystny wpływ wysoko potencjonowanej Arniki u takich pacjentów – choćby ze skręceniem stopy w stawie skokowym. Gdyby kogoś spotkała ta nieprzyjemność, to zachęcam do samodzielnego spróbowania homeopatii. Wystarczy buteleczka Arniki C1000 pod ręką i zaordynowanie pacjentowi po doznany urazie ogólnym, czy choćby zwykłym skręceniu przez kilka dni dawki leku 1 x dziennie. Homeopatyczna Arnika jest oficjalnie dostępna w aptekach. Z pewnością zaobserwowane dobroczynne efekty pozwolą przekonać się samodzielnie o skuteczności metody. Pobudzone homeopatią „życiowe siły” organizmu potrafią niejednokrotnie zadziwić. Dodam tylko, że przy urazie głowy najskuteczniejszy jest jednak inny lek – Natrium sulphuricum (wspomniany pacjent również go dostał w dalszej kolejności). Sceptycy być może powiedzą, że to i to – to, to samo placebo. Doświadczenie homeopatów jednak tego nie potwierdza i dlatego tyle uwagi poświęcają doborowi leków.

Osobiście bez Arniki nie wybieram się na żadne wyprawy, a już na pewno nie w góry. Po Kongresie miałem przyjemność zwiedzania rozległych i przepięknych Kanionów południowo-zachodnich Stanów rodem z „Dzikiego Zachodu”. Na szczęście bez konieczności użycia tego leku. Czego serdecznie i Państwu życzę.

*Tomasz Kokoszcyński
specjalista medycyny rodzinnej
Krajowy Wiceprezydent LMHI na Polskę*



Astma u młodzieży i dorosłych

Wacław Droszcz,
Alicja Grzanka
ISBN 978-83-200-4284-9
wydanie I
format: 14,5x20,5 cm
392 strony, oprawa twarda
cena katalogowa 79 zł

W książce opisano czynniki wywołujące astmę u młodzieży i dorosłych, jej obraz kliniczny, różnicowanie i badania dodatkowe. Szczegółowo przedstawiono najnowsze osiągnięcia i najskuteczniejsze metody leczenia astmy. Uwzględniono również najczęściej popełniane błędy lekarskie. Dużo miejsca poświęcono genetycznym uwarun-

kowaniom tej choroby, a także zagadnieniom występowania jej u sportowców. Omówiono też działania podejmowane w celu szkolenia chorych na astmę.

Publikacja jest przeznaczona dla internistów zajmujących się diagnostyką i leczeniem astmy, a także dla pneumologów, alergologów i lekarzy sportowych.

Odpowiedzialność zawodowa lekarzy i lekarzy dentystów (część I)

Zgodnie z obowiązującą ustawą o izbach lekarskich z dnia 2 grudnia 2009 r., która weszła w życie w dniu 1 stycznia 2010 r., członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza.

Członkami izb lekarskich są lekarze zamierzający wykonywać zawód, którym okręgowa rada lekarska przyznała prawo wykonywania zawodu – wpisani na listę członków danej izby lekarskiej. Odpowiedzialności zawodowej nie podlegają więc osoby, które co prawda posiadają dyplom lekarza, jednakże nie mają przyznanego prawa wykonywania zawodu.

Polski ustawodawca zrezygnował z usystematyzowania czynów zagrożonych odpowiedzialnością zawodową w jednym akcie prawnym. Zasadniczym źródłem zasad etyki lekarskiej, naruszenie których powoduje odpowiedzialność zawodową lekarza, jest Kodeks Etyki Lekarskiej uchwalony przez Krajowy Zjazd Lekarzy Naczelnej Izby Lekarskiej, a także uchwały władz samorządu lekarskiego, orzecznictwo sądów lekarskich oraz dobre obyczaje przyjęte przez środowisko lekarskie. Natomiast wśród źródeł przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza naczelną rolę zajmuje ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz m.in. ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej

i ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.

Sprawy w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy rozpoznawane są przez okręgowe sądy lekarskie działające w izbach lekarskich oraz Naczelny Sąd Lekarski.

O ile te pierwsze co do zasady rozpoznają sprawy w pierwszej instancji, o tyle Naczelny Sąd Lekarski rozpoznaje odwołania od orzeczeń okręgowych sądów lekarskich, orzeka o wznowieniu postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy oraz rozpoznaje zażalenia na postanowienia o tymczasowym zawieszeniu prawa wykonywania zawodu albo ograniczeniu zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza przez obwinionego wydawane przez sąd lekarski w sytuacji, gdy zebrane dowody – z dużym prawdopodobieństwem – wskazują, że obwiniony popełnił ciężkie przewinienie zawodowe i jego dalsza praca może zagrażać bezpieczeństwu pacjentów lub wskazywać, że może on popełnić kolejny błąd.

Wprowadzenie postępowania dwuinstancyjnego dostosowanego do standardów z Kodeksu postępowania karnego stanowi istotną zmianę w porównaniu z postępowaniem uregulowanym w poprzedniej ustawie o izbach lekarskich.

Ponadto, od prawomocnego orzeczenia sądu lekarskiego kończącego postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, stronom, ministrowi do spraw zdrowia oraz Prezesowi NRL przysługuje nad-

zwyczajny środek odwoławczy, tzw. kasacja do Sądu Najwyższego m.in. wówczas, gdy nastąpiło rażące naruszenie prawa, czy na lekarza została nałożona niewspółmierna kara w stosunku do przewinienia zawodowego, którego się dopuścił.

Z uwagi na otwarty katalog przewinień zawodowych, nie określono z góry sankcji, jakie mogą zostać nałożone na lekarza z tytułu odpowiedzialności zawodowej.

W myśl art. 83 ustawy o izbach lekarskich sąd lekarski może orzec w stosunku do lekarza następujące kary:

- upomnienia,
- nagany,
- kary pieniężnej,
- zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia na okres od roku do pięciu lat,
- ograniczenia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza na okres od sześciu miesięcy do dwóch lat,
- zawieszenia prawa wykonywania zawodu na okres od roku do pięciu lat,
- pozbawienia prawa wykonywania zawodu.

Podsumowując powyższe zagadnienie, należy mieć na względzie, że odpowiedzialność zawodowa lekarzy jest odrębną formą odpowiedzialności, występującą obok odpowiedzialności cywilnej czy karnej oraz tzw. porządkowej wynikającej z przepisów Kodeksu pracy.

*mec. Jadwiga Górniak
radca prawny BIL*

Studia podyplomowe „Prawo medyczne”

Od listopada 2010 roku zostaje uruchomiona na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Jagiellońskiego druga edycja Studiów Podyplomowych „Prawo Medyczne”.

Celem studiów jest przedstawienie sposobu funkcjonowania i finansowania systemu ochrony zdrowia w Polsce, praw i obowiązków pacjentów oraz pracowników służby zdrowia, a także zasad ich odpowiedzialności karnej, cywilnej i zawodowej. Program obejmuje również zagadnienia z dziedziny bioetyki.

Wysoki poziom merytoryczny studiów podyplomowych gwarantują nie tylko pracownicy Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Jagiellońskiego i Collegium Medicum UJ, ale także sędziowie Sądu Okrę-

gowego i Apelacyjnego w Krakowie, adwokaci i radcowie prawni, naukowcy z Uniwersytetu Warszawskiego, Łódzkiego i Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, eksperci z Biura Analiz Sejmowych, Biura Trybunału Konstytucyjnego oraz Biura Studiów i Analiz Sądu Najwyższego, pracownicy Narodowego Funduszu Zdrowia, dyrektorzy zakładów opieki zdrowotnej i praktykujący lekarze.

Zajęcia będą się odbywać raz w miesiącu, w soboty i niedziele, od listopada 2010 r. do grudnia 2011 r.

Szczegółowe informacje – program studiów, kadra, przykładowe materiały i nagrania wykładów, dane kontaktowe, formularz rejestracji – można znaleźć na stronie internetowej studiów: www.law.uj.edu.pl/medyczne.

Serdecznie zapraszam!

*dr hab. Włodzimierz Wróbel, prof. UJ
Kierownik Studiów Podyplomowych „Prawo Medyczne”*

„IN VITRO” – SZANSA, CZY ZAGROŻENIE?

Konferencja Naukowa **6 listopada 2010 r.**

Sala Audytoryjna Collegium Medicum Bydgoszcz, ul. Jagiellońska 13

Program:

- 10.00 Prof. dr hab. W. Sinkiewicz – otwarcie konferencji
- 10.10 Ks. prof. dr hab. Marian Machinek – *Etyczne dylematy prokreacji*
- 10.40 Prof. dr hab. n. med. B. Chazan – *Prawo czy etyka, medycyna czy weterynaria?*
- 11.10 Dr. T. Wasilewski – *Życie i godność każdej istoty ludzkiej a leczenie niepłodności małżeńskiej. In vitro czy naprotechnologia?*
- 11.40 Dr n. med. Jerzy Umiastowski – *Zapłodnienie in vitro – pytania legistyczne i etyczne*
- 12.10–12.30 Przerwa
- 12.30 Red. dr Tomasz Terlikowski – *Metoda „in vitro” w świadomości i dyskusji społecznej.*

- 13.00–13.50 Dyskusja panelowa z udziałem wykładowców, zaproszonych gości i audytorium *Jakiej ustawy in vitro potrzebujemy, a jaka jest możliwa?* – moderator red. dr Tomasz Terlikowski
- 13.50–14.00 Podsumowanie i zakończenie konferencji

Patronat konferencji: Prorektor d/s Collegium Medicum UMK prof. dr hab. Małgorzata Tafil-Klawe; Ordynariusz Diecezji Bydgoskiej J.E. ks. bp Jan Tyrawa; Prezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej dr n. med. Stanisław Prywiński.

Organizatorzy: Komisja Bioetyczna Bydgoskiej Izby Lekarskiej, Zakład Filozofii Chrześcijańskiej UAM, Fundacja „Wiatrak”.

5–6 listopada 2010 r.

● II Konferencja Archives of Medical Science

Nowości w leczeniu ostrych zespołów wieńcowych

W trakcie Konferencji wykładowcy postarają się poruszyć wszystkie ważne zagadnienia dotyczące ostrych zespołów wieńcowych, począwszy od czynników ryzyka (nadciśnienie, zaburzenia lipidowe, cukrzyca, otyłość, zespół metaboliczny), patogenezy (rozwój miażdżycy, znaczenie ultrasonografii wewnątrzwieńcowej), epidemiologii (coraz częściej obserwujemy pacjentów z zawałami bez uniesienia odcinka ST, szczególnie w grupie osób w podeszłym wieku i z cukrzycą), diagnostyki (obrazowanie – budowa płytki miażdżycowej), stratyfikacji ryzyka (coraz większe znaczenie biomarkerów, przewidywanie ryzyka na podstawie dostępnych skal), poprzez leczenie (szczególną uwagę zwrócono na poszukiwania optymalnych metod leczenia przeciwkrzepliwego i przeciwplateletowego oraz na postępy leczenia inwazyjnego), a skończywszy na przeciwdziałaniu powikłaniom i postępowaniu w przypadku ich wystąpienia.

Konferencja pod patronatem The American Society for Preventive Cardiology (ASPC).

Miejsce: Łódź.

Organizatorzy: Redakcja czasopisma *Archives of Medical Science*, Katedra Nefrologii i Nadciśnienia Tętniczego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Oddział Łódzki Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego oraz wydawnictwo *Termedia*.

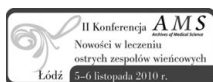
Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego: prof. nadzw. dr hab. n. med. Maciej Banach.

20 listopada 2010 r.

● XVII Sympozjum Instytutu Kardiologii Kardiologia Interwencyjna 2010

– postępy w leczeniu wad serca, nadciśnienia tętniczego i prewencji udaru mózgu

W tym roku tematem Sympozjum będą postępy w kardiologii interwencyjnej, jednej z najbardziej dynamicznie rozwijających się dziedzin w medycynie. W ostatnich latach wdrożono wiele nowych metod terapeutycznych, które znacznie poszerzyły możliwości pomocy



pacjentom z wadami serca, nadciśnieniem tętniczym czy zagrożonym udarem mózgu.

Przedstawione zostaną cztery główne zagadnienia, które zdaniem organizatorów skierowały kardiologię interwencyjną na nowe tory, otwierając zupełnie niezwykle możliwości skutecznej pomocy chorym:

1. Leczenie ciężkiego, nabytego zwężenia zastawki aortalnej za pomocą techniki przecewnikowej.
2. Przeszkórne leczenie zwężenia zastawki płucnej u pacjentów po przebytej korekcji chirurgicznej wrodzonej wady serca.
3. Leczenie różnych postaci nadciśnienia tętniczego za pomocą przeszłokornej denerwacji lub angioplastyki tętnic nerkowych.
4. Prewencję udaru mózgu za pomocą przeszłokornej metody zamknięcia uszka lewego przedsionka lub zamknięcia przetrwałego otworu owalnego.

Miejsce: Warszawa, hotel Marriott, Al. Jerozolimskie 65/79.

Organizatorzy: Instytut Kardiologii w Warszawie oraz wydawnictwo *Termedia*.

Przewodniczący Komitetu Naukowego: prof. dr hab. Adam Witkowski i prof. dr hab. Witold Rużyłło.

25–26 listopada 2010 r.

● Neuropsychiatria i neuropsychologia



V konferencja z cyklu Postępy w Neuropsychiatrii i Neuropsychologii pod nową nazwą. Tematyka konferencji dotyczyć będzie najnowszych zdobyczy wiedzy z wybranych zagadnień z zakresu neurobiologii, neuropsychiatrii i neuropsychologii, a wykładowcami będą wybitni przedstawiciele psychiatrii, neurologii, neuropsychologii i neurobiologii. Wykładowcą zagranicznym będzie prof. Joseph Zohar z Izraela, prezydent European College of Neuro-Psychopharmacology.

Miejsce: Centrum Kongresowe Uniwersytetu Medycznego, ul. Przybyszewskiego 37a, Poznań.

Organizatorzy: Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Sekcja Psychofarmakologii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz wydawnictwo *Termedia*, wydawca czasopisma *Neuropsychiatrya i Neuropsychologia*.

Kierownik Naukowy: prof. dr hab. med. Janusz Rybakowski.

Termedia sp. z o.o., ul. Kleeberga 2, 61–615 Poznań, tel./faks +48616562200, szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl

Nasz „złoty wiek”

Nie, nie mili Czytelnicy (jeżeli jeszcze tacy są – oczywiście dotyczy to „czytelników”, bo „miłych” jest jeszcze, na szczęście, dużo) – to nie będzie o tak modnej ostatnio polityce, a o późnym okresie naszego, coraz bardziej wydłużającego się życia. A osobą, która się podjęła tego, tak trudnego i stresującego zarówno dla Niej, jak i słuchaczy, tematu była prof. hab. n. med. Kornelia Kędziora-Kornatowska, kierownik Kliniki i Katedry Geriatrii Collegium Medicum UMK (już po raz drugi jako Prelegentka w naszym Klubie).

Starość to trudny okres, o którym nie lubimy ani myśleć, ani mówić, ale który każdy – jeżeli biologia mu na to pozwoli – musi przeżyć. Minęły czasy, gdy babcie były najważniejszym, najbardziej szanowanym członkiem wielopokoleniowej rodziny (patrz liczne powieści z przełomu XIX/XX wieku), a w Chinach nazwanie „starym” było komplementem.

Według Światowej Organizacji Zdrowia umowną granicą od której „zaczyna się” starość stanowi 60. rok życia, natomiast „starość właściwa” – to 75. rok życia, a wiek „sędziwy” – to okres po roku 90. życia. Proces starzenia się jest indywidualnie zróżnicowanym procesem, przy czym maksymalny okres trwania życia obliczony przez naukowców sięga 120 lat, a średnia przeżycia dla osób urodzonych w 2000 roku to 68 – 78 lat (do niedawna średni okres przeżycia zamykał się w granicach 40 lat).

Najbardziej aktualną obecnie teorią starzenia się jest tzw. teoria „zużycia”, która uważa, że komórki przechodzą ściśle ograniczoną liczbę podziałów, a starzenie się jest z góry zdeterminowane według zegara biologicznego. Natomiast teoria genetyczna za najważniejsze w długości życia uważa uwarunkowania genetyczne. Nie wyklucza się także wpływu czynników zewnętrznych. Pani Profesor szeroko nakreśliła te z nich, które głównie przyczyniają się do wydłużenia okresu przeżycia oraz względnie jego komfortu.

Takim ważnym czynnikiem jest styl życia (który aż w 55% wpływa na długość przeżycia, podczas gdy uwarunkowania genetyczne tylko w 10%), polegający głównie na restrikcji kalorycznej w granicach 1400–2000 kal/dz. – przy wystrzeganiu się niedożywienia, oraz aktywność fizyczna i umysłowa. Wielki wpływ ma także sytuacja materialna, pomoc socjalna oraz

*Starość ma te same apetyty
co młodość
Tylko nie te same zęby.*

Magdalena Samozwaniec

opieka rodzinna (tzw. syndrom pustego gniazda, prowadzący często do depresji, na którą cierpi 30–40% ludzi starych). Wskazana jest modyfikacja przestrzeni domowej, przystosowana do wydolności seniora, chociażby np. likwidacja chodniczków, co zapobiega upadkom (5-ta przyczyna zgonów ludzi starych) oraz wypracowanie umiejętności samodzielnego podnoszenia się z tych upadków (dotyczy to głównie ludzi samotnych).

Dostępność ludzi starych do lekarza jest, niestety, znacznie ograniczona, co prowadzi często do samoleczenia i szkodliwej polipragmazji. W Polsce istnieje tylko jeden (w Katowicach) szpital geriatryczny, a oddziały geriatryczne w szpitalach ogólnych są ostatnio coraz częściej likwidowane ze względu na ich nieopłacalność. Także liczba geriatrów jest w Polsce bardzo mała – wynosi 226 osób (przy czym część z nich pracuje w innych, lepiej opłacanych specjalnościach), podczas gdy Czechy (10 ml ludności) mają taką samą liczbę geriatrów, a Szwecja (9 ml ludności) aż 700 lekarzy tej profesji.

Jak dotychczas nie mamy także stworzonych odrębnych standardów leczenia geriatrycznego – choć podobno one już są przygotowane przez resort i czekają tylko na podpis minister zdrowia Ewy Kopacz. I dalsze „światelko w tunelu” – to praca nad wprowadzeniem do programu studiów lekarskich zajęć z geriatrii (obecnie są one tylko w kilku uczelniach) i stworzenie lepszych warunków do kształcenia nowych w tej dziedzinie specjalistów. No i jeszcze jedno, już nasze regionalne, „światelko” – to powiększenie wkrótce, o kilka tak potrzebnych łóżek, Kliniki Pani Profesor.

Za tę, piękną i jakże potrzebną członkom naszego Klubu prelekcję, za to „światelko w tunelu”, za niedawną, bezinteresowną pomoc Pani Profesor naszej, mającej kłopoty zdrowotne, Koleżance, oraz deklarację świadczenia dalszej, w razie potrzeby, pomocy – z całego serca dziękujemy!

Halina Grzybowska-Rogulska
Klub Lekarza-Seniora

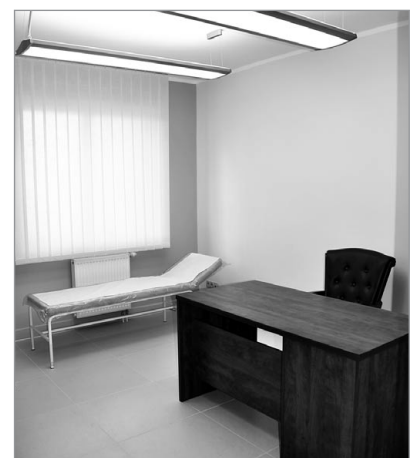
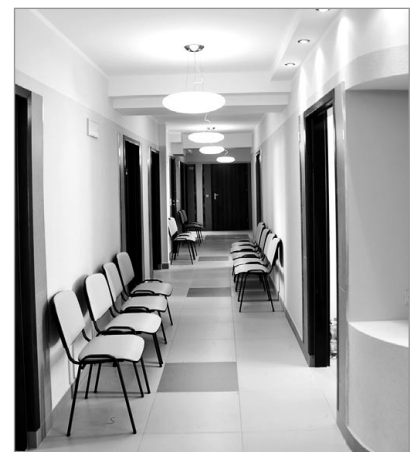
DO WYNAJĘCIA

nowoczesne, komfortowe

GABINETY LEKARSKIE

w nowym budynku.

Doskonała lokalizacja
naprzeciwko MediaMarkt
w centrum miasta, łatwy dojazd,
parking, windy, rejestracja.



Telefon **692 473 989**

Doktoraty



Rada Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy z dnia 27.05. i 24.06.2010 r. informuje, że niżej wymienione osoby uzyskały stopień naukowy:

doktora nauk medycznych w dyscyplinie medycyna:

■ **Krzysztof Dobosz**, zatrudniony w Przychodni Ogrody Sp. z o.o. ul. Ogrody 21, Bydgoszcz

Promotor: prof. dr hab. Andrzej Dziedziczko

Tytuł rozprawy: Występowanie czynników ryzyka i objawów obturacyjnych choroby płuc oraz ograniczenia przepływu powietrza wydechowego w próbie z populacji mieszkańców miasta Bydgoszczy

Recenzenci: prof. dr hab. Jerzy Liebhart – Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Alergologii, Akademia Medyczna we Wrocławiu, prof. dr hab. Zbigniew Bartuzi – Katedra i Klinika Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu.

■ **Katarzyna Cierzniaowska**, zatrudniona w Zakładzie Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Wydziału Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Promotor: dr hab. Maria Szewczyk

Tytuł rozprawy: Samoocena stanu zdrowia chorych z nowotworem jelita grubego.

Recenzenci: prof. dr hab. Arkadiusz Jawień – Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu, prof. dr hab. Jan Skokowski – Bałtycka Wyższa Szkoła Humanistyczna w Koszalinie

doktora nauk o zdrowiu:

■ **Mariola Rybka**, zatrudniona w Szpitalu w Lipnie Sp. z o.o. ul. Nieszawska 6, 87-600 Lipno

Promotor: prof. dr hab. Kornelia Kędziora-Kornatowska

Tytuł rozprawy: Jakość życia chorych w wieku podeszłym na przykładzie wybranych placówek stacjonarnej opieki długoterminowej.

Recenzenci: prof. dr hab. Irena Wrońska – Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Uniwersytet Medyczny w Lublinie; dr hab. Maria Szewczyk – Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Uniwersytet Mikołaja Kopernika
Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera
w Bydgoszczy

**zaprasza na wykłady popularnonaukowe
z dziedziny medycyny:**

MEDYCZNE ŚRODY

13.10. – „Jak można poprawić jakość życia chorych leczonych nerkozastępczo”, dr n. med. Rafał Donderski, Katedra Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych;

20.10. – „Dlaczego na badanie laboratoryjne powinniśmy przyjść na czczo”, dr n. med. Kinga Lis, Katedra i Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej;

27.10. – „Alkoholowy zespół płodowy, czy o negatywnym wpływie alkoholu na rozwijający się płód”, dr n. med. Iwona Sadowska-Krawczenko, Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa, Chorób Kobiety i Ginekologii Onkologicznej;

10.11. – „Co i jak przeszczepiamy, czyli medycyna transplantacyjna XXI wieku”, dr hab. n. med. Zbigniew Włodarczyk, prof. UMK, Klinika Transplantologii i Chirurgii Ogólnej.

Wstęp wolny, **w każdą środę, godz. 18.00.**
Aula w budynku A, ul. Jagiellońska 13,
Bydgoszcz

Więcej na www.cm.umk.pl

Kolonoskopia przesiewowa

Każdy lekarz niezależnie od specjalności i tytułów naukowych informując osoby, z którymi się spotyka o możliwości wykonania badania endoskopowego jelita grubego może mieć wpływ na epidemiologię i rokowanie w raku jelita grubego (zmniejszenie liczby zachorowań u osób poddanych polipektomii oraz rozpoznanie nowotworu we wczesnym stadium zaawansowania klinicznego).

Program wczesnego wykrywania raka jelita grubego finansowany jest przez Ministerstwo Zdrowia w ramach ogólnokrajowej akcji profilaktycznej od 10 lat. Kolonoskopia jest bezpłatna zarówno dla osób poddających się badaniu, jak i lekarzy na nie kierujących.

Do badań kwalifikują się:

- wszystkie osoby w wieku 50 – 65 lat bez objawów raka jelita grubego

- osoby w wieku 40-65 lat bez objawów raka jelita grubego, które miały w rodzinie przynajmniej jednego krewnego pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci) z rakiem jelita grubego
- osoby w wieku 25–65 lat pochodzące z rodziny HNPCC lub FAP. W tym przypadku konieczne jest skierowanie (potwierdzenie) z Poradni Genetycznej.

Do badań nie kwalifikujemy osób, które miały badanie w ciągu ostatnich 10 lat!

● W Centrum Onkologii w Bydgoszczy

Zachęcamy wszystkich lekarzy do kierowania na kolonoskopię przesiewową swoich podopiecznych. Dla ułatwienia proponujemy, aby osobom zakwalifikowanym do badań po-

dawać numer telefonu do biura programu badań przesiewowych w Zakładzie Profilaktyki i Promocji Zdrowia (52 3743596 lub 52 3743401), gdzie również można bezpłatnie otrzymać środki do przygotowania jelita grubego do kolonoskopii oraz dodatkowe informacje.

● W Biele

W Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr. J. Biele także prowadzone są badania profilaktyczne pod kątem wczesnego wykrywania raka jelita grubego.

Sekretariat Programu mieści się w Oddziale Klinicznym Gastroenterologii, Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych, na IV piętrze Szpitala, informacje pod nr telefonu 52 3714912.

PREZES SĄDU OKRĘGOWEGO W BYDGOSZCZY INFORMUJE...

W związku z niewystarczającą ilością biegłych sądowych z dziedziny medycyny przy Sądzie Okręgowym w Bydgoszczy, Prezes Sądu Okręgowego w Bydgoszczy informuje o możliwości zgłaszania się lekarzy i procedurze składania wniosków przez osoby chcące pełnić funkcję biegłego sądowego.

Kwestie dotyczące biegłych sądowych reguluje rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 24.01.2005 r. w sprawie biegłych sądowych (Dz. U. Nr 15, póź. 133).

Biegłym sądowym może być ustanowiona osoba, która:

- Korzysta z pełni praw cywilnych i obywatelskich
- Ukończyła 25 lat życia,
- Posiada teoretyczne i praktyczne wiadomości specjalne w danej gałęzi nauki, techniki, sztuki, rzemiosła, a także innej umiejętności, dla której ma być ustanowiona.
- Daje rękojmię należytego wykonywania obowiązków biegłego.
- Wyrazi zgodę na ustanowienie jej biegłym. Posiadanie wiadomości specjalnych powinno być wykazane dokumentami lub innymi dowodami.

Decyzję o ustanowieniu biegłym sądowym lub o odmowie ustanowienia biegłym podejmuje Prezes Sądu Okręgowego w Bydgoszczy.

Dokumenty, które powinien złożyć kandydat na biegłego:

- Wniosek skierowany do Prezesa Sądu Okręgowego w Bydgoszczy o ustanowienie biegłym sądowym (określić dziedzinę).
- Kwestionariusz osobowy.
- Odpis dyplomu.
- Inne dokumenty potwierdzające teoretyczne i praktyczne wiadomości specjalne z danej dziedziny. Lekarz składający wniosek, powinien posiadać I lub II stopień specjalizacji.
- Opinia z miejsca pracy. W przypadku osoby wykonującej wolny zawód - opinia organizacji zawodowej, do której osoba ta należy.
- Oświadczenie o korzystaniu z pełni praw cywilnych i obywatelskich.
- Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych.

Dokumenty składa się w Oddziale Administracyjnym Sądu Okręgowego w Bydgoszczy, ul. Piotrowskiego 7-9 pokój 203, tel. 52 3213599. W przypadku, gdy do podania załączone są kserokopie dokumentów, należy przedstawić oryginały tych dokumentów do potwierdzenia zgodności.



O NAS

Firma Roz-Med Kujawsko-Pomorskie Centrum Rozliczeń z NFZ powstała z myślą o Was lekarzach i pracownikach rozliczających kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Wiemy jak cenny jest wykonywany przez Was zawód, wiemy że często musicie pracować po godzinach, że wieczorami, zamiast odpoczywać, siadacie do komputera i wykonujecie sprawozdania do Narodowego Funduszu Zdrowia.

Jesteśmy po to, by to zmienić, stąd zachęcamy do współpracy z nami.

Oferujemy Państwu przejęcie obowiązków rozliczeń, tak aby lekarz mógł wykonywać swój zawód, a przy tym mieć czas na odpoczynek.

Chcemy Wam pomóc. Roz-Med rozwiąże Wasze problemy z rozliczeniami.

Nie czekaj, zadzwoń i umów się z nami na spotkanie!

ROZ-MED Kujawsko-Pomorskie Centrum Rozliczeń z NFZ

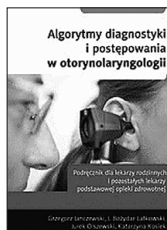
www.roz-med.pl

Nasza podstawowa oferta obejmuje:

- przygotowanie na zlecenie podmiotu oferty na zawarcie umowy z NFZ
- kompleksową obsługę podmiotów w zakresie rozliczania świadczeń medycznych
- stałą współpracę w zakresie serwisu oprogramowania do rozliczeń z NFZ
- wyjaśnianie bieżących weryfikacji po stronie NFZ
- obsługa Portalu Potencjału
- obsługa Portalu SIMP (programy profilaktyczne finansowane przez NFZ)
- tworzenie sieci komputerowych, ich serwis i modernizacja
- obsługę serwisową sprzętu pracującego u Świadczeniodawcy
- szkolenia w zakresie obsługi programu oraz zagadnień związanych z rozliczeniami

Gwarantujemy:

- zachowanie poufności w zakresie wszelkich informacji
- możliwie minimalny stopień zaangażowania z Państwa strony w sprawy formalne
- przy jednoczesnym, dobrym efekcie końcowym
- rozliczenie finansowe do uzgodnienia w zależności od podjętych czynności i charakteru współpracy
- szybką, profesjonalną obsługę przez osoby znające zarówno tajniki rozliczeń z NFZ jak i posiadające wykształcenie informatyczne



Algorytmy diagnostyki i postępowania w otoryngologii

Podręcznik dla lekarzy rodzinnych i pozostałych lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej
Grzegorz Janczewski, J. Bożydar Latkowski,
Jurek Olszewski, Katarzyna Kosiek
ISBN 978-83-62138-41-8
format 165×235 mm
liczba stron 176
oprawa miękka

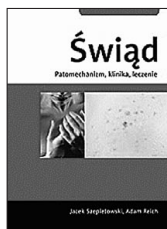
Myśl, aby przygotować opracowanie dotyczące algorytmów diagnostyki i postępowania przeznaczone dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, nie powstała nagle. Autorzy, przez wiele lat obserwując zmiany organizacyjne w ochronie zdrowia i biorąc w nich czynny udział, a zwłaszcza rozumiejąc znaczenie podstawowej opieki i ważną rolę lekarza rodzinnego – uważali za wskazane, aby przekazać swoje doświadczenia zawodowe i życiowe ogromnej rzeszy lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej borykających się z trudnościami diagnostyczno-leczniczymi w otoryngologii. [...] Obszerniejsze dane dotyczące etiologii, objawów, diagnostyki i leczenia w otoryngologii może Czytelnik znaleźć w wielu innych podręcznikach. W niniejszym opracowaniu zostały omówione tylko te jednostki chorobowe lub stany patologiczne, które mają szczególne znaczenie w podstawowej opiece medycznej. W niektórych algorytmach czynności przekraczające kompetencje lekarzy rodzinnych oraz możliwości techniczne podano jako informacje mające uzupełnić postępowanie specjalistyczne w określonych sytuacjach. [...]



Pielęgniarstwo angiologiczne

pod red.
Marii T. Szewczyk i Arkadiusza Jawienia
ISBN 978-83-62138-44-9
format A5
liczba stron 248
oprawa miękka

Książka zawiera 19 rozdziałów omawiających specjalistyczne zagadnienia z zakresu pielęgniarstwa angiologicznego. Powstała w wyniku zapotrzebowania na literaturę zgodną z obowiązującymi standardami kształcenia na kierunku pielęgniarstwo. Poszczególne rozdziały mogą stanowić ważne źródło wiedzy również dla studentów fizjoterapii, a także pielęgniarek pracujących w dziedzinie chirurgii naczyni, chirurgii ogólnej, opieki długoterminowej i rehabilitacji. Autorzy omówili epidemiologię poszczególnych jednostek chorobowych i ich etiopatogenezę, sylwetkę psychofizyczną chorego, możliwości lecznicze oraz działania pielęgniarstwa mieszczące się w zakresie pełnionych funkcji. Poza zagadnieniami specjalistycznymi zwrócili uwagę na wielowymiarowość działań pielęgniarstwa oraz ich aspekty psychologiczne. Publikację tę przygotowali pracownicy naukowo-dydaktyczni mający zarazem wieloletnie doświadczenie w chirurgii naczyniowej, specjaliści w dziedzinie pielęgniarstwa, chirurgii naczyni i angiologii oraz rehabilitacji.

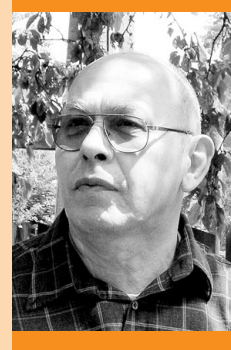


Świąd. Patomechanizm, klinika, leczenie

Jacek Szepietowski, Adam Reich
ISBN 978-83-62138-06-7
format B5
liczba stron 160
oprawa miękka

Jest to pierwsza w Polsce monografia w pełni poświęcona świądowi. Książka ma charakter interdyscyplinarny i skierowana jest do lekarzy dermatologów, lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz do szerokiego grona różnych specjalistów zajmujących się schorzeniami przebiegającymi ze świądem – nefrologów, hepatologów, hematologów, neurologów czy psychiatrów. Każdy rozdział zawiera spis pozycji piśmiennictwa z wyłączeniem tych, które – zdaniem autorów – są szczególnie wartościowej i polecane jako literatura rozszerzająca wiedzę zawartą w tej pozycji. Na końcu rozdziałów podane są też kluczowe informacje, określane w języku angielskim jako tzw. take home messages.

Mój jest ten kawałek podłogi!...



*Jesień płyną, przez nas płyną,
rozdadają spokój, złoto, wino."*
Seweryn Krajewski

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Ano właśnie, cytowana piosenka Pana Seweryna (nota bene, mam duży sentyment do tego imienia) nastroja nas, a przynajmniej mnie, jakimś sentymentem i tęsknotą za czymś, co przeminęło, za czymś, co nie było przelotnym wydarzeniem, ale czymś, co na trwale zagościło w mojej duszy czy umyśle. Ze zdziwieniem stwierdzam, że ta świadomość przemijania nie wywołuje u mnie jakiegoś zaniepokojenia i nie wprowadza mnie w zły humor. Wręcz odwrotnie to, co napływa z codziennością jesiennych dni, daje mi poczucie bezpieczeństwa, spokoju i pewnego spełnienia.

Jesień niekoniecznie musi być ponura, deszczowa i smutna. Możemy w niej dostrzec piękno znaczone kolorami mieniących się lasów, łąk pokrytych porannymi mgłami, czerwienią dywanu z liści opadłych z bukowych drzew i złotych promieniach słońca.

Wreszcie spokój, który da się zauważyć na każdym kroku, jeżeli tylko „wyściubi” się nos poza granice miasta.

No, może jedynej rzeczy to jesień nie rozda, nie rozdaje wina i tu Pan Seweryn się mylił. Chociaż już po spacerze, w zaciszu domowym ktoś mi tę lampkę wina poda! Chyba?

Kończę z nadzieją, że chyba jednak Ktoś poda!

A. Martynowski

Klub lekarza-seniora zaprasza...

...3 listopada 2010 r. do siedziby Bydgoskiej Izby Lekarskiej. Tym razem gościem „klubowiczów” będzie dr Robert Kucharski, neurolog – kierownik Centrum Psychoneurologii Wieku Podeszłego Domu Sue Ryder w Bydgoszczy, a tematem jego prelekcji „Zdrowie psychiczne w wieku podeszłym”.

Początek spotkania – jak zwykle o godzinie 15.00.

SERDECZNE PODZIĘKOWANIA...

...Dyrektorowi ds. medycznych Szpitala w Inowrocławiu, doktorowi **Januszowi Wiczorkowi** – cudownemu Lekarzowi i wspianiemu Człowiekowi – za troskliwą i serdeczną opiekę

składa wdzięczna pacjentka
Zofia Kuchajewicz z rodziną

ET CETERA...

9 czerwca br. w Izbie Lekarskiej lekarze – seniorzy gościli młodych twórców – członków bydgoskiej grupy literackiej „et cetera”. Pisaliśmy o tym we wrześniowym numerze „Primum non nocere”, który dzięki doktor Grzybowskiej dotarł do członków poetyckiej grupy. I bardzo szybko odezwał się Piotr Stareńczak – współzałożyciel grupy. Co napisał? Przeczytajcie Państwo:

W imieniu całej grupy która miała zaszczyt i przyjemność wystąpić 9 czerwca br. w Izbie Lekarskiej – choć na pewno moi koledzy i koleżanki również obysypią Państwa mailami – pragnę podziękować za zaproszenie, zorganizowanie oraz dokumentację tego ważnego dla naszej grupy spotkania. Szczególne podziękowania należą się pani Halinie Grzybowskiej-Rogulskiej, za jej ciepło, życzliwość i zainteresowanie. Tamten dzień nigdy nie ulotni się z naszej pamięci i najprawdopodobniej już nigdy nie będzie nam dane wystąpić przed równie niezwykłą publicznością.

Raz jeszcze pięknie dziękujemy.

Piotr Stareńczak

PRACA

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kowarach (woj.dolnośląskie) zatrudni **lekarza internistę** lub **lekarza medycyny rodzinnej** do pracy w POZ-ie. Miła atmosfera w niewielkim NZOZ-ie. Bardzo atrakcyjne warunki finansowe. Kontakt: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Cito-Med”, ul. 1 Maja 2a, 58-530 Kowary, tel. do kierownika 601 082 051.

NZOZ „Przychodnia Akademicka” w Bydgoszczy ul. Kołłątaja 9 zatrudni **specjalistę z zakresu okulistyki** lub w **trakcie specjalizacji** w niepełnym wymiarze czasu pracy. Warunki pracy i płacy do uzgodnienia. Kontakt tel.: 52 3223402 lub 515 263 023.

NZOZ zatrudni **stomatologa**. Telefon 602 442 252.

NZOZ Polskie Centra Stomatologiczne „Dens” nawiązą współpracę z **lekarzem stomatologiem**. Warunki pracy i płacy do uzgodnienia. Kontakt: tel. 52 3631278, 512 494 772, e-mail: prezes@dens.com.pl

NZPOZ „MEDICUS” w Kwidzynie zatrudni **lekarza do pracy w poz.** Tel. kontaktowy 793 791 890.

Dyrekcja Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Mogilnie podejmie współpracę z **lekarzami różnych specjalności**. W gabinetach specjalistycznych w zakresie: **alergologii, endokrynologii, diabetologii, kardiologii, laryngologii, ortopedii, stomatologii**. Na oddziałach szpitalnych w zakresie: **pediatrii i chirurgii**. W ramach poz w zakresie **chorób wewnętrznych i pediatrii**. Oferujemy pracę w ramach kontraktów, które będą zawierane z NFZ na 2011 r. (umowa cywilno-prawna lub umowa o pracę). Osoby zainteresowane współpracą proszone są o kontakt z Dyrekcją: 52 3152515, 52 3152533.

Specjalista medycyny rodzinnej (12-letni staż pracy) poszukuje pracy w bydgoszczy

oraz okolicach bydgoszczy. Wykonuję badania usg oraz posiadam uprawnienia do badania kierowców oraz kandydatów na kierowców wszystkich zainteresowanych proszę o kontakt na nr telefonów: +48 698 751 593, +48 531 597 773 lub na adres: sowmed1@wp.pl

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

Gabinet Lekarski, posiadający bazę klientów, nawiąże współpracę z **lekarzem psychiatrą** (dogodne warunki). Tel. 600 363 616.

WYNAJEM

W działającej od lat prywatnej poradni specjalistycznej, gabinety lekarskie do wynajęcia. Poradnia mieści się w centrum Bydgoszczy, wygodny dojazd. Więcej informacji i kontakt: tel./fax 52 3225177, kom. 694 134 853, e-mail socha.irena@gmail.com

Gabinet lekarski na potrzeby niezbiegowej prywatnej praktyki lekarskiej wynajmę. Kontakt: 509 960 330.

DORADCA PODATKOWY mgr inż. Sławomir J. Rogalski



nr wpisu – 05537

Siedziba: ul. E. Kwiatkowskiego 2 Bydgoszcz
tel. (52) 344 36 34 (Fordon, obok Lidla)
Filia: ul. Szubińska 15 Bydgoszcz
tel. (52) 37 307 87 (między Piękną a Castoramą)
Telefon kom. 602 38 65 81
e-mail: rogalski@box.net.pl

- PROWADZENIE ROZLICZEŃ PODATKOWYCH KONTRAKTÓW LEKARSKICH
- ROZLICZENIA z ZUS i US
- ROZLICZENIA ROCZNE
- DORADZTWO PODATKOWE

Dwie rzeczy są w życiu pewne

– śmierć i podatki

Benjamin Franklin

DO WYNAJĘCIA GABINETY LEKARSKIE
Fordon obok Lidla i Carrefour
Kontakt: tel. (52) 344 36 34

www.ultrasonografy.pl