

UCHWAŁA

Okręgowej Rady Lekarskiej
Bydgoskiej Izby Lekarskiej
z dnia 21.12.2006r.

Na podstawie art. 22 ust. 1 ustawy
z dnia 17 maja 1989 r.
o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 30
póź. 158 z późn. zm.)
Okręgowa Rada Lekarska
w Bydgoszczy postanawia:

§ 1

Zwołać w dniu 31 marca 2007 r.
XXIV Okręgowy Zjazd Lekarzy
Bydgoskiej Izby Lekarskiej

§ 2

Wykonanie uchwały powierzyć
Sekretarzowi Bydgoskiej
Izby Lekarskiej.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie
z dniem podjęcia.

W NUMERZE:

CO O NAS MYŚLĄ	3
LEKARZE UBEZPIECZENI	3
Z BIL	4
LEKARZE PROTESTUJĄ	5
WIRTUALNA BIBLIOTEKA	6
WESZŁA USTAWA	7
ROZMOWA Z DR. N. MED. ANDRZEJEM HOFFMANNEM	8
ODDZ. UROLOGII ONKOLOGICZNEJ ..	10
PROFILAKTYKA: RAK JELITA GRUBEGO	11
NAUKI KLINICZNE	12
MŁODZI LEKARZE PISZĄ	13
PRZEKAŻ 1%	14
AD VOCEM	15
NFZ PODSUMOWUJE	16
MOIM ZDANIEM	17
FELIETON I... ..	18, 21
PRACUJĘ W ANGLII	19
SPOTKANIA	20
W PIGUŁCE	22

Okładka: Zillertal, Austria. Fot. Jan Dalke.



Szanowne Koleżanki i Koledzy

Nareszcie zima! Nie tylko kalendarzowa, ale i ta, zaznaczona najprawdziwszym śniegiem. Koledzy wywędrowali spiesznie z nartami na stoki górskie, cieszą się nasze dzieci i wnuki.

Zaczął się również 2007 rok. Dla jednych pełen nadziei na lepsze zdrowie, lepszą pracę, lepsze pieniądze, dla innych – pełen nadziei na przetrwanie. Bo jakże przeżyć przez miesiąc za 735 zł. (na własne oczy widziałam naliczoną emeryturę u schorowanej lekarki, która pracuje, aby przeżyć!).

Kolejny rok apeluję o przekazywanie 1% podatku z rozliczenia rocznego. Pieniądze te wzmocnią nasz wciąż mały fundusz na Dom Lekarza Seniora. W roku ubiegłym uzbieraliśmy z tego odliczenia 23 431,95. zł. Dzięki serdecznej

Nasz projekt domu jest na ukończeniu. Wielokrotnie konsultowany przez nas, ale i – z konieczności – przez wiele instytucji. Chcielibyśmy w tym roku podjąć pracę nad pierwszym etapem: zdjęcie dachu, podwyższenie ostatniej kondygnacji, wymiana okien na niej i pokrycie nowym dachem. Nie wiem, czy będą na to pieniądze. To oczywiście zależy od Was, od Waszej hojności, ale i pomysłu na to, co dalej. Łatwo powiedzieć: nie ma za co remontować, to sprzedajcie dom. Powiem inaczej, nie po to walczyliśmy o ten dom, aby go tak łatwo oddać. Drodzy koledzy młodego i średniego wieku, starzejemy się szybko. Nie wiadomo, komu z Was będzie ten dom potrzebny. Pomyślcie o tym teraz. W pogoni za lepszym życiem wymazujecie wizję starości, która nieuchronnie nadejdzie, a wraz z nią często bezradność i samotność. Oby nie!

Na najbliższym Zjeździe zwrócę się do Was z propozycjami dalszych działań w sprawie Domu. A może ktoś będzie miał lepsze? Czekam na nie naprawdę z wielką nadzieją.

W imieniu Fundacji Domu Lekarza Seniora

Małgorzata Świętkowska

BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

RADA PROGRAMOWA

Przewodniczący: dr n. med. Wojciech Szczęsny; wiceprzewodniczący: dr n. med. Witold Hryncewicz; członkowie Rady: prof. Aleksander Araszkiwicz, red.: mgr Agnieszka Banach, red. nacz.: mgr Teodora Bogdańska, lek. Mieczysław Boguszyński, dr n. med. Małgorzata Czajkowska-Malinowska, lek. Józef Karwowski, dr n. med. Jerzy Kochan, dr n. med. Andrzej Martynowski, dr hab. n. med. Jan Styczyński.

CZEKAMY na Państwa opinie, uwagi i propozycje! Przewodniczący Rady Programowej: Wojciech Szczęsny, tel. 0602 395 654; redaktor naczelny: Teodora Bogdańska tel. 052 346 07 85, 0696 016 262; red. graf. Anna Faleńczyk; redaktor: Agnieszka Banach agnieszka.banach@hipokrates.org

WYDAWCA: Bydgoska Izba Lekarska, Bydgoszcz, ul. Powstańców Warszawy 11; telefony: **0523460084, 0523460780**; Numer konta: 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. 0523461257
● Redakcja: **e-mail: primum@bil.org.pl**, tel. **0523460785**;

Dziecięca gwiazdka



Fot. Czesław Kępa

Wigilia lekarzy seniorów



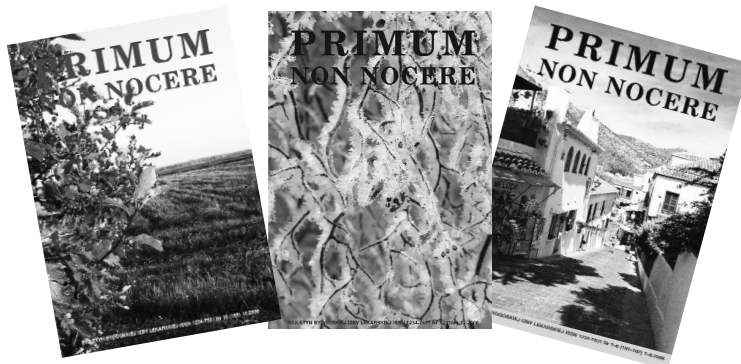
Fot. Mieczysław Tomasiak

Spotkanie noworoczne w BIL



Fot. Piotr Dobrodziej

Kto nas czyta?



Jak zapewne PT Czytelnicy pamiętają, do jednego z numerów „Primum” dołączyliśmy ankietę zapytaniem o to, kto nas czyta, czego szuka w piśmie, czego oczekuje, a czego by nie chciał. Otrzymaliśmy w sumie 75 ankiet, przy czym większość z nich dotarło pocztą z różnych miejscowości, a wiele dostarczyła niezawodna dr Halina Grzybowska z zebrań Lekarzy Seniorów. Bardzo dziękuję w tym miejscu Pani Doktor oraz wszystkim starszym Koleżankom i Kolegom, którzy wypełnili ankietę.

Byli też i młodszy respondenci. Najmłodsza Koleżanka miała 28 lat, zaś najstarsza 84. Średnia wieku to 69 lat. Kiedy opracowywałem te dane, zadałem sobie pytanie, czy inni nas nie czytają, czy też po prostu w nawale pracy nie znaleźli czasu na wypełnienie ankiety. Może popełniam teraz błąd statystyczny tzw. *bias*, zakładając, że preferencje starszych Kolegów są tożsame, lub co najmniej zbliżone z odczuciami młodszych Czytelników. Ale – zdaje się – innego wyjścia nie ma.

Respondenci są zdania, że nasza gazeta jest potrzebna, przy czym 75% zaznaczyło odpowiedź „zdecydowanie potrzebna”. Pozwala to z jeszcze większym zaangażowaniem pracować nad naszym periodykiem. Nikt nie wyrzuca „Primum” nie czytając, zaś 68% czyta je w całości. Pozostali wybierają z periodyku niektóre

tytuły. Jakie sprawy najbardziej interesują naszych odbiorców? Przede wszystkim aktualne problemy środowiska (100% odpowiedzi). Pewną przeszkodą jest tu, o czym pisali respondenci w „wolnych wnioskach”, fakt że ukazujemy się raz na miesiąc, co skutkuje dezaktualizacją niektórych faktów. Sam doznaję tego – przyznam – pisząc artykuły do „Primum”. Ale inaczej, niestety, być nie może.

Ponad 66% respondentów poszukuje artykułów historycznych. Tu wielkie podziękowania dla Sekcji Historycznej BIL, a osobiście dla dr. Mieczysława Boguszyńskiego, którego talent dziejopisarza jest nie do przecenienia, a jego archiwum kryje materiał na wiele, wiele publikacji. Połowa ankietowanych poszukuje artykułów polemicznych z zakresu etyki i deontologii. Ten temat, jakże bliski mojemu sercu, jak więc widać, też znajduje uznanie. Nieco mniej osób poszukuje informacji o konferencjach, klinikach i oddziałach.

Naszej gazety nikt nie uznał za odebraną od środowiska. 13% uważa, że porusza ona tylko problemy pewnych środowisk i nie reprezentuje wszystkich. Choć odsetek ten nie jest duży, chciałbym wykorzystać ten fakt, jako ponowny apel do wszystkich Czytelników. Prosimy o nadsyłanie swoich spostrzeżeń, przemyśleń czy opisów zajmujących Państwa spraw. W „Primum” nie ma te-

matów tabu, czy ideologii jedynie panującej!

Ten temat też był poruszany w „wolnych wnioskach” ankiety. Jeszcze raz powtarzam: możemy publikować tylko teksty, które otrzymamy! Nie miejcie Państwo żalu, że nie wygracie w loterii, jeśli nie kupujecie losu!

Niektórzy narzekali na obecność reklam samochodów itp. Szanowni Państwo! Takie są niestety realia rynku, a pieniądze uzyskane z reklam są przeznaczane na poprawę jakości edytorskiej naszego pisma (ostatnio dodatkowe cztery strony w kolorze). Rada Programowa pracuje za darmo. Również autorzy tekstów nie są nagradzani.

Wiele osób domaga się aktualnych informacji o zjazdach i konferencjach. Staramy się je zamieszczać, lecz nie możemy tego uczynić bez informacji od organizatorów, którzy często niestety zapominają o medium, jakim jest „Primum”.

Kilkanaście osób domaga się artykułów polemicznych z dziedziny deontologii i etyki. Tu mogę obiecać wszechstronne poparcie, apelując równocześnie o nadsyłanie swoich refleksji.

Reasumując, ankieta wykazała, że chyba jesteśmy potrzebni. Będziemy pracować nad ulepszeniem oferty. I jeszcze raz zachęcamy do czynnej współpracy!

W imieniu Rady Programowej
Wojciech Szczęsny

Lekarze ubezpieczeni przez BIL

Bydgoska Izba Lekarska opłaciła już za swoich członków na 2007 rok składkę na ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej (nieobowiązkowe). Zgodnie z zawartym z Towarzystwem Ubezpieczeń i Reasekuracji CIGNA STU S.A. Porozumieniem (PNN nr 1/2007) składka za roczny okres ubezpieczenia, którą płaci Bydgoska Izba Lekarska, wynosi 14 zł za każdego zareje-

strowanego na dzień 01.01.2007 r. lekarza – 3737 osób.

Na koniec rocznego okresu ubezpieczenia Bydgoska Izba Lekarska otrzymuje zwrot 10% wpłaconej składki, w sytuacji jeśli szkodowość nie przekroczy określonego w umowie progu. Jest to wynik żmudnych negocjacji Izby z firmami ubezpieczeniowymi.

Życząc Państwu spokojnej, bezpiecznej pracy – obiecujemy, że po okresie rocznego ubezpieczenia, poinformujemy, jaki był rok 2007 w tym zakresie.

Uwaga: Nowo rejestrowani lekarze – członkowie BIL zostają także objęci ubezpieczeniem zbiorowym od dnia ich rejestracji.

Okręgowa Rada Lekarska BIL do Rady Etyki Mediów

*Wielce Szanowni Państwo!
Wysoka Rado Etyki Mediów!*

Okręgowa Rada Lekarska oraz lekarze zrzeszeni w Bydgoskiej Izbie Lekarskiej wyrażają stanowcze oburzenie spowodowane sposobem przedstawienia w „Gazecie Wyborczej” w Bydgoszczy sprawy lekarza Marka M., a dotyczącej śmierci 3-letniego chłopca podczas zabiegu urologicznego w prywatnej lecznicy. (...)

W zapowiedziach tekstu pióra Marcina Kowalskiego i Anny Twardowskiej pojawiła się niedopuszczalna, zarówno z punktu widzenia prawa, a także – co może ważniejsze – zwykłej ludzkiej przyzwoitości, antycypacja winy wspomnianego lekarza. W dniach poprzedzających opublikowanie artykułu na pierwszych stronach gazety ukazywały się „zajawki” z tekstami: „Lekarz odpowiedzialny za śmierć dziecka nadal operuje”, „Bezkarne lekarz z Bydgoszczy”. „Gazeta ujawnia prawdę o szokującej śmierci chłopca na stole operacyjnym”. Tytuł w internetowym wydaniu gazety (<http://miasta.gazeta.pl/bydgoszcz/1,35590,3801376.html>) brzmi: „Zbyt silne znieczulenie zabiło Gracjanę”.

Szanowna Rado!

Dobrym prawem mediów jest informowanie społeczeństwa o wszystkich sprawach dziejących się w naszym otoczeniu. Obywatele muszą być informowani również w sprawach bulwersujących, trudnych, czy wręcz o takich gdzie następuje widoczne łamanie prawa. Jednak w każdym przypadku należy informować rzetelnie, zgodnie z wymogami polskiego prawa i nade wszystko uczciwie, nie stając po niczyjej stronie, tam gdzie istnieje jeszcze nierozstrzygnięty konflikt. Taka jest rola mediów. Jest to również wymagane przez Kartę Etyki Mediów.

Doktor Marek M. nie ma jeszcze postawionych zarzutów prokuratorskich! Nie ma nawet pewności czy będzie je miał, o wyroku sądu nie wspominając. Tymczasem redaktorzy z Gazety Wyborczej ten wyrok już wydali przypisując sobie prawa prokuratora, adwokata i sędziego. Obywatel Polski, państwa prawa, nie może być nazywany, zwłaszcza w mediach, odpowiedzialnym czy bezkarnym, skoro nie zasądzono żadnej kary. Marek M nie został jeszcze skazany i nie unika poddaniu się karze nie jest zatem „bezkarny”. Nikt z bohaterów owego dramatu nie mataczył, nie ukrywał się przed wymiarem sprawiedliwości czy w jakikolwiek inny sposób utrudniał śledztwo.

Użycie formy czasu przeszłego dokonanego w tytule internetowym, jest nadużyciem, które nawet trudno skomentować w kategoriach czegoś co nazywa się uczciwością i bezstronnością dziennikarską.

Najbardziej bolesne a zarazem haniebne jest stwierdzenie, że Gazeta „ujawnia prawdę”.

Szanowni Państwo!

Pojęcie prawdy było, jest i zawsze będzie przedmiotem sporów. Wyrok niezawisłego sądu, wydany na podstawie wnikliwej analizy **wszystkich** dowodów i opinii biegłych i tylko on może zbliżyć się do prawdy obiektywnej.

Sprawa śmierci dziecka jest tragedią całego bydgoskiego środowiska lekarskiego, a dla osób które bezpośrednio brały udział w jego zabiegu traumą, która pozostanie na całe życie. Dotychczasowe śledztwo i przewód sądowy nie wykazało w sposób jednoznaczny, kto lub co przyczyniło się do śmierci Gracjana. Nie można wykluczyć, że taka odpowiedź nie zostanie nigdy udzielona, gdyż nie jest już możliwe stwierdzenie czy nie

miał on ukrytej choroby, niemożliwej do wykrycia na obecnym poziomie wiedzy, a powodującej właśnie taką reakcję. Nie można rzecz jasna również wykluczyć błędu ludzkiego i dlatego sprawa jest przedmiotem zainteresowania organów prokuratorskich i była już przedmiotem rozprawy przed sądem.

Nowe opinie biegłych, na które powołują się autorzy, a które sporządziła była konsultant krajowy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii prof. Mayzner-Zawadzka, jest jedynie jednym z narzędzi jakimi może posłużyć się niezawisły sąd wydając wyrok. **Nie jest to w żadnym razie opinia wiążąca, ani rozstrzygająca o czyjejs winie.** Sprawa tragedii w lecznicy w Fordonie jest nadal pełna niewyjaśnionych okoliczności. Nic nie jest tak oczywiste jak chcieli by autorzy omawianego tekstu. W państwach, należących do cywilizacji europejskiej od ponad dwustu lat obowiązuje zasada prawna „in dubio pro reo”, nakazująca każdą wątpliwość rozstrzygać na korzyść oskarżonych. Nawet pobieżna lektura tekstów związanych ze sprawą śmierci chłopca publikowanych w „Gazecie” pozwala przypuszczać że państwo Kowalski i Twardowska albo jej nie znają, albo – w co nie chcielibyśmy wierzyć – świadomie ją ignorują.

Okręgowa Rada Lekarska zwraca się zatem do Państwa o przeanalizowanie sposobu przedstawienia sprawy Marka M. w bydgoskiej mutacji „Gazety Wyborczej”. (...) Nie wiemy czemu jedna opinia, jedynie dowód w sprawie, ma decydować o stygmatyzowaniu lekarza, nazywania go winnym i bezkarnym przed wydaniem wyroku sądu. Przypisywanie sobie monopolu na prawdę, pozostaje jak sądzimy poza wszelkim komentarzem.

(...) skróty pochodzą od red.

Z KOMISJI MŁODYCH LEKARZY

15 grudnia 2006 roku, w Klubie Młodego Lekarza Bydgoskiej Izby Lekarskiej, odbyło się spotkanie Komisji Młodych Lekarzy. Posiedzenie zostało podzielone na dwie części.

W pierwszej, roboczej części spotkania, zdano relację z XIV Ogólnopolskiej Konferencji Młodych Lekarzy, w której uczestniczyli przedstawiciele naszej KML.

Poinformowano, że następna XV Ogólnopolska Konferencja Młodych Lekarzy będzie organizowana przez Komisję Młodych Lekarzy Bydgoskiej Izby Lekarskiej.

Zaprezentowano propozycje Naczelnej Izby Lekarskiej dotyczące no-

wego systemu specjalizacyjnego; zajęto się problemem braku wzrostu wynagrodzeń lekarzy rezydentów i stażystów. Następnie przedstawiono wyniki Lekarskiego Egzaminu Państwowego, zwracając uwagę na niską średnią ilość punktów z LEPu lekarzy z Bydgoskiej Izby Lekarskiej w porównaniu z lekarzami z innych izb lekarskich; aż 10 lekarzy nie zdało tego egzaminu, nie uzyskując prawa wykonywania zawodu!

Zaprezentowano stronę internetową KML. Można na niej znaleźć aktualności dotyczące pracy KML oraz informacje przydatne młodym lekarzom i studentom

ostatnich lat kierunku lekarskiego uczelni medycznych.

W części integracyjno-wigilijnej spotkaliśmy się m.in. z przedstawicielami Samorządu Studenckiego Wydziału Lekarskiego CM UMK, przedstawicielami Studenckiego Towarzystwa Naukowego CM UMK oraz przedstawicielami IFMSA-POLAND, nawiązując z nimi współpracę. Mimo, że spotkanie było adresowane do młodych lekarzy, a szczególnie do stażystów, to szkoda, że właśnie ich zabrakło, zwłaszcza że znaczną część czasu poświęcono sprawom dotyczącym stażystów.

Agnieszka Czyżewska



Do Lekarzy w Polsce

**Szanowni Państwo,
Koleżanki i Koledzy,**

W lipcu ub. roku Sejm RP przyjął tzw. ustawę podwyżkową, która pozwoliła na pewien wzrost płac lekarskich. Z pewnością jednak ustawy i podwyżek nie byłoby, gdyby nie zdecydowany protest lekarzy: najpierw na Podkarpaciu, później także w kilku innych województwach. Wspomniane podwyżki, jakkolwiek mają pewne znaczenie, nie zmieniają zasadniczo statusu materialnego lekarzy, zatrudnionych w publicznej służbie zdrowia, tym bardziej, że średnia płaca w gospodarce rośnie stale, a nasze pensje od strajku do strajku.

Zarząd Krajowy OZZL, wyciągając wnioski z ubiegłorocznych protestów, przygotował plan działań mających na celu **radikalną zmianę sposobu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce**, która pozwoli na trwałą poprawę statusu zawodu lekarza, również materialnego. Głównym elementem tych działań ma być osiągnięcie, wiosną br., gotowości strajkowej (i ewentualne przeprowadzenie strajku), jednocześnie w możliwie największej liczbie placówek medycznych w całym Kraju.

Osiągnięcie gotowości strajkowej jest możliwe po przeprowadzeniu tzw. **sporu zbiorowego**. Jest on prowadzony przez związek zawodowy z pracodawcą (dyrektorem), a jego podstawą są żądania dotyczące warunków pracy i wynagradzania. OZZL opracował jeden, wspólny dla wszystkich, wzór żądań stanowiących podstawę sporu zbiorowego. Są one zgodne z ustaleniami Krajowego Zjazdu Lekarzy ze stycznia 2006 r. (płaca dla lekarzy bez specjalizacji w wysokości 2 x średnia krajowa, dla specjalisty 3x średnia krajowa, czternastodniowy urlop szkoleniowy rocznie).

Aby te działania przyniosły zamierzony skutek, musi być gotowych do strajku: 400–500 szpitali w kraju, w – przynajmniej – 12 województwach. Przygotowania w wielu regionach już się rozpoczęły. Do sporów przystępują organizacje OZZL z tych województw, które strajkowały w ub. roku. Dołączają się szpitale woj. pomorskiego, Warszawy i znaczna część Małopolski. Ale to za mało. **Wśród białych płam są m. innymi Dolny Śląsk, Kraków, Podlasie, Zachodnie i Środkowe Pomorze, woj. lubuskie.** Jest to sytuacja zupełnie niezrozumiała, którą wykorzystuje minister zdrowia ogłaszając triumfalnie, że lekarze są niezgodni do protestu.

Nie bójcie się. Naszą intencją nie jest narażenie kogokolwiek z lekarzy, ani doprowadzenie do ruiny finansowej tej, czy innej placówki. Nie będzie zatem izolowanych strajków w tym, czy innym szpitalu. Będzie albo jeden ogólnopolski strajk w 400–500 szpitalach w kraju, który doprowadzi do przełomu w reformowaniu służby zdrowia, albo nie będzie żadnego.

Apelujemy do Was i prosimy: **utwórzcie organizację terenową OZZL w swoim szpitalu i przystąpcie natychmiast do sporu zbiorowego**, zgodnie ze wzorem ustalonym przez OZZL. Te działania są proste do przeprowadzenia, wymagają tylko odrobiny chęci. Zarząd Krajowy OZZL udzieli wszelkiej pomocy. Powstał specjalny zespół osób, które – w razie potrzeby – przyjadą do każdego szpitala, wyjaśnią wątpliwości, pomogą przeprowadzić zebranie założycielskie OZZL i wszcząć spór zbiorowy. Wszelkie informacje dostępne są na stronie internetowej OZZL: www.ozzl.org.pl Można też pisać na adresy: ozzl@ozzl.org.pl lub kbukiel@ozzl.org.pl

*Zarząd Krajowy OZZL
Krzysztof Bukiel
przewodniczący Zarządu*

Lekarze będą składać pозwy

Pierwszego maja 2004 Polska została członkiem Unii Europejskiej. Od tego dnia obowiązuje nas także jej prawodawstwo, m.in. unijne dyrektywy oraz orzeczenie Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości, określające przeciętny czas pracy lekarza. A te mówią, że w okresie siedmiodniowym, łącznie z godzinami nadliczbowymi, nie może on przekroczyć 48h! Jeżeli przekroczy – za czas przepracowany ponad normę UE pracownik ma prawo domagać się zadośćuczynienia finansowego lub odpowiedniej ilości płatnego urlopu.

Zapadł już pierwszy wyrok w sprawie lekarza domagającego się, w zamian za dyżury medyczne, pełnione poza normatywnym czasem pracy – czasu wolnego. Wyrok Sądu Okręgowego w Krakowie uznał roszczenia lekarza, znanego już całej Polsce – Czesława Misia, za zasadne. Za 26 dyżurów przyznano mu miesiąc płatnego urlopu, w ten sposób uznając, że norma pracy lekarza w Polsce wynosi 40 godz. na tydzień, dyżur medyczny jest czasem pracy, a czas przepracowany ponad normę to zwyczajne godziny nadliczbowe.

Konsekwencje wyroku dla lekarzy są jasne. Tylko czekać, aż kolejne pozwy zaczną sływać do sądów.

„Właśnie przygotowuję pozew i na przełomie stycznia, lutego skieruję go do sądu pracy. – informuje Dariusz Ratajczak, przewodniczący Regionu Kujawsko-Pomorskiego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy – Obliczyłem, że od 1 maja 2004, do dzisiaj, miałem około 260–270 dyżurów, czyli powinienem mieć około roku płatnego urlopu. Przeliczając to na gotówkę, mój zakład pracy, musiałby mi wypłacić nawet 100 tys. złotych.”

(a.b.)

Od redakcji: wzór pozwu przygotowany przez mec. Lesława Świstunia, pełnomocnika doktora Misia jest dostępny na stronach OZZL – www.ozzl.org.pl

*Wyrazy współczucia Doktorowi Jerzemu Klepackiemu,
aktywnemu członkowi naszej Bydgoskiej Izby Lekarskiej
z powodu tragicznego zgonu Jego żony dr Janiny Klepackiej,
byłego wieloletniego dyrektora Szpitala Dermatologicznego w Bydgoszczy*

składają przyjaciele z Komisji Lekarza-Seniora.

Jesteśmy z Tobą Jurku w Twoim bólu, całym sercem i myślami!

Regionalne Centrum Informacji Medycznej

Przy Bibliotece Medycznej Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Bydgoszczy rozpoczyna funkcjonowanie Regionalne Centrum Informacji Medycznej, którego podstawowym celem jest wspomaganie kształcenia, rozwoju naukowego, ułatwianie dostępu do informacji osobom związanym z medycyną i dziedzinami pokrewnymi z terenów Województwa Kujawsko-Pomorskiego.

Środki finansowe na budowę Centrum pochodzą z Europejskiego Funduszu Społecznego (75%) w ramach – priorytetu 2 **Wzmocnienie Rozwoju Zasobów Ludzkich w Regionach Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego**, działanie 2.6 **Regionalne Strategie Innowacyjne i Transfer Wiedzy** oraz budżetu państwa (25%). Kwota ponad 750 tysięcy złotych zostanie przeznaczona przede wszystkim na zakup usług dostępu do najważniejszych baz danych z zakresu medycyny i nauk pokrewnych, na zakup serwera i pozostałego potrzebnego sprzętu oraz obsługę, a także na szkolenia i materiały informacyjne.

W dniu 24.11.2006 r. została podpisana umowa nr WP.V.3040-UE/136/2006. Od tego czasu zostały podpisane umowy z zespołem zarządzającym projektem, a także zatrudniono dwoje pracowników: bibliotekarza i informatyka. Po ogłoszonym w dniu 22.12.2006 r. przetargu wybrano dostawcę sprzętu komputerowego niezbędnego do prawidłowego funkcjonowania Centrum, który zostanie zainstalowany w najbliższych dniach oraz zakupiono inne wyposażenie. W Internecie pojawiła się już strona Regionalnego Centrum Informacji Medycznej, która będzie sukcesywnie uzupełniana. Podjęto również działania informacyjne w prasie, Internecie, a także przez różne instytucje związane z medycyną. Trwają prace nad regulaminem udostępniania informacji, materiałami

informacyjnymi o Centrum oraz programem szkoleń. Podjęto także rozmowy z władzami województwa oraz izbami lekarskimi na temat rozpowszechnienia informacji na temat Centrum oraz jego funkcjonowania w przyszłości. W lutym planowane jest spotkanie zespołu Regionalnego Centrum Informacji Medycznej z władzami województwa, samorządów zawodów medycznych oraz uczelni z naszego regionu. W tym samym czasie za pośrednictwem biuletynów izb samorządów zawodów medycznych oraz pocztą internetową będą dostarczane materiały niezbędne do zarejestrowania się w Centrum.

Z baz bibliograficznych Centrum udostępni fundamentalną dla całego środowiska medycznego bazę **Medline** oraz jej polski odpowiednik – **Polską Bibliografię Lekarską, CINAHL** – podstawową bazę bibliograficzną z dziedziny pielęgniarstwa, a także **Clinical Pharmacology** – bazę dostarczającą w przystępny sposób informacje o amerykańskich lekach, rzadkich składnikach ziołowych oraz witaminowych i mineralnych środkach wzmacniających.

Z baz pełnotekstowych do Regionalnym Centrum Informacji Medycznej zostały zaprenumerowane:

- **Pakiet baz firmy EBSCO: m.in. Academic Search Premier**, czyli wielodyscyplinarna baza sporządzona dla instytucji akademickich zawierająca pełne teksty ponad 4400 publikacji naukowych, obejmująca niemal wszystkie dziedziny naukowe: socjologię, etykę, nauki humanistyczne, nauki medyczne, informatykę, technikę; **Health Source Consumer Edition**, obejmującą informacje z zakresu nauk medycznych, dietytyki, opieki nad dziećmi, medycyny sportu i dającą możliwość wyszukiwania pełnych tekstów w blisko 290 czasopiśmie, broszurach i innych źródłach z zakresu medycyny i nauk pokrewnych oraz **Health Source Nursing/Academic Edition**, zawierającą pełne teksty z blisko 580 czasopism oraz abstrakty i indeksy z około 800 czasopism.

- **Elsevier Science Direct**: baza, która zawiera ponad 1800 tytułów czasopism pełnotekstowych wydawnictwa Elsevier Science z zakresu chemii i inżynierii chemicznej, medycyny klinicznej, informatyki, nauki o ziemi, ekonomii, biznesu i zarządzanie, energetyki, ochrony środowiska, nauk biologicznych, matematyki, fizyki i astronomii oraz nauk społecznych.

- **ProQuest Medical Library** z firmy ProQuest Information & Learning: baza obejmująca ponad 500 uznanych tytułów czasopism medycznych z wielu dziedzin, między innymi: pielęgniarstwa, pediatrii, neurologii, farmakologii, kardiologii i terapii.

- **Blackwell Synergy**: baza umożliwiająca dostęp on-line do artykułów opublikowanych w około 800 wiodących światowych czasopismach naukowych, w tym prac badawczych, polemicznych, poglądowych, komentarzy i streszczeń książek.

- **LWW (Lippincott, Williams and Wilkins)**: baza z dostępem do 40 ustalonych tytułów i 10 dowolnie wybranych tytułów z kompletnej listy tytułów wydawnictwa Lippincott, Williams and Wilkins.

Ponadto na rzecz Centrum wytypowano do zakupu **DynaMed** – bazę z zakresu medycyny praktycznej, opartą na dowodach medycznych, która monitoruje 500 czasopism naukowych i używa bazy **Cochrane Database of Systematic Reviews** oraz wielu innych źródeł jako podstaw dowodów medycznych, które są poddawane krytycznej ocenie przez specjalistów dbających o jej wiarygodność.

Jest to baza rekomendowana jako stworzona przez lekarzy dla lekarzy, która ma stanowić nowoczesne narzędzie pozwalające na szybką selekcję dużej liczby publikacji z zakresu medycyny. Jest przeznaczona zarówno dla szpitali, jak i uczelni medycznych, publicznej służby zdrowia oraz lekarzy specjalistów, stażystów, doktorantów, a także pracowników naukowych. Zawiera opisy przypadków klinicznych z około dwóch tysięcy grup tematycznych i jest codziennie aktualizowana.

- W ofercie Centrum znajdzie się również **GIDEON** – interaktywny program wspomagający diagnozowanie, leczenie i kształcenie w zakresie chorób zakaźnych, epidemiologii i mikrobiologii, który pozwala na zaznaczanie i wykluczanie występujących objawów choroby i na tej podstawie stawia wstępną diagnozę, którą można dalej weryfikować. Baza zawiera informacje na temat około 350 chorób, ponad 200 krajów, 1300 drobnoustrojów oraz 45 tysięcy ilustracji, wykresów i map.

Dzięki uruchomieniu procedur centralnej usługi uwierzytelniania po zalogowaniu się na serwerze Regionalnego Centrum Informacji Medycznej użytkownicy będą mieli możliwość bezpłatnego, zdalnego wykorzystania wszystkich zaprenumerowanych bibliograficznych

i pełnotekstowych baz danych. W praktyce oznacza to, że zainteresowane osoby będą miały zapewniony bezpłatny dostęp do fachowej literatury medycznej przez Internet z dowolnej lokalizacji, niezależnie od miejsca podłączenia komputera (dom, szpital, przychodnia, laboratoria, apteki). Konieczne będzie jedynie założenie indywidualnego konta pocztowego (e-mail) na serwerze Centrum, dzięki czemu uzyska się status użytkownika i co pozwoli – poprzez login i hasło – logować się na naszym serwerze. Jeśli pozwolą na to warunki cała operacja założenia konta również odbędzie się zdalnie, bez potrzeby odwiedzin Biblioteki Medycznej. Jedynym utrudnieniem będzie wypełnienie ankiety użytkownika a po jej podpisaniu odesłanie do Centrum – co jest wymogiem benefaktora – Unii Europejskiej. Warto jednak dodać, że dzięki temu zabiegowi użytkownicy Centrum zyskają możliwość **założenia profesjonalnego, wiarygodnego o znacznej pojemności konta pocztowego na serwerze administrowanym przez Uniwersytet Mikołaja Kopernika**. Zaplanowano również szkolenia dla użytkowników zarówno w kwestii uzyskiwa-

nia dostępu do baz danych, jak i w zakresie wyszukiwania i wartościowania informacji.

Po zakończeniu tego etapu, kolejnym krokiem będzie uruchomienie procedur pozwalających na korzystanie przez użytkowników Centrum ze zbiorów tradycyjnych Biblioteki Medycznej, w tym przede wszystkim z możliwości wypożyczeń księgozbioru – tzn. założenie i aktywacja kont czytelniczych na serwerze obsługi systemu bibliotecznego **Horizon** oraz szkolenia w zakresie korzystania z pozostałych usług świadczonych w Bibliotece Medycznej (m. in. z procedur zdalnego zamawiania książek do wypożyczeń oraz elektronicznej ich rejestracji).

Wszelkie aktualne informacje na temat Regionalnego Centrum Informacji Medycznej będą zamieszczane na stronie internetowej www.rcim.cm.umk.pl (niebawem www.rcim.umk.pl) oraz na stronach samorządów zawodów medycznych i innych odwiedzanych przez potencjalnych beneficjentów stronach. Na stronie Centrum pojawią się także formularze, których wypełnienie będzie

konieczne, aby uzyskać hasło niezbędne do zdalnego uwierzytelniania. Pierwsze rejestracje, zakładanie kont e-mailowych i początek działania Regionalnego Centrum Informacji Medycznej planowane są na połowę lutego 2007 roku.

Odpowiedzi na pytania można również uzyskać telefonicznie, pod numerem telefonu 052 585 35 11 – sekretariat Biblioteki Medycznej.

Osoby odpowiedzialne za funkcjonowanie Centrum:

- **Dr Krzysztof Nierzwicki** – Zastępca Dyrektora Biblioteki Uniwersyteckiej ds. Biblioteki Medycznej – 052 585 35 08 (kierownik projektu)
- **Mgr Joanna Słomkowska** – p.o. kierownika Działu Informacyjno-Bibliograficznego Biblioteki Medycznej – 052 5853506 (asystent kierownika projektu)
- **Dr n. med. Witold Hryncewicz** – Wiceprzewodniczący Okręgowej Rady Bydgoskiej Izby Lekarskiej – 602 734 424 (koordynator merytoryczny projektu)

Kto nas będzie ratował?

Od 1 stycznia 2007 za doraźną pomoc medyczną odpowiedzialny jest wojewoda, w jego gestii leży teraz organizacja konkursu na tego typu świadczenia oraz ich sfinansowanie, a w zespole podstawowym karetki niekoniecznie musi być lekarz – takie m.in. zmiany wprowadza obowiązująca od początku roku ustawa o ratownictwie medycznym.

Z ramienia wojewody, kontraktowaniem pomocy doraźnej zajął się Kujawsko-Pomorski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia. Za 50 mln zakupiono roczną „gotowość dobową” 31 zespołów karetek „R” i 36 karetek „W” oraz 2 karetek „N”. W pierwszym zespole obsada pozostaje bez zmian: 3 osoby, koniecznie lekarz z określoną specjalizacją. Drugi zespół jest tylko dwu osobowy – z lekarzem lub ratownikiem medycznym. Za 24 h „dobokaretki „R” wojewoda płaci 2340 zł, karetka „W” z lekarzem lub ratownikiem medycznym kosztuje 1700 zł.

„O wysłaniu odpowiedniego zespołu ratunkowego „R”, czy „W” z lekarzem lub ratownikiem medycznym, po zebraniu od zawiadamiającego wywiadzie,

zadecyduje dyspozytor pogotowia” – mówi Adam Fryckowski z Wydziału Zarządzania Kryzysowego Kujawsko-Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego. „Ratownik pojedzie tam, gdzie pomoc lekarza nie jest bezwzględnie potrzebna do zabezpieczenia podstawowych funkcji życiowych chorego” – dodaje Andrzej Purzycki, zastępca dyrektora Kujawsko-Pomorskiego Oddziału NFZ.

„W naszym województwie w zespołach „W” ratownicy medyczni na razie jeździli nie będą. – informuje Piotr Łowicki, kierownik delegatury NFZ we Włocławku i jednocześnie przewodniczący komisji konkursowej w zakresie pomocy doraźnej – W każdym zespole ratunkowym, jak zadeklarowali świadczeniodawcy, będzie lekarz”.

O obecności ratownika medycznego w karetce ma zdecydować podmiot udzielający świadczeń. W naszym regionie pierwsze karetki z ratownikami do chorych dotrą, podobno, dopiero w przyszłym roku. Ustawa dokładnie określa medyczne czynności ratunkowe, które wolno im podejmować. Mogą m.in. prowadzić podstawową i zaawansowaną resuscytację krążeńiowo-oddechową u dorosłych i za-

intubować pacjenta, podjąć tlenoterapię, wykonać EKG, defibrylację, podawać leki dożylnie, domięśniowo, podskórnie, dożłaziwo; odbierać porody (rozporządzenie MZ z 29 grudnia 2006).

„Karetki będą wyjeżdżać do wszystkich stanów bezpośredniego zagrożenia życia, np. utraty przytomności, upadków z wysokości, złamań, wypadków komunikacyjnych, nagłych zaburzeń świadomości, porodu, dolegliwości związanych z ciążą, nagłej duszności. W przypadkach nagłego zachorowania, pacjenci powinni korzystać z nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki lekarskiej lub usług swojej przychodni” – tłumaczy Andrzej Purzycki.

Ustawa o państwowym ratownictwie medycznym weszła wprawdzie w życie 1 stycznia, ale do 2010 roku wprowadzono tzw. okres przejściowy, po to, by zintegrowany system ratownictwa medycznego rzeczywiście działał. „Brakuje odpowiedniej infrastruktury, systemów informatycznych, odpowiednio wyszkolonych ludzi, oprogramowania – wylicza Adam Fryckowski – Na razie działają tylko zintegrowane centra dyspozytorskie, a nie Centrum Powiadamiania Ratunkowego.”

Agnieszka Banach

Wygrywają dla serca

Rozmowa z dr. n. med. Andrzejem Hoffmannem, ordynatorem Oddziału Kardiologii Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego w Bydgoszczy, przewodniczącym Rady Fundacji „Corda Cordis”

■ *Kiedyś chory po zawale serca otrzymywał komunikat – teraz to już musisz się oszczędzać. Tymczasem pacjenci skupieni w „Corda Cordis” zachowują się zupełnie inaczej.*

Celem rehabilitacji kardiologicznej, prowadzonej przez naszą Fundację jest to, by chory po zawale mógł wrócić do normalnej egzystencji, do życia jakie prowadził przed zawałem, a nawet lepszego. Staramy się, by nie spędził reszty życia w bujanym fotelu. Tu ważna jest nie tylko rehabilitacja fizyczna, ale i psychiczna. Pacjent po zawale jest często zastraszony, czuje się tak jakby już postawiono na nim krzyżyk, boi się nawet wejść po schodach, dźwigać ciężary, ma problemy natury seksualnej – nie wie co mu wolno, czego nie. Pomagamy mu odnaleźć się w nowej sytuacji. Chcemy, żeby podstawowym leczeniem chorych po incydentach sercowo-naczyniowych była rehabilitacja kardiologiczna – porzucenie nałogów, zmiana stylu życia na aktywny, diety – z tradycyjnej na śródziemnomorską. Oczywiście, nie rezygnujemy z leczenia farmakologicznego wg obowiązujących standardów.

■ *Rehabilitacja kardiologiczna zaczyna się już przy łóżku chorego?*

Istotą rehabilitacji jest poprawa wydolności fizycznej, zmniejszenie objawów chorobowych, zapewnienie powrotu do kondycji psychofizycznej, redukcja ryzyka powtórzenia się kolejnego incydentu sercowo-naczyniowego, zwalczanie stresu i objawów depresji. Rozpoczyna się jeszcze w szpitalu. Najpierw jest to rehabilitacja psychiczna. Incydentowi sercowemu towarzyszy silny stres, dlatego w pierwszych godzinach staramy się chorego uspokoić. Potem rozpoczyna się już rehabilitacja ruchowa – pierwsze ćwiczenia oddechowe, siadanie, pionizacja. Ten etap trwa w tej chwili bardzo krótko, bo dzięki temu, że zawał leczy się głównie wykonując koronarografię i angioplastykę, pobyt pacjenta w szpitalu skrócił się do czterech–pięciu dni. Dawniej pacjent leżał na oddziale trzy tygodnie, jeszcze wcześniej jego pobyt trwał nawet 6 tygodni. Etap drugi to rehabilitacja sanatoryjna. Po niej indywidualna rehabilitacja ambulatoryjna. By się do niej za-



kwifikować chory muszą przejść odpowiednie badania. Najważniejsza jest próba wysiłkowa – musi być ujemna. Pacjent powinien mieć też dobre wyniki badania echokardiograficznego, holterowskiego, być w odpowiedniej kondycji psychicznej. Rehabilitacja ma przynosić korzyści, nie szkodzić.

■ *Po cyklu indywidualnym chory może zgłosić się do „Corda Cordis”...*

Tak. Zaczyna uczestniczyć w prowadzonych przez cały rok zajęciach na sali gimnastycznej dla chorych po przebytych incydentach sercowych. Dwa razy w tygodniu ćwiczy pod okiem rehabilitantów kardiologicznych. Niezbędnym elementem w rehabilitacji jest stały pomiar ciśnienia i tętna, które powinno być na bezpiecznym, treningowym poziomie, dlatego tak istotna jest obecność w zajęciach rehabilitantów i lekarzy, którzy nieustannie kontrolują stan pacjenta. A w razie potrzeby lekarz nawet wypisze receptę, czy zmieni leki. Po pół rocznych ćwiczeniach na sali chory może jechać na organizowany przez nas dwutygodniowy obóz, gdzie właściwie cały czas jesteśmy w ruchu! Gramy w siatkówkę, jeździmy na rowerach, spacerujemy, gimnastykujemy się. Ludzie, którzy pierwszy raz trafiają na „naszą” rehabilitację, później obóz – są

zaskoczeni. Mówią, że się nie spodziewali, że jeszcze kiedyś wsiądą na rower. Ładują sobie akumulatory, poprawia się ich psychika i są gotowi na powrót do normalnej pracy. Zmieniają się. Zawsze powtarzam, że zaczynają żyć drugi raz. Mają darowane życie i drugie życie zaczynają prowadzić zupełnie inaczej. Rzucają papierosy – największy nałóg i czynnik ryzyka choroby wieńcowej. Zmieniają styl życia. W czasie rehabilitacji uczymy jak zdrowo żyć, jeść, jakie leki przyjmować. Skupieni w Fundacji, a jest ich teraz około 200, nie chcą nawet mówić ani myśleć o sobie – pacjent, tak doskonale się czują. Nawet Wigilię spędzamy na sportowo. Między chorymi po zawale serca, a młodzieżą szkolną rozgrywamy tradycyjne już mecze siatkówki. Jeszcze się nie zdarzyło, by jakkolwiek grupa młodych ludzi wygrała z zawałowcami!

■ *Jak to się dzieje, że panowie w średnim wieku wygrywają w siatkówkę z 15 latkami?*

Najstarszy grający ma 75 lat i gra doskonale. Jak to się dzieje, że wygrywają? Trzeba drugi raz żyć w dosłownym znaczeniu tego słowa! Stres, związany z przebytym zawałem serca powoduje bardzo silną motywację, by się zmienić, coś zrobić na korzyść swojego zdrowia. Często niektórzy dopiero teraz zaczynają być aktywni. Poza tym regularnie, dwa razy w tygodniu przez wiele lat poprawiający swoją kondycję pacjenci nie mogą być już słabi, nie mogą przegrać. Ważne, by osiągnięta dzięki aktywności fizycznej wydolność została utrzymana na odpowiednim poziomie. Zaprzymanie aktywności fizycznej po 2–3 tygodniach powoduje powrót do gorszej tolerancji wysiłku, gorszej kondycji.

Badaliśmy pacjentów z „Corda Cordis”. Okazało się, że z pomocą ruchu osiągają normalizację poziomu cholesterolu, wzrasta cholesterol dobry, redukowane są trójglicerydy, poprawiają się czynniki krzepnięcia, zużycie tlenu przez mięsień sercowy. A połączenie zmiany stylu życia ze standardowymi lekami stosowanymi po zawale serca, powoduje jeszcze większą prewencję i redukcję śmiertelności.

■ Czy tylko chorzy po zawale mogą uczestniczyć w rehabilitacji prowadzonej przez Fundację?

Rozszerzyliśmy wskazania do uczestnictwa w naszej rehabilitacji. Udział w zajęciach biorą przede wszystkim chorzy po incydentach sercowo-naczyniowych, chorzy z nadciśnieniem, cukrzycą, ale mamy także grupy tzw. prewencji pierwotnej. Tworzą je osoby, które nie mają żadnych chorób układu krążenia, ale chcą poprawić swoją kondycję, lepiej się czuć. Mamy już trzy takie grupy i cały czas przybywają nowi członkowie. A atmosfera jest naprawdę rodzinna. Oprócz ćwiczeń na sali wspólnie z pacjentami organizujemy kuligi, ogniska, wycieczki rowerowe.

■ W „Corda Cordis” rehabilitują się głównie mężczyźni.

To dlatego, że zachorowalność na chorobę wieńcowa w okresie do 60 roku życia jest znacznie większa wśród mężczyzn. Kobiety zaczynają chorować później i niestety, mają już wtedy gorszą kondycję. Są jednak panie, które w rehabilitacji uczestniczą. Zdecydowanie najwięcej jest ich w grupie prewencji pierwotnej i ich liczba rośnie.

■ „Corda Cordis” istnieje od 16 lat. Jak przez ten czas zmieniło się podejście do chorego kardiologicznego?

Nasi najstarsi chorzy byli jeszcze leczeni w sposób tradycyjny. Wtedy jeszcze nie było tzw. inwazyjnego podejścia do choroby wieńcowej. W szpitalu przebywali ponad trzy tygodnie. Standardem było przyjmowanie nitrogliceryny. Inaczej wyglądało tzw. uruchomienie chorego. Kiedyś zostałem wyproszony z zajęć na kardiologii, gdy w trzeciej dobie, choremu po zawale serca pozwoliłem usiąść. Teraz pacjent często po czterech, pięciu dniach idzie już do domu. Niestety, mu-

STYL ŻYCIA

Zmiany stylu życia – redukcja śmiertelności

ZMIANA	PREWENCJA W TÓRNEJ CHUK	W OGÓLNEJ POPULACJI
Zaprzestanie palenia tytoniu	35%	50%
Zwiększenie aktywności fizycznej	25%	20–30%
Umiarkowanie spożycia alkoholu	20%	15%
Zalecenie zmiany diety	45%	15–40%

Leki po zawale – redukcja śmiertelności ogólnej

LEK	ŚMIERTELNOŚĆ % ↓
Aspiryna	18 (1–30)
Statyny	21 (14–28)
b-blokery	23 (15–31)
ACE	26 (16–35)

Circulation 2005; 112; 924

siało minąć trochę czasu, żeby się przekonać, że serca można dotknąć: aktualnie właściwie każdy chory trafia na tzw. oddział z inwazją, gdzie ma wykonaną koronarografię i angioplastykę. Nadal jednak ok. 25 proc. osób z zawalem serca umiera, zanim dotrze do szpitala. Dawniej ten odsetek sięgał nawet 40 proc. Co nas cieszy, Bydgoszcz uchodzi za jeden z najlepszych ośrodków w Polsce jeżeli chodzi o organizację postępowania z chorym w ostrej fazie incydentu wieńcowego. W tej chwili, dzięki telemedycynie, EKG z karetki przesyłane jest bezpośrednio do ośrodka hemodynamiki w Klinice Kardiologii, gdzie leczy się ostre zawały.

Zależy nam na tym by u naszych chorych nie dochodziło do ponownych incydentów sercowo-naczyniowych. Stąd działania podejmowane przez „Corda Cordis”.

Dziękuję za rozmowę.

Rozmawiała
Agnieszka Banach

JAK powstała Corda Cordis?

W latach 70-tych w Bydgoszczy, na Osiedlu Leśnym, powstała pionierska Poradnia Rehabilitacji Kardiologicznej. Jej twórcą, a jednocześnie szefem był pasjonat rehabilitacji kardiologicznej – doktor Walery Więcko. Do Poradni trafiali pacjenci po zawałach, najczęściej po wcześniejszym, sanatoryjnym pobycie w Inowrocławiu. Tu przekonywali się, że nie muszą żyć pod kloszem, że mogą, a nawet powinni żyć aktywnie, tu zyskiwali wiarę w siebie. Taki stan trwał do roku 1990, kiedy to miejsce Poradni zajęła... wypożyczalnia kaset wideo. Sama Poradnia trafiła jeszcze na krótko m.in. do budynku Miejskiej Komendy Policji na Gdańską, na Rejtana, by zniknąć całkowicie. W chwili obecnej jednostki o profilu rehabilitacyjno-kardiologicznym w regionie po prostu nie ma.

Pacjenci, doceniając rolę rehabilitacji kardiologicznej postanowili utworzyć fundację. W 1991 roku, na obozie rehabilitacyjnym w Chomiąży Szlacheckiej na Pałukach, powstała „Corda Cordis” i faktycznie przejęła obowiązki organizacyjne nieistniejącej już Poradni. Wdzięczni chorzy nazwali ją imieniem dr Więcko. Dzięki Fundacji rehabilitacja pacjentów kardiologicznych w naszym regionie cały czas trwa, a działania podejmowane przez Corda Cordis są ewenementem w skali kraju.

Kontakt:

dr n. med. Andrzej Hoffmann,
tel. 052 370 93 00;
lek. med. Andrzej Kuczyński,
tel. 052 341 12 51 w. 275;
mgr Aleksandra Lewandowska
tel. 052 341 58 28 w. 275;
www.cordacordis.neostrada.pl
e-mail: cordacordis@wp.pl

Fotoreportaż ze spotkania wigilijnego na str. 24.

NAJWAŻNIEJSZE EFEKTY METABOLICZNE TRENINGU FIZYCZNEGO

PARAMETR	TRENING FIZYCZNY
Cholesterol całkowity	↓
Cholesterol LDL	↓
Cholesterol HDL	↑
Trójglicerydy	↓
Glukoza	↓
Aktywność fibrynolityczna osocza	↑
Adhezja i agregacja płytek	↓
Stężenie PAI 1	↓
Lepkość krwi	↓

G.F. Flether, Circulation 2001, 04

Oddział Urologii Onkologicznej



Z dniem 23 maja 2005 r., w Centrum Onkologii w Bydgoszczy, utworzyliśmy specjalistyczny Oddział Urologii Onkologicznej. Oddział powstał w związku ze stale wzrastającą liczbą pacjentów zgłaszających się z nowotworami układu moczowo – pęcherzowego oraz koniecznością zapewnienia kompleksowej opieki urologicznej pacjentom z chorobą nowotworową innych układów. Nowoczesne wyposażenie Oddziału oraz wykwalifikowany zespół lekarzy specjalistów pozwala zapewnić diagnostykę oraz leczenie zgodne z najlepszymi światowymi standardami.

Celem działalności naszego Oddziału jest wczesna diagnostyka i leczenie operacyjne chorych na nowotwory układu moczowo – pęcherzowego, a w przypadkach wymagających leczenia skojarzonego – mamy unikalne możliwości zastosowania przed-, śród- i pooperacyjnej radioterapii, brachyterapii, chemioterapii, radiotermoablacji, krioterapii oraz najnowszych osiągnięć medycyny nuklearnej. Chorym, których nie można już wyleczyć, zapewniamy najwyższy standard opieki paliatywnej.

Pacjentów leczonych w naszym ośrodku obejmujemy ścisłą obserwacją w celu oceny skuteczności leczenia i wczesnego wykrycia ewentualnej

wznowy choroby nowotworowej. Do tego celu wykorzystujemy najnowocześniejszą aparaturę do badań obrazowych w pracowniach ultrasonograficznych, spiralnej tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego z możliwością obrazowania metabolicznego (spektroskopii), pozytonowej tomografii emisyjnej (PET), scyntygrafii dynamicznej. We wczesnej diagnostyce nowotworów pęcherza i wznów nowotworowych stosujemy endoskopową ocenę fotodynamiczną dróg moczowych w świetle fluorescencyjnym i nowoczesne narzędzia endoskopowe – sztywne i giętkie cystoskopy, ureterorenoskopy, nefroskopy.

Wykonujemy pełen zakres zabiegów urologiczno – onkologicznych nadnerczy, nerek, moczowodów, pęcherza moczowego, prostaty, jąder, wznów węzłowych i lokalnych przerzutów do wątroby. Leczymy również szkody w układzie moczowym po innych agresywnych procedurach onkologicznych (przetoki, zwłóknienia zaotrzewnowe moczowodów). Prowadzimy też staranną edukację pacjentów po często okaleczającym leczeniu onkologicznym, celem poprawy jakości życia i powrotu do normalnej aktywności. Pacjenci w naszym Oddziale są pod opieką psychologów, rehabilitantów i duszpasterzy.

Zasadnicza część naszej pracy ma miejsce w zintegrowanej specjalistycznej sali operacyjnej, należącej do naj-

nowocześniejszych w Europie, wyposażonej w najnowszej generacji sprzęt endoskopowy (endourologiczny, laparoskopowy, laser, sprzęt do radiotermoablacji śródoperacyjnej) oraz ultrasonograficzny (ultrasonografia śródoperacyjna, endokawitarna i obrazowanie trójwymiarowe 3D). Pacjenci po naszym leczeniu objęci są ścisłym nadzorem w Poradni Urologicznej przez lekarzy pracujących w Oddziale. Poradnia dysponuje własnym sprzętem endoskopowym, ultrasonograficznym i urodynamicznym.

Dysponujemy 28 łózkami w salach jedno-, dwu- i trzyosobowych. Każda z sal wyposażona jest we własny węzeł sanitarny, a dla wygody chorych zainstalowano telefony i odbiorniki telewizyjne. Pacjenci mają do dyspozycji również bibliotekę, kawiarenkę internetową, bufet, sklep wielobranżowy, wspaniały ogród zimowy, atrium, świetną restaurację i kaplicę. W okresie letnim korzystają ze spacerów w parku otaczającym Centrum Onkologii. Odwiedziny odbywają się bez ograniczeń czasowych, a odwiedzający mogą korzystać z noclegu w pobliskim hotelu lub Domu Sue Ryder oraz posiłków w nowoczesnej restauracji.

Współpracujemy blisko z kilkoma ośrodkami naukowymi w Polsce i za granicą. Doświadczenia zdobyte w innych ośrodkach rozwijamy w naszym Oddziale. Obecnie wprowadzamy do

rutynowej praktyki znakowanie dróg chłonnych i węzłów metodą dynamicznej scyntygrafii w celu precyzyjnej oceny stopnia zaawansowania choroby nowotworowej, wyboru odpowiedniego zakresu leczenia chirurgicznego i zapewnienia jego radykalności. Prowadzimy ścisłą obserwację pacjentów onkologicznych poddanych małoinwazyjnym metodom leczenia oraz pacjentów po radykalnych operacjach, u których podejrzewane są przetrwałe zmiany nowotworowe w układzie limfatycznym, często niewidoczne w klasycznych metodach obrazowania. W podjęciu trafnej i wczesnej decyzji terapeutycznej pomagają nam jedyne w Polsce tomografy PET i spektroskopia rezonansu magnetycznego.

Oddział Urologii Onkologicznej stał się niezbędnym ogniwem w kompleksowym leczeniu chorych na nowotwory układu moczowo-płciowego, przewodu pokarmowego, narządu rodnego. Służy temu również nowoczesna pracownia badań urodynamicznych pozwalająca właściwie ocenić i leczyć zaburzenia czynności dolnych dróg moczowych

u pacjentów po leczeniu urologicznym, chirurgicznym, ginekologicznym i neurochirurgicznym.

Serdecznie zapraszamy do współpracy!

Przygotował: lek. Krzysztof Kamecki

Od Ordynatora:

Dziękuję Dyrekcji Centrum Onkologii i Dyrektorowi Zbigniewowi Pawłowiczowi, dzięki którego decyzji i zaangażowaniu Oddział Urologii Onkologicznej mógł powstać. Dziękuję bardzo za ogromny wysiłek włożony przez służby techniczne Szpitala, dyrektorowi technicznemu – Panu inż. Piotrowi Muzyczukowi, inż. Bogdanowi Bąkowi, a także osobom ze wszystkich komórek organizacyjnych Centrum Onkologii oraz personelowi fachowemu, pielęgniarkom, sekretarkom medycznym i lekarzom Oddziału Urologii Onkologicznej. Dziękuję również mojemu drogiemu koledze – Profesorowi Wojciechowi Zegarskiemu, który zainteresował mnie onkologią i zaprosił do współpracy.

Chciałbym również poinformować o sukcesie pracownika Centrum Onko-

logii – starszego asystenta Oddziału Urologii Onkologicznej – lek. med. Krzysztofa Kameckiego, który celująco z pierwszą lokatą w Europie zdał w czerwcu 2006 roku egzamin specjalizacyjny z urologii.

*Ordynator Oddziału
dr n.med. Jerzy Siekiera*

Lekarze specjaliści urologii:

- dr n.med. Jerzy Siekiera – Ordynator Oddziału
- lek. med. Krzysztof Kamecki
- lek. med. Witold Mikołajczak
- lek. med. Andrzej Petrus
- lek. med. Andrzej Wronczewski
- **Pielęgniarka Oddziałowa** – mgr Edyta Szortyka

Nasz adres:

Oddział Urologii Onkologicznej
Centrum Onkologii
im. prof. F.Łukaszczyka
ul. dr I. Romanowskiej 2,
85-796 Bydgoszcz
tel/fax. (+48 52) 374 38 72
e-mail: urologiaonk@co.bydgoszcz.pl

Wstydliva choroba?

W Polsce rozpoznaje się 11 tys. przypadków raka jelita grubego rocznie. Ponad 50 proc. ludzi, u których chorobę zdiagnozowano umrze, bo zbagatelizowało objawy schorzenia lub trafiło do specjalisty z „uśpioną czujnością onkologiczną”- ostrzegają lekarze onkolodzy.

Co niepokojące, w Polsce obserwuje się tendencję do wzrostu zachorowań na raka jelita grubego, a także wyższą niż na świecie śmiertelność z tego powodu. Nadal jednak to schorzenie jest w mediach omijane tzw. szerokim łukiem, bo o kłopotach z tymi częściami organizmu, w których choroba się lokuje, raczej nie wypada mówić głośno. O objawach choroby, takich jak np. kłopoty z wypróżnieniami, też lepiej milczeć. A badanie kolonoskopowe – lepiej nie mówić, a ściślej mówiąc, lepiej nie robić.... Bronią się przed nim nawet sami lekarze – naprawdę takich znam – chociaż mają pełną świadomość, jakich spustoszeń w organizmie może dokonać nie wykryty w porę nowotwór.

Niepokojąca jest sytuacja w kujawsko-pomorskim: „Przynajmniej połowa chorych trafia do nas już z rozsianą chorobą nowotworową” – mówi dr hab.

n. med. Ewa Chmielowska z Centrum Onkologii. To oznacza, że często jest już za późno na skuteczne leczenie.

Jak zmienić tę dramatyczną sytuację? „Nie bagatelizować kłopotów chorego z wypróżnianiem – ostrzega dr Chmielowska – Poważnym problemem jest także niewłaściwa diagnostyka – i podkreśla – A dobry chirurg wykonujący zabieg, to podstawa skutecznego leczenia.”

Agnieszka Banach

Czynniki ryzyka:

- Wcześniejsze wystąpienie raka jelita grubego u chorego lub w rodzinie
- Zespół polipowatości rodzinnej
- Zespół Lyncha (bez polipowatości)
- Wiek (ryzyko wzrasta po 50-tym roku życia)
- Brak aktywności fizycznej
- Dieta ubogoresztkowa (dużo białka zwierzęcego i protein, mało błonnika)
- Otyłość
- Palenie papierosów
- Nadmierne spożywanie alkoholu
- Ekspozycja zawodowa na azbest
- Promieniowanie jonizujące

Objawy:

- We wczesnym stadium choroby: żadne
- W zaawansowanym stadium:
- Krwawienie z odbytu
- Krew w kale (w tym tzw. „krew ukryta”, możliwa anemia)
- Zaburzenia rytmu wypróżnień (naprzemienne biegunki i zaparcia) bez żadnego konkretnego powodu, trwające dłużej niż sześć tygodni
- Nieuzasadniona utrata masy ciała
- Bóle brzucha lub dolnych partii pleców
- Poczucie niepełnego wypróżnienia po oddaniu kału
- Mdłości
- Bóle oraz poczucie napięcia w brzuchu

Rozpoznanie:

- Test na krew utajoną – można kupić w aptece
- Per rectum
- Kolonoskopia
- Sigmoidoskopia
- Rektoskopia
- Anoskopia

Postępy w badaniach klinicznych

Największe osiągnięcia medyczne to takie, które mają od razu praktyczne zastosowanie terapeutyczne dla pacjenta. Taką wartość mają kontrolowane badania kliniczne. Wraz z rosnącymi wymaganiami współczesnego życia, badania te obejmują coraz większe liczby pacjentów, coraz dłuższy czas obserwacji i coraz więcej szczegółów. W ich efekcie otrzymujemy informacje o korzystnych działaniach leku, jak i informacje o działaniach niepożądanych. Dzięki temu, lepiej wiemy, jak stosować te leki. Poniższy tekst jest komentarzem do artykułu „Hematologia i onkologia 2006”, zamieszczonego w poprzednim numerze „Primum non nocere”.

Żyjemy w czasach, w których najnowsze informacje z dziedziny nauki i medycyny trafiają na pierwsze strony gazet, czasopism i do telewizji. Ważne jest więc, aby informacje o skomplikowanych badaniach i złożonych wynikach były właściwie zinterpretowane, na poziomie medycznej wiedzy przeciętnego czytelnika czy widza. Nie ludźmy się, że jest to wiedza wystarczająca do zrozumienia nowoczesnej wiedzy medycznej. Przecież i środowisko lekarskie w większości przypadków nie ma odpowiedniej wiedzy specjalistycznej z innych działów naszego codziennego życia.

Apetyt mediów na podawanie wiadomości „przełomowych” jest wręcz nienasycony. W takim świetle, atrakcyjnym tematem jest podawanie „sensacyjnych” informacji z zakresu medycyny, gdyż takie tematy łatwo znajdują liczne audytorium, które nie jest w stanie rozróżnić prawdy od „sensacji”.

Prowadzenie badań klinicznych i publikowanie ich wyników w obecnych czasach staje się coraz bardziej trudne. Mnogość aspektów, które muszą być poddane analizie, ogromna dbałość o występowanie objawów niepożądanych, podyktowana naturalną zasadą bezpieczeństwa pacjenta powoduje, że ostateczna interpretacja zasadniczego celu badania klinicznego może zostać sprowadzona do występowania nie rejestrowanych wcześniej działań niepożądanych, występujących z częstością co najwyżej kilku procent. W większości przypadków ryzyko wystąpienia tych objawów przesłoni korzyść związaną ze stosowaniem tego leku. A z reguły, stosunek korzyści do ryzyka jest wręcz niepodważalny. Wyniki najważniejszych badań klinicznych są publikowane w najbardziej prestiżowych czasopiśmiech medycznych i w ten sposób stają się w krótkim czasie standardem postępowania.

Mając świadomość faktu, że żaden lek nie jest substancją obojętną dla organizmu

ludzkiego, wiadomo, że przy podawaniu „najlepszego” leku na daną chorobę, zawsze pojawi się ryzyko wystąpienia działań niepożądanych.

W piśmiennictwie światowym zasada przedstawiania wszystkich szczegółów dotyczących niekorzystnych działań jest obecnie bardziej rygorystyczna niż kiedykolwiek wcześniej. Koniecznością staje się robienie wieloosrodkowych badań klinicznych w celu zebrania większej ilości danych. W ich wyniku lekarze otrzymują szczegółowe informacje, dzięki którym oceniając korzyści i potencjalne ryzyko wystąpienia niepożądanych działań dla pojedynczego pacjenta, podejmują odpowiednią decyzję terapeutyczną. Informacja o nielicznych niepożądanych działaniach leku nie ma spowodować zaniechania stosowania tego leku, lecz zwiększyć świadomość związaną ze stosowaniem tego leku.

Nie ma systemu idealnego prowadzenia i raportowania badań klinicznych. Nie ma leków idealnych. Za to istnieje bardzo dużo bardzo dobrych, skutecznych i bezpiecznych leków, o działaniu których wiemy coraz więcej i które umiemy stosować coraz rozsądniej. Dzięki tym lekom medycyna osiąga coraz lepsze wyniki w terapii oraz w profilaktyce wielu chorób.

Jan Styczyński

Komórki macierzyste 2006

W zakresie osiągnięć dotyczących komórek macierzystych, dziedziny z którą wiążą się ogromne nadzieje w leczeniu różnych chorób, wrodzonych i nabytych, nowotworowych i zwyrodnieniowych, związanych z postępem cywilizacyjnym i starzeniem się społeczeństwa, warto podkreślić trzy fakty o różnym charakterze, które miały miejsce w roku 2006.

● Niewątpliwie największy postęp w medycynie odbywa się w USA. Wiąże się to przede wszystkim z nakładami finansowymi na badania. Jednak po raz kolejny prezydent Bush nie wyraził zgody na finansowanie badań nad macierzystymi komórkami embrionalnymi. Od sierpnia 2001 r. zgodnie z jego decyzją amerykańscy naukowcy za rządowe pieniądze mogli prowadzić badania wyłącznie na stworzonych wcześniej liniach ludzkich komórek embrionalnych. Amerykańscy naukowcy pięć lat temu protestowali, twierdząc, że rząd hamuje w ten sposób bardzo obiecującą z punktu widzenia medycyny dziedzinę badań. Prezydent Bush twierdził, że nie zamierza popierać działań, które wiążą się z niszczeniem ludzkich zarodków – gdyż po to, by uzyskać komórki macierzyste z zarodka, trzeba było go zniszczyć. Jednocześnie, niemal 70% Ame-

rykanów popiera badania nad komórkami macierzystymi. Wyrazem tego jest decyzja Izby Reprezentantów o finansowaniu z państwowej kasy badań nad komórkami z zamrożonych embriionów przeznaczonych do zniszczenia. Embriiony takie przechowywane są masowo w amerykańskich klinikach zajmujących się zapłodnieniem in vitro.

● Coraz częściej badania nad komórkami macierzystymi w USA są jednak finansowane ze źródeł pozabudżetowych. Prof. R. Lanza, kontynuując swoje prace nad komórkami embrionalnymi, zapoczątkowane przez Koreańczyków pod kierunkiem zniestawionego Hwanga, wykazał, że możliwe jest pobranie jednej komórki z kilkudniowej blastocysty, nie powodując zniszczenia ani zagrożenia dla niej. Z takiej komórki można uzyskać linię komórek embrionalnych do dalszych badań. Najbliższa przyszłość oceni znaczenie tego odkrycia, jednak ponownie pojawiają się potencjalne ogromne możliwości związane z embrionalnymi komórkami macierzystymi.

● W tym roku również pojawił się również bardzo ważny polski sukces. Zespół kierowany przez prof. Ratajczaka (pracującego w Luisville w USA oraz w Krakowie i Szczecinie) odkrył nowy typ komórek macierzystych w szpiku kostnym oraz krwi pę-

powinowej. Najpierw wykazano (nie tylko zespół prof. Ratajczaka), że szpik dorosłej myszy potrafi wytwarzać nie tylko elementy krwi, ale także np. mięśni czy mózgu. Ten fakt tłumaczono niezwykłą wprost plastycznością krwiotwórczych komórek szpiku. Jednak zdaniem prof. Ratajczaka, rozwiązaniem było istnienie nieznanych dotąd komórek. Zespół ten wykazał, że w mysim szpiku znajdują się niezwykle drobne i rzadkie komórki. Jedna taka komórka zdarza się na 50-100 tysięcy komórek szpiku. Komórki te sprawiały wrażenie, że pochodzą z mysiego zarodka, a nie od dorosłego zwierzęcia. Komórki te miały niezwykłą zdolność przyjmowania właściwości komórek specyficznych dla innych tkanek, np. komórek nerwowych czy mięśniowych. Okazało się też, że te komórki potrafią pomóc w naprawie uszkodzeń wywołanych przez udar mózgu u myszy. Takie same komórki są również w ludzkim szpiku. Odkrycia te zostały udokumentowane w piśmiennictwie światowym. Za te osiągnięcia, prof. Mariusz Ratajczak został uhonorowany Nagrodą Fundacji na rzecz Nauki Polskiej, najbardziej prestiżowego polskiego wyróżnienia naukowego, często zwanego polskim Noblem.

Jan Styczyński

Młodzi lekarze u progu... kariery

Paweł Rajewski, Katarzyna Barcik

Na wstępie chcielibyśmy zaznaczyć, że staraliśmy się odzwierciedlić jak najbardziej wiarygodnie sytuację finansową wchodzących w arkana medycyny młodych ludzi i – niestety – nie jest to opowieść w stylu: „...Od pucybuta do milionera...”

Nie jest tajemnicą, że sytuacja materialna najmłodszej kadry medycznej była, jest, i pewnie jeszcze przez kilka najbliższych lat będzie, delikatnie ujmując, dramatyczna.

Studia – 6 lat, nierzadko dłużej, jedno z najtrudniejszych studiów wyższych, setki wejściówek, kolokwium, kilkadziesiąt zaliczeń i egzaminów, tysiące stron przewertowanych podręczników, nieprzespanych nocy, porażek i sukcesów. Potem rok stażu podyplomowego, Lekarski Egzamin Państwowy, egzamin specjalizacyjny, rozpoczęta specjalizacja. I perspektywa nieustannego doskonalenia, zdobywania wiedzy, kursów, konferencji, sympozjów, zjazdów, kongresów... Życie?! Za jaką cenę? Wiecznie w pracy? Wiecznie w pogoni za wiedzą? Wiecznie w pogoni za pieniędzem? Wiecznie zmęczony?

A co z życiem rodzinnym?, że o towarzyskim, nie wspomnę...

Doba ma niestety tylko 24 h, a to stanowczo za mało, by pogodzić pracę w szpitalu, poradni, pogotowiu; bo przecież za około 1000 zł ciężko wyżyć osobie dorosłej, która – bądź co bądź – potrzebuje około 2000 kcal na dobę do w miarę normalnej egzystencji, do tego dochodzą koszty kształcenia, książki, kursy obowiązkowe. A co z opłatami za mieszkanie, środki komunikacji, nie wspominając nawet o drobnych przyjemnościach. A to wszystko jeszcze bardziej się komplikuje, gdy jest rodzina na utrzymaniu, małe dzieci lub dziecko w drodze, żona nie pracuje, lub o zgrozo... jest lekarzem!

Perspektywy? Hm, na pewno olbrzymia satysfakcja, nieopisane uczucie spełnienia, samorealizacji... ale, ale w zderzeniu z dzisiejszą brutalną rzeczywistością perspektywy na polepszenie, zwłaszcza sfery finansowej są mało optymistyczne, a satysfakcją, spełnieniem, nie wykarmi się rodziny, nie zapłaci rachunków... Dobrze, jeśli są jeszcze rodzice, którzy mo-

gą pomóc, ale od rodziców w pewnym wieku po prostu nie wypada brać pieniędzy, a nie rzadko trzeba im jeszcze pomagać. Niestety, w czasach, w których rządzi pieniądz, instytucja doktora Judy-ma, lekarzy społeczników powoli przechodzić będzie do przysłowiowego lamusa, my też chcemy godnie zarabiać, żeby godnie żyć, a nie zastanawiać się wciąż: bilet do kina czy książka, wyjście ze znajomymi do lokalu czy pieluchy dla dziecka – to są problemy młodego lekarza i o tym powinno się mówić głośno! A co z ideałami, pragnieniami? Powoli przestają istnieć...

Trzeba coś z tym zrobić, żeby nie było za późno, żeby nie tracić co roku kilkudziesięciu młodych, świetnie wykształconych i perspektywicznych ludzi, którzy w pogoni nie za pieniędzem, tylko za w miarę normalnym życiem wyjeżdżają za granicę.

Tak przedstawia się ogólny zarys sytuacji ekonomicznej młodej kadry medycznej w Polsce, myślę, że w miarę obiektywny. Czy dramatyzujemy? Może trochę, ale to są fakty: to ponad 80 % młodych ludzi na granicy wytrzymałości fizycznej i psychicznej ciągnie po kilka prac na raz, nie po to by być bogatym, tylko po to by godnie żyć.

Poniżej przedstawiamy przeciętną drogę kariery młodego lekarza i z nią związane zarobki:

Każdy lekarz, który uzyskał dyplom i chce pracować w zawodzie musi odbyć roczny staż podyplomowy, na który kierowany jest przez właściwą Izbę Lekarską, w czasie tego stażu posiada ograniczone prawo wykonywania zawodu – czytaj nie może podjąć pracy w zawodzie lekarza, poza miejscem stażowania.

Po ukończeniu stażu podyplomowego do czasu Lekarskiego Egzaminu Państwowego, który w przypadku pozytywnego zaliczenia umożliwia otrzymanie pełnego prawa wykonywania zawodu, każdy lekarz ma obowiązek zarejestrowania się w Urzędzie Pracy i zdobycia statusu osoby bezrobotnej.

Po pozytywnie zdanym Lekarskim Egzaminie Państwowym do czasu rozpoczęcia specjalizacji – około 4 miesiące, lekarz może być zatrudniony w przychodni i pracować jako lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, pogotowiu lub

w szpitalu jako młodszy asystent – co graniczy w dzisiejszych czasach niemalże z cudem, bo etatów po prostu nie ma.

Jeśli nie osiągnie się wystarczającej liczby punktów na LEP-ie (56 % z 200 pytań testowych), nie ma możliwości pracy w zawodzie i trzeba egzamin powtórzyć w następnej sesji, a do tego czasu meldować się raz w miesiącu w Urzędzie Pracy, lub podjąć pracę w innym charakterze.

Od 1 marca rozpoczynają się specjalizacje (sesja jesienna), które można odbywać albo w trybie rezydenckim, za które płaci państwo albo w trybie pozarezydenckim: z tzw. wolontariatu, czyli za darmo, lub z etatu.

Przeciętny czas specjalizacji trwa około 5 lat.

Jeśli nie uda nam się pozytywnie zdać egzaminu na specjalizację (wynik LEP-u, plus punkty za rozmowę kwalifikacyjną max 15 pkt.), musimy poczekać do następnej sesji egzaminacyjnej, a do tego czasu pracować w przychodni, pogotowiu itp.

Wysokość miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego lekarzy stażystów w 2005/2006 r. wynosi – 1403,00 PLN brutto plus około 485,00 PLN brutto za 6 obowiązkowych dyżurów (50 % stawki godzinowej zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego za każdą godzinę pełnionego dyżuru).

Wysokość zasiłku dla bezrobotnych – około 420 zł brutto.

Wysokość miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego lekarzy rezydentów w 2006 r. wynosi 1.704,00 PLN brutto.

Po około 3–6 miesiącach od rozpoczęcia specjalizacji, młody lekarz może zacząć dyżurować (24 h pracy) – za dyżur otrzymuje wynagrodzenie w zależności od stawki godzinowej zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego.

Może także zatrudnić się w Pogotowiu Ratunkowym, gdzie za dyżur dostaje się przeciętnie w dzień powszedni około 15 zł brutto za godzinę pracy, a w świąteczny 17–18 zł brutto za godzinę.

Inną, niewątpliwie interesującą alternatywą są studia doktoranckie, odbywające się w Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu – są to studia dzienne, 4-letnie, za które uczestnik może otrzy-

mać stypendium doktoranckie około 1000 zł, pod warunkiem, że nie jest nigdzie zatrudniony w pełnym wymiarze godzin. Ponadto za dobre i bardzo dobre wyniki w nauce, postępy w pracy doktorskiej może otrzymać dodatkowo stypendium naukowe w wysokości do 600 złotych.

W katedrach teoretycznych Collegium Medicum, młodzi lekarze zatrudnieni na etatach otrzymują średnio 1600–1800 zł brutto.

Szpitala młodych lekarzy zatrudniają, w pełnym wymiarze godzin, za około 1200–1400 zł brutto.

Przychodnie, w ramach POZ zatrudniają młodych lekarzy, w pełnym wymiarze godzin, za około 1400–1600 zł brutto.

Wiele zatrudnia również na 1/2, 1/4 etatu, lub na dyżury nocne bądź wyjazdo-

we, jeśli mają taką umowę podpisaną z NFZ.

Każdy lekarz posiadający pełne prawo wykonywania zawodu może również założyć swoją działalność gospodarczą, w ramach Indywidualnej Praktyki Lekarskiej, stacjonarnej lub wyjazdowej, wiąże się to jednak z wysokimi kosztami początkowymi – wpis do ewidencji, potrzebny sprzęt podstawowy, opłaty w izbach lekarskich, składki ubezpieczeniowe.

Wielu młodych lekarzy łączy kilka prac na raz, najczęściej jest to praca w szpitalu, na rezydenturze bądź etacie, z pracą w przychodni na 1/2, 1/4 etatu.

Przeciętnie pracują około 12–14 h na dobę, czasami 24h.

Pewien, niewielki odsetek decyduje się na wyjazd za granicę głównie do Skandynawii, Niemiec czy Wielkiej Bry-

tanii. Wynagrodzenie tam przekracza średnio 10 x wynagrodzenie młodego lekarza w Polsce.

Jak więc widać, by móc się samodzielnie utrzymać młody lekarz musi pracować po kilkanaście godzin dziennie, w kilku miejscach pracy.

Jednakże co zrobić, jeśli zdrowie nie wytrzyma, jeśli tej pracy nie ma, gdyż tylko niewielki odsetek ma ten komfort i załapie się na dodatkową pracę w poradni...

Pytań jest wiele i są to z reguły pytania bez odpowiedzi...

(W artykule tym za młodych lekarzy przyjęto lekarzy od początku stażu podyplomowego do uzyskania specjalizacji, – czyli przeciętnie 5–6 lat od ukończenia studiów).



Przekaż 1% swojego podatku na rzecz Fundacji „Dom Lekarza Seniora” – organizacji pożytku publicznego

Przypominamy: w kwietniu 2004 zakupiliśmy w Inowrocławiu budynek po sanatorium „Patria” na przyszyły Dom Lekarza-Seniora. W czerwcu 2004 r. Okręgowa Rada Lekarska BIL podjęła uchwałę o powołaniu Fundacji „Dom Lekarza Seniora”, której statutowym celem jest opieka i pomoc lekarzom emerytom i rencistom. Fundacja ta została zarejestrowana w Krajowym Rejestrze Sądowym pod nr 223048. Z dniem 6.12.2005 r. Fundacja „Dom Lekarza Seniora” w Bydgoszczy uzyskała status organizacji pożytku publicznego.

W praktyce oznacza to, iż od tej chwili fundacja korzysta z szeregu przywilejów, umożliwiających jej realizację celu, dla którego Bydgoska Izba Lekarska ją powołała. Status organizacji pożytku publicznego wiąże się bowiem ze zwolnieniami podatkowymi, zwolnieniami od opłat sądowych. Przede wszystkim jednak każdy z nas może na rzecz fundacji „Dom Lekarza Seniora” w Bydgoszczy jako organizacji pożytku publicznego przekazać 1% rocznego podatku dochodowego od osób fizycznych, a tym samym wesprzeć pomoc kierowaną do lekarzy seniorów. Dzięki takiemu unormowaniu to nie fiskus, lecz sam podatnik decyduje o przeznaczeniu choć niewielkiej części swojego podatku.

Jak przekazać 1% podatku na rzecz „Fundacji Dom Lekarza Seniora” w Bydgoszczy?

● Aby skorzystać z możliwości przekazania 1% podatku za rok 2006 na rzecz Fundacji „Dom Lekarza Seniora” w Bydgoszczy należy w zeznaniu rocznym, dotyczącym wysokości osiągniętego dochodu obliczyć podatek należny fiskusowi i wpisać go w deklaracji PIT – 36 w pole 178 lub w deklaracji PIT – 37 w pole 110. Następnie kwotę tą trzeba pomnożyć przez 0,01 albo podzielić przez 100. Uzyskany wynik trzeba zaś wpisać w pole 179 w formularzu PIT-36 lub pole 111 w formularzu PIT-37.

● Wyliczenie w zeznaniu rocznym 1% podatku nie wystarczy jednak, aby fundacja otrzymała od nas kwotę stanowiącą jego równowartość. Podatnik musi bowiem sam dokonać wpłaty tej sumy na **konto Fundacji „Dom Lekarza Seniora” w Banku Millennium nr rachunku 61 1160 2202 0000 0000 6202 7520**. Na dokumencie wpłaty powinny się znaleźć: 1) imię i nazwisko wpłacającego, 2) jego adres, 3) nazwa organizacji czyli Fundacja „Dom Lekarza Seniora” w Bydgoszczy 4) informacja, iż jest to „wpłata 1% podatku na rzecz organizacji pożytku publicznego”. Pamiętać należy przy tym, że wpłata 1 % podatku za rok 2006 musi nastąpić najpóźniej w dniu

złożenia rocznego zeznania podatkowego. Natomiast dowód wpłaty winien zostać zachowany na wypadek ewentualnej kontroli podatkowej.

● Dzięki wpłacie na rzecz Fundacji „Dom Lekarza Seniora” w Bydgoszczy kwoty stanowiącej równowartość 1% podatku zmniejszamy nasze zobowiązanie wobec fiskusa, wobec czego wzrasta szansa na powstanie nadpłaty podatku. Taką nadpłatę fiskus ma obowiązek zwrócić podatnikowi w terminie trzech miesięcy od daty złożenia rocznego zeznania podatkowego. Jeśli natomiast odprowadziliśmy za mały podatek i to my musimy oddać urzędowi skarbowemu należne pieniądze, możemy dopłacić kwotę pomniejszając o sumę przekazaną na rzecz organizacji pożytku publicznego.

● Uwaga! Osoby, które są emerytami i otrzymują rozliczenie swoich dochodów przez ZUS, także mogą odprowadzić 1% swojego podatku, poprzez dodatkowe rozliczenie PIT-em 37. Pomoc w tej sprawie (o czym poniżej) zapewnia Izba Lekarska.

Wszystkim, którzy chcą przekazać 1% na rzecz Domu Lekarza Seniora zapewniamy pomoc w wypełnianiu zeznania podatkowego – BIL, ul. Powstańców Warszawy 11, Jolanta Trystuła, tel. 052 346 00 84, wew.14

Ja się nie śmieję, ja jestem przerażony, doktorze Grądzki!

Na początku podziękowania dla Autora polemiki. Wiele osób w rozmowach dziękowało mi za artykuł i chwaliło go – choć nie musieli. Już prawie wpadałem w samouwielbienie, gdy pojawił się test dr. Grądzkiego. Pomyślałem: „super”. Sam nawet zachęcałem przecieć do polemiki. Rzeczowa dyskusja zawsze jest potrzebna. Ale... już pierwsze zdanie. Ja się nie naśmiewam z przeciwników aborcji i eutanazji, a jeśli tak to proszę wskazać, w którym miejscu. Chyba, że przykładowo kpina z jawnej głupoty jednego numizmatyka jest obrażaniem wszystkich zbieraczy monet. Podałem przykład kapłana, który odłączył umierającemu przyjacielowi respirator, omówiłem – chyba rzeczowo – tekst dr. Radziwiłła i film oparty na prawdziwej tragedii oraz skrytykowałem projekt ustawy, która nawet wśród elity obecnych władz wzbudziła niesmak. Kłamliwe poglądy posłanki Sobeckiej nie są wyrwane z kontekstu, a są jej credo politycznym, zamieszczonym na oficjalnej stronie internetowej. Może Pan Doktor zapyta na przykład swoich pacjentów – rolników czy 90% z nich jest bezrobotnymi i czy przeklinają wejście Polski do UE. Moi błogosławią ów dzień. Ta pani, której strona internetowa pełna jest kłamstw, jadu i nienawiści do wszystkiego, co niezgodne z jej poglądami jest posłem i katoliczką. Przynajmniej tak się przedstawia.

Ja, Panie Doktorze piszę to, co myślę. Zawsze. Jak pisał poeta „Nie zważam na mody byle jakie”. Weźmy Pana przykład dotyczący USA. Pomijając fakt, że mieszka tam około 7 razy więcej ludzi niż w Pol-

sce, co przekłada się również (ze statystyki) na ilość ludzi o „dziwnych” zapatrywaniach na rzeczywistość. Nie słyszałem, żeby ktoś z wyżyn władz tego kraju reprezentował podobne poglądy i próbował wdrożyć je do oficjalnego nauczania i porządku prawnego. Mówię o władzach centralnych. Sądzę, że „płaskoziemianie” uważani są za „łagodnych świrów”, a żaden z nich nie ma dostępu do mównicy Parlamentu Europejskiego i głoszenia tam swoich bredni. Przypomnę tu, że decyzje ministra Orzechowskiego wpływają na edukację młodzieży, a pan Giertych reprezentuje Pana i mój kraj na forum międzynarodowym. Mnie to osobiście przeszkadza, jeśli Panu nie, to przepraszam. Nie dopuszczam jednak myśli, że uważa Pan Smoka Wawelskiego za dinozaura, który hasał pod królewskim Krakowem na oczach ludzi. I jeszcze małe pytanie? Swoboda poglądów jest rzeczą świętą, lecz czy widziałby Pan w gronie swoich podwładnych lekarza, który jest przekonany o wyższości homeopatii nad antybiotykami w leczeniu ciężkich zapaleń płuc? Tu chodzi proszę Pana o prawdę naukową i jej stosowanie, a nie brednie wynikające z mojego światopoglądu, jaki by nie był.

W jednym ma Pan rację! Z takich ludzi będę kpił do żywego i ośmieszał ich, jak tylko można i gdzie tylko można. Nie ma to bowiem żadnego związku z innością poglądów politycznych czy religijnych, które zawsze szanowałem. Mam przyjaciół wśród wierzących i ateistów, heteroseksualnych, gejów i lesbijek. Nikomu to nie

*„Pytam Pana proszę Pana, krzyczę poprzez grzmot oklasków!
Pan, ze swego podwyższenia widzi tylko same blaski!
Myślę czasem, a wiec jestem, wątpliwości składam w słowa
Czy ja tylko sam się bawię? Czy też się śmiejemy obaj?”*

L. Makowiecki

przeszkadza, ale też nikt nie próbuje narzucać komuś swoich poglądów. Proszę również nie zastaniać się poprawnością polityczną. Uwierzę w nią w Polsce, gdy zobaczę działaczy gejowskich w „Telewizji Trwam”. Uważam, że kpina jest bardzo silną bronią. Czy zapomniał już Pan jak kpiłiśmy z naszych przywódców 25 lat temu i wcześniej? Nie ma Pan wrażenia, że pomogło?

Rolą naukowca (a jest nim prof. Giertych) oraz ministra rządu jest głoszenie prawdy, potwierdzonej naukowo. Osobiste poglądy nijak mają się do służby narodowi i jego reprezentowania na forach międzynarodowych. Panie Doktorze, zarówno kulistość Ziemi, jak i teoria ewolucji są właśnie takimi prawdami. Jan Paweł II, przypomniał, zrehabilitował Galileusza, a także uznał teorię Darwina za prawdziwą i potwierdzoną.

Szczęśliwie nie należałem i nie należę do żadnej partii politycznej. Pominę więc milczeniem wywód o „różowym salonie” i zalecenia myślenia demokratycznego. Ja po prostu „tak myślę” i jakoś mam dziwne wrażenie, że bywalcom „białych” salonów dalej od demokracji niż mnie. Nauczam moich studentów tego, co jest potwierdzoną prawdą, a nie widzimy grupę, nazwijmy eufemistycznie, „dziwaków”. Nie dbam o poglądy polityczne Pana czy prof. Giertycha, Pana czy jego wiarę lub niewiarę w Boga. Dbam o Prawdę, taką, do jakiej doszła ludzkość dzięki swemu talentowi i pracy. Dbam tak, jak potrafię i mam zamiar nadal to robić. Zawsze.

Wojciech Szczęsny

Nie umiemy, czy nie chcemy pomóc?

W Biuletynie BIL, ze stycznia 2007, w artykule „Pręgieryz”, czytam – „picie w pracy winno skutkować natychmiastowym odebraniem prawa wykonywania zawodu lekarzowi, co najmniej na rok. Tu sprawa jest oczywista.”

W Gazecie Lekarskiej również ze stycznia 2007 – w artykule „Google prawdę Ci powie?”, w nawiązaniu do problemu alkoholowego wśród lekarzy, autorka pisze, „jeśli jest taka rzeczywistość, to osoby dotknięte chorobą alkoholową powinny poddać się leczeniu. Świadomość problemu i wiedza o tym, jaki jest stan faktyczny, jest potrzebna wszystkim: uzależnionym od alkoholu, do tego, aby mogli podjąć skuteczną kurację.”

Te dwie wypowiedzi, na temat picia w pracy przez lekarzy, lub przychodzenia do pracy pod wpływem alkoholu, pokazują różny stopień wiedzy na temat choroby alkoholowej u dwu wypowiadających się osób.

Autor z BIL proponuje pozbawianie prawa wykonywania zawodu lekarzy CHORYCH na chorobę alkoholową. Bo tylko lekarze CHORZY piją w pracy, lub przychodzą pod jego wpływem, ale świadomość tego faktu wydaje się być bardzo mała wśród kolegów lekarzy.

Autorka z Gazety Lekarskiej proponuje właściwe postępowanie – czyli podejmowanie terapii odwykowej przez uzależnionych lekarzy/lekarzki.

Obydwoje autorzy mają dobre intencje, ale autorowi z BIL wyraźnie zabrakło wiedzy na temat choroby alkoholowej. I bynajmniej, nie jest jakimś niechlubnym wyjątkiem. Z moich wieloletnich obserwacji wynika, że zdecydowana większość lekarzy nie ma żadnej, lub posiada minimalną wiedzę, na temat choroby alkoholowej. Tylko tym chyba można wytłumaczyć fakt, iż wielu lekarzy, każdego dnia, w różnych szpitalach, poradniach mija swoich uzależnionych kolegów/koleżanki i nie udziela im pomocy.

Bo nie mają świadomości, że ich koleżdy piją, bo przymus picia i utrata kontroli, to jeden z osiowych objawów tej choroby, a drugi osiowy objaw – to zaprzeczanie chorobie. Osoba uzależniona, zupełnie

nie ma świadomości swojej choroby. Szczególnie, jeśli jest lekarzem, tym silniejsze zaprzeczanie. Jeśli koledzy lekarze również nie mają świadomości, jak silne jest zaprzeczanie w tej chorobie, to nie wiedzą, jak pomóc swoim kolegom. A często wystarczyłoby kilku kolegom/koleżankom, przygotowanych do tzw. rozmowy interwencyjnej, w trakcie której, okazując należyty szacunek osobie uzależnionej, pokazuje się obiektywne fakty, świadczące o uzależnieniu. Takie sygnały od otoczenia mogą mieć bardzo ważne znaczenie dla podjęcia decyzji o leczeniu. Jeśli się okażą niewystarczające, kierownik danej placówki może dać warunek – albo: terapia, albo

utrata pracy. Ale nie odwrotnie, bo nie można karać kogoś, za to, że jest chory. Jeśli my lekarze, nie umiemy, nie chcemy? pomóc naszym Kolegom, to co z resztą społeczeństwa? Choroba alkoholowa niszczy dotkniętych nią ludzi, we wszelkich sferach ich życia, niszczy ich rodziny, szczególnie dramatycznie dotyka, lub często zabija dzieci osób uzależnionych (o czym słyszemy co drugi dzień w TV).

A podejmowane działania są niewystarczające. I to właśnie my lekarze, powinniśmy dawać przykład innym grupom społecznym, jak radzić sobie z tym problemem. Sądzę, że przydałaby się jakaś ogólnonarodowa debata, co robić, żeby

alkohol nie niszczył tak wielu ludzi, ich rodzin, w szczególności dzieci. I to my ją powinniśmy zapoczątkować, zaczynając od siebie. Przerwijmy znowu milczenie wokół tego problemu. Podejmując dyskusję, jak skuteczniej organizować pomoc dla osób uzależnionych w różnych środowiskach. Ewa Woydyła w swojej książce „Wybieram wolność”, opisuje, jak ten problem jest rozwiązywany w USA. Korzystajmy ze sprawdzonych rozwiązań, pogłębiajmy wiedzę własną i całego społeczeństwa na temat tej tak trudnej i niszczącej choroby.

*Lekarka
(nazwisko znane redakcji)*

Pacjenci się skarżą

Prawie 2800 skarg rozpatrzyła w 2006 roku Rzeczniczka Praw Pacjenta z Kujawsko-Pomorskiego Oddziału NFZ. Ponad połowę zażaleń pacjentów oceniła jako zasadne.

Najczęściej pacjenci zgłaszali problemy z dostępnością do świadczeń medycznych, głównie do specjalistycznej pomocy ambulatoryjnej. Tu największej negatywnych ocen zebrał Szpital Uniwersytecki, potem Wojewódzki Szpital im. Jana Bizuela, Bydgoskie Centrum Diabetologii i Endokrynologii, NZOZ „Medic” oraz Szpital Wojewódzki w Toruniu. Chorzy skarżyli się także na kłopoty z przyjęciem na zdjęcie gipsu czy szwów, w terminie wyznaczonym przez zaopatrzonego ich lekarza. Tymczasem, jak mówi rzeczniczka – Mariola Tuszyńska: „lekarz powinien takiego świadczenia udzielić, bądź uznać, że nie ma jeszcze pilności wykonania go”. Niejasne zasady prowadzenia kolejek – to kolejne zarzuty chorych, kierowane przede wszystkim do Kliniki Okulistyki Szpitala Uniwersyteckiego, chirurgii naczyniowej NZOZ „Eskulap”, Oddziału Ortopedii w Bizielu.

Z wieloma zarzutami spotkała się organizacja nocnej i świątecznej pomocy ambulatoryjnej, udzielanej przez Szpital im. Jurasza. „Pacjenci czekali na udzielenie pomocy nawet 4–5 godzin. Wszystko dlatego, że szpital wtłoczył porady ambulatoryjne do świadczeń medycyny ratunkowej. Bywało, że w ciągu weekendu przyjmowano tu 160 osób, a świadczeń ratowniczych nie udzielano wiele. Działy się dantejskie sceny. Musiała nawet interweniować policja.” – opowiada rzeczniczka. Na kłopoty z dostępnością do opieki medycznej, po godzinach pracy Przychodni „Gryfmed” w Fordonie skarżyli się jej pacjenci. A to dlatego, że placówka umowę na te usługi podpisała z odległym X Wojskowym Szpitalem Wojskowym.

Odmowa wizyty lekarza-specjalisty w domu chorego – to także nierzadka niedogodność, która spotyka chorych głównie w Bizielu, Juraszu, „Medicu” i „Gryfmedzie”. „Często placówka informuje, że

nie ma domowych wizyt lekarzy specjalistów, a tymczasem umowa z NFZ je zakłada.” – tłumaczy Tuszyńska.

Pacjent kierowany do specjalisty czy na zabieg operacyjny powinien mieć wykonane podstawowe badania diagnostyczne. Tymczasem często chorzy trafiają do specjalistów bez koniecznych badań, a szpitale lub NZOZ-y, co nie powinno się wydarzać, informują, że na potrzeby zabiegu należy je wykonać w POZ. W tej sprawie skargi najczęściej dotyczyły NZOZ „Eskulap”, Szpitala Uniwersyteckiego, Bizuela oraz Szpitala Wojewódzkiego w Toruniu.

Chorzy dializowani w Juraszu zgłaszali uwagi dotyczące złej organizacji transportu po dializie: „Bywały przypadki, że pacjenci zamiast bezpośredniego dowozu do domu byli pozostawiani na przystankach autobusowych” – mówi Mariola Tuszyńska.

Skarżono się także na często niegrzeczne zachowanie pracowników placówek medycznych np. przedmiotowe traktowanie pacjentów przez lekarzy, brak

szacunku do chorego, udzielanie zdawkowych informacji, zniecierpliwienie, „zbywanie” chorego i jego rodziny próbującej dowiedzieć się o stan zdrowia bliskiej osoby. Pacjenci zgłaszają również problemy z dostępem do lekarzy prowadzących. Wyżej wymienione zarzuty dotyczą głównie Bizuela i Jurasza.

Rzeczniczka NFZ mówi, że rozpatruje każdą przesłaną lub dostarczoną osobiście skargę. W 2006 roku dwa razy wystąpiła o umowne kary dla placówek stomatologicznych. Wniosowała także o dwie kontrole – w NZOZ „Medic” oraz w jednym z oddziałów Szpitala Wojewódzkiego im. Bizuela – obie okazały się zasadne.

„Skargi dotyczą wszystkich placówek medycznych regionu – tłumaczy Tuszyńska, podkreślając – ale są świadczeniodawcy, którzy zawsze załatwiają je na korzyść pacjentów np. Wojewódzki Szpital Dziecięcy w Bydgoszczy, NZOZ „Intercor”, Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii, Szpitale w Inowrocławiu, Lipnie, Tucholi.”

Agnieszka Banach

Problematyka skarg I–XII 2006	Ilość skarg	w tym: skargi rozpatrzone pozytywnie (uzasadnione)	w tym: skargi rozpatrzone negatywnie (nieuzasadnione)
I. Ograniczenie dostępności do świadczeń medycznych	878	604	274
II. Odmowa udzielenia świadczeń medycznych	88	20	68
III. Problem badań diagnostycznych	497	282	215
IV. Jakość świadczeń zdrowotnych	47	10	37
V. Pobieranie opłat za świadczenia zdrowotne	6	6	0
VI. Prawa pacjenta	230	116	114
VII. Relacje interpersonalne pacjent-pracownik placówki medycznej	267	151	116
VIII. Inne	758	232	526
OGÓŁEM	2771	1421	1350



Moi ulubieńcy

Wojciech Szczęsny

Zdaję sobie sprawę, że prezentowane poniżej poglądy nie są zgodne ze światopoglądem wszystkich Czytelników. Staralem się jednak oprzeć moje refleksje na faktach i realnie istniejącej rzeczywistości. Wszystkie cytowane wypowiedzi były przeze mnie słyszane lub czytane. Dane statystyczne oparłem na dostępnych opracowaniach. Zachęcam wszystkich, tak jak to zrobił dr Grądzki, do polemiki. Proszę przedstawić inny punkt widzenia, poprzeć go argumentami EBM. Wtedy dyskusja będzie ciekawa i pożyteczna. Takiej dyskusji nad problemami etyki i deontologii domagają się też nasi Czytelnicy. (Patrz, „Kto nas czyta”). Jeszcze raz zachęcam.

Moi ulubieńcy nie zasypiają gruszek w popiele. Po tym jak dowiedzieliśmy się, że Smok Wawelski był dinozaurem, na którego polowali ludzie, pojawiły się nowe pomysły tym razem ze strony Ministerstwa Zdrowia. Specjalnie umieściłem te dwa fakty w jednym zdaniu, gdyż w mojej opinii istnieją tu pewne paralele.

Mój ulubieniec Sekretarz Stanu Bolesław Piecha (to ten pan, który twierdził, że protesty lekarzy są następstwem lobbingu firm farmaceutycznych a nie ogólnej miserii zawodu, oraz że lekarze prędzej dadzą się pokroić niż przyznają się do błędu) postanowił promować naturalne metody antykoncepcji. Stwierdził też w wypowiedzi dla telewizji, że wszystkie inne środki (w tym prezerwatywy) mają zgubny wpływ na zdrowie kobiet, a niewiedza wynika stąd, że w ulotkach leków objawy niepożądane drukowane są „pipetem”. No cóż, pewnie panu Ministrowi do dziś śnią się koszmary miareczkowania na zajęciach chemii (sam też nie przepadałem za nimi). Fakt, że takie nazwy jak nonparel, kolonel, petit, borgis czy garmond, mogą sprawić trudność i Demostenesowi, ale mój SzeF zawsze powiada: „Nie używaj trudnych słów, jak nie rozumiesz ich znaczenia”

Lecz *ad rem*, bo znowu zagalopowałem się w bok. Otóż Ministerstwo postanowiło promować (spoty telewizyjne i radiowe, plakaty, ulotki, pogadanki etc.) „naturalne” metody antykoncepcji. Nie wiem, jaki jest stosunek Ministerstwa do stosunku przerywanego (tautologia celowa!), który jako żywo jest odmianą antykoncepcji „naturalnej”. Nawiasem mówiąc problem to nie nowy, gdyż wzmiankę o takim postępowaniu znajdujemy już w Księdze Rodzaju. Onan po

śmierci swego brata Era nie chciał, mimo polecenia ojca dopełnić **prawa lewiratu**. Wiedział bowiem, że potomstwo przez niego spłodzone nie będzie uznane za jego, lecz brata. Dlatego też unikał zapłodnienia, ilekroć współżył z żoną brata, Tamar. Jak czytamy: „*tracił z siebie nasienie na ziemię, aby nie wzbudził potomstwa bratu swemu*”. Dodam, że czyn Onana nie spodobał się Bogu, który go zgładził. Ufam, że Ministerstwo przewiduje łagodniejsze środki per-swazji dla niepokornych.

Problem jest jednak moim zdaniem wcale nie żartobliwy. Oto władza neutralnego światopoglądowo państwa promuje za **pieniądze wszystkich podatników**, metodę antykoncepcji, która według faktów (Evidence Based Medicine) nie jest – oględnie mówiąc – najbardziej skuteczna. Apologeci tych metod twierdzą, że ich prawidłowe stosowanie zapewnia współczynnik Pearla, co najmniej równy metodom hormonalnym i mechanicznym. Bynajmniej. Są to sposoby dla kobiet całkowicie zdrowych, pracujących (lub lepiej nie) w dzień, wypoczywających w nocy itp. Już widzę pielęgniarkę, lekarzkę czy robotnicę po nocnej zmianie jak ochoczo mierzy temperaturę, czy też bada lepkość śluzu. Nie wiem nawet, czy powinienem pisać o tym Czytelnikom „Primum”.

Cała sprawa jest i będzie ideologiczna. Chodzi o propagowanie jednej z opcji poranej przez Kościół. Co prawda, pojawiły się nieśmiałe głosy ze strony hierarchów (nie u nas, rzecz jasna!) na temat relacji prezerwatywa a AIDS, lecz, póki co, obowiązuje magisterium wyrażone w Encyklice Pawła VI „*Humanum Vitae*”. Osobnym problemem jest, jak owo magisterium jest w katolickiej Polsce przestrzegane (rynek prezerwatyw, współżycie przed ślubem itp.). Zainteresowanych odsyłam do statystyk, które przeglądałem sobie w Internecie. Tu

może jeden z nowszych faktów, ilustrujących również postawę pana Piechy. Kiedy po ujawnieniu możliwości świadomego zarażenia kobiet wirusem HIV przez obywatela Kamerunu, pojawiły się głosy na temat uświadamiania młodzieży, co do ochronnej roli prezerwatyw, pan wiceminister stwierdził, że „nie będzie biegał z kondomami po Warszawie”. Bez komentarza. Przypomnę jedynie, że w świetle obecnej nauki nie ma lepszych środków zapobiegawczych AIDS niż prezerwatywa, no i oczywiście wstrzeźliwość. Lecz proszę zastanowić się, co zrobić, gdy człowiek nabył infekcję HIV drogą odmienną niż stosunek z innym partnerem. Jak ma współżyć ze swoim poślubionym wobec Boga i ludzi małżonkiem? Zrezygnować czy założyć prezerwatywę? Na pewno pan wiceminister zna odpowiedź. Ja też, ale jakoś wydaje mi się, że odmienną.

Antykoncepcja nie mieści się jednak w pojęciu promocji zdrowia, w którym to przypadku wydawanie państwowych pieniędzy byłoby uzasadnione i ze wszechmiar pożyteczne. Firmy produkujące środki antykoncepcyjne reklamują je za własne pieniądze, co – jak mniemam – mieści się w prawach wolnego rynku i dobrym prawie konkurencji. Mam właśnie w ręku ulotkę jednego z leków antykoncepcyjnych i działania uboczne (a jaki preparat ich nie ma?) są opisane nie „pipetem”, a czcionką odpowiadającą wielkością całemu tekstowi. Może pan Piecha czytał inne.

Protestuję jako człowiek i lekarz przeciw „robieniu ludziom wody z mózgu”. Chciałbym się mylić, ale mam wrażenie, że kampania ministerialna oparłaby się na takich „autorytetach” antykoncepcji jak posłanka Sobecka czy poseł Piłka. Poprą ją zapewne lekarze o skrajnych poglądach jak prof. Chazan. Ja jednak, ile sił w płucach będę krzyczał „nie” jednej ideologii. Jeśli kampania ma być uczciwa, niechaj przedstawi wszystkie metody zapobiegania ciąży. Te „naturalne”, te niedopuszczające do zapłodnienia i te wczesnoporonne. Uczciwie, to znaczy na podstawie Evidence Based Medicine, a nie opinii pani poseł czy pana profesora, który stracił kiedyś stanowisko za skrajne poglądy. Wybór pozostawmy kobietom i ich partnerom. Poznajmy prawdę, a prawda nas wyzwoli. Z jarzma głupoty i zacietrzewienia.

PS. Z radością dowiedziałem się, że Ministerstwo wycofało się (czasowo – bo projekt ma nabrać charakteru ogólnonarodowego programu, zbliżonego do kardiologicznych lub onkologicznych) owego poronionego (celowe!) pomysłu. Przyczyną okazały się pieniądze, a nie zdrowy rozsądek. Czekam na następne pomysły naszych wodzów. Ktoś bowiem słusznie powiedział, że dwie rzeczy są na świecie nieśkończone: ciąg liczb i ludzka głupota.

Zabija milion ludzi rocznie

W ciągu roku rak płuca zabija milion ludzi na świecie. W 90 proc. ofiarami są palacze! Z jego powodu umiera blisko 20 tys. Polaków – to tak, jakby każdego roku z mapy Polski zniknęło miasto wielkości Żnina. U ponad 80 przypadków wykryty jest zbyt późno, co oznacza, że tylko co piąty chory przeżywa więcej niż rok, a śmiertelność jest prawie równa liczbie zachorowań. Jak się szacuje na ten najczęstszy nowotwór złośliwy na świecie w 2010 roku zachoruje aż 34 tys. Polaków!

Tymczasem, pomimo przerażających statystyk o raku płuca, ciągle mówi się zbyt mało.

„Na tę chorobę umiera w Polsce 400 osób tygodniowo – alarmuje prof. Jan Skokowski z Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej AM w Gdańsku – Gdyby każdego tygodnia rozbijały się dwa pasażerskie samoloty, byłoby o tym głośno. W przypadku raku płuca, szumu medialnego nie ma. Jest wciąż cichym zabójcą!”

„Ale rak płuca nie musi być wyrokiem. – przekonuje dr n. med. Grażyna Jagiełło, konsultant wojewódzki w zakresie chorób płuc i ordynator Oddziału Chorób Płuc w Centrum Pulmonologii – Wczesna diagnoza i właściwe leczenie dają szansę na powrót do zdrowia. Przeżywalność we wczesnym stadium raka wynosi 70–80 proc.”

Szybkie rozpoznanie umożliwi wybór najbardziej skutecznej metody leczenia – zabiegu operacyjnego, polegającego na usunięciu fragmentu lub całego płuca. Niestety, często chorzy zbyt późno trafiają do specjalisty. Polskie dane pokazują, że tylko 18 proc. z nich ma szansę na interwencję chirurgiczną. Reszta z powodu zbyt dużego zaawansowania choroby jest leczona, dającą gorsze rokowania, chemioterapią i radioterapią. Wszystko przez zbyt niską wykrywalność choroby. „Poprawmy wykrywalność chociaż o 1 proc., a uratujemy życie 200 ludziom” – apeluje doktor Jagiełło.

Co można zrobić, aby ją poprawić? Przede wszystkim o chorobie mówić, a zagrożonych pacjentów przekonywać o konieczności wykonania kontrolnych badań w przypadku nawet najbardziej niecharakterystycznych, ale niepokojących objawów. „Duża tu rola lekarza rodzinnego – uważają prof. Skokowski i doktor Jagiełło – ale także samych chorych.”

„Najlepiej na system ochrony zdrowia mogą wpłynąć sami pacjenci” – mówi, pełniący funkcję prezesa Stowarzyszenia Ludzi Wyleczonych z Raka Płuca, profesor Skokowski. Organizacja, powołana przez lekarzy, pielęgniarki oraz pacjentów, od 1994 roku działa w Gdańsku. Jej celem jest wspieranie chorych w walce z nowotworem płuca, ale też edukacja lekarzy i pacjentów. Właśnie teraz trwa kampania edukacyjna prowadzona przez Stowarzyszenie – „Rak płuca. Wczesne wykrycie = dłuższe życie”. Na razie SLWzRP działa tylko w Gdańsku. Prof. Jan Skokowski ma nadzieję, że podobny oddział powstanie także w kujawsko-pomorskim.

Agnieszka Banach

Od red. Zainteresowani utworzeniem oddziału Stowarzyszenia Ludzi Wyleczonych z Raka Płuca mogą kontaktować się z prof. Janem Skokowskim. Tel. 058 349 24 00, 501 005 213.

Najtrudniej przyjąć oczywiste



O paleniu papierosów raz jeszcze

W listopadowym i grudniowym numerze „Primum non nocere” mogliśmy przeczytać bardzo interesujące artykuły Pani Doktor Małgorzaty Czajkowskiej-Malinowskiej na temat palenia papierosów. Problem ten nie omija lekarzy.

Wydaje się, że świadomość szkodliwości palenia papierosów w naszym środowisku jest wysoka. Niestety, palenie w tej grupie zawodowej jest nadal bardzo rozpowszechnione. Dlatego też chciałabym przekazać Państwu kilka informacji dotyczących lekarzy-palaczy.

Badania z 1999 roku określiły, że w grupie kobiet-lekarek 11% pali codziennie papierosy, a w grupie mężczyzn-lekarzy aż 27%. Na podstawie ankiety przeprowadzonej na XXIX Zjeździe Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc we wrześniu 2006 stwierdzono, że papierosy pali 10% lekarzy chorób płuc (13% mężczyzn i 9% kobiet). Dla porównania w USA i w Wielkiej Brytanii tytoń pali 2–5% lekarzy, a w krajach skandynawskich 6%.

Rozpowszechnienie palenia jest różne wśród lekarzy różnych specjalności. W Polsce wśród kobiet najczęściej palą chirurdzy (13%), a wśród mężczyzn ginekolodzy (31%). Najmniejsze odsetki palących stwierdzono w grupie kobiet-internistek (5%) i mężczyzn-lekarzy rodzinnych (18%). W Szwecji najwięcej palaczy jest wśród psychiatrów i chirurgów.

Na rozpowszechnienie nałogu tytoniowego ma wpływ nie tylko specjalizacja lekarza, ale także miejsce pracy; zdecydowanie częściej palą lekarze pracujący w szpitalach.

Zatrważająca jest statystyka dotycząca palących pielęgniarek i położnych, pali aż 40% reprezentantek tego zawodu.

Wędrując po szpitalnych korytarzach jakże często czujemy dym tytoniowy, czują go także nasi pacjenci, również dzieci. A to właśnie my – lekarze i pielęgniarki powinniśmy być wzorem postaw zdrowotnych dla innych. Na terenie placówki ochrony zdrowia należy bezwzględnie przestrzegać zakazu palenia tytoniu, co reguluje zresztą ustawa o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (palenie jest dozwolone jedynie w wyraźnie wyodrębnionych miejscach).

Odwiedzając wiele placówek ochrony zdrowia ma się wrażenie, że zarówno troska o własne zdrowie, jak i wspomniana ustawa popadła w zapomnienie....

Iwona Sadowska-Krawczyńska

Proszę o uwagi i komentarze na adres:

iesadowska@poczta.onet.pl

Nowy rok. Kolejny rok kryzysu w brytyjskiej służbie zdrowia... Wiem, zapewne czytelnicy obruszą się czytając ten wstęp. Jaki kryzys?! U nas jest kryzys. W Anglii system kwitnie, czego dowodem jest stale duże zapotrzebowanie na polskich specjalistów. Niestety kryzys jest dostrzegalnym na co dzień faktem, a zatrudnianie fachowców z zagranicy dowodem na jego istnienie.

Na początek jednak nieco historii i liczb. NHS, czyli National Health Service powstał w 1948 roku i dziś jest, podobnie jak rodzina królewska, ikoną „brytyjskości”. Anglicy, mimo krytyki systemu, są z niego dumni a jego likwidacja stanowiłaby podstawę do rewolucji... NHS dysponuje gigantycznym budżetem. Na rok 2007 to kwota niemal stu miliardów funtów! Jest też NHS największym pracodawcą w Europie. Zatrudnia milion trzysta tysięcy pracowników. Większe zatrudnienie na świecie jest jedynie w... armii chińskiej i kolejach indyjskich. NHS jest kontrolowany przez rząd w osobie Sekretarza Stanu. Rząd sprawuje pieczę nad Strategic Health Authorities (SHA) w liczbie dziesięciu, które z kolei sprawują regionalną kontrolę nad Trustami, czyli odpowiedzialnymi naszymi ZOZ-ami. Generalnie istnieje pięć rodzajów trustów: Primary Care Trust, które zrzeszają lekarzy rodzinnych (29 tysięcy) oraz stomatologów (18 tysięcy), NHS Hospitals Trust (290 trustów zarządza 1600 szpitalami publicznymi). Pozostałe trusty to między innymi te odpowiedzialne za ratownictwo, opiekę przewlekłą oraz opiekę psychiatryczną.

Finansowanie opieki zdrowotnej polega na kontraktowaniu przez Primary Care Trust usług medycznych w szpitalach i innych trustach. Pieniądze rozdziela rząd, kierując się oceną lokalnego zapotrzebowania na poszczególne usługi. Rząd Tony'ego Blaira wprowadził pojęcie rynku wewnętrznego i wewnętrznej konkurencji. Również za kadencji tego rządu powstały prywatne instytucje, które podpisały kontrakty z NHS. Są to przede wszystkim małe kliniki oferujące zabiegi chirurgiczne w trybie planowym. W 2005 roku 3% rutynowych zabiegów wykonano w tych placówkach. Docelowo w 2008 10% zabiegów powinno być przejętych przez prywatne kliniki. Pomysł ten spotkał się z ogromną krytyką ze strony zarówno opozycji jak i specjalistów zarządzania. Krytycy wskazują, iż zamiast tworzyć nowe placówki poza systemem, należałoby raczej racjonalizować szpitale publiczne.

Największą bolączką systemu są kolejki do specjalistów, diagnostyki i za-

Też kryzys

biegów operacyjnych. Skrócenie kolejek stało się najpierw hasłem wyborczym labourzystów a następnie głównym celem postawionym szpitalom. Szybko okazało się, że cel ten ma być realizowany za wszelką cenę... Przykłady. Jednym z celów rządowych jest tzw. limit czterech godzin. Pacjent, który zgłosił się do izby przyjęć ma być zbadany, wstępnie zdiagnozowany i skierowany na oddział (bądź wypisany do domu) w ciągu maksimum czterech godzin. Zdarzyło mi się niedawno, że niemal porwano mi pacjentkę, z którą rozmawiałem w izbie przyjęć, kwalifikując ją do zabiegu w trybie ostrym. Okazało się, że za trzy minuty skończy się limit czterech godzin i trzeba pacjentkę natychmiast wywieźć na oddział... Co z tego, że spędzi na oddziale dziesięć minut i pojedzie na salę operacyjną? Co z tego, że sala operacyjna jest obok izby przyjęć a oddział w innej części budynku? Liczy się „target”... Niektóre szpitale wybudowały prowizoryczne przybudówki przed wejściem do izby przyjęć. Jeśli pacjent czeka tam to nie jest w... izbie przyjęć, a więc nie liczy się limit czterech godzin! Nieprawdopodobne? Dysponuję adresami tych szpitali. Nasz trust, aby skrócić czas oczekiwania na operacje wynajął modułową salę operacyjną, która „zaparkowała” pod szpitalem. Pomijając koszt przyłączy wynajem kosztuje około dwóch tysięcy funtów tygodniowo. Cele za wszelką cenę...

Niestety, przykłady można by mnożyć. Oczywiście realizowanie nierealnych celów bez baczenia na koszty skończyło się znacznym deficytem w poszczególnych trustach i w NHS jako całości. Wyznaczono więc... nowe cele, tym razem finansowe. Do 2012 roku trusty mają być... dochodowe! W jaki sposób rząd (jakby nie było socjalistyczny duchem) zamierza uzasadnić dochodowość państwowej instytucji, której jedynym źródłem finansowania są pieniądze publiczne pozostanie tajemnicą Tonego Blaira i jego ekipy. Problemy finansowe spowodowały zamrożenie płac, które do tej pory rosły co roku od 1948 o procent wyżej od inflacji. W 2005 i 2006 roku miały także miejsce redukcje zatrudnienia. Wstrząsnęło to posadami NHS, który do tej pory traktowany był jako bezpieczny i stabilny pracodawca. To zaś pociągnęło masowe odejścia z pracy niezadowolonych pracowników. Kolejnym pomysłem na oszczędzanie pienię-

dzy jest znaczne ograniczenie etatów szkoleniowych. Odbiło się to natychmiast wzrostem bezrobocia wśród absolwentów studiów medycznych. To pośrednio spowodowało tak znaczne zapotrzebowanie na fachowców z zagranicy – wyszkolonych, sprawnych i doświadczonych, którzy nie wymagają szkolenia.

Oczywiście obecny kryzys ma także swoje przyczyny obiektywne, leżące poza systemem. Jest to ogromny rozwój coraz droższych technologii medycznych, wzrost oczekiwań społecznych, wyższy średni wiek ludności. Na to nałożyły się obietnice wyborcze (skąd my to znamy?) i chęć ich zrealizowania za wszelką cenę. Do tego należy dodać całkowity brak umiejętności oszczędzania zarówno w skali makro, całego trustu, jak i bardzo prostego na niemal każdym stanowisku. Przez niemal sześćdziesiąt lat istnienia NHS nie było potrzeby oszczędzania...

Kryzys jest więc faktem. Ma on oczywiście zupełnie inny wymiar, niż ten w Polsce. Ale mechanizmy są bardzo podobne...

Zbigniew Kirkor



Szanowni Państwo!

W lutym proponujemy Państwu bezpłatne zaproszenia na:

- 14 i 15 lutego „Czego nie widać”, godzinę 19.00 – 4 zaproszenia na każdy dzień
- 24 lutego „Kamień i popioły”, godzina 20.00 – 4 zaproszenia.

Prosimy o telefony 13 lutego między godz. 9 a 11. Tel. (052) 346 00 84, Ewa Langner.

Repertuar luty 2007

- 13–15 Michael Frayn – „Czego nie widać” 19.00
- 17 Anna Bednarska – „Z twarzą przy ścianie” 17.00 i 20.00
- 18 Anna Bednarska – „Z twarzą przy ścianie” 18.00
- 20–21 William M. Thackeray – „Pierścień i róża” 10.00
- 23 Daniel Danis – „Kamień i popioły” 19.00
- 24 Daniel Danis – „Kamień i popioły” 17.00 i 20.00
- 25 Daniel Danis – „Kamień i popioły” 18.00
- 27–28 Tennessee Williams – „Tramwaj zwany pożądaniem” 17.00 i 20.00

Repertuar może ulec zmianie.

Nasze świąteczne wzruszenia

*...Weź do ręki biały opłatek,
choćbyś nawet nie miał go z kim dzielić –
i życz szczęścia całemu światu,
niech się wszystkie serca rozweselą.*

Zdzisław Kunstmann

Boże Narodzenie – święto chyba najpiękniejsze, najbardziej wzruszające nas wszystkich: i tych wierzących i tych niewierzących, święta, które choć na krótką chwilę jednoczą wszystkich.

Nasza Izba „rozłożyła” je na trzy spotkania:

■ Najpierw (16.12.06) – „Gwiazdka” dla dzieci lekarskich, urządzona przez naszą niezastąpioną, pełną zaangażowania Komisję Socjalną. Obyła się ona tym razem w Bydgoskim Pałacu Młodzieży, a – z powodu dużej liczby zgłoszeń – (podobnie, jak w zeszłym roku!) w dwóch turach. Były, jak co roku, gry i zabawy, były kolędy i – oczywiście „prezencikowe” torby, a w nich, między innymi... mikołajowa czerwona czapeczka dla każdego dziecka. I to był strzał w dziesiątkę, wymyślony i zrealizowany przez dr K. Lewandowską. Było barwnie, serdecznie i wesoło! A sala pękała w szwach!

■ Potem (12.01.07) – spotkanie gwiazdkowo – noworoczne, organizowane przez Radę Okręgową w siedzibie pięknie przystrojonej (zasługa p. Hanksi Raczyskiej) naszej Izby.

Spotkanie zaszczylicili swoją obecnością Goście: Wojewoda Kujawsko-Pomorski Zbigniew Hoffmann, prorektor ds. Collegium Medicum UMK – prof.

Małgorzata Tafil-Klawe, poseł na Sejm – prof. Maciej Świątkowski, dyrektor Kujawsko-Pomorskiego Centrum Zdrowia Publicznego – doktor Bożena Łukomska-Jasik oraz dyrektor ds. medycznych naszego Oddziału NFZ – doktor Andrzej Purzycki.

Po przywitaniu wszystkich zebranych przez panią Prezes dr n. med. Radostawę Staszak-Kowalską i wystąpieniach gości, wystąpił z koncertem kolęd, prowadzony przez prof. Wojciecha Pospiecha, zespół wokalny z Państwowego Zespołu Szkół Muzycznych w Bydgoszczy. Śpiewali tak pięknie, że stopniowo w śpiewanie kolęd włączyli się wszyscy obecni, a kolędę „Oj, maluśki, maluśki” solo odśpiewał – wcale nie taki maluśki, ba, wręcz potężny doktor Jerzy Kąkol. I nawet prominenci kolędowali z nami dość długo, a Wojewoda, który sądził (jak się przyznał), że będzie sztuczno i nudno – był mile zaskoczony naszą ciepłą, rodzinną atmosferą.

I – oby nie była ona w naszej Izbie tylko od święta! – czyż to nie piękne życie?

■ I wreszcie (14.01.07) – Gwiazdka Seniorów, urządzona, jak i w poprzednim roku w świątecznie przystrojonym Klubie Lotnika w Bydgoszczy, udostępnionym nam przez majora Andrzeja Walkowiaka.

Organizatorem spotkania była, jak zwykle nasza niestrudzona Komisja Socjalna Izby w składzie: dr H. Osiński – przewodniczący Komisji, dr Małgorzata Świątkowska, K. Lewandowska, T. Graza, Z. Gidlecki, E. Buszke-Sikora, A. Narewska, B. Pietras-Budzińska, L. Kocińska-Konopko i L. Janicka-Beuth. Wymieniamy wszystkich, by chociaż w ten sposób podziękować za ich wielki wkład pracy, bo trzeba było przecież zorganizować „przyjęcie” na ponad 100 osób – tyle to spotkanie zgromadziło seniorów. Dziękujemy z całego serca!

Spotkanie uświetniły i umiliły występy Teatralnej Grupy Różnych Form pod kierunkiem p. Teresy Wądzisńskiej oraz Studia Wokalnego pod kierownictwem p. Katarzyny Tomali. Organizacyjnie nad całością tych pięknych, wzruszających i refleksyjnych występów młodego pokolenia czuwała pani Aleksandra Podżerek (Szulc). Wszyscy zasłużyli na nasze serdeczne podziękowania i gromkie brawa!

I tak się zakończył nasz gwiazdkowy „maraton”, w dużej części utrwalony fotograficznie przez naszego niezastąpionego Kolegę, dr. n. med. Mieczysława Tomasika.

*Lek. med. H. Grzybowska-Rogulska
Klub Lekarza-Seniora
(zdjęcia str. 2)*

Spotkanie seniorów

Zapraszamy 7 marca o godzinie 15.00 do siedziby BIL na comiesięczne spotkanie lekarzy! Tym razem gościem będzie znany bydgoski historyk dr hab. Janusz Kutta, który opowie o „Lekarzach bydgoskich w II Rzeczypospolitej”.

Przepraszamy

W poprzednim numerze „Primum non nocere” przy artykule „Gloria medicinae” (str. 10) zabrakło nazwiska autora opracowania – doktora Mieczysława Boguszyskiego.

DORADCA PODATKOWY

mgr inż. Sławomir

JACEK Rogalski

(nr wpisu na listę krajową – 05537)

- prowadzenie rozliczeń podatkowych kontraktów lekarskich – stała umowa
- rozliczenia z ZUS-em • rozliczenia roczne
- doradztwo podatkowe

BIURA

Fordon, ul. Duracza 16a/1
tel. 344 36 34

Błonie, ul. Szubińska 15
tel. 37 307 87

tel. kom. 0602 386 581
e-mail: rogalski@pro.onet.pl

DO WYNAJĘCIA
GABINETY LEKARSKIE
Fordon obok Lidla i Hypernowej
tel. (052) 344 36 34

Szkoła Językowa



„Angielski w medycynie” „Język angielski dla pielęgniarek”

- mamy wieloletnie doświadczenie w prowadzeniu kursów dla lekarzy,
- zachęcamy do tworzenia własnych grup (min. 5 osób),
- oferujemy atrakcyjne ceny i warunki płatności.

Przewidujemy kursy wakacyjne.

tel. po godz. 14.30 – 052 342 03 81
kom. 692 461 711

Bydgoszcz, ul. Połczyńska 3 (Bartodzieje)
www.masterszkola.prv.pl

Kącik głodnego lekarza dyżurnego

Dania na karnawał!



Pieczeń schabowa

Potrzebne będą:

- ♦ ok. 1 kg schabu w kawałku bez kości
- ♦ 20 dekagramów suszonych moreli
- ♦ 5 dkg suszonych żurawin
- ♦ 50 dkg pieczarek
- ♦ 2 średniej wielkości cebule
- ♦ pieprz zielony
- ♦ bulion wegetariański
- ♦ białe półwytrawne wino gronowe
- ♦ ocet balsamiczny
- ♦ zioła prowansalskie
- ♦ 3 ząbki czosnku
- ♦ majeranek
- ♦ oliwa z oliwek
- ♦ pistacje
- ♦ maślanka
- ♦ masło
- ♦ miód
- ♦ plastry cienko pokrojonego wędzonego boczku

Przygotowanie:

Aby mięso miało lepszy smak, można je uprzednio zamarynować. Najpierw należy ostrym wąskim nożem z boku zrobić wzdłuż włókien głębokie nacięcia prawie na całą długość i włożyć do marynaty. Marynatę przygotowujemy mieszając maślankę, pół szklanki gronowego półwytrawnego wina, zioła, rozarty czosnek, trochę octu balsamicznego, zmielonego zielonego pieprzu i bulionu wegetariańskiego. Można także dodać łyżeczkę musztardy. Wstawiamy do lodówki na 24 godziny. Moczmy w winie suszone morele i suszone żurawiny. Po wyjęciu z marynaty w zrobione otwory delikatnie wsuwamy uprzednio przygotowane wyżej wymienione owoce, na przemian z orzeszkami pistacjowymi (dokładnie obtuskanymi z lupinek). Po napełnieniu obsypujemy z wierzchu zielonym pieprzem według uznania i ewentualnie bulionem wegetariańskim dosalamy. Następnie całość owijamy cienko pokrojonymi plasterkami wędzonego boczku, owijamy nitką kuchenną i po polaniu oliwką umieszczamy w foliowym rękawie do pieczenia wlewając do niego trochę marynaty i wina. Pieczemy około 70 minut w 180°C. Na koniec po rozcięciu foliowego „rękawa”, usunięciu nitki smarujemy pieczeń mieszanką masła wymieszanego z oliwą i niewielką ilością miodu. Zapiekamy na chrupko skórę według uznania.

Pieczeń najlepiej kroi się po schłodzeniu. Przed podaniem możemy kawałki pokrojonej pieczeni rozgrzać na patelni na rozgrzanym maśle z obu stron. Będzie jeszcze smaczniejsze. Jeżeli stwierdzimy, że jest mało słona, przed rozgrzaniem posolimy bulionem wegetariańskim.

Następnie smażymy na maselku cebulę, dodajemy pocięte pieczarki, solimy bulionem wegetariańskim, dodajemy zmielony zielony pieprz i zioła. Gotujemy dzięki ryż w wodzie posolonej bulionem wegetariańskim (gotuje się długo).

Podajemy z dodatkiem gotowanych (lecz nie rozgotowanych) zielonych różyczek brokułów. Podajemy do tego sos.

Sos otrzymamy rozpuszczając na patelni masło, dodajemy trochę mąki, którą lekko zrumieniamy, a następnie rozprowadzamy sokiem, który puściły pieczarki oraz z pieczenia. Dodajemy gęstą śmietanę. Dla lepszego smaku lekko zakwaszamy sokiem z cytryny według uznania.

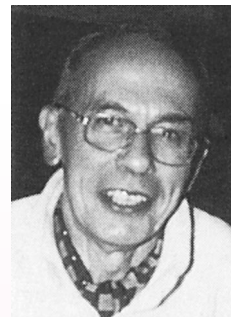
A teraz moja mieszanka ziołowa:

Ziele angielskie, liście laurowe, majeranek, trochę oregano i tymianku, rozmaryn. Wszystko mielimy (najlepiej w młynku udarowym), a następnie przesiewamy przez gęste sitko. Przechowujemy w szczelnie zamkniętym słoiczku. Nadają się do bardzo wielu potraw i nadają im niepowtarzalny smak. Proporcje można dobrać według uznania.

Smacznego

Jerzy Kąkol

Mój jest ten kawałek podłogi!...



„Hurra, panowie!
W szatni tłok,
W lustrach – setki,
Potrzaskują damskie torebki,
Każda poprawia, każda zerka –
I boty! Numerki! Bez numerka!
I jeszcze pudrem
I jeszcze usta”

Julian Tuwim

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Zwierzyłem się mojemu domowemu VIP-owi, że zamierzam następnym artykułem poświęcić karnawałowi i, że za motto wezmę sobie fragmencik „Balu w Operze” Juliana Tuwima! Na co zadowolonymu z takiego pomysłu, rzeczony VIP wylał kubek zimnej wody na głowę, twierdząc, że taki pomysł miałem już przed laty!

Sięgam zatem do swoich zapisków i co stwierdzam! Rok 1999 i 2000 – brak zainteresowania z mojej strony karnawałem. Rok później rzeczywiście sięgnąłem do Tuwima, ale raczej zupełnie w innym kontekście, bo opisywałem stan poety po tzw. nadużyciu:

„*Thukę – bo chcę ! Bo fajrant ! Z drogi ! Wolność ! Bo mam władzę !*

Hulaj, duszo, do rana ! Z drogi ! Dziś my pany ! „

w pełni rozumiejąc jego odczucia, bo często korciło mnie do podobnych zachowań! Rok następny, to rok w którym zupełnie nie interesował mnie karnawał, gdyż zajęty byłem codziennym kontemplowaniem widoku sufitu w sali szpitalnej!

Ale już w 2003 humor mi się radykalnie poprawił bo zacząłem wspominać jakie to kiedyś w hotelu „Pod Orłem” bale dla braci lekarskiej bywały i w których to miałem przyjemność uczestniczyć. Dwa lata później za Słowackim nawoływałem do ogólnej wesołości „ bo to zapusty, dalej kulikiem”, a za Bohomolcem zachęcałem „pod stół kieliszki, pijmy szklenicami”! Dziw wielki, że nikt mnie nie pozwał przed surowe oblicze Temidy, za tak jawne zachęcanie do nieumiarkowanego picia!

Rok miniony, a w nim, z mojej strony o karnawale cisza! Więc dochodzę do wniosku: pora coś napisać, tym bardziej, że uspokoiłem siebie co do sklerozy i zaników pamięci!

A właściwie to chyba już napisałem! Prawda?

Na koniec mała refleksja. Muszę przyznać, że przewrotnie wybrałem ten fragment jednego z wielkich utworów poety. Bo to przed nami „medyczna noc w operze” a w cytowanym wyżej wierszu daje się wyczuć podświadomą ekscytację tego co nas za chwilę czeka.

Bawmy się zatem, bawmy dobrze i radośnie, nie tylko w operze, bo jutro na pewno nie będzie przyjemne, więc cieszymy się każdą chwilą w tym Karnawale anno 2007!

Wasz „karnawałowy”(?)

A. Martynowski

PRACA

W związku z dynamicznym rozwojem Regionalny Zespół Opieki Paliatywnej Dom Sue Ryder w Bydgoszczy zatrudni na podstawie umowy o pracę: **lekarzy**, wymagania: prawo wykonywania zawodu, znajomość j. angielskiego, umiejętność współpracy w zespole, odpowiedzialność, kreatywność. Oferujemy możliwość otwarcia specjalizacji z opieki paliatywnej oraz zdobycia cennego doświadczenia.

Osoby zainteresowane prosimy o przesłanie aplikacji na adres: Regionalny Zespół Opieki Paliatywnej Dom Sue Ryder w Bydgoszczy, ul. Roentgena 3, 85-796 Bydgoszcz, tel. (052) 343 59 90

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Koronowie zatrudni od zaraz **lekarza na dyżury do pogotowia ratunkowego** z preferencją pełnienia dyżurów w godzinach dopołudniowych. Warunki pracy i płacy do uzgodnienia. Kontakt: 86-010 Koronowo, ul. Dworcowa 55, tel. (052) 382 23 53, fax (052) 382 24 48.

Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Bydgoszczy ul. Karłowicza 26 zatrudni od zaraz **lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji narządu ruchu oraz lekarza okulistę**. Dokumenty prosimy składać w siedzibie jednostki. Telefon (052) 340 02 06, (052) 341 94 00.

KONSYLIUM



Zaprasza lekarzy zainteresowanych wynajmem pomieszczeń na prywatną praktykę lekarską w nowym budynku w Świeciu przy ul. Paderewskiego 8.

**Atrakcyjna lokalizacja
Ceny konkurencyjne
Tel. 509 129 560**

Dobrze prosperujący gabinet stomatologiczny, 20 km od Bydgoszczy, nawiąże współpracę z **dentystą**. Tel. kontaktowy (052) 382 42 24 lub 698 343 015.

Zatrudnię **pielęgniarkę środowiskową i/lub położną środowiskową** w praktyce lekarza rodzinnego w Bydgoszczy. Kontakt telefoniczny: 603 334 530.

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

WYNAJMĘ

Wynajmę lokal pod gabinet stomatologiczny w przychodni lekarskiej lub przy prywatnej praktyce lekarskiej. Tel. 606 963 725.

SPRZEDAM

Fotel Beskid, unit Chirana, turbinę Chirana oraz lampę bakteriobójczą tanio sprzedam. Tel. 505 848 530.

Sprzedam tanio wyposażenie gabinetu stomatologicznego. Tel. 341 56 82.

KUPIĘ

Do gabinetu stomatologicznego kupię autoklaw. Kontakt: 604 723 722 lub 052 327 78 36.

KANCELARIA PODATKOWA

ZYSK

mgr Wiesława Kozłowska

doradca podatkowy
(Nr wpisu Min. Fin. 04150)

- ❖ usługi księgowo
- ❖ doradztwo podatkowe i finansowe
- ❖ rozliczenia podatkowe kontraktów lekarskich

ul. Zduny 8, 85-055 Bydgoszcz
tel./fax (0-52) 322 29 67
tel. kom. 0606 767 244
e-mail: info@zysk.net.pl
www.zysk.net.pl

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Dziękujemy Wam za pełną poświęcenia pracę, ale pomyślcie o sobie i ofiarujcie **1% z podatku na Dom Lekarza Seniora w Inowrocławiu**.

Dziękuję

samotna starsza koleżanka
Janina Kosińska-Lutogniewska

Z uśmiechem...

„O nieuku”

*Niby głowa pusta
a wiedza nie chce w nią wchodzić.
Jak to ze sobą pogodzić?*

Lucjan Małan
„Fraszkowe ogrody”



Luty z dobrym filmem w Adrii !!!

**Walentynki w Adrii
przez cały tydzień bilety (9.02-15.02)
na filmy – tylko 10 zł**

09.02-15.02

- Pytając o miłość
- Zakochany Paryż
- Holiday

23.02-01.03

- Artur i Miminki

Oprócz tego

w lutym w Adrii:

16.02-22.02

- Happy feet
- Pachnidło

- Życie na podsłuchu

- Źródło

- Noc w muzeum

Dla czytelników „Primum non nocere” czeka 16 biletów do kina! Można je wykorzystać na dowolnie wybrany film. Czekaemy na telefony 13 lutego w godz. od 9-11. Tel. (052) 346 00 84.

Ponadto z kuponem, który drukujemy niżej bilet do kina Adria na każdy film kosztuje tylko 10 złotych! Zapraszamy!

**KUPON
bilet za 10 zł**

PRIMUM NON NOCERE



RENAULT
SZTUKA TWORZENIA SAMOCHODÓW

Podwójnie korzystna oferta Renault. Możesz skorzystać z rabatu oraz kredytu 0%.
Oferty można łączyć. Oferta ważna do wyczerpania zapasów. Szczegóły
w Salonach Renault. www.renault.com.pl

RENAULT. WYZNACZA STANDARDY BEZPIECZEŃSTWA



WYPRZEDAŻ ROCZNIKA 2006 + KREDYT 0%

Podwójna oferta Renault

Strefa Bezpieczeństwa Renault

Chroni Ciebie i Twoje pieniądze

W zależności od modelu i wersji zużycie paliwa w cyklu mieszanym wynosi: od 4,4 do 10 l/100 km, emisja CO₂ od 117 do 237 g/km.
Szczegółowe informacje dotyczące odzysku i recyklingu samochodów wycofanych z eksploatacji na stronie internetowej: www.renault.com.pl. RRSO z uwzględnieniem prowizji bankowej 3% i ubezpieczenia kredytu wynosi 5,76% przy minimalnej wpłacie własnej 60% i okresie kredytowania 24 miesiące.

Unicar S.A.

85-631 BYDGOSZCZ
ul. Modrzewiowa 7
tel.: 052 360 25 60
fax: 052 320 93 95

89-600 CHOJNICE
ul. Gdańska 68
tel.: 052 397 30 67
fax: 052 395 00 45

Wygrywają!

fot. Marek Chelminiak

Wygrywają – nie tylko rozgrywane z młodzieżą mecze w siatkówkę, ale – przede wszystkim – z chorobą!

13 grudnia 2006, w 15 rocznicę powstania Fundacji „Corda Cordis”, działającej na rzecz osób po zawale serca najpierw rozegrano tradycyjny, doroczny mecz „pozawałowców” z młodzieżą, a potem uczestnicy Fundacji spotkali się na wyjątkowej uroczystości wigilijnej. Wyjątkowej, bo nigdy jeszcze nie spotkałam równocześnie tak wielu osób, które tak byliby przekonane, że tak wiele zależy od nich! Ostrzegam: ten optymizm jest zaraźliwy!

(t.b.)



gramy!



przed wigilijnym meczem siatkówki



jaka będzie druga połowa meczu?



Najstarszy „stażem” uczestnik – Marian Baumgart otrzymuje z rąk przewodniczącego Andrzeja Hoffmanna statuetkę „Honorowy Członek Fundacji”

Rozmowa z doktorem Andrzejem Hoffmannem – na str. 8



radość po wygranym meczu
(Andrzej Litwa i Antoni Wiśniewski)



życzenia świąteczno-noworoczne