

PRACA W 2008

Czas pracy lekarzy 2
 Na kontrakty?! 2
 Umowy w 2008 2

WYDARZENIA 3, 13, 14

PROFILAKTYKA

Nie dajmy się 4

INFORMUJEMY

BIL o ubezpieczeniach 6
 Zasady postępowania lekarza
 ubezpieczenia zdrowotnego. 6
 Egzamin Państwowy Lekarzy 7
 Dyplomatorium Wydziału
 Lekarskiego CM UMK 7

KONFERENCJE

Wyzwanie dla współczesnej
 gastroenterologii 8
 Leczenie muzyką 17

ROZMOWA Z...

profesorem Jerzym Gajewskim 9
 profesorem Zbigniewem Wolskim .. 10

O POWOŁANIU 15, 16

WSPOMNIENIA

I SPOTKANIA 18

FELIETON 19

W FIGUŁCE 20

Okładka: fot. dr n. med. Zofia Ruprecht
 z Katedry i Kliniki Endokrynologii
 i Diabetologii CM UMK



*Szanowne
 Koleżanki i Koledzy*

Okres przedświąteczny w tym roku jest szczególnie gorący, ponieważ większość z nas negocjuje nowe warunki pracy, zgodne z wytycznymi dyrektywy o czasie pracy Unii Europejskiej. Jest to niepowtarzalna okazja, aby uzyskać wreszcie godziwą zapłatę za naszą pracę w „normalnym” czasie, a nie za 12 godzin pracy na dobę w trzech różnych miejscach. W dniach 16–17 listopada gościliśmy Konwent Przewodniczących Okręgowych Rad Lekarskich z całej Polski, na czele z prezesem NRL Konstantym Radziwiłłem. Dyskusja dotyczyła przede wszystkim czasu pracy lekarzy i sposobu na uzyskanie odpowiedniej formy zatrudnienia. Podjęliśmy stanowisko, w którym zwracamy uwagę, iż dopuszczalne są różne formy zatrudnienia, ale zawsze zgodne z dyrektywą unijną i niedopuszczalne jest zatrudnienie w formie pracy zmianowej. Stanowisko to (Primum na str. 2), jak również pismo skierowane do dyrektorów szpitali przez Prezydium ORL Bydgoskiej Izby Lekarskiej znajdziecie Państwo na naszej stronie internetowej: www.bil.org.pl. Nie możemy poddać się presji ze strony naszych pracodawców i godzić się na niedogodne warunki pracy i płacy.

Grudzień jest miesiącem, kiedy myślimy i czekamy na najpiękniejsze Święta w roku – na Święta Bożego Narodzenia.

Przyjmijcie proszę życzenia radosnych, spokojnych, pachnących choinką, makiem i migdałami Święt.

Świąt rodzinnych, bez pośpiechu, problemów i gonitwy dnia codziennego.

W Nowym Roku – wiele zadowolenia z pracy i godziwej za nią zapłaty, uznania pacjentów, satysfakcji i dumy z tego, że jesteśmy lekarzami!

Radostawa Staszak-Kowalska – Przewodnicząca BIL

RADA PROGRAMOWA: Przewodniczący: dr n. med. Wojciech Szczęsny; wiceprzewodniczący: dr n. med. Witold Hrynczewicz; członkowie Rady: prof. Aleksander Araszkiewicz, red.: mgr Agnieszka Banach, red. nac.: mgr Teodora Bogdańska, lek. Mieczysław Boguszynski, 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.

Czas pracy lekarzy

Konwent Przewodniczących Okręgowych Rad Lekarskich na swoim spotkaniu w Bydgoszczy w dniu 16 listopada 2007 roku dyskutował nad problemami związanymi z czasem pracy lekarzy.

Po dyskusji, Przewodniczący Okręgowych Rad Lekarskich w Polsce uznali, że bez względu na formę zatrudnienia zgoda lekarzy na przedłużenie czasu pracy powinna być uzależniona przede wszystkim od uzyskania satysfakcjonującego wynagrodzenia nie niższego niż 40zł/godzinę pracy.

Równocześnie kategorycznie sprzeciwiamy się próbom wprowadzenia dla lekarzy pracy zmianowej, która jest nie tylko niekorzystna dla lekarzy, ale stanowi zagrożenie dla pacjentów uniemożliwiając ciągłość opieki nad nimi.

Na kontrakty?!

Od 1 stycznia 2008 polscy lekarze będą mogli pracować tylko 48 h tygodniowo. Dotychczas, rekordziści spędzali w szpitalach nawet 100 godzin w tygodniu! Od nowego roku takiego wyniku nikt już nie osiągnie – nikt na etacie.

Wszystkiemu „winna” znowelizowana ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, która dostosowała polskie prawodawstwo do przepisów dyrektywy 2003/88/WE Parlamentu Europejskiego. Zgodnie z nimi czas pracy lekarza (razem z dyżurami!), to 37 godzin i 55 minut, a po doliczeniu nadgodzin – maksymalnie 48 godzin tygodniowo. Na dłuższy pobyt w szpitalu lekarze muszą wyrazić specjalną zgodę, czyli podpisać tzw. klauzulę opt-out, z której zrezygnują, z miesięcznym wypowiedzeniem, mogą się wycofać. Co ważne, zgoda to prawo, a nie obowiązek pracownika! Lekarzom po pracy należy się odpoczynek – ustawa nakazuje 11 h przerwę w pracy na dobę i raz w tygodniu, nieprzerwanie, 35 godzin.

Na nowe przepisy czeka wielu lekarzy, do tej pory pracujących ponad normę: „48 h w tygodniu i ani minuty dłużej! Nie podpiszę opt-out, nawet za duże pieniądze, po prostu chcę normalnie żyć!”, „Mam dość tyrania po nocach na granicy bezpieczeństwa. Nie chcę dłużej pracować jak niewolnik po 400 godzin w miesiącu. Chcę mieć prawo wyboru!” – piszą na internetowych forach.

Dyrektorzy szpitali do grupy entuzjastów nowych przepisów raczej nie należą. Wielu z nich ze strachem myśli o tym, jak zorganizuje pracę lecznic od nowego roku. Czy czasem nie okaże się, że zabraknie im lekarzy do obsadzenia dyżurów? O zatrudnieniu nowych na pewno nie może być mowy, bo po pierwsze lecznice nie mają na nie pieniędzy, a po drugie – na rynku brakuje specjalistów. Gdyby Szpital Uniwersytecki chciał się przystosować do nowego prawa, potrzebowałby 150 nowych lekarzy: „Na to nas nie stać. Takie rozwiązanie to koszt około 8 mln” – mówi dyrektor placówki Kazimierz Turkiewicz, nazywając przepis, kolejną ustawą 203. Dyrektor proponuje swoim etatowym pracownikom dwa rozwiązania: zmianowy system pracy albo przejście na kontrakty. Właściwie to pierwsze już wprowadził odpowiednim zarządzeniem, na co zgody nie wyraża szpitalny OZZL: „Uważamy, że praca tego typu ogranicza kontakt pacjenta z lekarzem prowadzącym, co utrudnia proces diagnostyczno-leczniczy oraz niesie ryzyko pogorszenia jakości opieki i powstawania błędów lekarskich. Wprowadzenie pracy zmianowej uniemożliwia także prowadzenie przez lekarzy dodatkowej działalności medycznej, dlatego też nie jest możliwe bez istotnego podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego lekarzy. Praca taka zaburzyłaby proces kształcenia studentów, a dydaktyka jest podstawowym

zadaniem szpitali uniwersyteckich.” – piszą w liście skierowanym do dyrektora.

Kontrakty, to inny sposób na uniknięcie przez dyrektorów lecznic kłopotów po pierwszym styczniu 2008. Myśli o nich większość szefów szpitali. Do zmiany formy zatrudnienia z etatu na umowę cywilno-prawną będzie przekonywał m.in. Edward Grądział, dyrektor Szpitala Dziecięcego, czy dyrektor Zbigniew Sobociński ze Szpitala im. Bizuela. Ze swoimi pracownikami na ten temat rozmawia też dyrekcja Jurasza, ale jak mówią lekarze z OZZL: „obecne propozycje kontraktów obejmują zazwyczaj kwoty dotychczasowych wynagrodzeń powiększone o tzw. zus pracodawcy, co nie rekompensuje w żaden sposób utraty praw pracowniczych.”

„Nikt nie będzie zmuszał pracowników do zmiany formy zatrudnienia – zapewnia prof. Zbigniew Włodarczyk, pełnomocnik dyrektora Szpitala Uniwersyteckiego ds. lecznictwa – Jednak pozostanie na umowie o pracę, jeżeli ktoś chce dyżurować, z litery prawa narzuca system zmianowy lub zbliżony do zmianowego. Trzeba również pamiętać, że w systemie, w którym ilość środków jest ograniczona i nie zwiększa się dramatycznie, to albo można pracować tyle samo za te same pieniądze, albo mniej za mniejsze pieniądze. Wierzę jednak, że przy dobrej woli zarówno Zarządu Szpitala, jak i lekarzy uda się wypracować rozwiązania satysfakcjonujące pracowników, a jednocześnie zapewniające ciągłość opieki nad pacjentem.” (a.b.)

Umowy 2008

„Zgodnie z planem finansowym, na świadczenia medyczne w 2008 r. Oddział Funduszu przeznaczy ponad 2 mld 337 mln zł – informuje Barbara Nawrocka, rzeczniczka Kujawsko-Pomorskiego Wojewódzkiego Oddziału NFZ – To o około 260 mln więcej niż w roku 2007.”

Najwięcej zyska stomatologia. NFZ na ten rodzaj usług przeznaczy więcej o prawie 36%. O 1/5 wzrosło finansowanie opieki długoterminowej. Więcej, o 17 proc., zostanie przeznaczona na opłacenie ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych. W tym zakresie, z 7 do 9, podniesiono wartość punktową pierwszorazowej

wizyty. Ile Fundusz zapłaci za jeden punkt na razie dokładnie nie wiadomo. „Cena punktu zostanie określona dopiero podczas negocjacji ze świadczeniodawcami – mówi doktor Andrzej Purzycki, dyrektor ds. medycznych Narodowego Funduszu Zdrowia – Prawdopodobnie zostanie ustalona na poziomie 7–8 zł (w 2007 roku wahała się od 6.40 do 9 zł za pkt) i będzie zależna od rodzaju poradni.” Z bardziej optymalnej, pierwszorazowej wizyty, (wyjątkiem jest tu położnictwo) pacjent będzie mógł skorzystać tylko raz w roku.

Kolejne wizyty, niezależnie od „użytych” procedur, NFZ wycenił na 4 pkt. Zdaniem lekarzy, nie we wszystkich zakresach świadczeń się to

„optaci”. Tak może się stać np. w kardiologii, gdzie procedury są drogie. „Efekt będzie taki, że lekarze nie będą chcieli zlecać badań” – przewiduje jeden z lekarzy kardiologów.

W tym roku NFZ będzie tylko aneksował, dotychczas obowiązujące, wieloletnie umowy szpitalne. Prawdopodobnie zostaną przedłużone do końca kwietnia 2008, bo dopiero wtedy ma zostać wprowadzony nowy, oparty na grupowaniu świadczeń, system rozliczania szpitali. Prawdopodobnie, bo sądząc po wypowiedziach nowej minister zdrowia Ewy Kopacz, raczej nie w przyszłym roku, jeżeli w ogóle.

W pozostałych zakresach świadczeń zostanie przeprowadzony konkurs ofert. (a.b.)

Więcej na temat kontraktów 2008 na www.nfz-bydgoszcz.pl



Uniwersytecki Biziel

Sejmik Województwa Kujawsko-Pomorskiego zaakceptował projekt Porozumienia, na mocy którego SPZOZ Wojewódzki Szpital im. dr. Jana Bizuela stanie się placówką uniwersytecką. Lecznica, po połączeniu z działającą pod szyldem uczelni Poradnią Zdrowia Psychicznego dla Studentów w Bydgoszczy, będzie funkcjonować jako Szpital Uniwersytecki nr 2.

Porozumienie, po akceptacji Wojewody Kujawsko-Pomorskiego, jeszcze w tym roku ma zostać podpisane przez zainteresowane strony – dotychczasowy organ założycielski, czyli przedstawiciele sejmiku wojewódzkiego oraz nowych „właścicieli” jednostki – Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu.

Drugi szpital uniwersytecki ma być bazą dydaktyczną i badawczą dla Wydziału Nauk o Zdrowiu CM UMK. Nadal także pełnić będzie obecne zadania, związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz promocją zdrowia. Usługi medyczne mają być realizowane na dotychczasowych zasadach, bez ograniczenia dostępności, warunków udzielania i jakości. Zmiany związane z rodzajem i zakresem udzielanych świadczeń przez 4 lata będą mogły następować tylko po uzgodnieniu ich z Samorządem Województwa.

Oddziały szpitalne, którymi kieruje samodzielny pracownik naukowy (doktor ha-

bilitowany) przekształca się w katedry i kliniki. Pozostałe jednostki utrzymają status oddziałów szpitalnych, a ich ordynatorzy będą mieli 10 lat na podwyższenie kwalifikacji naukowych, koniecznych by uzyskać uprawnienia akademickie do kierowania klinikami.

Zdecydowano także, że około 17 milionowymi zobowiązaniami wymagalnymi Bizuela podzieli się po połowie dwa organy – samorząd i uczelnia. Suma zadłużenia w ostatnim czasie uległa znacznemu obniżeniu: „jesteśmy jednym z trzech wielkich szpitali w Polsce, które zamknęły proces restrukturyzacji i właśnie umorzono nam 9 mln kredyt” – mówi Zbigniew Sobociński, dyrektor ds. medycznych Bizuela.

Mienie Szpitala Wojewódzkiego w całości zostanie przekazane Szpitalowi Uniwersyteckiemu nr 2. „Myszę, że nowy organ założycielski zadba o szpital i będzie kontynuował rozpoczęte remonty – ma nadzieję doktor Sobociński – Szpital cały czas wymaga odnowienia po dużych zaniedbaniach, wymiany sprzętu i zakupu nowego. Zresztą prorektor CM prof. Małgorzata Tafil-Klawe, razem z rektorem prof. Andrzejem Jamiołkowskim, obiecali, że zarezerwują na ten cel środki w budżecie UMK.”

Koncepcja przekształcenia Bizuela w szpital uniwersytecki najczęściej niepokojów budziła wśród pracowników – obawiano się zwolnień. Tymczasem, czytamy w tekście Porozumienia: „Szpital Uniwer-

sytecki przejmie prawa i obowiązki wynikające z umów cywilnoprawnych”. A Zbigniew Sobociński zapewnia, że „by jeszcze bardziej zabezpieczyć pracowników, zostaną z nimi podpisane nowe, pięcioletnie umowy kontraktowe”. Pracownicy etatowi, zgodnie z kodeksem pracy, po przekształceniu będą mieli zagwarantowane zatrudnienie na okres trzech lat. Niektóre związki zawodowe chciały by ten czas przedłużyć do 10 lat. „Nie możemy się zobowiązać do innych rozwiązań” – odpowiada Andrzej Motuk, dyrektor obecnego i, jak zapewnia Porozumienie, także przekształconego w uniwersytecki, Bizuela.

„Nie jestem przeciwnikiem przekształcenia Bizuela w szpital uniwersytecki. Uważam, że to dla Szpitala korzystne, ale pracownicy muszą mieć zapewniony odpowiedni okres ochronny. Przynajmniej 5 lat dla zatrudnionych na etatach” – mówi doktor Maciej Bierwagen z Oddziału Neurochirurgii, szef OZZL w Szpitalu Bizuela, podkreślając, że to jego prywatne zdanie. Pytany, jaka jest opinia OZZL w tej sprawie, mówi: „Nie ma stanowiska związku, bo nikt z decydentów nas o zdanie nie zapytał. Jesteśmy zaskoczeni, że decyzje zostały podjęte bez konsultacji związkowych, poza naszymi plecami. Dlatego na razie tylko obserwujemy i jeśli interesy pracowników będą zagrożone, dojdzie do redukcji personelu, czy zmiany warunków płac, będziemy interweniować.”

agnieszka.banach@hipokrates.org



Mamo, tato! Chcemy być zdrowi!

Radosława Staszak-Kowalska, Marzena Tutak-Słupska

Pod takim hasłem rozpoczęto w bieżącym roku program profilaktyki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży społeczności romskiej. W projekt zaangażowali się pracownicy Oddziału Pediatrii, Pneumologii i Alergologii Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego.

W województwie kujawsko-pomorskim mieszka około 630 Romów, w tym 280 poniżej 18-go roku życia. Trudna sytuacja ekonomiczna i socjalna, a także nie korzystanie z bezpłatnej, państwowej opieki medycznej prowadzi do wzrostu zapadalności na cały szereg chorób (zapalenia oskrzeli, płuc, astma, cukrzyca, WZW B, gruźlica). Celem programu jest więc poprawa stanu zdrowia przez objęcie opieką lekarską, wczesne

wykrycie chorób układu oddechowego i krążenia oraz zwiększenie świadomości zdrowotnej Romów.

W ramach projektu przeprowadzane są:

– badanie lekarskie pediatryczne (z oceną rozwoju fizycznego, przyrostu masy ciała, wzrostu),

– badania laboratoryjne (morfologia, EKG, badanie ogólne moczu, próba tuberkulinowa),

– czynności pielęgniarskie.

Badanie ma charakter wieloletni (przewidywane zakończenie w 2010 roku, z możliwością przedłużenia o kolejne lata) i otwarty (w tym roku partnerami są m.in. Samorząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego, Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii

w Bydgoszczy, Wojewódzki Szpital Dziecięcy im. Brudzińskiego w Bydgoszczy, Międzynarodowe Stowarzyszenie Twórców Romskich w Polsce „ROMA” we Włocławku). Program został zauważony przez Helsińską Fundację Praw Człowieka i uznany za przykład antydyskryminacji.

Projekt, pomimo dużego zaangażowania ze strony personelu medycznego oraz partnerów programu, nie cieszy się zainteresowaniem ze strony Romów. Niska frekwencja nie napawa optymizmem (Włocławek – 13 dzieci, Świecie – 10, Bydgoszcz – 4). Mimo wcześniejszych zapewnień ze strony prezesa Międzynarodowego Stowarzyszenia Twórców Romskich w Polsce – Cezarego Majewskiego: „program powinien okazać się sukcesem, bo starszyzna już nakazała wszystkim nam się zbadać” (wypowiedź dla Gazety Wyborczej z dnia 10 czerwca 2007 r.), w niektórych miejscach na badaniach nie pojawiło się ani jedno dziecko (druga wizyta we Włocławku). Mamy jednak nadzieję, że w kolejnych latach zwiększy się liczba chętnych do udziału w programie – i rodziców i dzieci.

Nie dajmy się!

Tomasz Mierzwa, Witold Kowalski

W październiku trafił do Państwa rąk egzemplarz Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem. Analizując wytyczne tej wersji Kodeksu, widać jak na przestrzeni lat zmieniają się i ewoluują poglądy naukowców na temat podłoża schorzeń nowotworowych, a także wpływu poszczególnych czynników na proces kancerogenezy.

Większość zaleceń współczesnego kodeksu i jego wytycznych jest jasno sprecyzowanych, np. w zakresie badań skринingowych w kierunku raka piersi, czy też szkodliwego wpływu palenia tytoniu na organizm człowieka (wyrazem tego może być choćby zamiar Parlamentu Europejskiego, mający na celu przegłosowanie ustawy o zakazie palenia w miejscach publicznych na terenie całej UE, tak jak ma to miejsce w części krajów członkowskich, np. w Irlandii, Anglii, czy Włoszech).

Istnieje jednak szereg zagadnień wymagających dokładniejszego omówienia, jak wpływu diety, otyłości czy opalania na nasze zdrowie. I na te zagadnienia chcielibyśmy zwrócić Państwa szczególną uwagę.

■ Otyłość zwiększa ryzyko

Głównym problemem naszej populacji staje się obecnie otyłość, która urasta do rangi choroby społecznej XXI wieku. Na przełomie wieków demografowie przedstawili katastroficzną wizję gwałtownego starzenia się społeczeństw w XXI wieku – w 2050 roku ma być w Polsce więcej osób powyżej 60 rż, niż poniżej 15 rż. – dziś jednak ci sami demografowie mówią – stanie się tak, jeśli... w ogóle tego dożyjemy! Rośnie bowiem liczba zgonów związanych z otyłością, w tym także zgonów o podłożu nowotworowym, albowiem – jak wykazały liczne badania – otyłość ma związek ze zwiększonym ryzykiem nowotworów złośliwych o różnym umiejscowieniu. Należą do nich nowotwory: okrężnicy, sutka (u kobiet po menopauzie), trzonu macicy, nerki i gruczolakoraki przetyku. Nawet przy uwzględnieniu takiego czynnika, jak aktywność fizyczna, ryzyko związane z nowotworem pozostaje nadal zwiększone u osób otyłych.

■ Dieta i nawyki żywieniowe

Z zagadnieniem tym wiąże się kolejny element kodeksu, jakim jest dieta i nawyki żywieniowe. Przyjmuje się, że odsetek zgonów z powodu nowotworów, mających związek z nawykami żywieniowymi, wynosi 10–70%, przy czym około 30%, to najbardziej wiarygodna średnia wartość szacunkowa. Wśród osób niepalących najważniejsze czynniki wiążące się z ryzykiem rozwoju choroby nowotworowej, to: masa ciała, rodzaj diety i poziom aktywności fizycznej. Szczególnie niebezpieczne jest przekazanie złych nawyków żywieniowych, tolerowanie niezdrowego odżywiania i braku aktywności fizycznej u dzieci i młodzieży. Problem dotyczy w dużej mierze środowisk o niższych dochodach, gdzie dodatkowym problemem staje się fakt, że pobliskie sklepy przeważnie nie oferują pro-

duktów zdrowej żywności (głównie ze względów cenowych), a brak odpowiedniej infrastruktury (dostępność boisk, placów zabaw) i niedostateczne bezpieczeństwo, ogranicza możliwość podjęcia prawidłowej aktywności fizycznej. Ograniczenie aktywności, a co za tym idzie ryzyko wystąpienia patologicznie dużej masy ciała, związane jest również z coraz mniejszą ilością wolnego czasu, coraz częstszym poruszaniem się samochodami oraz rosnącą modą na elektroniczne formy rozrywki i komunikacji międzyludzkiej.

■ Aktywność fizyczna

Osoby, które zostały wychowane w duchu zdrowego stylu życia i aktywności fizycznej, kontynuują w większości te nawyki w dorosłym życiu, co zmniejsza ryzyko wystąpienia u nich choroby nowotworowej. Prawidłowa aktywność fizyczna ma wielokierunkowe pozytywne działanie na ludzki organizm: regularnie wykonywany, przez 5 dni w tygodniu, co najmniej półgodzinny wysiłek fizyczny, pozwala utrzymać prawidłową masę ciała, a także regulować poziom aktywności hormonalno-endokrynej organizmu i ma protekcyjny wpływ na układ krążeniowo-oddechowy. Aktywność fizyczną można podejmować w miejscu zamieszkania (koszenie trawy, porządki), w postaci ćwiczeń sportowych lub aktywnego wypoczynku (aerobik, sporty walki), a nawet w pewnych warunkach w miejscu pracy (pracownicy fizyczni, listonosze).

■ Potencjalnie przeciwnowotworowe

Istnieje związek między spożyciem wielu rozmaitych warzyw i owoców, a obniżonym ryzykiem zachorowania na nowotwory złośliwe. Warzywa i owoce zawierają wiele substancji potencjalnie przeciwnowotworowych,

których mechanizmy działania uzupełniają się lub częściowo pokrywają. Chociaż nie poznano związków odpowiedzialnych za działanie ochronne tej grupy produktów spożywczych, to zaleca się spożywanie owoców i warzyw przy każdym posiłku i konsekwentne zastępowanie nimi przekąsek między posiłkami. Zgodne z zaleceniami WHO i amerykańskimi, spożywanie owoców i warzyw 5 razy dziennie (minimum 400 g dziennie, tj. dwie sztuki owoców i 200 g warzyw), może ograniczyć ryzyko choroby nowotworowej. Dobrym przykładem są tutaj kraje Europy Środkowej i Wschodniej, gdzie zmiana nawyków żywieniowych w krótkim czasie zaowocowała redukcją współczynników umieralności z powodu chorób przewlekłych. Zaobserwowano także, że osoby spożywające niewielkie ilości warzyw i owoców w swojej diecie oraz niewielkie ilości produktów pełnoziarnistych, natomiast dużo czerwonego mięsa i przetworów, są bardziej narażone na występowanie nowotworów. Dieta bogata w owoce i warzywa przyczynia się do zmniejszenia ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe w sposób bezpośredni i pośredni (przez wpływ na zachowanie prawidłowej masy ciała). Zalecenia American Cancer Society (ACS), dotyczące roli odżywiania i aktywności fizycznej w zapobieganiu nowotworom przedstawia tabela.

■ Dyskusyjne

Dyskusyjny pozostaje wpływ β -karotenu na obniżenie ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe, szczególnie raka płuca, bo choć z jednej strony taką tezę wysunięto na podstawie badań epidemiologicznych, to wielośrodkowe randomizowane badania tego nie potwierdziły. Podobnie – działanie przeciwnowotworowe selenu, jako suplementu diety nie znalazło pełnego potwierdzenia w badaniach. Naukowcy zwracają też uwagę, że suplementacja diety wysokimi



dawkami selenu może być wręcz niebezpieczna dla zdrowia, ponieważ margines między dawką bezpieczną a toksyczną jest bardzo wąski.

Kontrowersyjnie brzmią doniesienia na temat NLPZ w chemioprewencji chorób nowotworowych – w chwili gdy podnoszą się głosy, że należy ograniczyć ludziom wolny dostęp do tej grupy leków ze względu na ich nadużywanie i groźne dla życia efekty uboczne – badania wykazały, że u osób, które regularnie i przez dłuższy czas zażywały kwas acetylosalicylowy lub inne NLPZ, występuje mniejsze ryzyko zachorowania na polipy gruczolakowate jelita grubego i odbytnicy oraz na raka tego odcinka jelita. Randomizowane badania kliniczne dowiodły, że dwa leki z grupy NLPZ, sulindak, będący prolekiem i celekoksyb, wybiórczy inhibitor COX-2, skutecznie hamują rozwój polipów gruczolakowatych i powodują regresję istniejących polipów u osób obciążonych rodzinną polipowatością gruczolakowatą (ang. familial adenomatous polyposis, FAP). Jednak efekty uboczne działania tych leków sprawiły,

że część z nich została wycofana z obrotu, co na pewno obniża rekomendację innych preparatów tej grupy w chemioprewencji chorób nowotworowych.

■ Szkodliwe UV

Nowotwory złośliwe skóry są głównie, choć nie wyłącznie, chorobą ludzi rasy białej (kaukaskiej). Częstość zachorowań jest szczególnie wysoka w populacjach osób o jasnej karnacji, zamieszkujących miejsca o silnej ekspozycji na promienie ultrafioletowe (UV). Przyczyną złośliwych nowotworów skóry jest ekspozycja na światło słoneczne, a promienie UV są uznane za główny składnik spektrum promieniowania słonecznego, mający związek z zachorowaniami na te nowotwory. Ryzyko czerniaka złośliwego prawdopodobnie związane jest z okresowym narażeniem na promienie słoneczne, na przykład podczas opalania, czy uprawiania sportów na wolnym powietrzu. Powtarzają się doniesienia o przebytych poparzeniach słonecznych, które też można uznawać za ekspozycję okresową, jako czynnikach ryzyka za-

chorowania na czerniaka. Mieszkańcom Europy należałoby więc zalecać ograniczoną ekspozycję na promieniowanie słoneczne, aby zmniejszyć łączne narażenie skumulowane w ciągu całego życia. Jednak najsilniejszym osobniczym (fenotypowym) czynnikiem ryzyka zachorowania na czerniaka złośliwego jest duża liczba znamion barwnikowych na skórze.

■ Inne czynniki kancerogenne

Obecny kodeks podkreśla wagę problemu, jakim jest azbest, jako czynnik kancerogeny – i tak w ciągu kolejnych 10–20 lat przewidyuje się wzrost zachorowań na międzybłoniaka płucnej, wywołanego stosowanymi w przeszłości azbestem.

Podnoszony wielokrotnie przez licznych naukowców, problem indukowania guzów mózgu przez korzystanie z telefonów komórkowych, nie znalazł potwierdzenia w żadnym z dużych badań wieloosrodkowych.

Kodeks przynosi też odpowiedź na pytania, dotyczące efektów ubocznych badań radiologicznych. Badanie przesiewowe w kierunku raka płuca niskodawkowym skanerem CT oznacza ekspozycję na dawkę efektywną od 0,2 do 1 mSv. Przy ryzyku 5% na 1Sv (ICRP 60), powodowałoby to 1 do 5 przypadków śmiertelnych nowotworów złośliwych, indukowanych promieniowaniem na 100 000 zbadanych osób. W mammograficznych badaniach przesiewowych w kierunku raka sutka, typowa średnia dawka zaabsorbowana przez gruczoł wynosi 3 mGy. W badaniach szwedzkich stwierdzono, że przesiewowe badania mammograficzne w grupie kobiet w wieku 50–69 lat pozwoliły na zmniejszenie umieralności z powodu raka sutka o 25%, co oznacza uratowanie 560 osób na 100 000 przypadków. Szacuje się, że jednocześnie – w wyniku napromieniowania – rozwinię się 1 do 5 przypadków śmiertelnego raka sutka na 100 000 przebadanych osób.

WYTYCZNE AMERICAN CANCER SOCIETY (ACS) DOTYCZĄCE ROLI ODŻYWIANIA I AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ W ZAPOBIEGANIU NOWOTWOROM ZŁOŚLIWYM

ZALECENIA ACS DLA POSZCZEGÓLNYCH OSÓB

Przez całe życie utrzymuj odpowiednią wagę

- Zachowuj równowagę między spożyciem kalorii a aktywnością fizyczną.
- Unikaj nadmiernego przyrostu masy ciała.
- W przypadku nadwagi lub otyłości osiągnij i utrzymaj odpowiednią masę ciała.

Przyjmij aktywny fizycznie styl życia

- Dorośli: co najmniej półgodzinny umiarkowany wysiłek fizyczny przez 5 lub więcej dni w tygodniu. Preferowane podejmowanie zamierzonego wysiłku trwającego od 45 min do godziny.
- Dzieci i nastolatki: co najmniej godzinny umiarkowany lub intensywny wysiłek fizyczny przez 5 lub więcej dni w tygodniu.

Stosuj zdrową dietę, opartą głównie na pokarmach roślinnych

- Wybieraj pokarmy i napoje w ilościach, pomagających osiągnąć i utrzymać odpowiednią dla zdrowia masę ciała.
- Spożywaj codziennie co najmniej 5 porcji warzyw i owoców.
- Zamiast przetworzonych zbóż i cukrów wybieraj produkty pełnoziarniste.
- Ogranicz spożycie przetworzonego i czerwonego mięsa.

Ogranicz spożycie napojów alkoholowych

- Kobiety nie powinny pić więcej niż jedną porcję napoju alkoholowego, a mężczyźni więcej niż dwie porcje.

ZALECENIA ACS DLA LOKALNEJ SPOŁECZNOŚCI

- Organizacje publiczne, prywatne i społeczności lokalne powinny działać w celu stworzenia socjalnych i fizycznych uwarunkowań, wprowadzających i utrzymujących zdrowe odżywianie i aktywność fizyczną.
- Należy zwiększyć dostęp do zdrowych produktów w szkole, pracy i innych miejscach publicznych.
- W szkołach należy stworzyć bezpieczne, przyjemne i łatwo dostępne miejsca w których można podejmować aktywność fizyczną, zaś w miejscu zamieszkania – tereny rekreacyjne i komunikację z nimi.

Wiele pytań w onkologii pozostaje jeszcze wciąż bez jednoznacznej odpowiedzi. Kolejna edycja Kodeksu wyznacza nowe kierunki działań w walce z chorobami nowotworowymi, ważne jest zatem wdrażanie tez Kodeksu i ich popularyzacja wśród pacjentów.

Autorzy:

Dr n. med Tomasz Mierza – chirurg onkolog, kierownik Zakładu Profilaktyki i Promocji Zdrowia Centrum Onkologii w Bydgoszczy, kierownik Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego programy profilaktyczne raka piersi i raka szyjki macicy w Bydgoszczy.

Lek. med. Witold Kowalski – chirurg, asystent Zakładu Profilaktyki i Promocji Zdrowia Centrum Onkologii w Bydgoszczy.





Ubezpieczenie grupowe OC w 2008 r.

Działalność zawodowa osób, takich jak lekarze, położne lub farmaceuci wiąże się ze stosunkowo wysokim ryzykiem, związanym z odpowiedzialnością cywilną z tytułu szkód wyrządzonych przez nich, w związku z czynnościami zawodowymi. Należy zaznaczyć, że coraz częściej pacjenci występują z roszczeniami do lekarzy o naprawienie wyrządzonych szkód i coraz wyższe są kwoty zasądzonych odszkodowań.

Prawodawca polski nie nakłada na wszystkich lekarzy obowiązku posiadania ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w związku z wykonywaniem zawodu, tylko w dwóch przypadkach jest ono wymagane (ubezpieczenie obowiązkowe):

1. W przypadku lekarzy posiadających kontrakt z samodzielnym publicznym ZOZ-em – obowiązkowe ubezpieczenie OC, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 23.12.2004 r. – nie może być zawierane w formie grupowej.

2. W przypadku podpisywania kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia – z limitowaną sumą gwarancyjną 200 tys. zł (przepisy od grudnia 2007 r.).

Ubezpieczenie dobrowolne OC obejmuje ochroną wszystkie czynności zawodowe osoby ubezpieczonej, niezależnie od formy i miejsca ich wykonywania (za wyjątkiem umów podlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu). Forma zatrudnienia (np. umowa o pracę) w niektórych przypadkach zdejmuje z lekarza część odpowiedzialności, ale tylko i wyłącznie do działań podejmowanych w placówce medycznej zatrudniającej go.

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej na posiedzeniu w dniu 22.11.2007r. podjęło decyzję o zaprzestaniu zbiorowego ubezpieczenia lekarzy – OC dobrowolne. Suma gwarancyjna ubezpieczenia w wysokości 30 000 zł była zbyt niska i wiele osób musiało wykupić dodatkowo polisę indywidualną na wyższą sumę. Określenie wysokości sumy gwarancyjnej, na jaką powinno być zawarte ubezpieczenie, aby dawało lekarzowi pewność pokrycia szkody w przypadku wystąpienia roszczeń pacjenta, związane jest ściśle z oceną ryzyka zawodowego lekarza określonej specjalizacji. Im większy jest zakres działań zawodowych podejmowanych przez lekarzy tj. praca na etacie, kontrakt (w kilku miej-

scach), prywatna praktyka, tym większe ryzyko zagrożenia popełnieniem błędu w sztuce.

Grupowemu ubezpieczeniu OC dobrowolnemu podlegały wszystkie osoby, które były członkami Bydgoskiej Izby Lekarskiej, więc obejmowało ono także osoby nie aktywne zawodowo. W związku z powyższym uważamy kontynuowanie zbiorowego ubezpieczenia za bezcelowe, w dużej mierze było ono nie wykorzystywane.

Porozumienie w sprawie zbiorowego ubezpieczenia lekarzy – OC dobrowolne obowiązuje do dnia 31.12.2007r.

Bydgoska Izba Lekarska podpisała z firmami ubezpieczeniowymi umowy pośrednictwa ubezpieczeniowego. Uzyskaliśmy na bardzo dobrych warunkach oferty ubezpieczenia OC dobrowolnego i obowiązkowego dla lekarzy i dentyistów – członków naszej Izby. Lekarzy zainteresowanych ubezpieczeniem OC odsyłamy do informacji zamieszczanych w biuletynie „Primum non nocere”. Osobami kontaktowymi i upoważnionymi do zawierania umów ubezpieczenia z ramienia Bydgoskiej Izby Lekarskiej są: p. Jolanta Trystuła tel. (0-52) 346 00 84 wew. 14 oraz p. Ryszard Urbański tel. 0-606 930 450.

Jolanta Trystuła

NFZ

Przekazuję poniżej pełną treść dokumentu stanowiącego załącznik do umów na 2008 r. i lata następne, o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach. W dokumencie tym – pacjenci i personel medyczny – znajdą odpowiedź na pytania zgłaszane do Rzecznika Praw Pacjenta, a dotyczące obowiązków lekarzy udzielających świadczeń w poszczególnych rodzajach. Żywię nadzieję, że „sformułowanie „Zasad...” w jednolitym dokumencie okaże się korzystne dla pacjentów, przydatne w pracy lekarskiej i poprawi współpracę pomiędzy świadczeniodawcami NFZ.

Mariola Tuszyńska – Rzecznik Praw Pacjenta Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Bydgoszczy, tel. 052 325-27-37, e-mail : mariola.tuszyńska@nfz-bydgoszcz.pl

Zasady postępowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego w ramach realizacji umów o realizację świadczeń opieki zdrowotnej zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia

1 Lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego jest każdy lekarz udzielający świadczeń w ramach umowy podpisanej z NFZ.

2 Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego zobowiązany jest do postępowania się w procesie prowadzonego przez siebie leczenia i diagnozowania formularzami, których merytoryczną zawartość określa NFZ, o ile nie wynikają one z odrębnych przepisów

3 Lekarz POZ kierujący świadczeniobiorcą (pacjenta) do lekarza specjalisty lub do szpitala zobowiązany jest do skierowania wyniki niezbędnych badań diagnostycznych, zgodnie z rozpoznaniem schorzeniem, aktualną wiedzą i praktyką medyczną umożliwiającą potwierdzenie wstępnego rozpoznania.

4 Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego leczący świadczeniobiorcę (pacjenta) w poradni specjalistycznej i szpitalu zobowiązany jest, do pisemnego informowania lekarza POZ, do którego zadeklarowany jest świadczeniobiorca (pacjent) o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, w tym czasokresu ich stosowania i dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych.

5 Lekarz POZ ordynuje leki dla świadczeniobiorcy (pacjenta) w sytuacji opisanej w p. 4 (konieczność stałego przyjmowania leków w schorzeniach przewlekłych), jeżeli w dokum-

encie medycznej przez niego prowadzonej znajduje się informacja, której zakres opisany jest w p.4 pochodząca od lekarza realizującego świadczenia w ramach umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartej z NFZ.

6 W przypadku, gdy świadczeniobiorca (pacjent) objęty leczeniem specjalistycznym wymaga wykonania badań kontrolnych, pozostających w związku z prowadzonym leczeniem, skierowania na te badania wystawia i pokrywa koszty ich wykonania świadczeniodawca udzielający świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Dotyczy to również lekarza specjalisty, do którego świadczeniobiorca (pacjent) ma prawo zgłosić się bez skierowania.

7 W przypadku, gdy świadczeniobiorca (pacjent) objęty leczeniem specjalistycznym wymaga leczenia szpitalnego, lekarz specjalista dołącza do skierowania wyniki badań diagnostycznych zgodnie z rozpoznaniem schorzeniem, aktualną wiedzą i praktyką medyczną, umożliwiające potwierdzenie wstępnego rozpoznania.

8 W przypadku kierowania świadczeniobiorcy (pacjent) z jednej poradni specjalistycznej do innej, jako badania wstępne przekazywane są wyniki badań wykonane w poradni kierującej oraz inne badania diagnostyczne będące w posiadaniu świadczeniobiorcy (pacjenta)

a wykonane przez lekarza POZ, umożliwiające potwierdzenie wstępnego rozpoznania stanowiącego przyczynę skierowania.

9 W przypadku zakwalifikowania pacjenta na oddział szpitalny, a w szczególności do planowego leczenia operacyjnego, wykonanie niezbędnych badań diagnostycznych leży po stronie szpitala.

10 W czasie trwania hospitalizacji świadczeniobiorcy (pacjenta), lekarz POZ nie może wystawiać mu zleceń na środki pomocnicze i ortopedyczne (zwłaszcza pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne itp.) oraz ordynować leków, których konieczność zażywania wynika z przebiegu hospitalizacji a może ordynować leki, których zażywanie nie wynika z przyczyny hospitalizacji.

11 Szpital zapewnia świadczeniobiorcy (pacjentowi) leki związane z przebiegiem hospitalizacji, których zażywanie wynika z przyczyny hospitalizacji.

12 Świadczeniobiorca (pacjent) po zakończeniu hospitalizacji (także w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym) powinien zostać zapatrzony stosownie do zaistniałej sytuacji, w następujące dokumenty: skierowania do lekarzy specjalistów, informację dla lekarza POZ, recepty, zwolnienie lekarskie oraz wyniki badań diagnostycznych wykonanych w toku leczenia.

13 Każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego w trakcie prowadzonego leczenia w przypadkach medycznie uzasadnionych orzeka o czasowej niezdolności do pracy – wystawia zwolnienie lekarskie.

Egzamin Państwowy Lekarzy

Dostępne już są wyniki Lekarskiego Egzaminu Państwowego w sesji jesiennej 2007. Do egzaminu przystąpiło w całym kraju 2028 lekarzy stażystów. Średni wynik wśród stażystów wyniósł 145,3 punktów, maksymalny – 178 punktów, a minimalny – 0 punktów.

70 lekarzy stażystów nie uzyskało minimum niezbędnego do zdania egzaminu. Minimum to wyniosło 110 punktów. Maksymalna liczba możliwych do zdobycia punktów wyniosła 196.

Komisja Egzaminacyjna LEP rozpatrzyła 275 zastrzeżeń, które dotyczyły 66 pytań. Ze względu na błąd w jednym z wariantów odpowiedzi uniemożliwiający dokonanie prawidłowego wyboru Komisja podjęła decyzję o unieważnieniu 4 zadań testowych.

Wśród 256 zdających lekarzy z prawem wykonywania zawodu, średni wynik wyniósł 126,2 punktów (minimum – 73, a maksimum 167).

W sesji jesiennej LEP-u nie zdało zaledwie 3,45% stażystów. To znacznie lepszy wynik niż w sesji wiosennej, kiedy to nie zdało go 41%, i lepszy niż rok temu, gdy minimum nie uzyskało blisko 6% zdających. Zresztą stało się już regułą, że jesienią wyniki są lepsze niż wiosną – w kwietniu ub. roku LEP-u nie zdało prawie 19% stażystów, w listopadzie 2005 r. – niemal 4%, w kwietniu 2005 r. – ponad 26%.

W najnowszej sesji LEP-u najgorzej wypadli stażyści z Okręgowej Izby Lekarskiej w Lublinie – ponad 11% z nich nie zdało egzaminu. Nie popisali się absolwenci uczelni zagranicznych – ponad 38% z nich „oblało” LEP.

Dyplomatorium Wydziału Lekarskiego CM UMK

W sobotę 17 listopada 2007 r. odbyło się uroczyste wręczenie dyplomów absolwentom Wydziału Lekarskiego CM. Dyplomy otrzymało 125 absolwentów kierunku lekarskiego i 85 absolwentów kierunku biotechnologia. Absolwenci wraz

z rodzinami wypełnili całą aulę AB Collegium Medicum przy ul. Jagiellońskiej 13 w Bydgoszczy. Było mnóstwo kwiatów, gratulacji, w niejednym oku zakręciła się łza wzruszenia.

Justyna Gapska

MEDICALIA 2007

Zabrakło miejsc dla chętnych

Już kolejny raz władze i pracownicy Collegium Medicum zaprosiły zainteresowanych naukami medycznymi na Dzień Nauki – „Medicalia”. Impreza ta ma już dość długą tradycję, sięgającą czasów Akademii Medycznej, a warto dodać, że od roku – co śród – odbywają się wykłady popularnonaukowe „Medyczna Środa” a wielu z pracowników Collegium bierze udział w Toruńskim Festiwalu Nauki. Są więc powody do dumy z osiągnięć popularyzatorskich.

Tegoroczne Medicalia zostały zdominowane przez warsztaty, gdyż jak wspominałem wykłady mamy co tydzień. Wybór tych kilku, na które można było się zapisać był naprawdę trudny. Byli i „Kryminalni” w laboratorium, można było wejść na prawdziwą salę operacyjną i posłuchać o historii i współczesności chirurgii, odkrywano zasadę działania sztucznej nerki, przedstawiano problemy alergii i nadciśnienia i wiele, wiele innych.

Jak co roku zabrakło miejsc dla wszystkich chętnych. Cieszy zainteresowanie społeczeństwa a zwłaszcza młodych ludzi, naukami me-

dycznymi. Mijamy nadzieję, że wyrosną z nich nowe pokolenia lekarzy, farmaceutów czy biologów, rozumiejących wyzwania współczesnej medycyny. Oby mogli godnie realizować te zadania we własnym kraju.

Wojciech Szczęśny

Nie tylko z Bydgoszczy

Festiwal Nauki „Medicalia” odbywający się co roku w murach naszej Uczelni przyciąga rzesze zainteresowanych osób. Była to głównie młodzież ze szkół bydgoskich, ale nie tylko. Przyjechali do nas goście również z Torunia, Malborka, Tucholi, Nakła. Katedry, Kliniki oraz zakłady teoretyczne z Collegium Medicum zaprosiły do swoich wnętrz, starając się przybliżyć, na czym polega praca naukowca, badacza, lekarza, widziana od strony praktyki szpitalnej (możliwościach diagnozowania, leczenia, monitorowania terapii).

Dzień Nauki „Medicalia” odbył się pod patronatem Rektora Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu.

Beata Augustyńska

Z Komisji Młodych Lekarzy

25 września 2007 roku w Dziale Doskonalenia Kadr Medycznych Kujawsko-Pomorskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Bydgoszczy odbyło się spotkanie informacyjne dla lekarzy kończących staż podyplomowy. Zostało ono zorganizowane przez mgr Marię Pionkę z DDKM oraz KML BIL. Celem tego spotkania było przybliżenie lekarzom informacji o tym, jak przebiega Lekarski Egzamin Państwowy, jakie są tryby odbywania specjalizacji, jak się o nie ubiegać oraz jak wygląda tryb odwoławczy dla osób niezakwalifikowanych.

Ucieszyła nas duża frekwencja – na spotkanie przybyło 70 lekarzy, nie tylko z Bydgoszczy, ale także z Torunia i Włocławka. Liczne i sensowne pytania zadawane organizatorom wydłużyły ponad dwukrotnie przewidywany czas spotkania.

Mamy nadzieję, że uzyskane informacje pomogły na LEPIe oraz będą przydatne w najbliższym postępowaniu kwalifikacyjnym. Wszak teraz wiemy, jak wiele pułapek czyha na nas, młodych lekarzy.

Krzysztof Czyżewski KML

15 grudnia 2007 – szkolenie

Diagnostyka skryningowa tętniaków aorty brzusznej

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy UMK w Toruniu zaprasza na szkolenie: Diagnostyka skryningowa tętniaków aorty brzusznej. Szkolenie jest BEZPŁATNE, realizowane z dotacji Województwa Kujawsko-Pomorskiego

Celem szkolenia jest poszerzenie wiedzy lekarzy specjalistów radiologów, lekarzy specjalizujących się w zakresie radiologii i innych lekarzy wykonujących badania ultrasonograficzne na temat specyfiki obrazowania aorty, wykonywania pomiarów aorty i tętniaka aorty brzusznej, a także zaznajomienie z aktualnymi wytycznymi w zakresie postępowania z rozpoznaniem tętniakiem aorty brzusznej. Szkolenie ma także na celu utworzenie wojewódzkiej bazy lekarzy specjalistów radiologii, lekarzy specjalizujących się w zakresie radiologii i innych lekarzy wykonujących badania ultrasonograficzne, którzy dzięki temu szkoleniu będą mogli w przyszłości zostać zaproszeni do wykonywania badań przesiewowych w kierunku tętniaka aorty brzusznej.

Punkty edukacyjne za udział w szkoleniu: 4.

Miejsce szkolenia: Katedra Kliniki Chirurgii Ogólnej Collegium Medicum w Bydgoszczy, SP ZOZ Wojewódzki Szpital im. dr J. Bizuela.

Kontakt: Irena Makowska, telefon (052) 36-55-232, mail: kikchirog@cm.umk.pl

Szczegółowy program na stronie Bydgoskiej Izby Lekarskiej: www.bil.org.pl

Pomóżcie w realizacji filmu

Poszukujemy studentów uczelni medycznych, stażystów oraz młodych lekarzy stawiających pierwsze kroki w zawodzie. Jesteśmy grupą dokumentalistów i pracujemy nad projektem opowiadającym o życiu młodych lekarzy, początkach ich zawodowej drogi, związanych z tym wyborami i rozterkami. Chcielibyśmy dowiedzieć się, jak wygląda sytuacja osób, które kończą studia, staż, zaczynają specjalizację. Jakie są Wasze wybory? Kto decyduje się na pracę w polskim szpitalu, kto pakuje walizki i łąduje za granicą, a kto w małej wiejskiej przychodni? Osoby, które zechcą podzielić się z nami swoimi doświadczeniami bardzo prosimy o kontakt: Arkana Studio, ul. Chełmska 21 Warszawa, tel. 022 840 27 45, Izabela Michalska 0 501 093 457.



Wyzwanie dla współczesnej gastroenterologii

Bóle brzucha, krwista lub wodnista biegunka, zmiany w okolicy odbytowej, zapalenia stawów, gorączka, utrata apetytu, spadek masy ciała, zahamowanie wzrostu i dojrzewania płciowego u dzieci, uszkodzenia wątroby – w tak różnorodny sposób mogą się manifestować nieswoiste zapalenia jelit (NZJ). Grupy schorzeń, jak wrzodziejące zapalenie jelita grubego czy choroba Leśniowskiego-Crohna, które, jak mówią lekarze specjaliści: „są wciąż wyzwaniem dla współczesnej gastroenterologii”.

12 października, w Bydgoszczy lekarze z całej Polski dzielili się swoimi doświadczeniami w leczeniu i diagnozowaniu tych, o ciągle nieznanym patogenezie, chorob. Zainteresowanie tematyką przeszło oczekiwania organizatorów. Piąta już konferencja sekcji „Nieswoistych Zapaleń Jelit” Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci miała być tylko spotkaniem niedużej grupy roboczej, tymczasem przybyło na nią ponad 150 lekarzy.

„Nieswoiste zapalenia jelit stanowią coraz większy problem. Do niedawna mówiono o nim w kontekście ludzi dorosłych, teraz obserwujemy zdecydowanie większą zachorowalność, u pacjentów w wieku rozwojowym, nawet u niemowląt – tłumaczy duże zainteresowanie konferencją prof. Mieczysława Czerwionka-Szaflarska, kierownik Kliniki Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii w Szpitalu Uniwersyteckim CM UMK, prezes Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci – Potrzebne są takie spotkania, bo z nieswoistymi zapaleniami jelit wiąże się ciągle zbyt wiele niewiadomych.”

Trudnością jest samo zdiagnozowanie choroby, a w NZJ wczesne i prawidłowe rozpoznanie jest bardzo ważne, bo opóźnione może doprowadzić do wyniszczenia organizmu, powikłań, czy niepotrzebnych interwencji chirurgicznych. Tymczasem niejednoznaczność objawów, często wielonarządowych i mało charakterystycznych sprawia, że chorzy nierzadko je bagatelizują, a lekarze pierwszego kontaktu nie biorą ich pod uwagę. „Chociaż nieswoiste zapalenia jelit dotyczą przewodu pokarmowego (pod postacią choroby Leśniowskiego-Crohna całego przewodu pokarmowego w różnych odcinkach, wrzodziejące zapalenie jelita rozwija się tylko w obrębie jelita grubego, choroby te mogą też dotyczyć innych, niespecyficznych i niesklasyfikowanych jeszcze zapaleń jelit) choroba ma różną maskę i niejednokrotnie nie myśli się konkretnie o tej jednostce chorobowej – tłumaczy profesor Szaflarska – Dwie konferencyjne sesje poświęciliśmy właśnie kazuistycie. Mówiliśmy o problemach z którymi pacjenci do nas trafiali, jaki był zebrany wywiad chorobowy, który lekarzowi nasunął myślenie o tej właśnie chorobie.”

Prawidłowe rozpoznanie możliwe jest dzięki dostępowi do coraz bardziej nowoczesnych metod diagnostycznych – co podkreślano na konferencji – np. takich jak stosowana już w bydgoskiej Klinice, wyposażona w kamerę wideo kapsułka endoskopowa. Badanie z jej wykorzystaniem umożliwia ogląd tych odcinków jelita cienkiego, do których nie sięgają klasyczne endoskopy.

Problemem w nieswoistym zapaleniu jest także samo leczenie, zarówno w fazach zaostrzeń, jak i remisji. „Nie ma 100 proc. skutecznych metod, bo nieznaną jest etiologia choroby” – mówi profesor Szaflarska.

Próby określenia podłoża choroby na razie niczego pewnego nie przyniosły. Uważa się, że dodatni wywiad rodzinny jest praw-

dopodobnie najbardziej istotnym czynnikiem ryzyka. Rozważa się też, czy stan zapalny w NZJ jest spowodowany czynnikiem egzogennym (zakaźnym) czy zaburzeniami układu immunologicznego błony śluzowej przewodu pokarmowego prowadzącymi do nieprawidłowej reakcji. Ostatnie badania przychyłają się do tej drugiej możliwości. Mimo tych trudności pacjenci leczeni są coraz lepiej. Obok leczenia farmakologicznego niesterydowymi lekami przeciwzapalnymi, kortykosteroidami, lekami działającymi na układ immunologiczny, antybiotykami – stosuje się leczenie biologiczne, czy żywieniowe. Proces leczniczy – co podkreślali obecni na konferencji specjaliści – skutecznie może wspomóc podawanie probiotyków czy kwasów LC-PUFA omega 3, czyli popularnego tranu.

Bydgoska Katedra i Klinika Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii ma pod swoją opieką ponad 100 dzieci, a nowych chorych wciąż przybywa: „Nie ma tygodnia, żeby nowy pacjent do nas nie trafił” – mówi profesor Szaflarska.

Mali pacjenci mogą tu korzystać z pełnej diagnostyki oraz leczenia farmakologicznego, żywieniowego i wspomagającego. O tym, że są leczeni coraz skuteczniej świadczą wydłużające się okresy remisji choroby.

Agnieszka Banach

Od red.: Dla chorych, ich rodzin, lekarzy oraz osób zainteresowanych problemem NZJ powstało Polskie Towarzystwo Wspierania Osób z Nieswoistymi Zapaleniami Jelita „J-elita”. Podajemy adres Oddziału Kujawsko-Pomorskiego: Katedra i Klinika Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii CM UMK (VI piętro), ul. M. Skłodowskiej-Curie 9, 85-094 Bydgoszcz, prezes Marek Gólczyński, tel. 0 889 899 779, e-mail: gulivieri@poczta.fm



dr n. med. Grażyna Mierzwa, prof. Józef Ryżko, prof. Tadeusz Zalewski, prof. Anna Balcar-Boroń, prof. Krystyna Karczewska, prof. Maria Korzon, prof. Izabela Płaneta-Matecka

Spóźnione gratulacje!

rozmowa z Jerzym Gajewskim – urologiem, „podwójnym” profesorem, wiceprezesem Kanadyjskiego Towarzystwa Urologicznego

* Jak to się stało, że 25 lat temu trafił Pan do Nowej Szkocji w Kanadzie?

– To dość długa droga. Po skończeniu w 1973 studiów medycznych w Poznaniu, specjalizowałem się, w kierowanym przez ojca Oddziale Urologii Szpitala Wojewódzkiego w Bydgoszczy, późniejszym szpitalu Akademii Medycznej. Po ukończeniu specjalizacji miałem okazję wyjechać na staż do Niemiec. Wróciłem, pracowałem w Bydgoszczy. W 1980 roku wyjechałem na bardzo interesujące, roczne stypendium na uniwersytecie w Niemczech. W momencie ogłoszenia stanu wojennego przedłużono stypendium na następny rok. A potem? Wiadomości stąd były coraz gorsze, zastanawialiśmy się z żoną, co robić, w końcu postanowiliśmy, że nie wracamy. W Niemczech też nie za bardzo chciałem zostać, chociaż miałem tam dobrą pozycję zawodową. I zaczęliśmy szukać, dokąd można wyjechać. Złożyliśmy papiery o emigrację do Kanady, czekanie trwało pół roku, ale dostaliśmy zgodę. Wylądowaliśmy w 1982 roku w Toronto. Niestety, nie mogłem znaleźć pracy jako lekarz, nie uznawano żadnych moich poprzednich specjalizacji. Zresztą z tym i teraz Polacy mają kłopot, choć rzadziej.

* Ale Pan był już przecież specjalistą urologiem...

– Tak, byłem. W Niemczech to uznawano, a w Kanadzie nie. Trzeba było mieć kanadyjskie licencje i egzamin. Póki co – z czegoś trzeba było żyć: napisałem do wszystkich uniwersytetów, opisałem swoją dotychczasową drogę zawodową i to, że szukam pracy, np. w badaniach. Dość szybko przysłano mi ofertę z uniwersytetu w Halifaxie, że chętnie mnie zatrudnią na rok w badaniach naukowych, dotyczących zaburzeń czynnościowych dróg moczowych. Widocznie nikt tym się nie chciał wówczas zajmować. Na początku było to dość trudne, musiałem nauczyć się trochę neurologii, farmakologii. No i człowiek się uczy, teraz – jak się to wszystko zna, to pestka! Ale wówczas wiele rzeczy było niewiadomych i wiele nowych. Zainteresowało mnie to bardzo i – w efekcie – poszło mi dość dobrze z tymi badaniami. W tym też czasie zdałem kanadyjski egzamin licencyjny. A ponieważ dostałem pierwszą nagrodę za badania naukowe w urologii na całą północną Amerykę, przyznawaną przez Amerykańskie Towarzystwo Urologiczne...



* ... spóźnione gratulacje!

– ... zaproponowano mi w Halifaxie, aby zrobić specjalizację z urologii. Przez 3 i pół roku robiłem urologię od nowa, kolejny raz ...

* Wracam do nagrody! Czyli – pracując w Halifaxie niecałe dwa lata, zdobył Pan pierwszą nagrodę Amerykańskiego Towarzystwa Urologicznego, po raz pierwszy przyznaną Kanadyjczykowi, którym był Pan od 2 lat?

– Tak się szczęśliwie zdarzyło. Wystaliśmy pracę – będącą wynikiem badań nad unerwieniem pęcherza – na konkurs i w 1984 roku dostałem nagrodę. Wówczas tą dziedziną medycyny nikt się specjalnie nie interesował, główna uwaga skierowana była na sprawy związane z onkologią. Po jakimś czasie problemem społecznym. W tej chwili najwięcej badań i pieniędzy skierowanych jest właśnie na urologię czynnościową.

A ja? W 1986 roku zdobyłem specjalizację, a ponieważ jeszcze parę prac napisałem, przyjęto mnie w 1987 na stanowisko „Assistant Professor” do Kliniki Urologii w Halifaxie, w której pracuję nieprzerwanie do dziś. W Kanadzie jest inny system przyznawania tytułów naukowych: kolejne nominacje, przyznawane przez komisję wynikającą z ilości badań. Tytuł odpowiadający naszemu doktoratowi – to właśnie assistant professor, potem – odpowiednik naszego doktora habilitowanego, a potem – profesor.

* A więc w 1986 był już pan specjalistą, rok później Assistant Profesorem, a potem profesorem.

– Powoli, profesorem to 12 lat później. Do stopnia pełnego profesora urologii awansowałem w 1999 roku, a cztery lata później – w 2003 otrzymałem tytuł profesora farmakologii.

* I ciągle się Pan specjalizował w urologii czynnościowej.

– Zaburzenia czynnościowe to problem nie tylko kobiet, także mężczyzn – zaburzenia erekcji, zaburzenia oddawania moczu, nietrzymania moczu, neurogenne pęcherze. Co trzy lata jest międzynarodowy zjazd na temat nietrzymania moczu i urologii funkcjonalnej. Przyjeżdża tam ok. 200 specjalistów w tej dziedzinie z całego świata. Biorę udział w międzynarodowych zjazdach poświęconych tej tematyce, jestem w zarządzie głównym kanadyjskiego towarzystwa urologicznego i International Continence Society. Jestem też – z czego się bardzo cieszę – członkiem honorowym Polskiego Towarzystwa Urologicznego i Rady Naukowej Urologii Polskiej. A w swoich zainteresowaniach obecnie trochę przesuwam się w kierunku zdrowia starszego człowieka.

* Do Kanady rzuciły Pana losy, a jak teraz się Panu żyje w tym kraju?

– Najtrudniejszy był szok zaraz po przyjeździe: brak polskiej czy europejskiej kultury, przez pierwsze 10 lat przecież nie mieliśmy żadnego kontaktu z Polską. Dopiero jak upadł komunizm, lody pękły, to jakby o tysiące kilometrów odległość między Kanadą a Polską się zmniejszyła. Zaczęliśmy nareszcie jeździć do Polski.

* Duże są różnice kulturowe?

– Ogromne, we wszystkim. W zachowaniu: co można powiedzieć, jak można powiedzieć, jak zaprosić, co można zjeść, po prostu – jest inaczej, w zainteresowaniach, w sposobie życia. Na początku musieliśmy sprowadzać z Toronto chleb, tamtejszy było dla nas nie do zjedzenia. Brakowało nam naszej filharmonii, teatru, kontaktów, spotkań. To tylko mały wyświeczonego z etapu przyzwyczajania się.

* Trzeba było przez to przebrnąć...

– W różnych dziedzinach. Byłem w Halifaxie drugim polskim lekarzem, a ponieważ nam pierwszym się udało, to potem inaczej patrzyli na nowych Polaków. Teraz naszych rodaków tutaj jest już bardzo wielu. Zdarzało się, że na obchodzie po polsku mówiłem

Dokończenie na str. 10

Dokończenie ze str. 9

ja, stażysta i... pacjent. W samym Halifaxie jest ze trzydziestu polskich lekarzy. W całej Nowej Szkocji chyba drugie tyle i wielu z nich jest cenionymi specjalistami.

*** Czyli Polacy umieli się tam odnaleźć...**

– O tak. Znam tylko dwóch Polaków, którym się nie udało i musieli wyjechać, reszta została. Nie zawsze pracują w tej samej specjalizacji, ale są lekarzami i dobrze sobie radzą.

*** Trzeba dużo pracować?...**

– Nie ukrywam, trzeba! Nawet w Niemczech tak wiele się nie pracowało, jak w Kanadzie.

*** Cieszę się, że – jako bydgoszczanin – po wyjeździe nie zamknął Pan szczerze drzwi za sobą.**

– Nie! Jestem w Polsce dwa – trzy razy do roku. Przynajmniej! W Bydgoszczy mam ojca, rodzinę. Z Polską zawsze starałem się utrzymywać kontakty. Z Kliniką prof. Wolskiego zaczęliśmy pracować najpierw półoficjalnie, a potem oficjalnie: przyjechałem z delegacją kanadyjską. Braliśmy udział w organizowanych w Polsce, w tym w Bydgoszczy zjazdach naukowych, był też szef kliniki, w której pracuję. Od dwóch lat staramy się rozkręcić tu program wszczepiania zwieracza cewki u mężczyzn z nietrzymaniem moczu, głównie po operacjach radykalnych w prostatektomii albo resekcji prostaty. Współpracowałem i nadal współpracuję z Krakowem, z Warszawą w dziedzinie neurourologii z prof. Borkowskim i dr. Radziszewskim, co roku organizowane są z tej

dziedziny sympozja i jestem prawie na każdym. Biorę też udział w zjazdach naukowych na całym świecie.

*** Zjazdy to również dzielenie się wiedzą.**

– Za mało się jeszcze uczymy. Dzielę się wiedzą i sam się uczę.

*** Dziękuję za rozmowę.**

Teodora Bogdańska

Rozmawialiśmy – w towarzystwie i z udziałem doktora Henryka Gajewskiego oraz doktora Mieczysława Boguszyńskiego.

W uzupełnieniu:

Profesor Jerzy Gajewski od wielu lat wykłada i uczy studentów i stażystów na Wydziale Medycznym Uniwersytetu Dalhousie. Zapraszany jest również z wykładami i prelekcjami do różnych ośrodków medycznych. Partycypuje jako wykładowca w programach szkoleniowych dla urologów, lekarzy ogólnych i pielęgniarek. W latach 1997–2002 otrzymał rządowe stypendium naukowe.

Zaprezentował około 150 prac naukowych na zjazdach kanadyjskich i międzynarodowych i opublikował około 60 prac naukowych oraz napisał wiele rozdziałów do różnych ksiąg medycznych. Jego prace badawcze były kilkakrotnie nagradzane przez międzynarodowe towarzystwa, z najbardziej prestiżową Pierwszą Nagrodą za Badania Naukowe Amerykańskiego Towarzystwa Urologicznego, pierwszy raz nadaną Kanadyjczykowi. Jest honorowym członkiem Polskiego Towarzystwa Urologicznego. Partycypuje w corocznych seminariach Neurourologii w Warszawie. Jest również członkiem siedemnastu prestiżowych międzynarodowych organizacji i stowarzyszeń naukowych. Obecnie jest Przewodniczącym Publication and Communication Committee of International Continence Society.

Na pytanie o współpracę z profesorem Jerzym Gajewskim i Kliniką Urologii Uniwersytetu w Halifaxie – odpowiada Profesor Zbigniew Wolski, kierownik Katedry i Kliniki Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Dziecięcej Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy

Co nas zbliża



Nasza Klinika ma nie tylko od dawna dobre kontakty z prof. Jerzym Gajewskim i Kliniką Urologii Uniwersytetu Dalhousie w Halifaxie, ale też bezpośredni związek z ojcem Jerzego, doktorem Henrykiem Gajewskim. To on jest twórcą bydgoskiej urologii, jako założyciel i ordynator pierwszego oddziału urologii, ale również klinicznej, bo potem oddział ten przekształcił się w klinikę. Jesteśmy jego następcami.

Z Profesorem Jerzym Gajewskim spotykaliśmy się na międzynarodowych kongresach, zjazdach, podczas jego wizyt w Bydgoszczy; i na podstawie naszych rozmów w 1998 roku została podpisana umowa władz obu uniwersytetów o współpracy między naszymi klinikami: Kliniki Urologii Uniwersytetu Dalhousie w Halifaxie oraz Kliniki Urologii ówczesnej Akademii Medycznej w Bydgoszczy. Jest to współpraca naukowo – szkoleniowa. W roku 1999 zorganizowaliśmy pierwsze spotkanie urologów Polski i Kanady. Były też 3 naukowo – szkoleniowe spotkania polsko – kanadyjskie. Częstsze są natomiast „robocze” spotkania.

Profesor Gajewski przyjeżdża do naszej kliniki jako ekspert w dziedzinie nietrzymania moczu u kobiet i u mężczyzn oraz jako ekspert



Zdjęcie ze „święta Jedyńki” jesienią 2007 roku. Maturzyści z roku 1967. (Nazwiska pań – aktualne w klasie maturalnej.) Stoją od lewej: Ryszard Maciejewski, Barbara Raczyńska, Irena Bosiacka, Marek Grabiec, Jerzy Manikowski, Jerzy Gajewski, siedzą od lewej: Jolanta Żurawska, Elżbieta Gulik, Mirosława Zielińska, Grażyna Grabiec, Ewa Rusinowicz-Szymańska, Grażyna Różańska, Janina Tofysz i Bożena Wolak.



Zdjęcie zespołu wykonującego pierwszą operację implantacji sztucznego zwieracza cewki moczowej. Stoją od lewej: prof. Zbigniew Wolski, pielęgniarka Małgorzata Durajewska, prof. Jerzy Gajewski, dr Maciej Gruszczyński.

w dziedzinie zapaleń śródmiaższowych pęcherza moczowego. Jego zasługą jest to, że jesteśmy drugim, po warszawskiej Klinice konsultanta krajowego – prof. Borówki, ośrodkiem w Polsce, który od 3 lat rutynowo wszczepia sztuczne zwieracze u mężczyzn, mając na te zabiegi umowę z NFZ. Nie są to zabiegi częste, bo – na szczęście – chorych z nietrzymaniem moczu nie jest dużo, ponieważ są to najczęściej nietrzymania jatrogenne, zwykle po prostatektomii radykalnej lub innych operacjach na steracu. Konsekwencją tej rozległej operacji onkologicznej może być – w małym procencie – nietrzymanie moczu. I to się zdarza na całym świecie, ale – okazuje się jest na to rada. Od 3 lat – także w bydgoskiej Klinice. Implantacja jest możliwa u każdego mężczyzny, który spełnia kryteria kwalifikujące. Zgłaszają się pacjenci z całej Polski.

Pracujemy również razem w wielu innych zagadnieniach urologicznych. Nasze Kliniki mają podobny profil leczniczy. Nie różnimy się w naszej pracy ogólnozabiegowej, urologicznej, operacyjnej, natomiast koledzy z Halifaxu czasem podsuwają nam różne ciekawe pomysły. Co nas różni – to znacznie mniejsza w Kanadzie ilość chorych z nowotworami o wysokich stopniach zaawansowania. Urolodzy z Kanady są bardzo zdziwieni, że u nas tak późno się rozpoznaje i kieruje do klinik nowotwory np. pęcherza moczowego. Wspólnie nakręciliśmy jeden film naukowy, mamy wspólną pracę na temat zwieraczy, wygłoszoną na Kongresie PTU w Warszawie. I oprócz tego, korzystając z Internetu, na bieżąco mamy możliwość konsultowania chorych, w przypadku których mamy trudności z oceną, zwłaszcza w przypadku nietrzymania moczu, czy też nietypowych zapaleń lub dysfunkcji neurogennej pęcherza moczowego.

Można powiedzieć, że zaimportowaliśmy wiedzę z najlepszego ośrodka, który przeszczepiał w Kanadzie najwięcej zwieraczy i zajmował się bardzo trudnymi zagadnieniami nietypowych, niebakteryjnych zapaleń pęcherza moczowego, czyli zapaleniem śródmiaższowym pęcherza moczowego, w Polsce do tej pory bardzo słabo rozpoznawanym i „trudnym” w leczeniu. Profesor Jerzy Gajewski jest ekspertem Światowego Towarzystwa Nietrzymania Moczku oraz prezesem – elektem Kanadyjskiego Towarzystwa Urologicznego. Jako jeden z niewielu polskich lekarzy osiągnął tak dużo, zdobywając światowe uznanie. Współpraca z Nim oraz całą Kliniką Urologii Uniwersytetu w Halifaxie pozwala naszej Klinice na stały kontakt z najnowszymi osiągnięciami urologii światowej, zwłaszcza w trudnych zagadnieniach zaburzeń czynnościowych dolnych dróg moczowych.

Not. Teodora Bogdańska



Życzenia dla lekarzy

Życzę wszystkim lekarzom, żeby Święta Bożego Narodzenia spędzili przyjemnie i radośnie, razem ze swoimi dziećmi w domu, przy choince.

Życzę lekarzom, żeby mieli więcej czasu i na pomaganie im w odrobiamiu coraz bardziej trudnych zadań domowych.

Życzę lekarzom, żeby nie musieli tyle dyżurować i brać dodatkowej pracy, lecz żeby dostali podwyżki, a urzędnicy nie przeszkadzali im w ich ciężkiej codziennej pracy. Życzę lekarzom, żeby zajmowali się leczeniem pacjentów a nie wypełnianiem różnych papierów. Życzę, aby ich praca była taka, żeby po powrocie z niej do domu byli pogodni i zadowoleni.

Życzę lekarzom dużo siły podczas leczenia ich pacjentów a zwłaszcza leczenia dzieci, które zamiast chorować chcą się bawić, uczyć i chodzić do szkoły.

Życzę wszystkim najwspanialszym rodzinnym świąt Bożego Narodzenia!

Tomek Styczyński, 10 lat

Do 10 stycznia

Czekamy na zdjęcia...

...z zabawy mikołajkowej dla dzieci lekarzy (9 grudnia, 11.00 i 13.30 – Pałac Młodzieży). Zamieścimy je w wydaniu lutowym „Primum non nocere”.



Spotkanie gwiazdkowe

12 stycznia 2008

Komisja Socjalna serdecznie zaprasza lekarzy – seniorów na spotkanie gwiazdkowo-noworoczne. To świąteczne spotkanie odbędzie się 12 stycznia 2008 w stołówce CM UMK przy Rondzie Jagiellonów w Bydgoszczy („Harmonijka”). Początek – godzina 11. Zapraszamy!



**CENTRUM LECZENIA
CHRAPANIA I BEZDECHU**

ul. Koszalińska 7, 85-714 Bydgoszcz, tel. kom. 0 665 708 052
e-mail: info@niechrapanie.eu • www.niechrapanie.eu




inter **OCHRONA**
 UBEZPIECZENIA
 dla lekarzy i lekarzy dentyistów

Do wyboru jedna z dwóch wysokich sum ubezpieczenia!

Możliwość podwyższenia sumy gwarancyjnej w zależności od potrzeb!

Indywidualne dopasowanie zakresu ubezpieczenia!

Atrakcyjne rabaty dla lekarzy korzystających z naszych ubezpieczeń majątkowych i zdrowotnych!

Ochrona, która działa nawet wtedy, gdy nie wykonujesz już swojego zawodu!

Ochrona ryzyka przeniesienia chorób zakaźnych w tym HIV i WZW!

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej i posiadania mienia!

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej najemcy!

Ochrona związana z udzielaniem pierwszej pomocy!

Nowe taryfy ! Najlepsze warunki!
 Masz już swoje ubezpieczenie ?

Ubezpieczenie dobrowolne	Suma gwarancyjna		Składka roczna
	na jedno zdarzenie	na wszystkie zdarzenia	
	46.500 €	93.000 €	200 PLN lub 250 PLN
	200.000 PLN	400.000 PLN	220 PLN lub 275 PLN

Suma gwarancyjna na jedno zdarzenie	Liczba zamówień na świadczenie zdrowotne	Składka roczna	Ubezpieczenie obowiązkowe
46.500 €	jedno każde następane	200 PLN lub 250 PLN 50 PLN	



17.10.2007 roku
Wojewódzki Szpital
Dziecięcy
w Bydgoszczy uzyskał
certyfikat systemu
zarządzania
ISO 9001:2000
w zakresie świadczenia
specjalistycznych
usług stacjonarnych
i ambulatoryjnych oraz
profilaktyki i promocji
zdrowia.



18.10.2007 roku
otwarta została
Pracownia
Densytometrii
Klinicznej.

Osteoporoza i osteopenia u dzieci – wczesna diagnostyka choroby przy zastosowaniu metody densytometrycznej pomiaru gęstości kości

Osteoporoza jest schorzeniem szkieletu charakteryzującym się obniżoną wytrzymałością mechaniczną kości pre-dysponującą do zwiększonego ryzyka powstania złamań.

Osteopenia jest łagodniejszą formą choroby rozpoznawaną przy mniejszym niż w osteoporozie ubytku masy kostnej wyłącznie na podstawie badania densytometrycznego. Osteoporoza i osteopenia są jednymi z najczęściej spotykanych zaburzeń metabolicznych układu kostnego u dzieci i młodzieży.

Największa intensywność obrotu kostnego występuje w okresie wzrostu w wieku dziecięcym, w którym tworzenie kości przeważa nad resorpcją. Efektem tego procesu jest osiągnięcie szczytowej masy kostnej, czyli uzyskanie maksymalnej gęstości tkanki kostnej w wieku 20–25 roku życia. Po tym czasie następuje utrata masy kostnej w tempie 0,5–1 % rocznie. Wczesna identyfikacja dzieci ze zmniejszoną gęstością kości umożliwia szybką terapię i zapobieganie rozwojowi osteoporozy w wieku późniejszym.

Objawy kliniczne osteoporozy i osteopenii są zróżnicowane i często słabo wyrażone. Zaawansowane zmiany w mikroarchitekturze kości powodują wystąpienie objawów klinicznych, takich jak bóle kończyn i pleców, złamania przynasad i kręgow, zaburzenia chodu, wadliwą postawę. Najczęściej choroba przebiega skrycie i nie jest zdiagnozowana, a rozpoznaje się ją dopiero w chwili pierwszego złamania. Jest to bardzo zły czynnik prognostyczny – możliwości kolejnych złamań. W związku z tym niezwykle istotne

jest rozpoznanie osteoporozy przed wystąpieniem pierwszych objawów.

U dzieci najczęściej występuje osteoporoza wtórna. Osteoporoza pierwotna (idiopatyczna) jest rzadko spotykana.

Szczególną jednostką chorobową jest osteopenia wcześniacza charakteryzująca się zaburzeniami mineralizacji i rozmiękaniem kości (głównie kości czaszki). W jej patogenezie najistotniejszy jest niedobór wapnia i fosforu, które płód gromadzi w trzecim trymestrze ciąży, dlatego częstość występowania osteopenii wcześniaczej koreluje odwrotnie z wiekiem płodowym. Konsekwencją nie leczonych zaburzeń u wcześniaków jest długotrwałe utrzymująca się obniżona mineralizacja kości, niższy wzrost ostateczny w porównaniu do potencjału wzrostowego.

W diagnostyce osteopenii i osteoporozy wykorzystywana jest metoda DXA (absorpcjometria podwójnej energii promieniowania rentgenowskiego), która wyparła najbardziej dostępne dotychczas badanie rentgenowskie kości. Klasyczny obraz RTG wskazuje na osteoporozę dopiero w jej zaawansowanym stadium, przy ubytku masy kostnej rzędu 30–40%. Metoda DXA charakteryzuje się najmniejszym błędem pomiaru (do 1%), małą dawką promieniowania (dawka efektywna to 1–3 uSv (klasyczne zdjęcie rtg klatki piersiowej to dawka 50–150uSv zależnie od zastosowanego aparatu), krótkim czasem badania.

W Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym w Bydgoszczy Pracownia Densytometrii Klinicznej wyposażona jest w Densytometr Lunar Prodigy Advance z oprogramowaniem pediatrycznym pozwalającym na diagnostykę pa-

cientów najmłodszych, w tym noworodków. Do badania włączone będą dzieci diagnozowane i leczone w oddziałach i poradniach szpitala oraz pacjenci z innych placówek medycznych województwa kujawsko-pomorskiego. Badania powinny być wykonane u dzieci i młodzieży, u których występuje jeden lub więcej czynników ryzyka osteopenii lub osteoporozy: wcześniactwo, niedotlenienie, nawracające i przedłużające się zakażenia, niedożywienie matki w czasie ciąży, bardzo mała urodzeniowa masa ciała, dysplazja oskrzelowo-płucna, przedłużający się pobyt w szpitalu noworodka, zaburzenia czynności nerek i wątroby, choroby metaboliczne, zaburzenia wchłaniania, endokrynopatie, stany zapalne, zespoły złego wchłaniania, choroby szpiku kostnego i nowotworowe, choroby genetyczne przebiegające z niską masą kostną, przewlekłe stosowanie leków (glikokortykosteroidów, hormonów tarczycy, analogów GnRH, fenytoiny, fenobarbitalu, cyklosporyny, heparyny, depoprovery, żywic jonowymiennych, leków moczopędnych, metyloksantyn), nieprawidłowe odżywianie, niedobór witaminy D, dieta eliminacyjna bezmleczna, złamania w wywiadzie, przewlekłe bóle kończyn i pleców, zaburzenia chodu, znaczny stopień wady postawy.

W przypadku rozpoznania osteopenii lub osteoporozy u pacjenta zostaną wykonane badania markerów obrotu kostnego. Kompleksowe postępowanie terapeutyczne: dietetyczne, farmakologiczne i usprawnianie ruchowe będą prowadzone w Poradni Metabolicznej i Rehabilitacyjnej Szpitala.

*Danuta Kurylak,
Beata Stępień-Jaszowska*



Certyfikat jakości dla Szpitala w Więcborku

Szpital Powiatowy im. dr. A. Gacy i dr. J. Łaskiego NZOZ w Więcborku prowadzony od trzech lat przez Spółkę NOVUM – MED uzyskał certyfikat jakości ISO 9001: 2000, który dnia 26.10.2007 r. został uroczysto przekazany personelowi.

Lecznica w Więcborku jest pierwszym w Polsce szpitalem, który przeżył proces upadłości spowodowany wadliwością ustawy „203”. Po trzech latach działalności okazało się, że upadłość była procesem sanacyjnym umożliwiającym wdrożenie pełnego programu naprawczego.

NOVUM-MED jest spółką prawa handlowego, której stuprocentowym udziałowcem jest powiat sępoleński. Po dwóch latach działalności majątek szpitala został wykupiony. Aktualnie, po trzech latach spora część pomieszczeń jest wyremontowana, a znaczna część wyposażenia i aparatury diagnostycznej wymieniona na nową. Spółka jest zbilansowana, generuje zysk, jednocześnie dając personelowi godziwy zarobek.

Od roku wdrażano system zarządzania przez jakość, który podsumowano uzyskaniem certyfikatu jakości ISO 9001:2000.



Gość honorowy P. Janina Gaca żona jednego z patronów Szpitala Powiatowego im. dr. J. Łaskiego i dr. A. Gacy NZOZ w Więcborku podczas uroczystości wręczenia certyfikatu.

Szpital MSWiA ma 60 lat!



Na zdjęciu: z-cy dyrektora szpitala, Maciejowi Grabowskiemu gratulacje składa przewodnicząca BIL Radostawa Staszak-Kowalska.

7 listopada 2007, dokładnie w rocznicę powstania, Szpital MSWiA obchodził swoje 60-te urodziny. Dziś jednostka na swoich oddziałach szpitalnych leczy rocznie ok. 4 tys. pacjentów, a 30 tys. chorych każdego roku korzysta z ambulatoryjnej opieki medycznej. Jeżeli by zsumować wszystkich pacjentów, którzy przez lata działalności Szpitala skorzystali z jego usług, mówi doktor Maciej Grabowski, zastępca dyrektora jednostki, to można powiedzieć, że leczylimy całą Bydgoszcz.

Podczas uroczystości najbardziej zasłużonym pracownikom placówki wręczono odznaczenia, dyplomy i wyróżnienia. Więcej na temat jubileuszu lecznicy oraz o tym, jaki był i jaki obecnie jest Szpital MSWiA, napiszemy w kolejnym numerze PNN. (a,b)

Gloria Medicinae

Polskie Towarzystwo Lekarskie już po raz siedemnasty przyznało i wręczyło swoje najważniejsze wyróżnienie – Gloria Medicinae za rok 2006. Wśród niewielkiej – jak zwykle liczby uhonorowanych, odznaczenie przyznano profesor Irenie Ponikowskiej, kierownikowi Kliniki Balneologii i Medycyny Fizykalnej oraz Chorób Przemian Materii Collegium Medium w Bydgoszczy UMK w Toruniu.

Rankingi

★ Rzeczpospolita

Centrum Onkologii w Bydgoszczy już po raz czwarty zwyciężyło w rankingu szpitali dziennika „Rzeczpospolita” przygotowanym przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia z Krakowa. Placówka po raz kolejny została oceniona jako doskonale zarządzana (Centrum nie ma długów!), dbająca o chorych i jakość leczenia. CO zdobyło aż 920 pkt na 1000 możliwych! Dzięki sukcesom, co roku trafia do szpitala coraz więcej chorych, ale ... nie więcej pieniędzy.

Szpital Powiatowy im. dr. L. Błazka w Inowrocławiu po raz kolejny w Ogólnopolskim Rankingu Szpitali 2007 w kategorii „Szpitale publiczne wielospecjalistyczne i onkologiczne” znalazł się na drugiej pozycji (po Centrum Onkologii) wśród szpitali województwa kujawsko-pomorskiego, zajmując 9. miejsce w kraju i drugie w województwie.

★ Wprost

Oddział Urologii z Wojewódzkiego Szpitala im. doktora Jana Biziela został zwycięzcą tegorocznego „Rankingu Szpitali” tygodnika „Wprost”. Oddział (z notą 92,6 pkt) uznano za najlepszy w kategorii operacje laparoskopowe (operacje żyłaków powrózka, węzłów chłonnych, prostatektomia, nefrektomia, cystektomia).

Lekarze z BIL w Parlamencie

Sejm: Jarosław Katulski (PO) – dyrektor Szpitala w Tucholi. Był radnym Sejmiku Województwa Kujawsko-Pomorskiego, zdobył 7514 głosów. Tomasz Latos (PiS) – 43-letni lekarz radiolog, poseł na Sejm V kadencji, otrzymał 17751 głosów.

Senat: Zbigniew Pawłowicz (PO) – dyrektor Centrum Onkologii z Bydgoszczy, 64 lata, uzyskał 140606 głosów.

Dnia 30 września 2007 r. odeszła od nas ceniona przez pacjentów oraz całe grono lekarskie

śp. Irena Rózga-Mykaj

lekarz–stomatolog.

Brak nam będzie Ciebie Irenko

Twoje koleżanki i koledzy z Bydgoskiej Izby Lekarskiej

Dr n. med. Wiesławowi Jundziłłowi serdeczne wyrazy współczucia z powodu śmierci

OJCA

składa Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej wraz z Rzecznikami i Sekretariatem



Refleksje o powołaniu lekarzkim

Zygmunt Mackiewicz

W słowniku języka polskiego interpretuje się słowo powołanie jako „skłonność, zdolność, zamiłowanie do czegoś; czyjeś przeświadczenie o tym, że pewien zawód, droga życiowa są dla danej osoby najwłaściwsze.”

Lekarz z powołania, zdanie dość często wypowiedziane – jednak niejednoznaczne. Zdanie różnie interpretowane. Dobry lekarz lub skuteczny lekarz zwykle nie wystarcza do tytułu lekarz z powołania, brakuje elementu przyjaźni, dobroci, współczucia. Z drugiej strony, jak najmiłszy lekarz, ale pozbawiony charyzmy skutecznego, wyszkolonego lekarza nie jest godny określenia „lekarz z powołania”. Ewangelia mówi o dobrym Samarytaninie, który nie tylko współczuł, ale i pomagał w sposób skuteczny w miarę swojej wiedzy i doświadczenia.

Należy łączyć dwie cechy, jak współczucie ze stale pogłębiającą się wiedzą i doświadczeniem lekarskim, które przyjmuje się z ręki do ręki od mistrza, nauczyciela. Tak było przez minione stulecia i nadal jest obowiązujące we współczesnej medycynie, mimo zmieniających się warunków i postępu medycyny.

Nadal otwarte jest pytanie: od czego zależy powołanie lekarskie? Czy ten talent lub korzystną cechę charakteru dziedziczy się lub rozwija, jako cechę nabytą. Moim zdaniem pierwszym etapem powołania do każdego zawodu jest wychowanie przez rodziców i szkołę w duchu szacunku do drugiego człowieka, niezależnie od jego wieku, płci i statusu społecznego. Nasza religia ujmuje to w najważniejszym przykazaniu „będziesz miłował bliźniego swojego jak siebie samego”. Przestrzegając te zasady można zostać księdzem, nauczycielem, lekarzem lub fachowcem w każdym zawodzie. Powołanie do zawodu lekarskiego narasta w miarę pogłębiania wiedzy i doświadczenia życiowego. Ilu jest ludzi, tyle jest dróg prowadzących do tego zawodu, ale nie o każdym lekarzu mówi się, że to jest lekarz z powołania. Na ten tytuł należy zasłużyć całym swoim życiem lekarskim. Tytuł ten nadaje nie uniwersytet za wiedzę, ale zwykli, prości ludzie, którzy znaleźli u swego lekarza cechy przyjaciela, dobrego doradcy

i skutecznego dobroczyńcy, uwalniającego od niebezpiecznych zagrożeń życia. Droga życiowa, która prowadzi młodego adepta sztuki lekarskiej do tak zaszczytnego tytułu – „lekarz z powołania”, prowadzi poprzez cechy wpojone przez rodziców, szkołę, religię, nauczycieli akademickich. Nauczanie na tych etapach życia decyduje o rozwinięciu cech warunkujących powołanie lekarskie, szacunku do człowieka, przyrody, współczucia dla cierpiącego, chęci zdobywania wiedzy ratującej życie. Reasumując: powołanie lekarskie jest cechą nabytą i rozwijaną lub straconą w różnych okolicznościach życia.

Zastanawiam się, dlaczego zostałem lekarzem. W mojej Rodzinie lekarzy nie było, ale była fascynacja przyrodą. Ojciec był hodowcą roślin, pracował nad selekcją roślin uprawnych, brat został hodowcą roślin, genetykiem. Kult nauki niewątpliwie wpływał na młodzieńcze poglądy. Matka była pełna szacunku i współczucia dla ludzi. Była wojna i przez nasz dom przewijało się mnóstwo ludzi dotkniętych nieszczęściem, złym losem. Miała zawsze słowa pociechy i nadziei. Jedną z najbardziej fascynujących książek, które jako młody człowiek czytałem było „Łowcy mikrobów” de Kruif, być może ta książka ukierunkowała moje myśli ku medycynie. W pierwszych latach powojennych los rzucił naszą rodzinę do Bydgoszczy, gdzie chodziłem do liceum na Placu Wolności. Zacząłem odczuwać bóle podbrzusza, sława bydgoskiej chirurgii dr Wojciech Staszewski rozpoznał appendicitis i skierował do Szpitala Miejskiego na Bielawkach. Postanowił operować w znieczuleniu miejscowym. Wszystko widziałem, wszystko słyszałem i byłem oczarowany atmosferą bloku operacyjnego. Leżąc na stole operacyjnym postanowiłem – będę chirurgiem. Nie przewidziałem, że po latach będę chirurgiem w tym wspomniałem, nowoczesnym szpitalu. Miałem to szczęście, że moimi nauczycielami – zarówno na Litwie, jak w Polsce – byli znakomici pedagodzy. Z wielkim trudem jako „obcy klasowo”, z listy dodatkowej, po półrocznym wolontariacie dostałem się na Wydział Lekarski Akademii Medycznej w Poznaniu. Determinacja zostania chirurgiem trwała

i przez kolejne pięć lat przygotowywałem się do zawodu pod czułym okiem znakomych profesorów, klinicystów, którzy potrafili rozbudzić zamiłowanie do medycyny, nauki i etyki lekarskiej. Zdawałem sobie sprawę, że wiedzę muszę przejąć z ręki do ręki od moich doświadczonych nauczycieli akademickich, obserwując, podpatrując i ucząc się u najlepszych mistrzów. Niewątpliwie znowu lektura książek wpływała i utwierdzała moją determinację zostania chirurgiem. Pamiętam tak znakomite książki, jak Księga z Sant Michele Axel Muntha lub El Hakim Knittela.

Los zetknął mnie ze znakomitym nauczycielem chirurgii Profesorem Stanisławem Nowickim. Był wymagający, surowy, ale sprawiedliwy. Nie tolerował lekceważenia obowiązków, a szczególnie lekceważenia pacjentów. To była twarda szkoła. Niestety, do Kliniki się nie dostałem, bo etat był zablokowany przez działacza młodzieżowego z klucza partyjnego. Z nakazu pracy trafiłem do powiatowego szpitala w Śremie koło Poznania. Znowu miałem szczęście – moim mistrzem chirurgii został dr Antoni Paul, znakomity chirurg praktyk, który po ojcowsku przez dwa lata wtajemniczał mnie w arkana tego fascynującego zawodu. Przypadek lub zrządzenie losu kierowało moimi marzeniami. W Poznaniu, w parku Sołackim, podczas spaceru z koleżanką i kolegą, który wyraźnie adorował towarzyszącą nam panienkę, postanowiliśmy zmierzyć się odwagą i skoczyć z wieży spadochronowej. Ja skoczyłem pierwszy i zawisłem na linie, która okręciła się wokół mojej szyi. Półprzutomny, cudem wylądowałem w charakterystyczną bliźną wisielca. To był ostatni skok spadochronowy w parku Sołackim. Przewieziono mnie do Kliniki Chirurgicznej profesora Nowickiego. Profesor spojrzął na mnie i przy całej gromadzie asystentów powiedział: „Chirurg musi być odważny i nie bać się ryzyka. Przyjmuję Pana na asystenta Kliniki.” I tak stałem się chirurgiem. Czy z powołania, decydować mieli moi chorzy przez ponad 50 lat czynnej pracy chirurga. Czekala mnie długa i ciężka droga do pełnego usamodzielnienia się.

Wracając do głównego tematu – o powołaniu lekarskim – naprawdę nie wiem, co zadecydowało o moim lekarskim losie, determinacja zostania chirurgiem czy przypadek, który kierował moim losem.

Wspominałem już, że warunkiem uznania, że jesteśmy lekarzami z powołania – jest szacunek i współczucie w stosunku do nam powierzonych chorych. Tego szacunku należy się uczyć, obserwując swoich mistrzów i nauczycieli. Przez długie lata, będąc kierownikiem Kliniki, starałem się wpoić moim uczniom, że należy z szacunkiem zwracać się do chorych niezależnie od ich wieku.

Dokończenie na str. 15



Dokończenie ze str. 15

Niedopuszczalne jest zwracanie się per ty lub per babciu lub dziadku. Pamiętam jak jedna ze starszych Pań przy próbie spoufalania się odparowała: Babcią jestem dla moich wnuków, a nie dla Pana Doktora.

Drugim warunkiem dobrego lekarza, a więc lekarza z powołania, jest wiedza. W tej dziedzinie, niezależnie od wieku lekarza, obowiązuje permanentne szkolenie, uzupełnianie wiedzy, podnoszenie swoich kwalifikacji. Medycyna, a w tym i chirurgia, zmienia się z roku na rok. Postęp wiedzy jest imponujący. Kto się nie uczy – ten się cofa. Obecne możliwości kontaktów przez Internet, biblioteki z dostępem do najnowszych osiągnięć medycyny, nie usprawiedliwiają lenistwa. Wiedza jest w zasięgu ręki, zarówno dla starych, jak i młodych adeptów medycyny.

Szanowni Państwo, nie jestem w stanie poruszyć wszystkich problemów związanych z etyką lekarską, tak nierozdzielnie powiązaną z powołaniem lekarskim, etyką która łączy od kilku tysięcy lat rozwoju medycyny. Znane ze starożytności zalecenia jak „Salus aegroti suprema lex” – Zdrowie chorego jest najwyższym prawem, „Primum non nocere” – Po pierwsze, nie szkodzić, albo „Sedare dolorum – opus divinum est” – „uśmierzać ból jest dziełem boskim – są nadal aktualne.

Spółeczeństwo wymaga, żeby lekarz był bezinteresowny, sprawiedliwy, szlachetny bezstronny i odważny. Profesor Tadeusz Marciniak – wielki znawca etyki lekarskiej, anatom z Wrocławia przed 50 laty uważał, że cechy dobrego lekarza to: spokój, przytomność umysłu, nieskazitelnosc charakteru, nadająca mu znamię czciogodności. To są bardzo piękne hasła i wyzwania dla adeptów sztuki lekarskiej, ale pamiętajmy że lekarze są częścią społeczeństwa, z zaletami i wadami. Zalety należy wychwalać, a z wadami walczyć.

Powstaje pytanie czy lekarz ma prawo walczyć o godziwe wynagrodzenie? Czy lekarz ma prawo do strajku? Moim zdaniem – niewątpliwie tak. Pamiętajmy, że za stan zdrowia społeczeństwa odpowiedzialnością są obarczeni nie tylko lekarze, ale również rząd, samorząd, fundusz zdrowia, media i sami obywatele naszego państwa, nie przestrzegający reguł prozdrowotnego zachowania. Moim zdaniem, lekarz nie może pozbawić chorego opieki, jeżeli jego zdrowie nie jest zabezpieczone odpowiednimi służbami dyżurowymi podczas strajku.

Nie można jednak brać za złe lekarzowi, mówi profesor Marciniak, jeżeli obok swej

czynności szlachetnej, stara się o środki umożliwiające mu być odpowiedni do swego stanu, a więc do swych potrzeb zawodowych, kulturowych i naukowych.

Jeżeli jednak ktoś wybiera zawód lekarza tylko dla zarobku, jeżeli zamiłowaniem zawodu jest tylko pozorem, wtedy taka zasada życiowa jest poniżeniem i skażeniem jednego z najszlachetniejszych zawodów, jakim jest zawód lekarza

Kończąc wypowiedź, chciałbym podsumować moje długie życie chirurga. Zawód lekarza, chirurga trzeba kochać – jest to pasja, której nie da się porównać z żadnym innym zawodem. Jest to zawód pełen sukcesów, ale i niepozabawiony klęsk. Przeżywa się uniesienia, radości, zwycięstwa i spada się do głębi piekła, bijąc się z myślami: czy naprawdę wszystko zrobiłem, żeby uratować chorego. Odpowiedź tylko można uzyskać we własnym sumieniu. Nagrodą tego zawodu jest opinia chorych, twierdzących, że to jest lekarz z powołania, a więc godny zaufania, któremu mogą powierzyć swoje życie. Tego zaufania, które jest cenniejsze niż wszystkie tytuły i dyplomy. Zaufania, którego nie można zawieść, nie można sprzeniewierzyć się przysiędze Hipokratesa.

Tydzień Kultury Chrześcijańskiej

Przypatrzcie się powołaniu waszemu

– te słowa św. Pawła stały myślą przewodnią tegorocznego, XXVI Tygodnia Kultury Chrześcijańskiej. Dotrzeć do prawdy – czym jest powołanie, jak się przejawia i jaką rolę pełni w życiu człowieka – próbowali, podczas wielu prowadzonych dyskusji, przedstawiciele różnych środowisk: m.in. nauczyciele akademicy, lekarze, naukowcy i dziennikarze. „Czy jest ono tylko wypełnieniem pewnego naturalnego scenariusza zdarzeń, jaki wynika po prostu z logiki życia? – zastanawiano się – A może jest czymś więcej, może w jego treść warto wpisać także pewną misję, która łączy to, co doczesne z tym, co wieczne”.

Trudno rozpoznać swoje powołanie. Kanclerz Wyższej Szkoły Gospodarki w Bydgoszczy, doc. Krzysztof Sikora uważa, że „powołanie to przymus. Nawet jeśli wybiera się inne drogi, to i tak na drogę powołania się trafi”. A jak je rozpoznać? „Jeżeli jestem w czymś dobry, działam z sensem, to może właśnie je spełniam” – mówi.

Oddzielna dyskusja poświęcona była powołaniu lekarskiemu. Przewodził ją dr n. med. Jerzy Kąkol, prezes Oddziału Wojewódzkiego Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy. Swoimi refleksjami na ten temat dzielił się także profesor Zygmunt Mackiewicz. W bieżącym numerze PNN dzieli się nimi także z Państwem.

Nie zabrakło też tematów etycznych. Podczas seminarium „Etyka a postęp w medycynie” o etyce i transplantologii mówił prof. Zbigniew Włodarczyk, kierownik Kliniki Transplantologii i Chirurgii Ogólnej CM UMK, o „Etycznych aspektach testów genetycznych” prof. Olga Haus, kierownik Katedry i Zakładu Genetyki Klinicznej CM UMK, a o zastosowaniu i pochodzeniu komórek macierzystych – dr hab. Anna Goc, kierownik Zakładu Genetyki UMK.

Lekarze – prof. Małgorzata Tafli-Klawe, prorektor Collegium Medicum UMK oraz już wymieniany doktor Jerzy Kąkol – pracowali w Komitecie Organizacyjnym Tygodnia Kultury Chrześcijańskiej. (ab)

Katolickie Stowarzyszenie Lekarzy Polskich



zaprasza lekarzy:

- 6 stycznia 2008 – godz. 15 Msza Św. w Kościele Św. Trójcy w Bydgoszczy po której spotkanie opłatkowe lekarzy
- 18 stycznia 2008, od godz. 18 – do 20 stycznia godz 14 – Rekolekcje dla Lekarzy w Laskowicach u Księży Werbistów. Zapisy u Barbary Kucińskiej tel. 0602485455
- 9 lutego 2008, godz 9 (sobota) Msza Św. z okazji Międzynarodowego Dnia Chorego
- 24 lutego – 27 lutego 2008 o godz 18 w Kościele Najświętszego Serca Jezusowego – Rekolekcje dla Środowisk Twórczych. Nauki będzie głosił ksiądz dr Kazimierz Wójtowicz Zmartwychwstańc z Krakowa, dyrektor wydawnictwa „Alleluja”, autor wielu publikacji.

Leczenie muzyką

🎵 Czy można leczyć muzyką? Coraz więcej specjalistów uważa, że tak. „Muzyka ma wpływ na rozwój ośrodków kory mózgowej. Prawa przy muzyce się aktywuje, a jeśli towarzyszą jej słowa, pobudzona zostaje także lewa kora mózgowa – mówi doktor Daria Pracka z Zakładu Fizjologii CM – Muzyka sprzyja więc koncentracji. Dzięki niej wydzielają się endorfiny, zmniejsza się odczuwanie bólu, co może być wykorzystane w medycynie. Zachęcam tych, którzy leczą, by stosowali muzykę. Naprawdę pomaga.”

O tym, że medycyna wraz z muzykoterapią – czynnikiem relaksującym a nawet współleczącym – może lepiej służyć choremu człowiekowi, przekonany jest prof. Wojciech Pospiech, twórca i kierownik istniejącej od prawie dwóch lat Katedry i Zakładu Muzykoterapii CM UMK. Swoją opieką Katedra objęła pacjentów Szpitala Uniwersyteckiego. Na razie dla chorych na różnych oddziałach stworzono 23 programy terapeutyczne. Ich skuteczności, jak zapewnia profesor, dowodzą prowadzone badania EEG i sprawdzające ankiety, przygotowane przez specjalistów psychiatriów. „Pracy mamy po łokcie. Profesor Jacek Kubica z Kliniki Kardiologii przyjął nas z otwartymi rękoma. Jesteśmy też na psychiatrii i geriatrici, przy zabiegach operacyjnych, na chirurgii naczyń i neurochirurgii. – mówi profesor Pospiech i tłumaczy: Dzięki odpowiednio dobranej muzyce słuchanej podczas zabiegu w znieczuleniu miejscowym, chory lepiej w nim uczestniczy, uzyskuje lepsze krążenie, napięcie nerwowe spada. Natomiast personel medyczny jest odstresowany, ale nie zrelaksowany, bo przy tego rodzaju pracy pewne napięcie, to konieczność.”

🎵 Z Katedrą Muzykoterapii od niedawna współpracuje Klinika Alergologii i Immunologii Klinicznej, prowadzona przez prof. Zbigniewa Bartuziego, jednocześnie dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu, pod którego szyldem pracują specjaliści od leczenia muzyką. „Na razie nasze doświadczenia są skromne – mówi profesor

– Posługujemy się zestawem płyt przygotowanych przez prof. Pospiecha. Dają poczucie ukojenia i wydaje się, że działają pozytywnie na pacjentów. Jednak o konkretnych będzie można powiedzieć dopiero po jakimś czasie.” Profesor Bartuzi właśnie wrócił z międzynarodowej konferencji alergologów w USA, gdzie muzykoterapia była tematem jednego z wystąpień. Autorzy doniesienia długofalowo badali grupę kilkuset Amerykanów z alergią, których poddano terapii muzyką Mozarta. Skuteczność metody sprawdzano wykonywanymi co jakiś czas, typowymi testami skórnymi, mierząc odczyn na określone alergeny. Okazało się, że po kilku tygodniach stosowania muzykoterapii, odczyn się zmniejszał. „Powiązanie między psychiką a somą jest u człowieka bardzo ścisłe. – mówi prof. Bartuzi – Jeżeli mamy do czynienia z intensywnym pobudzeniem psychiki, to również mamy do czynienia z nasileniem objawów i zaostrzeniem choroby. A odpowiednio dobrana muzyka może tu chyba okazać się skuteczna.” Badania amerykańskie profesor zamierza kontynuować u siebie.

Wkrótce muzykoterapeuci pojawią się także na ortopedii i laryngologii. W tej drugiej Klinice będą pracować „nad wydobyciem głosu” z pacjentami, którym w wyniku nowotworu w całości lub w części usunięto krtań.

🎵 „Śpiewam, to oddycham. Śpiewam, to cieszę się wewnątrz – mówi prof. Pospiech – Śpiewając uruchamiamy niski, przeponowy oddech, czułówek się dotlenia, ustępuje napięcie, poprawia krążenie, to wreszty ma wpływ na pracę mięśnia sercowego”. Śpiewoterapia właśnie będzie kolejną metodą leczniczą, z której niebawem skorzystają pacjenci Uniwersyteckiego, a może i sami lekarze. Z chorymi, na razie tylko po zabiegach kardiologicznych, będzie pracowała doktor Tamara Sukiennik z Kliniki Kardiologii. Muzykoterapeuci wyjadą także poza obszar kliniczny i pojawią się, między innymi na stadionach żużlowych. Podczas przerw między wyścigami, narażeni na działanie silnych emocji kibice, będą „wyciszani” muzyką

relaksacyjną. Odpowiednie programy powstaną także dla kobiet rodzących i kobiet w ciąży, by łatwo i harmonijnie przeszły okres oczekiwania na dziecko oraz czas karmienia.

🎵 Co jeszcze jest przedmiotem zainteresowań muzykoterapii i jakie są kierunki jej rozwoju, można było się dowiedzieć podczas **dwudniowej sesji**, po raz pierwszy zorganizowanej przez Katedrę i Zakład Muzykoterapii. **6 i 7 listopada** wszyscy zainteresowani terapią muzyczną mogli wysłuchać wykładów poświęconych m.in. tyflomuzykoterapii – muzykoterapii niewidomych i słabo widzących dzieci, dowiedzieć się jaki, jest wpływ muzyki na zdrowie człowieka i jaką rolę pełni w leczeniu zaburzeń psychicznych.

🎵 „W Klinice, którą prowadzę – muzykoterapią leczymy od początku. Zresztą w większości szpitali psychiatrycznych na świecie też tak się dzieje – mówi profesor Aleksander Araszkiwicz, kierownik Kliniki Psychiatrii CM UMK, prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego – Muzykoterapia uczy przeżywania emocji, ich ekspresji, otwiera na nie.” Lecznicy wpływ muzyki w Klinice wykorzystywany jest, np. u chorych dotkniętych aleksymią, zaburzeniem, którego objawem jest m.in. nieumiejętność rozpoznawania i werbalizacji uczuć („brak słów dla emocji”). Muzyka pomaga także w terapii zaburzeń lękowych, depresji, schizofrenii, zaburzeń kontroli impulsów tzw. złożonej agresywności. „Jeśli człowiek nie umie płakać, płacz jego narządy – mówi profesor Araszkiwicz – Czynniki psychiczne mogą doprowadzić do choroby albo ją podtrzymywać. Tak jest np. w chorobie wrzodowej, jelicie wrażliwym, zmianach skórnych takich jak pokrzywka, czy egzema.” Tu znowu może pomóc muzyka – szczególnie jej działanie na emocje i możliwość zmiany ich ekspresji, tak, by nie musiały manifestować się tzw. chorobami psychosomatycznymi.

Agnieszka Banach

Koncert na hospicjum

Stowarzyszenie Sue Ryder podsumowało ósmy już koncert charytatywny „Głosy dla Hospicjów”. Obliczono, że dochód z aukcji na której wystawiono obrazy, grafiki, biżuterię i inne ofiarowane przedmioty, nawet lot samolotem, razem z pieniędzmi uzyskanymi z loterii fantowej wyniósł ponad 19 tys. zł. Za pozyskane fundusze ma zostać w najbliższym czasie zakupiony m.in. ssak dla 21-letniego podopiecznego Hospicjum Domowego (koszt około 3 tys. zł), dofinansowany zostanie zakup mrugomigu (urządzenia zastępującego mysz komputerową) dla pacjenta z Zespołu Domowego Leczenia Re-

spiratorem (zebrano już środki od sponsorów – 20 tys. zł, 4 tys. zł. – z dochodu koncertu), dwie sondy dojelitowe PEG (koszt około 800 zł), zakupiony zostanie także inhalator z nawilżaczem oraz materiały do prowadzenia terapii zajęciowej dla pacjentów Dziennego Centrum Paliatywnego oraz Centrum Psychoneurologii Wieku Podeszłego. Przedmioty niesprzedane w czasie aukcji zostały przekazane do sklepu charytatywnego im. Sue Ryder przy ul. Drukerskiej 6 w Bydgoszczy. Kupując tam lub oddając niepotrzebne rzeczy można wesprzeć opiekę paliatywną.

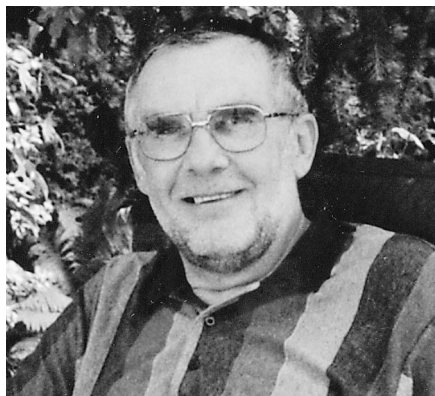
Sue Ryder stara się teraz o pozyskanie pieniędzy dla najmłodszych podopiecznych – objętych opieką Hospicjum Domowego dla Dzieci. Potrzebny jest pulsoksymetr dla noworodków i wcześniaków (kosztuje 4 tys. złotych) oraz kaflator – asystor kaszlu (koszt około 26 tys. zł). Stowarzyszenie uruchomiło specjalne konto na, które można wpłacać pieniądze: **Kredyt Bank S.A. Oddział Bydgoszcz 24 1500 1360 1213 6006 1709 0000** z dopiskiem „na dzieciaki”. Maluchy czekają na Państwa wsparcie!

ab

Takim Ciebie zapamiętamy

19 sierpnia 2007 roku pożegnaliśmy na zawsze naszego przyjaciela i kolegę Zdzisława Zeuschnera – człowieka czynu, ambitnego i pracowitego chirurga. Całe swoje życie podporządkował ukochanej przez siebie chirurgii.

Zdzisław urodził 23.10.1943 r. w Kórniku. Egzamin maturalny złożył w 1961 r. w Poznaniu i tam rozpoczął studia medyczne ukończone w 1967. Wtedy też związał się z Bydgoszczą, gdzie odbył dwuletni staż na oddziale I Chirurgii Szpitala Wojewódzkiego. Pracował na Oddziale Anestezjologii uzyskując I-wszy stopień specjalizacji z tego zakresu. Jednak jego przeznaczeniem była chirurgia. Dalsze lata pobytu Zdzisia w Bydgoszczy to praca na Oddziale Chirurgii, kierowanym przez dr. Wincentego Kalinowskiego. W 1974 roku odbył 8 – miesięczny rejs do Australii na statku PLO. Dwa lata później uzyskał II-gi stopień specjalizacji z chirurgii ogólnej i do roku 1980 pełnił rolę zastępcy ordynatora Chi-



irurgii I Szpitala Jurasza. Był niedoścignionym wzorem techniki operacyjnej, nauczycielem wielu chirurgów, a także naukowcem. W roku 1980, będąc na stypendium naukowym w Berlinie w Klinice Steglitz, obronił pracę doktorską: „Chirurgiczne leczenie krwotocznego zapalenia trzustki”. W Niemczech zastał go stan wojenny i – jak wielu naszych rodaków

– nie zdecydował się na powrót do kraju. Pracował w Theresinenkrankenhaus w Norymberdze na oddziale chirurgii, później w Akademickim Szpitalu w Offenbachu i został szefem chirurgii w Szpitalu w Osterforde. Po likwidacji szpitala prowadził prywatną praktykę chirurgiczną.

Zdzisław nigdy nie zapomniał, kim jest i skąd jego korzenie. Przez cały okres pracy w Niemczech pomagał wielu kolegom – chirurgom w nawiązaniu kontaktów naukowych i zawodowych. Czynn timer uprawiał sport (tenis i żeglarstwo), z którego nie rezygnował nawet będąc poważnie chorym człowiekiem. Zmagął się z chorobą ponad 4 lata. Wierzył tak naprawdę tylko w chirurgię i jej efekty leczenia (sam był 14-krotnie operowany). Pozostawił swą ukochaną żonę Małgosię, która do końca walczyła razem z nim z ciężką, nieuleczalną chorobą. Mimo cierpienia do końca pozostał optymistą, uśmiechniętym, pewnym siebie chirurgiem, Takim, jak na załączonym zdjęciu.

Takim zapamiętamy Cię Zdzisiu!
W imieniu przyjaciół

Zbyszek Banaszkiewicz

Krok po kroku... do recepty

Smutne, zadeszczone, listopadowe popołudnie. Smutne podwójnie, gdyż w przeddzień klubowego spotkania otrzymaliśmy zawiadomienie o chorobie przeziębieniowej naszej prelegentki, dr n. med. Marii Linki.

Czas spożytkowaliśmy, wyjaśniając sobie zawiłości i niejasności związane z ostatnim zarządzeniem NFZ w sprawie recept. W trosce o seniorów nie uczestniczących (często z powodu niesprawności) w naszych spotkaniach, postanowiliśmy tak „po chłopsku”, krok po kroku, przybliżyć tok postępowania w załatwianiu tych nowych przepisów.

I tak, są dwie sprawy, które trzeba załatwić:

- 1. uzyskanie z NFZ numeru tzw. PIN-u, służącego do identyfikacji użytkownika,**
- 2. uzyskanie recept, ważnych od dnia 1.01.2008 r.**

Ad. 1. Ażebymy uzyskać PIN potrzeba wprowadzić określone swoje dane do internetu. Osoby, które mają do niego dostęp, mogą zrobić to samodzielnie wchodząc na stronę K-P OW NFZ: www.nfz-bydgoszcz.pl. Wszyscy inni winni dostarczyć Izbie (osobiście w dniach poniedziałek–czwartek w godz. 8–14 lub listownie (na adres: Bydgoska Izba Lekarska, 85-681 Bydgoszcz, ul. Powstańców Warszawy 11) następujące dane: nazwisko i imię, swój adres, PESEL,

nr umowy zawartej z NFZ, specjalizacja (w przypadku fizjoterapii – wpisać: choroby płuc), w rubryce „pro auctore” i „pro familia” napisać „tak”.

Następnie, po upływie kilku dni należy ten internetowy wydruk odebrać osobiście lub po wcześniejszym uzgodnieniu, Izba odeśle go na nasz adres. Po jego podpisaniu i opieczetowaniu oraz dołączeniu kserokopii naszego prawa wykonywania zawodu (tylko strony ze zdjęciem i strony 11-tej) powyższe dokumenty należy dostarczyć osobiście lub listownie na adres: Dział Umów K-P OW NFZ, 85-071 Bydgoszcz, ul. Mickiewicza 15. Po paru dniach otrzymamy z NFZ indywidualny nr PIN, konieczny do korzystania z Systemu Numerowania Recept Lekarskich.

Ad. 2. Do dnia 31.12.2007 r. obowiązują dotychczasowe druki recepturowe i zasady ich wypisywania. Od dnia 1.01.2008 r.:

- leki nierefundowane, ze 100% odpłatnością, mamy nadal wypisywać na dotychczasowych drukach;
- natomiast leki refundowane muszą być wypisywane na nowych recepturowych drukach. Internetowy ich wydruk ma zorganizować nasza Izba – wówczas podamy tryb ich otrzymywania.

Obecnie możemy zakupić w NFZ przy ul. Słowackiego 3 (parter) druki nowych recept, które są już teraz a także będą ważne od 1.01.2008 r. – prawdopodobnie przez cały 2008 rok. Za pięć bloczków receptu-

rowych zapłacimy tylko 5,85 zł. Można je zakupić osobiście lub przez osobę upoważnioną (musi mieć ze sobą dowód osobisty), wystawiając jej upoważnienie, podpisane przez nas i opieczetowane, zawierające nr naszego dowodu osobistego.

Nowe recepty wypełniamy jak dotychczasowe, zaopatrując je nadal w pieczętkę z numerem naszej dotychczasowej umowy z NFZ. Różnica dotyczy jedynie wypełniania rubryki dat. I tak:

- jeżeli wypisujemy na dany lek tylko jedną receptę (nadal można będzie wypisywać dawkę 3-miesięczną), to:
 - w dacie wystawiania – wpisujemy odpowiednią datę
 - w dacie realizacji – stawiamy znak „X”
- jeżeli wypisujemy jednorazowo na dany lek trzy recepty (a takie uprawnienia od 1.01.2008 r. będziemy mieli) to wówczas:
 - w dacie wystawiania – wpisujemy na wszystkich trzech receptach datę ich wypisania, np. 1.01.2008
 - a w dacie realizacji – daty, w których poszczególne recepty mają być realizowane, np. 1.01.2008, 1.02.2008 i 1.03.2008.

I to już wszystko! Jeżeli choć trochę pomogliśmy w załatwianiu tego kłopotliwego, recepturowego problemu – będziemy się cieszyć. I obyśmy zdrowi byli.

Halina Grzybowska-Rogulska
Klub Lekarza Seniora

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@box.net.pl

DO WYNAJĘCIA GABINETY LEKARSKIE

Fordon obok Lidla i Hypernowej
tel. (052) 344 36 34

Zapraszamy do Adrii

Na Czytelników „Primum non nocere” czeka 16 biletów do kina! Można je wykorzystać na dowolnie wybrany film. Czekamy na telefony 19 grudnia 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!



Przeboje grudnia:

KINO ADRIA ZAPRASZA NA FILM TWÓRCÓW SHREKA:



FILM O PSZCZOŁACH

od 7 grudnia

PONADTO NA EKRANIE:

Sztuczki Nightwatching
Piękność w opalach Rataui
Korowód

www.kinoadria.pl tel. 52 371 27 39

KUPON bilet za 10 zł
PRIMUM NON NOCERE

Mój jest ten kawałek podłogi!...

Szczęśliwi którzy razem z nami
W supermarketach wózek pchają
I dumnie przed kasami stając
Są jak wybrańcy u bram raj.

Ernest Bryll



Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Dawniej to tak było, że wypadało „bywać”! W związku z tym bywało się na rautach i balach. Dla tych, którzy nie gustowali w tego rodzaju rozrywce pozostawało bywanie w filharmonii, teatrze. Na co dzień, przynajmniej w Bydgoszczy, bywało się na kawie w nieistniejącym już MPiK-u przy ulicy Gdańskiej, czy też w luksusowej kawiarni „Cristal”. Mniej wybredni bywali w piwiarni „Zagłoba” (puby jeszcze wówczas nie istniały), gdzie można było w zimowe dni raczyć się grzonym piwem z sokiem lub jajkiem! Na ulicy Dworcowej był taki lokal o nazwie „Mały Bar” gdzie bywali amatorzy pysznej golonki, lepszej niż w renomowanym „Orbisie”. Miejsc gdzie się bywało(czytaj gdzie bywałem) można wyliczać bez liku!

Oj bywało się, bywało – teżka w oku się kręci, bo w każdym z tych miejsc zawsze spotkać można było kogoś znajomego, z kimś pogadać a to o polityce, a to powspominać o starych, „dobrych” czasach (kiedy takie były?), czy też snuć plany na przyszłość.

Wracajmy do dnia dzisiejszego! Gdzie to dzisiaj wypada bywać? Zaryzykuję stwierdzenie! W supermarketach, tak w supermarketach Miłe Panie i Panowie! Do takiego wniosku doszedłem po swojej ostatniej wizycie w jednym z nich. Czego tam nie ma? Jest wszystko od super luksusowych samochodów, piękną biżuterię do zwykłego chleba. Przesuwasz się człowieku, jak po jakimś deptaku mając z obu swoich stron wspaniałe sklepy, wabiące swoimi pięknie wystawionymi towarami. Przesuwasz się w tłumie ludzi, co krok spotykając kogoś znajomego i wymieniając ukłony zamieniasz kilka miłych zdań. Zmęczony możesz zaspokoić głód w kilku restauracjach lub barach. Możesz napić się dobrej kawy. Wszystko masz człowieku w jednym punkcie, masz „miasto w pigułce”! Wszystko byłoby do przyjęcia gdyby nie to, że duża część ludzi odwiedzających takie centra czuje się tam jakby byli „wybrańcami u bram raj”, co przewrotnie zauważył cytowany poeta. To nie jest raj, to nie jest dobry sposób na bywanie. Bywając tam nie można zaprzestawać bywania w teatrze, operze czy nawet czymś, co przypomina wspomniany Mały Bar. Kiedyś centrum miasta kipiało życiem, teraz życie, niestety, przenosi się do centrów handlowych.

Nie wiem czy to dobrze? Zdaję sobie sprawę, że pchając przede sobą w okresie przedświątecznym wypełniony zakupami wózek możemy odczuwać złudne wrażenie sytości, dopełnienia. Możemy bez słowa mówić „patrzcie jak mi jest dobrze, na ile mnie stać!”. Ale czy przez to naprawdę stajemy się szczęśliwsi?

To tyle moich refleksji w okresie poprzedzającym przepiękne święta Bożego Narodzenia, w okresie gdzie na pewno będziemy „nawiedzać” centra handlowe.

Nie zapominajmy, przeto tego, co te Święta ze sobą noszą. Nie zapominajmy o rodzinie i czasie, który winniśmy jej poświęcić. Nie zapominajmy o wyciszeniu swojego wnętrza, nie tylko na ten okres świąteczny. Nie zapominajmy o bliskich i przyjaciółach i o ich kłopotach i zmartwieniach. Może oczekują naszej porady lub pomocy? Nie zapominajmy także o tych, którzy mogą niespodziewanie zaprosić się do nas w wieczór wigilijny.

Święta, więc czas na życzenia! Życzę wszystkim Miłym Koleżankom i Szanownym Kolegom abyśmy przeżyli Je godnie i szczęśliwie!

Wasz

A. Martynowski



PRACA

Hotel Klinika Zdrowia i Urody VILLA PARK w Ciechocinku zatrudni **lekarza – specjalistę rehabilitacji ruchowej lub balneologii**. Wymagana znajomość języka angielskiego i/lub niemieckiego. Miejsce pracy – Klinika Zdrowia i Urody „Villa Park” w Ciechocinku. Oferty pisemne z dopiskiem „praca – lekarz” prosimy przysyłać w terminie 14 dni od daty ukazania się ogłoszenia na adres: Hotel Klinika Zdrowia i Urody „Villa Park”, ul. Warzelniarna 10, 87-720 Ciechocinek lub mailem na adres: marcin.z@villapark.pl. Jednocześnie informujemy, iż skontaktujemy się tylko z wybranymi kandydatami.

Zatrudnimy **lekarza ze specjalnością pediatry lub lekarza rodzinnego**. Zgłoszenia i omówienie warunków zatrudnienia na miejscu lub wstępnie za pomocą podanych niżej kontaktów telefonicznych i mailowych: Przychodnia Przyjazna Sp. z o.o., ul. Przyjazna 13, 85-858 Bydgoszcz, tel. 52 360 34 56, e-mail: przyjazna@scs.com.pl

Szpital Specjalistyczny w Chojnicach PILNIE!!! zatrudni **lekarzy: chętnych do rozpoczęcia specjalizacji, w trakcie specjalizacji lub posiadających specjalizację, na oddziały: pediatryczny, neurologiczny, ginekologiczno-położniczy, szpitalny oddział ratunkowy**. Proponujemy pracę w najlepszym szpitalu w województwie pomorskim w gronie znakomitych fachowców medycyny. Ponadto informujemy, iż nasza placówka posiada akredytację do prowadzenia specjalizacji w powyższych zakresach. Dodatkowym atutem jest możliwość uzyskania mieszkania służbowego. Kontakt tel: 505 01 02 03 (dyrektor Szpitala), e-mail: szpital@chojnice.pl

SPZOZ w Kijewie Królewskim (woj. kujawsko-pomorskie) zatrudni **lekarza: pediatrę, ogólnego, rodzinnego lub w trakcie specjalizacji z medycyny rodzinnej**. Zapewniamy mieszkanie 60 lub 80m². Możliwość kontynuacji specjalizacji z medycyny rodzinnej. Telefon kontaktowy: 608284433 lub (56) 6867014. Nasz ad-

res: SPZOZ Kijewo Królewskie 54, 86-253 Kijewo Królewskie.

NZOZ Przychodnia Akademicka ul. Kołłątaja 9 w Bydgoszczy zatrudni **lekarza stomatologa**, warunki pracy i płacy do uzgodnienia (możliwość zatrudnienia na umowę cywilno-prawną). Prosimy o kontakt osobiście lub pod nr telefonu 052-322-34-02 lub 515263020.

NZOZ Przychodnia Akademicka ul. Kołłątaja 9 w Bydgoszczy zatrudni **lekarza do pracy w Poradni Medycyny Rodzinnej**, warunki pracy i płacy do uzgodnienia (możliwość zatrudnienia na umowę cywilno-prawną). Prosimy o kontakt osobiście lub pod nr telefonu 052-322-34-02 lub 515263020.

NZOZ nawiąże współpracę z **lekarzem stomatologiem i lekarzem ortodontą** wykonującym aparaty stałe. Tel. 0502 029 249.

NZOZ Przychodnia „Nad Wisłą” zatrudni **lekarzy ze specjalizacją do pracy w poradni ogólnej i dziecięcej**. Tel. 052 3439243.

Wojewoda Kujawsko-Pomorski poszukuje kandydata na **stanowisko lekarza koordynatora ratownictwa medycznego** w Wojewódzkim Centrum Zarządzania Kryzysowego w Bydgoszczy. Tel. 052 3497390.

Gminna Przychodnia w Nowem, ul. Komierowska 39 zatrudni **lekarza rodzinnego lub internistę** do pracy w Podstawowej Opiece Zdrowotnej lub **lekarza bez specjalizacji z 5-letnim stażem** w POZ. Zapewniamy mieszkanie służbowe w nowym budownictwie oraz dobre warunki płacowe. Tel. 052 3327153 lub 604443828.

Poszukujemy **lekarza stomatologa** do szkolnego gabinetu od dnia 1.01.2008 r. Zespół Szkół nr 21, ul. Bałtycka 59, tel. 052 3427562; Szkoła Podstawowa nr 14, ul. Żmudzka 12, tel. 052 3424349.

Zaproszenia
dla Czytelników do Teatru!

- **28 grudnia** – Nordost Buchsteiner, godz. 19.00
 - **29 grudnia** – Nordost Buchsteiner, godz. 17.00
- Czekamy na telefony 19 grudnia od godz. 9–11. Tel. 052 346 00 84, Ewa Langner.**

Repertuar
grudzień 2007

- **16 Jan Brzechwa – Pchła Szachrajka**, Mała Scena TPB, 11.00
- **Drugie zabicie psa**, Duża Scena TPB spektakl kameralny PREMIERA, 16.00, 19.00
- **17 – KONCERT GWIAZDKOWY**, 18.00
- **18, 19 Jan Brzechwa – Pchła Szachrajka**, Mała Scena TPB, 10.00, 11.30
- **Stuchowisko AKROPOLIS!** – w ramach projektu wiele ojczyzn, ojczyzna wielu/ Wyspiański + - INSTYTUT POLSKI W RZYMIE
- **20 Jan Brzechwa – Pchła Szachrajka**, Mała Scena TPB, 10.00, 11.30
- **27, 28 Torsten Buchsteiner – Nordost**, Mała Scena TPB, 19.00
- **29 Torsten Buchsteiner – Nordost**, Mała Scena TPB, 17.00
- **Drugie zabicie psa**, Duża Scena TPB – spektakl kameralny, 20.00
- **30 Drugie zabicie psa**, Duża Scena TPB – spektakl kameralny, 17.00, 20.00
- **31 Drugie zabicie psa**, Duża Scena TPB – spektakl kameralny SYLWESTER, 18.00, 21.00

Repertuar może ulec zmianie

STRONY WWW 50% TANIEJ!

WhiteRed Partner w ramach umowy z Bydgoską Izbą Lekarską gwarantuje dla Lekarzy i Pracowników Izby wykonanie stron www za połowę ceny (cennik znajduje się na www.whiteredpartner.pl)

PROFESJONALNIE I SZYBKO!

WhiteRed Partner

ul. Hallera 9/lok. 215 • 86-100 Świecie • tel./fax (052) 5626231/32
biuro@whiteredpartner.pl • www.whiteredpartner.pl

Bydgoska Izba Lekarska zaprasza na wieczór poetycki „Barwy miłości”, który odbędzie się 10 stycznia 2008 w siedzibie Izby w Bydgoszczy ul. Powstańców Warszawy 11 o godz. 17

Swoje wiersze zaprezentują bydgoscy autorzy: Joanna Gładkowska, Agnieszka Kubińska, Jolanta Szejka, Marian Lech Mazur. W monodramie pt. „Kobieta żyje śpiewając” wystąpi Alicja Mirkiewicz.

Na zakończenie mikrofon zostanie oddany w ręce uczestników. Każdy będzie mógł podzielić się wruszeniem czytając własny lub ulubiony przez siebie wiersz.

Spotkanie poprowadzą Alicja Mirkiewicz i Małgorzata Świątkowska.

DO WYNAJĘCIA

ZESPÓŁ
5 GABINETÓW
LEKARSKICH

(parter budynku – ok. 180 m²)
w centrum Bydgoszczy

Tel. 606 22 66 14