

Pogodnych Świąt Wielkanocnych!



W NUMERZE:

ZWIĄZKI APELUJĄ

Do NRL i wszystkich izb lekarskich
w Polsce 3

Z NFZ

- Lek refundowane 4
- Cztery pory roku dla profilaktyki . . 4

BRAK PROCEDURY...

Za naczyniaki nie płacimy 5

PRAWO...

... pacjenta do informacji 6

NOWOCZESNE METODY

Leczenie trombolityczne udaru 7

CERTYFIKAT

Uznanie jakości 8

Z CM UMK

Doktoraty 9, 10

PROBLEMY...

- O alkoholizmie wśród lekarzy. 11
- Polemiki ciąg dalszy. 11, 12

NA COŻ CZEKAMY...

Dziwięciu niewdzięcznych 13, 14

PRACUJĘ W ANGLII

Leczenie bólu 15

FELIETON

- Mój jest ten kawałek podłogi. 16
- Najtrudniej przyjąć oczywiste. 18

PODRÓŻ...

PRZED PODRÓŻĄ

Na granicy Dzikich Pól. 17

Okladka: Wiosna w Kapadocji,
fot. Maciej Grzymiel.

Szanowne Koleżanki i Koledzy

Na konferencji Prawo i Medycyna w grudniu 2006 roku usłyszałem zdecydowaną wolę wprowadzenia systemu konsultanckiego przez obecnego ministra prof. Zbigniewa Religę.

System tradycyjny oparty na autorytecie ordynatora jest bardzo dobrze nam znany i różnie oceniany. Tradycyjny rozwój zawodowy lekarzy zależy w dużej mierze od dobrej woli ordynatora, czy kierownika kliniki. Podobnie szkolenie młodych lekarzy jest uzależnione od charakteru i woli ordynatora. W szpitalach będących jednostkami klinicznymi uczelni medycznych funkcja ordynatora jest zastąpiona funkcją kierownika kliniki, który jest dodatkowo znacznie bardziej obciążony działalnością naukowo-badawczą.

Medycyna XXI wieku nie opiera się jednak na autorytetach pojedynczych osób, lecz na wypracowanych zaleceniach towarzystw medycznych i grup ekspertów. Minęły już czasy systemu mistrza i czeladnika. W systemie konsultanckim każdy lekarz, który jest samodzielnym specjalistą i jednocześnie konsultantem, jest merytorycznie niezależny od innych lekarzy. Brytyjski model konsultancki różni się nieco od amerykańskiego – lekarz konsultant nadzoruje pod względem merytorycznym pracę zespołu stażystów, lekarzy z małym, jak i kilkuletnim doświadczeniem. Niezależność konsultantów od innych lekarzy, nie zwalnia ich z prowadzenia chorych, zgodnie ze standardami najnowszej wiedzy medycznej.

System zarządzania ordynatorskiego ma naturalną tendencję do osłabiania zdolności lekarzy do podejmowania samodzielnych decyzji klinicznych. Tendencja ta w naszym regionie znalazła swój finał w wyroku sądowym, który skazał doświadczonego lekarza położnika za ślepe podporządkowanie się woli ordynatora. Dyżurny położnik otrzymał polecenie odroczenia pilnego cięcia cesarskiego do momentu przyjazdu ordynatora, który cięcie wykona osobiście. Gdyby dyżurny lekarz kierował się wyłącznie posiadanym doświadczeniem i wiedzą medyczną, uratowałby dziecko i naraziłby się tylko ordynatorowi. A tak, cała sytuacja zakończyła się tragicznie dla wszystkich: noworodka, ordynatora i lekarza dyżurnego.

W systemie konsultanckim dodatkowe wprowadzenie lekarzy hospitalistów pozwoliłoby zapewnić właściwą koordynację opieki nad chorymi w sytuacjach nagłych, jak i rutynowych. Pozostali specjaliści są wówczas dostępni „pod telefonem”. Istnieje również możliwość kontaktu ze szpitalem lekarza rodzinnego lub innego lekarza prowadzącego, co jest istotnym czynnikiem sprzyjającym ciągłości procesu leczenia, a także osobistemu rozwojowi zawodowemu samego lekarza. Należy jednak podkreślić, że równolegle trzeba przeprowadzić zmiany w organizacji tradycyjnych oddziałów na oddziały wieloprofilowe, nie ograniczone do poszczególnych specjalizacji czy podspecjalności lekarskich, gdzie faktycznym gospodarzem bezpośredniej opieki na chorym jest personel pielęgniarstwa, a rola oddziałowej jest znacznie rozbudowana. Pozwoli to na ekonomizację zatrudnienia personelu pielęgniarstwa, co w konsekwencji zmniejszy koszty. W systemie konsultanckim większe znaczenie ma także zarząd szpitala.

System ten, oparty na konkurencyjności, multidyscyplinarności oraz usystematyzowanej otwartości, w porównaniu do systemu zamkniętego i feudalnego, wydaje się być przyszłością organizacji szpitali na świecie.

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej BIL
Stanisław Prywiński

Od red.: system ordynatorski czy konsultancki – zapraszamy do dyskusji na łamach PNN.

BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

Redakcja: e-mail: primum@bil.org.pl, tel. 0523460785

RADA PROGRAMOWA: Przewodniczący: dr n. med. Wojciech Szczęśny; wiceprzewodniczący: dr n. med. Witold Hrynciewicz; członkowie Rady: prof. Aleksander Araszkiewicz, red.: mgr Agnieszka Banach, red. nac.: mgr Teodora Bogdańska, lek. Mieczysław Boguszyński, dr n. med. Małgorzata Czajkowska-Malinowska, 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 Szczęśny, 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

■ DRUK: ARSPOL sp z o.o. Bydgoszcz tel. 052 3411337 ■ SKŁAD: MAGRAF, Bydgoszcz tel. 052 3791435

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



Przekaz 1% swojego podatku na rzecz Fundacji „Dom Lekarza Seniora”
organizacji pożytku publicznego! Czytaj str. 8

A photograph of a snowy mountain landscape. In the foreground, a person wearing a red jacket and ski gear is visible from the back. A white ski helmet and a pair of colorful ski goggles are resting on a wooden surface. A small white cup is also visible. The background features a vast, snow-covered mountain range under a clear blue sky. The photograph is tilted and set against a solid blue background.

Alpy, fot. Mirosław Sobkowski

A mnie jest szkoda zimy...

Do Naczelnej Rady Lekarskiej oraz do wszystkich Okręgowych Izb Lekarskich w Polsce

Szanowni Państwo,
Koleżanki i Koledzy,

Jak pewnie Wam wiadomo, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy przygotowuje się do ewentualnego ogólnopolskiego strajku lekarzy. Przygotowania te polegają na wchodzeniu w spory zbiorowe przez organizacje terenowe (zakładowe i międzyzakładowe) OZZL z dyrektorami zakładów. Procedura sporu zbiorowego jest ustalona w odpowiedniej ustawie i jej dokładne wypełnienie jest warunkiem legalności strajku. Oczywiście przejście tej procedury musi potrwać jakiś czas. Trzeba liczyć się, że będzie on tym dłuższy im więcej szpitali i innych ZOZ-ów wkroczy na „ścieżkę” sporu zbiorowego, bo nie wszyscy rozpoczęli w tym samym dniu, a chcielibyśmy aby w ewentualnym strajku wzięty udział – jednocześnie – wszystkie zakłady, gdzie przystąpiono do sporu. Dlatego termin gotowości do strajku został wyznaczony na 07 maja 2007r. Do tej pory przystąpiło do sporów ponad 270 organizacji terenowych OZZL, głównie ze szpitali, ale także z zespołów opieki zdrowotnej, obejmujących szpitale i przychodnie i z samych przychodni. Wśród przygotowujących się do strajku są największe szpitale w największych polskich miastach, które w ubiegłym roku nie strajkowały: w Warszawie, Krakowie, Gdańsku. Oprócz tego są oczywiście wszyscy ci, którzy brali udział w strajku w roku 2006: z województwa łódzkiego, ze Śląska, z woj. lubelskiego, podkarpackiego, świętokrzyskiego, małopolskiego, opolskiego, wielkopolskiego, mazowieckiego i innych. Staramy się „pozyskać” lekarzy z Wrocławia.

Wiemy jednak wszyscy, że nie łatwo jest zbudować poczucie jedności wśród lekarzy i atmosferę wspólnego działania we wspólnej sprawie. Potrzebne są do tego różne kroki, które „zbudują odpowiedni nastrój”. Przeżywalimy to w ubiegłym roku, kiedy „budowanie nastroju” odbywało się poprzez tworzenie komitetów protestacyjnych (krajowego i regionalnych), przez akcje „urlopu na żądanie”, poprzez wielką demonstrację w Warszawie i – w końcu – strajki.

Zwracamy się do Was z prośbą o pomoc w „budowaniu nastroju” powszechnej mobilizacji lekarzy do akcji protestacyjnej w tym roku.

Niech wszyscy poczują, że nie jest to sprawa tylko lekarzy – związkowców, ale najważniejsza sprawa w środowisku lekarskim. Oczywiście wiemy, że izby lekarskie nie mogą organizować strajku jako takiego, ale jest wiele innych kroków, które można podjąć zanim do strajku dojdzie. Można podjąć uchwałę (najlepiej okręgowego zjazdu lekarzy) o poparciu działań OZZL i poinformować o tym nie tylko lekarzy ale i wszystkie media w regionie. Można zapewnić lekarzom bezpieczeństwo, poprzez zarezerwowanie pewnej kwoty pieniędzy na ewentualną pomoc dla lekarzy, którzy stracą zarobek wskutek strajku. Ciągłe otwarta pozostaje sprawa tzw. autoprywatyzacji. Chociaż dzisiaj – dla wielu – wydaje się to trudne, w chwili powszechnej mobilizacji lekarzy i akcji protestacyjnej, a zwłaszcza wobec przedłużającego się strajku, takie kroki mogą okazać się jedynym wyjściem z patowej sytuacji. Dobrze by było abyśmy na tę sytuację byli przygotowani, np. poprzez przygotowanie statutów nzoów skupiających wszystkich specjalistów z danej dziedziny w województwie lub umów o współpracy między indywidualnymi

praktykami lekarskimi w obrębie poszczególnych oddziałów szpitalnych. Warunki zewnętrzne do przygotowania akcji masowego zwalniania się z pracy jest wyjątkowo korzystna, bo prawie wszędzie brakuje lekarzy. Trzeba tylko zrobić to RAZEM. Samorząd lekarski, jak nikt inny nadaje się do koordynowania takiej akcji.

Dobrym i wypróbowanym sposobem mobilizacji i konsolidacji środowiska jest **demonstracja w Warszawie**. Chcielibyśmy aby odbyła się ona również w tym roku. Dobrym terminem byłby drugi tydzień maja, przed planowanym strajkiem. Mogłaby się ona odbyć pod hasłem „ostatniej szansy” na zapobieżenie strajkowi, poprzez podjęcie przez Rząd reformy systemu opieki zdrowotnej. Ostateczna decyzja o organizacji demonstracji zapadnie w najbliższym czasie i – przynajmniej – będzie ona w dużej mierze zależna od woli zaangażowania się samorządu lekarskiego w tę sprawę.

Prosimy Państwa o pomoc. Prosimy o odpowiednie uchwały zjazdów lekarskich w sprawie protestu i w sprawie demonstracji.

Przesyłamy wyrazy szacunku i pozdrowienia.

W imieniu Zarządu Krajowego OZZL

Krzysztof Bukiel

Bydgoszcz dnia 13 marca 2007 r.

Apel o wpłaty na Fundusz Strajkowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Uprzejmie informujemy, że – w ramach przygotowań do ogólnopolskiego strajku lekarzy, Zarząd Krajowy OZZL utworzył centralny **Fundusz Strajkowy**. Podobne fundusze powstają też na szczeblu regionów i organizacji terenowych związków. Celem Funduszu Strajkowego jest udzielenie wsparcia lekarzom, którzy z powodu strajku znajdują się w ciężkiej sytuacji finansowej lub będą potrzebowali pomocy prawnej.

Zwracamy się z apelem do wszystkich lekarzy w Polsce oraz Kolegów którzy z kraju wyemigrowali, o wykazanie w najbliższych miesiącach szczególnej odpo-

wiedzialności i solidarności zawodowej i przekazywanie darowizn na Fundusz Strajkowy. Wpłaty powinny być dokonywane na: Zarząd Krajowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, tytułem: **Fundusz Strajkowy na konto:**

38 1090 1896 0000 0001 0653 0299
Bank Zachodni WBK S.A.
ul Szubińska nr 83
85-312 Bydgoszcz

Zarząd Krajowy OZZL
Krzysztof Bukiel
przewodniczący Zarządu
Bydgoszcz, dnia 9 lutego 2007 r.

NFZ Leki refundowane

Wydział Gospodarki Lekami Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ informuje, iż od dnia 1 marca 2007r. obowiązuje zaktualizowany przez Ministra Zdrowia Wykaz Leków Refundowanych obejmujący wykaz leków podstawowych i uzupełniających oraz leków i wyrobów medycznych przepisywanych na niektóre choroby, wydawanych bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością.

Podstawa prawna:

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 lutego 2007 roku w sprawie wykazu leków podstawowych i uzupełniających oraz wysokości odpłatności za leki uzupełniające (Dz. U. Nr 31 z dnia 23 lutego 2007 r., poz. 202).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 lutego 2007 roku w sprawie wy-

kazu chorób oraz wykazu leków i wyrobów medycznych, które ze względu na te choroby są przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością (Dz. U. Nr 31 z dnia 23 lutego 2007 r., poz. 203).

• Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 lutego 2007 roku w sprawie ustalenia limitów cen leków i wyrobów medycznych wydawanych świadczeniorcom bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością (Dz. U. Nr 32 z dnia 23 lutego 2007 r., poz. 204).

Analiza powyższych obowiązujących aktów prawnych pozwala na ustalenie istotnych zmian w zakresie chorób przewlekłych umieszczonych w cytowanym **Wykazie Leków Refundowanych**.

Zostały wprowadzone następujące dodatkowe kategorie chorób, dla których mogą być przepisywane bezpłatnie,

za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością leki oraz wyroby medyczne:

Ch.kr.123 – Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania, stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 9 miesięcy stosowania, miażdżyca objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 6 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom.

Ch.kr.13 – Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania, miażdżyca objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 6 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom.

NYHA II-IV – Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II-NYHA IV.

*Mgr Monika Mierzińska
Wydział Gospodarki Lekami
Kujawsko-Pomorski
Oddział Wojewódzki NFZ*

Cztery pory roku dla profilaktyki!

20 marca, podczas konferencji prasowej nt. programów profilaktycznych K-P OW NFZ w Bydgoszczy podsumował efekty prowadzonych przez NFZ programów profilaktycznych, jak też kampanii informacyjnej na ten temat. Zarówno programy profilaktyczne, jak i akcja informacyjna, mająca zmienić nastawienie pacjentów i lekarzy do działań profilaktycznych „Cztery pory roku dla zdrowia” – prowadzona będzie w roku bieżącym. (Szereż – o wynikach prowadzonych programów profilaktycznych – w kolejnych numerach naszego pisma).

Gośćmi spotkania byli: dr Małgorzata Czajkowska-Malinowska – wojewódzki koordynator programu profilaktyki POCHP, dr Piotr Siwek – reprezentujący Centrum Onkologii w Bydgoszczy – Wojewódzki Ośrodek Koordynujący programy profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi, dr Witold Hrynciewicz – wiceprzewodniczący Bydgoskiej Izby Lekarskiej, dr Jarosław Katulski – przewodniczący Komisji Zdrowia Sejmiku Województwa Kujawsko-Pomorskiego.

Na przedstawionej obok tabelce – porównanie nakładów na programy profilaktyczne K-P OW NFZ w Bydgoszczy w latach 2005 i 2006 oraz zaplanowanych na rok 2007.

PROGRAMY PROFILAKTYCZNE (wykorzystane środki finansowe)

Lp.	Nazwa programu	2005	2006	2007 (kontrakt)
1	Program wczesnej diagnostyki i leczenia jaskry ETAP I – SUMA	0,00 zł	174 300,00 zł	666 660,00 zł
2	Program wczesnej diagnostyki i leczenia jaskry ETAP II – SUMA	0,00 zł	30 968,00 zł	132 195,00 zł
3	Program wczesnej, wielospecjalistycznej, kompleksowej, skoordynowanej i ciągłej pomocy dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością lub niepełnosprawnemu oraz jego rodzinie – SUMA	116 000,00 zł	813 512,00 zł	1 163 232,00 zł
4	Program profilaktyka raka piersi – ETAP PODSTAWOWY – SUMA	1 396 400,00 zł	1 886 550,00 zł	2 890 781,00 zł
5	Program profilaktyka raka piersi – ETAP POGLĘBIONEJ DIAGNOSTYKI – SUMA	0,00 zł	140 944,00 zł	274 568,00 zł
6	Program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej chorób płuc – ETAP BADAŃ PODSTAWOWYCH – SUMA	286 320,00 zł	332 688,00 zł	536 430,00 zł
7	Program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej chorób płuc – ETAP BADAŃ POGLĘBIONYCH – SUMA	54 160,00 zł	52 135,00 zł	177 138,00 zł
8	Program badań prenatalnych – SUMA	377 620,00 zł	763 569,00 zł	900 000,00 zł
9	Program profilaktyki chorób układu krążenia – SUMA	865 170,00 zł	1 222 079,00 zł	1 592 994,00 zł
10	Program profilaktyki raka szyjki macicy – ETAP PODSTAWOWY – SUMA	361 810,00 zł	461 954,00 zł	1 223 288,00 zł
11	Program profilaktyki raka szyjki macicy – ETAP DIAGNOSTYCZNY – SUMA	519 630,00 zł	678 663,00 zł	1 099 666,00 zł
12	Program profilaktyki raka szyjki macicy – ETAP POGLĘBIONEJ DIAGNOSTYCZNY – SUMA	0,00 zł	8232,00 zł	170 304,00 zł
	RAZEM	4 007 110,00 zł	6 565 564,00 zł	10 827 256,00 zł

Za naczyniaki nie płacimy

Kiedy jesienią ubiegłego roku Wojewódzka Przychodnia Dermatologiczna w Bydgoszczy za niemałe pieniądze, bo za 250 tys. złotych zakupiła laser Candela – jeden z najnowocześniejszych laserów naczyniowych – pacjenci ze znamionami naczyniowymi odetchnęli z ulgą. Pojawiła się bowiem szansa, że wreszcie w ramach ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia będzie można te choroby, a nie kosmetyczne zmiany, jak podkreślają specjaliści, skutecznie leczyć. Cieszyli się też lekarze: *Dawniej takie zmiany leczono za pomocą zamrażania, chirurgii plastycznej, ale z prawie żadnym skutkiem. A tu efekty są rewelacyjne.* – podkreślała doktor Barbara Zegarska, dyrektor WPD.

Laserem leczono pacjentów z naczyniakami do października, bo wtedy właśnie Przychodnia straciła nadzieję, że NFZ za wykonane już zabiegi zapłaci. Powód: w katalogu procedur finansowanych przez Fundusz brak świadczenia umożliwiającego rozliczenie rzeczywistych kosztów zabiegu.

W tej chwili trwamy w sytuacji zawieszenia. Chcemy laserowo leczyć zmiany naczyniowe, ale jak je zakwalifikować? – zastanawia się Barbara Zegarska.

Kujawsko-Pomorski Oddział NFZ informuje, że w sprawie rozszerzenia katalogu świadczeń o procedurę odpowiadającą rzeczywistym kosztom usługi świadczonej za pomocą lasera barwnikowego Candela złożył już stosowny wniosek do Andrzeja Sośnierza, prezesa Funduszu. *Do czasu podjęcia decyzji przez Centralę NFZ rozliczanie ww. świadczeń winno następować zgodnie z obowiązującym katalogiem porad zabiegowo – diagnostycznych* – radzi dalej nasz Oddział Funduszu w piśmie skierowanym do dyrektora Przychodni.

Czyli jak? W katalogu NFZ jest np. procedura pt. elektrokoagulacja/krioterapia/laseroterapia zmian powierzchniowych – oszacowana na 5 pkt., z limitem do 10 zabiegów. Jeden punkt to 7 zł, czyli za świadczenie u jednego pacjenta można pobrać maksymalnie 350 zł. *Tymczasem jeden impuls lasera, bez zysku, kosztuje 7 złotych i 20 groszy.* – mówi Barbara Zegarska – *A my, średnio na naczyniak zajmujący np. połowę twarzy stosujemy około 80–100 impulsów, co daje kwoty rzędu 576–720 zł! Nie możemy wykonywać tej procedury poniżej kosztów, bo sama amortyzacja sprzętu jest droga,*



Laser Candela jest wysoce specjalistycznym urządzeniem służącym do leczenia ciężkich przypadków schorzeń podskórnych, znamion i nowotworów takich jak np. naczyniaki wrodzone płaskie i jamiste, które są rodzajem schorzeń nowotworowych.

np. za coroczną wymianę barwnika trzeba zapłacić ok. 10 tys. zł.

Inna procedura z katalogu to „laseroterapia zmian miejscowych z badaniem histopatologicznym”. *Ta byłaby już bardziej dla nas opłacalna, bo jest wyceniona na 150 zł.* – ocenia doktor Zegarska – *Moglibyśmy usuwać mniejsze zmiany lub stopniowo, większe. Problem tkwi jednak w tym, że wymaga się od nas pobrania wycinka do badania histopatologicznego, co w przypadku naczyniaków byłoby błędem w sztuce. Bez tego procedury tej stosować nie możemy.*

W związku z powyższym Wojewódzka Przychodnia Dermatologiczna zaprzestała wykonywania zabiegów do czasu gdy NFZ zaproponuje wreszcie odpowiadającą rzeczywistym kosztom i sztuce lekarskiej formę rozliczania tej usługi medycznej.

Najwłaściwszym rozwiązaniem wydaje się powiązanie refundowanej stawki jednostkowej np. z pojedynczym impulsem lasera (co jest najłatwiej mierzalne zarówno pod kątem ilości impulsów, jak ich kosztu), albo z ustaloną wcześniej jednostką powierzchni zmiany skórnej u pacjenta. – uważa prof. Waldemar Placek, konsultant krajowy do spraw der-

matologii i wenerologii, kierownik Kliniki Dermatologii CM UMK.

Na razie nie można też liczyć na to, że na liście świadczeń finansowanych przez Fundusz pojawi się prawidłowo oszacowane, laserowe leczenie naczyniaków. *Szansa na nową, odpowiadającą rzeczywistym kosztom procedurę w katalogu NFZ będzie dopiero w 2008 r.* – mówi profesor Placek, który we wrześniu 2006 r. rozmawiał o tym w centrali funduszu – *Do kwietnia tego roku mam złożyć wszystkie uwagi, by przyszłym roku świadczenie mogło wejść do katalogu.*

Czy na pewno wejdzie nie wiadomo. W centrali NFZ na to pytanie, naszej redakcji, wiążącej odpowiedzi udzielić nie potrafią.

Niecierpliwą się też sami chorzy. Do rzecznika praw pacjenta K-PONFZ trafiają kolejne skargi. *Wystąpiłam do Centrali, by procedurę umieścić w katalogu* – informuje Mariola Tuszyńska. Chorzy muszą więc albo czekać co czas przyniesie, albo jak do tej pory korzystać z mniej skutecznych metod lub leczyć się laserowo prywatnie. Czy to ostatnie rozwiązanie w przypadku Wojewódzkiej Poradni Dermatologicznej jest możliwe do przeprowadzenia? *Jeżeli procedura nie jest refundowana przez NFZ można za nią pobierać pieniądze od pacjentów* – uważa profesor Placek. Fundusz jest tu bardziej sceptyczny, ale z ostateczną opinią czeka. Na początku marca, na naszą prośbę, Barbara Nawrocka, rzeczniczka prasowa Oddziału Funduszu skierowała pytanie w tej sprawie do centrali NFZ. W chwili zamykania tego numeru nadal nie było odpowiedzi.

Agnieszka Banach

Znamiona naczyniowe potocznie nazywane naczyniakami to zmiany najczęściej o charakterze wrodzonym, których istota polega na patologicznych rozszerzeniach i uwypukleniach naczyń zarówno krwionośnych jak i chłonnych. Proces rozrostowy tocący się w naczyniach może obejmować swoim zasięgiem nie tylko naczynia włosowate, ale również naczynia tętnicze i żyłne. Lokalizacja naczyniaków nie ogranicza się tylko do powierzchni skóry, ale może wystąpić także w obrębie narządów wewnętrznych oraz błon śluzowych, głównie jamy ustnej.

Prawo pacjenta do informacji i jego ograniczenie

■ Prawo do informacji prawem pacjenta

Dnia 21 grudnia 2006 r. Minister Zdrowia wydał rozporządzenie¹, które w § 16 ust. 2 pkt 1 ustanawia obowiązek wpisania rozpoznania choroby na karcie pacjenta w języku polskim, a nie po łacinie. Takie rozwiązanie sprawi, że pacjent nie będzie miał trudności ze zrozumieniem rozpoznania. Zarówno przez wzgląd na ten fakt, jak i na codzienne stykanie się lekarzy z problemem informowania pacjenta o jego stanie zdrowia i nie tylko, istotne jest zwrócenie Państwa uwagi na problematykę prawa pacjenta do informacji oraz możliwości jego ograniczenia. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty (zwana dalej u.z.l.)² nakłada na lekarza obowiązek udzielenia pacjentowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia. Za informację, którą można określić jako przystępną należałoby uznać taką informację, której treść jest dla pacjenta zrozumiała. Ponadto ustawodawca wymienia, czego powinna ona dotyczyć, zatem oprócz wiadomości o stanie zdrowia, lekarz winien poinformować pacjenta o rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu (art. 31 ust. 1 u.z.l.). W świetle wskazanego tu zakresu informacji należy mieć na uwadze fakt, iż nie można domagać się od lekarza, by uprzedzał pacjenta o wszelkich mogących wystąpić komplikacjach, zwłaszcza takich, które zdarzają się niezmiernie rzadko. Takie uprzedzenie mogłoby prowadzić do zbędnego pogorszenia samopoczucia pacjenta i bezpodstawnej odmowy wyrażenia zgody na dokonanie zabiegu³.

Informacji określonych w art. 31 ust. 1 ustawy lekarz udziela pacjentowi, który ukończył szesnaste lat, a tylko za zgodą tego ostatniego lekarz może ich udzielić innym osobom. Pacjent może również zażądać, by nie być informowanym o stanie swego zdrowia (art. 31 ust. 3 u.z.l.). Ustawa wymienia również przypadki, kiedy informacja powinna zostać udzielona przedstawicielowi ustawowemu, bądź w jego braku lub niemożliwości porozumienia się z nim-opiekunowi faktyczne-

mu. Jedynie tytułem wzmianki należy wskazać, iż są to następujące sytuacje:

- nieukończenie przez pacjenta lat 16,
- utrata przytomności,
- niezdolność do zrozumienia znaczenia informacji (art. 31 ust. 6 u.z.l.)⁴

Pacjent, który nie ukończył 16 lat otrzymuje informacje „w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego” (art. 31 ust 7 ustawy).

■ Ograniczenie informacji

W praktyce zdarza się, zwłaszcza w przypadku ciężkich stanów, gdy pacjenci sami podejrzewają niepomyślne dla siebie rokowania, że nie chcą być informowani przez lekarza o ich stanie zdrowia. Do rzadkości nie należą też sytuacje, gdy pacjenci proszą by lekarz skłamał podając im żądane informacje, stosując przy tym właściwe metody leczenia odpowiadające ich prawdziwemu stanowi zdrowia. W takich wypadkach lekarz powołując się na art. 31 ust. 3 u.z.l. nie ma obowiązku udzielić pacjentowi informacji, gdy ten ostatni tego zażąda. Natomiast żaden przepis nie udziela przyzwolenia na podawanie pacjentowi fałszywych informacji o jego zdrowiu.

Artykuł 31 ust. 4 ustawy wprowadza wyjątek od prawa pacjenta do informacji. W myśl tego przepisu lekarz może ograniczyć pacjentowi informację o jego stanie zdrowia i rokowaniu. Ograniczenie takie jest możliwe, w sytuacjach wyjątkowych, gdy zachodzą łącznie następujące przesłanki:

- rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta
- za ograniczeniem informacji przemawia dobro pacjenta.

W przypadku, gdy dojdzie do spełnienia powyższych warunków lekarz, ograniczając informację przekazywaną pacjentowi, ma obowiązek udzielenia jej w pełnym wymiarze przedstawicielowi ustawowemu pacjenta lub osobie przez niego upoważnionej (art. 31 ust. 4, zd. drugie). Należy również wziąć pod uwagę, że ograniczenie nie dotyczy wszystkich wymienionych w art. 31 ust. 1 informacji, a jedynie informacji o stanie zdrowia i rokowaniu.

Dokonując wykładni art. 31 ust 4 u.z.l. należałoby zauważyć, że intencją ustawodawcy była ochrona psychiki pacjenta. Wypada podzielić pogląd Sądu Najwyższego, w świetle którego lekarz nie może udzielać pacjentowi tego rodzaju informacji o możliwych powikłaniach operacyjnych, które mogłyby wpłynąć ujemnie na psychikę chorego, a tym samym zwiększyć ryzyko operacji.⁵ Jednocześnie osobą uprawnioną do podjęcia decyzji o ograniczeniu pacjentowi informacji jest lekarz, który podejmując ją świadomie wkracza w autonomię woli pacjenta, decydując za niego o tym, co jest dla danego pacjenta najlepsze.

Należy uznać, że przepisu o ograniczeniu informacji nie stosuje się w odniesieniu do przedstawiciela ustawowego pacjenta oraz jego opiekuna faktycznego. Mogłoby to doprowadzić do sytuacji, w której to lekarz sam podejmowałby decyzje wkraczające w zakres władzy rodzicielskiej. Art. 32 u.z.l. uzależnia przecież możliwość przeprowadzenia badania lub udzielenia innych świadczeń zdrowotnych od zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta. Udzielenie mu ograniczonej informacji mogłoby wprowadzić go w błąd, co do stanu zdrowia małoletniego. Ważne jest również, że brak zgody rodziców lub sądu (zależnie od sytuacji) na zabieg, nawet mimo jego prawidłowego przeprowadzenia stanowi podstawę do zwrócenia się do sądu o odszkodowanie.

■ Ograniczenie informacji podstawą do uzyskania zadośćuczynienia.

W przypadku, gdy zachodzi szkoda na osobie mówi się o krzywdzie oraz o pokrzywdzonym, ten ostatni może domagać się zadośćuczynienia, o czym stanowi art. 24 k.c. i będący z nim w związku art. 448 k.c. Oznacza to, że jeżeli dobro osobiste pokrzywdzonego zostało naruszone w sposób bezprawny, to może on żądać m.in. zapłaty określonej kwoty pieniężnej. Do krzywd, jakie może odczuć pacjent należą: ból, cierpienie, stres, depresja, załamanie.⁶ Oczywiście jest, że cierpienia nie można w żaden sposób „wycenić”, ale tego typu rozwiązanie wydaje się najbardziej sprawiedliwe. Art. 19a u.z.o.z.

Dokończenie na stronie obok

Leczenie trombolityczne udaru

Udar mózgu jest trzecią co do częstotści przyczyną śmierci i główną przyczyną trwałego kalectwa u osób dorosłych. Definiowany jest jako zespół kliniczny, charakteryzujący się nagłym wystąpieniem ogniskowego lub uogólnionego zaburzenia czynności mózgu, którego objawy utrzymują się, jeżeli nie spowodują zgonu – dłużej niż 24 h i nie mają innej przyczyny niż naczyniowa.

W Polsce rejestruje się rocznie 60 000 zachorowań na udar mózgu. Obecnie wiadomo, że wdrożenie odpowiednich działań terapeutycznych i profilaktycznych pozwoli na szybszy powrót sprawności pacjenta i zmniejszenie liczby i nasilenia powikłań, będących główną przyczyną śmiertelności we wczesnym okresie udaru.

W Oddziale Neurologii i Leczenia Padaczki z Pododdziałem Udarowym Szpitala Wojewódzkiego im. dr. Jana Biziela stosujemy nowoczesną metodę leczenia udaru niedokrwinnego – trombolizę przy użyciu rekombinowanego aktywatora plazminogenu r-tPA

Leczenie trombolityczne – zmniejsza stopień niepełnosprawności i ilość zgonów (co potwierdza badanie NINDS r-tPA). Lek podaje się dożylnie w dawce 0.9 mg/kg

Podstawowym kryterium niezbędnym do włączenia leczenia trombolitycznego jest czas. Musi być ono rozpoczęte do 3 godz. od wystąpienia objawów udaru. Inne kryteria, które muszą być spełnione to: wiek < 75 roku życia, brak cech krwotoku śródmózgowego w TK, czas trwania objawów co najmniej 30 minut. Należy

też wykluczyć inne przyczyny (omdlenie, migrena, napad padaczkowy itp.). Za najważniejsze przeciwwskazania uważa się:

- krwotok śródczaszkowy w badaniu KT
- przebyty udar mózgu w ciągu ostatnich 3 miesięcy
- napad padaczkowy
- zabieg operacyjny lub rozległy uraz w ciągu ostatnich trzech miesięcy,
- ciśnienie tętnicze > 185/110 mmHg
- glikemia < 50 lub > 400 mg/dl
- stosowanie doustnych leki przeciwzakrzepowych lub leczenie heparyną w ciągu 48 h poprzedzających udar
- choroba nowotworowa
- ciężka choroba wątroby i inne.

Od momentu przywiezienia pacjenta do chwili podania r-tPA nie może minąć dużo czasu (średnio 60–90 min.), dlate-

go bardzo istotna jest współpraca pomiędzy jednostkami szpitala zaangażowanymi w trombolizę (Izba Przyjęć, Oddział Udarowy, Zakład Radiologii, Laboratorium).

Jednakże priorytetową sprawą jest szybkie skierowanie i przywiezienie pacjenta z udarem mózgu do szpitala. Najistotniejszą rolę pełni lekarz pogotowia ratunkowego i lekarz rodzinny. To głównie od Państwa zależy czy pacjent będzie mógł być leczony trombolitycznie i czy otrzyma większą szansę na szybkie odzyskanie sprawności po udarze mózgu.

W razie pytań i wątpliwości jesteśmy do Państwa dyspozycji pod numerem 052 3655564, 052 3655566.

Barbara Masłowska



Na zdjęciu zespół lekarski Oddziału: (od lewej) – Józef Kościelniak, Paweł Lisewski, Joanna Szefke, Magdalena Konieczna – Brazis, dr n.med. Dorota Działot – Pabijan, Milena Światońska, Krzysztof Słomiński, ordynator – dr n. med. Barbara Masłowska, Paulina Sobieszak – Skura, Piotr Pleszka. Na zdjęciu brakuje zastępcy ordynatora – lek.med. Violetty Palacz-Dudy

stanowi, że w przypadku, gdy prawa pacjenta zapisane w ustawie, w tym prawo do informacji, zostaną w sposób zawiniony naruszone, to sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 kc.

■ Uwagi końcowe

Kryteria, na podstawie których lekarz podejmuje decyzję o ograniczeniu pacjentowi wiedzy na temat jego stanu zdrowia i rokowań są bardzo nieostre. Jasne wskazanie konkretnych przesłanek medycznych ograniczyłoby możliwość ewentualnych nadużyć wywołanych z tego powodu. Lekarz musi pamiętać, że

wiadomość o rozpoznaniu i złym rokowaniu może nie zostać choremu przekazana tylko w przypadku, jeśli lekarz jest głęboko przekonany, iż jej ujawnienie spowoduje bardzo poważne cierpienie chorego lub inne niekorzystne dla zdrowia następstwa (art. 17 zd. 2 kpc). Podkreślić należy na koniec, że powodem ograniczenia informacji, o którym mowa w art. 31 ust 4 u.z.l. są niepomysłne dla pacjenta rokowania i jednocześnie wzgląd na jego dobro. W nowym stanie prawnym tzn. po umieszczeniu rozpoznania pisanego po polsku, a nie po łacinie, pacjent bez żadnych trudności przeczyta i zrozumie rozpoznanie. Stanie się tak bez względu na niepomysłne dla niego rokowania, jak

również bez względu na żądanie pacjenta, by nie być informowanym, do którego ma ustawowe prawo.

Małgorzata Grego

¹ Rozporządzenie z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. Nr 247, poz. 1819)

² Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza, 1997 r. (Dz. U. Nr 28, poz. 152)

³ Orzeczenie S.N. z dnia 28 VIII 1973 r.: OSNC 1974 r., nr 7-8

⁴ Zob. M. Nesterowicz, Prawo medyczne, Toruń 2001, s. 121

⁵ Orzeczenie S.N. z dnia 11 I 1974 r., OSPIKA 1975 r., nr 1

⁶ Zob. B. Janiszewska, Zadośćuczynienie za krzywdę w sprawach medycznych, Prawo i Medycyna 2005, nr 2, s. 98

Uznanie jakości

ISO 9001:2000 za wdrożenie systemu zarządzania jakością w zakresie ochrony zdrowia pracujących, medycyny specjalistycznej, diagnostyki obrazowej, laboratoryjnej, rehabilitacji, szkoleń oraz promocji zdrowia otrzymał Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Bydgoszczy. „Mamy zamiar stale podnosić jakość świadczonych usług i budować dobry wizerunek placówki wśród zakładów pracy oraz w środowisku medycznym regionu – tłumaczyła zakończona sukcesem starania ośrodka o pozyskanie certyfikatu doktor Ewa Kaczanowska-Burker – konsultant wojewódzki w zakresie medycyny pracy. Plany placówki na bieżący rok to stworzenie standardów wewnętrznej wymiany informacji, udostępnianie klientom aktualnych informacji dotyczących działalności ośrodka, zapewnienie poufności wewnętrznemu obiegowi informacji.

Historia medycyny pracy w naszym regionie sięga już ponad 50 lat, bo właśnie tyle upłynęło od czasu, kiedy to doktor Bolesław Fischbach w 1949 r. zorganizował w mieszkaniu prywatnym na ul. Gdańskiej 27 w Bydgoszczy pierwszą poradnię chorób zawodowych. Pierwsza placówka zajmująca się zdrowiem pracujących stała się zaczątkiem Wojewódzkiej Przychodni Przemysłowej, a ta po kolejnych transformacjach, istniejącym do dziś przy ul. Karłowicza 26, Wojewódzkim Ośrodkiem Medycyny Pracy, od lat kierowanym przez doktora Stanisława Adamczaka.

Na co dzień Ośrodek zajmuje się przede wszystkim udzielaniem konsultacji medycznych w zakresie profilaktycznej ochrony zdrowia pracujących, kontroluje i koordynuje udzielanie świadczeń w dziedzinie medycyny pracy, a także udziela świadczeń diagnostycznych, orzecznich, prowadzi specjalizację z medycyny pracy, obejmuje opieką zatrudnionych w ich

środowisku pracy, bada kierowców, osoby ubiegające się o posiadanie broni, prowadzi szczepienia ochronne.

Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy otrzymał certyfikat na trzy lata. Po tym okresie musi poddać się kolejnemu sprawdzającemu audytowi.

Agnieszka Banach



Przeznacz 1% swojego podatku na rzecz Fundacji „Dom Lekarza Seniora” – organizacji pożytku publicznego. Konto Fundacji „Dom Lekarza Seniora” w Banku Millennium nr rachunku 61 1160 2202 0000 0000 6202 7520.

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

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

● Wyliczenie w zeznaniu rocznym 1% podatku nie wystarczy jednak, aby fundacja otrzymała od nas kwotę stanowiącą jego równowartość. Podatnik musi bowiem sam dokonać wpłaty tej sumy na konto Fundacji „Dom Lekarza Seniora” w Banku Millennium nr rachunku 61 1160 2202 0000 0000 6202 7520. Na dokumencie wpłaty powinny się znaleźć: 1) imię i nazwisko wpłacającego, 2) jego adres, 3) nazwa organizacji czyli

Fundacja „Dom Lekarza Seniora” w Bydgoszczy 4) informacja, iż jest to „wpłata 1% podatku na rzecz organizacji pożytku publicznego”. Pamiętać należy przy tym, że wpłata 1% podatku za rok 2006 musi nastąpić najpóźniej w dniu złożenia rocznego zeznania podatkowego. Natomiast dowód wpłaty winien zostać zachowany na wypadek ewentualnej kontroli podatkowej.

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

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

Doktoraty

Dziekanat Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy informuje, że niżej wymienione osoby uzyskały stopień naukowy dr. n. med.:

STYCZEŃ 2007

- **Grzegorz Meder** z Katedry i Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej, dn. 10.01.2007 r. uzyskał stopień naukowy dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Przydatność wielorzędowej tomografii komputerowej w diagnostyce tętniaków wewnątrzczaszkowych”
promotor: prof. dr hab. Władysław Lasek CM UMK
recenzenci: prof. dr hab. Andrzej Karwowski AM Poznań, dr hab. Barbara Książkiewicz, prof. UMK, CM UMK
- **Joanna Wiśniewska-Szmyt** z Katedry i Kliniki Kardiologii i Chorób Wewnętrznych dn. 10.01.2007 r. uzyskała stopień naukowy dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Ocena wyników implantacji stentu do pnia lewej tętnicy wieńcowej za pomocą angiografii tętnic wieńcowych”
promotor: prof. dr hab. Jacek Kubica CM UMK
recenzenci: dr hab. Marek Dąbrowski Inst. Kardiol. Warszawa, dr hab. Lech Anisimowicz, prof. UMK, CM UMK
- **Jacek Lackowski** z Katedry i Kliniki Kardiologii i Chorób Wewnętrznych dn. 10.01.2007 r. uzyskał stopień naukowy dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Analiza wybranych nieinwazyjnych parametrów u osób poddanych kardiowersji elektrycznej z powodu migotania i trzepotania przedsionków”
promotor: prof. dr hab. Jacek Kubica CM UMK
recenzenci: prof. dr hab. Fryderyk Prochaczek Śl. AM w Katowicach, dr hab. Władysław Sinkiewicz CM UMK
- **Grzegorz Bojarski** ze Szpitala Wojewódzkiego we Włocławku dn. 10.01.2007 r. uzyskał stopień naukowy dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Wpływ nadciśnienia tętniczego na wyniki inwazyjnych zabiegów rewaskularyzacji serca”
promotor: prof. dr hab. Jacek Kubica CM UMK
recenzenci: prof. dr hab. Jarosław Kasprzak Uniw. Med. w Łodzi, prof. dr hab. Jacek Manitus CM UMK

LUTY 2007

- **Joanna Kołodziejczyk** z Kat. i Klin. Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych dn. 7.02.2007 r. uzyskała stopień dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Wybrane markery zapalenia, enzymy antyoksydacyjne, sprawność wentylacyjna płuc i jakość życia u palaczy tytoniu”
promotor: prof. dr hab. Andrzej Dziedziczko, em. CM UMK
recenzenci: prof. dr hab. Jacek Manitus, CM UMK, dr hab. Ewa Jassem, prof. AM w Gdańsku
- **Anna Wojtaszek** z Kat. i Klin. Geriatrii dn. 7.02.2007 r. uzyskała stopień dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Wybrane markery atopii i zapalenia u chorych na astmę oskrzelową atopową i nieatopową”
promotor: prof. dr hab. Andrzej Dziedziczko, em. CM UMK
recenzenci: prof. dr hab. Zbigniew Bartuzi, CM UMK, prof. dr hab. Jerzy Liebhart z AM we Wrocławiu
- **Przemysław Janik** z Wojewódzkiego Szpitala im. dr J. Biziała w Bydgoszczy dn. 7.02.2007 r. uzyskał stopień dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Analiza porównawcza właściwości skóry ludzkiej konserwowanej glicerolem i dodatkowo sterylizowanej radiacyjnie na gojenie rany oparzeniowej u dzieci”
promotor: prof. dr hab. Mieczysława Czerwionka-Szaflarska, CM UMK
recenzenci: dr hab. Andrzej Prokurat, prof. UMK, CM UMK, prof. dr hab. Bibiana Mossakowska ze Szpitala Bielańskiego w Warszawie
- **Agnieszka Żuryń** z Kat. i Zakł. Histologii i Embriologii dn. 7.02.2007 r. uzyskała stopień dr. n. med. w zakresie biologii medycznej
tytuł rozprawy: „Ekspresja cykliny A w komórkach linii białaczek ludzkich HL-60 i K-562 po indukcji apoptozy wybranymi cytostatykami”
promotor: dr hab. Alina Grzanka, prof. UMK, CM UMK
- recenzenci:** prof. dr hab. Olga Haus, CM UMK, prof. dr hab. Kazimierz Kuliczowski z AM we Wrocławiu
- **Patrycja Ryta-Stamirowska** z Kat. Biologii Medycznej dn. 7.02.2007 r. uzyskała stopień dr. n. med. w zakresie biologii medycznej
tytuł rozprawy: „Wpływ nowych kompleksów platyny na przeżywalność, apoptozę i cykl komórkowy komórek czerniaka złośliwego B16 u myszy in vitro”
promotor: prof. dr hab. Gerard Drewa, CM UMK
recenzenci: dr hab. Jan Styczyński, CM UMK, prof. dr hab. Lech Torliński z AM w Poznaniu
- **Marcin Wiśniewski** z Kat. i Zakł. Anatomii Prawidłowej dn. 7.02.2007 r. uzyskał stopień dr. n. med. w zakresie biologii medycznej
tytuł rozprawy: „Porównanie jakości życia pacjentek po brachyterapii HDR i LDR z powodu nowotworu narządu rodowego”
promotor: dr hab. Roman Makarewicz, prof. UMK, CM UMK
recenzenci: dr hab. Marek Grabiec, prof. UMK, CM UMK, prof. dr hab. Krystyna de Valden-Galusko z AM w Gdańsku
- **Anita Kowalewska** z Kat. Patofizjologii dn. 7.02.2007 r. uzyskała stopień dr. n. med. w zakresie biologii medycznej
tytuł rozprawy: „Potencjał fibrynolityczny w krwinkach białych chorych na przewlekłą białaczkę limfatyczną”
promotor: dr hab. Danuta Roś, prof. UMK, CM UMK
recenzenci: prof. dr hab. Maria Kotschy, em. CM UMK, prof. dr hab. Janusz Kłoczko z AM w Białymstoku
- **Jerzy Romaszko** z NZOZ Pantamed w Olsztynie dn. 7.02.2007 r. uzyskał stopień dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Ocena zachorowalności na gruźlicę płuc w środowisku ludzi bezdomnych województwa warmińsko-mazurskiego”
promotor: dr hab. Adam Buciński, CM UMK
recenzenci: prof. dr hab. Zbigniew Bartuzi, CM UMK, prof. dr hab. Jan Stomiński z AM w Gdańsku

- **Magdalena Kuligowska** z Kat. i Zakł. Diagnostyki Laboratoryjnej dn. 14.03.2007 r. uzyskała stopień dr. n. med. w zakresie biologii medycznej
tytuł rozprawy: „Ocena nowych parametrów laboratoryjnych w diagnostyce reumatoidalnego zapalenia stawów”
promotor: prof. dr hab. Grażyna Odrowąż-Sypniewska z CM UMK
recenzenci: dr hab. Jacek Michałkiewicz, prof. UMK, CM UMK, prof. dr hab. Włodzimierz Maśliński z Instytutu Reumatologii w Warszawie
- **Joanna Dudziak** z Zakł. Klinicznych Podstaw Fizjoterapii dn. 14.03.2007 r. uzyskała stopień dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Wpływ konsumpcji różnych typów alkoholi i soku z czarnej porzeczki na wybrane parametry koagulologiczne, markery reakcji zapalnej i endoteliny-1, w grupie młodych, zdrowych ochotników płci męskiej”
promotor: dr hab. Władysław Sinkiewicz z CM UMK
recenzenci: prof. dr hab. Jacek Kubica z CM UMK, prof. dr hab. Marek Naruszewicz z AM w Warszawie
- **Arkadiusz Grubecki** z Wielospecjalistycznej Przychodni „Bartodzieje” w Bydgoszczy dn. 14.03.2007 r. uzyskał stopień dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Ocena funkcji lewej komory za pomocą echokardiografii i analizy stężeń peptydów natriuretycznych w obserwacji odległej u pacjentów ze świeżym zawałem serca leczonym pierwotną angioplastyką wieńcową”
promotor: dr hab. Władysław Sinkiewicz z CM UMK
recenzenci: prof. dr hab. Zbigniew Gąsior ze Śl. AM w Katowicach, dr hab. Edyta Płońska-Gościński z Pomorskiej AM w Szczecinie
- **Agnieszka Rytarowska** z Kat. i Klin. Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii dn. 14.03.2007 r. uzyskała stopień dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Badanie oksydacyjnych uszkodzeń DNA i ich naprawy u dzieci i młodzieży z zapaleniem błony śluzowej żołądka i dwunastnicy z i bez *Helicobacter pylori*”
promotor: prof. dr hab. Mieczysława Czerwionka-Szaflarska z CM UMK
recenzenci: dr hab. Kornelia Kędziora-Kornatowska, prof. UMK, CM UMK, prof. dr hab. Maria Korzon z AM w Gdańsku
- **Anna Szota** z Katedry Fizjologii dn. 14.03.2007 r. uzyskała stopień dr. n. med. w zakresie biologii medycznej
tytuł rozprawy: „Wpływ leków anksjolitycznych na rozwój gorączki stresowej”
promotor: dr hab. Dariusz Soszyński, prof. UMK, CM UMK
recenzenci: prof. dr hab. Leszek Szdujki-Szadurski z CM UMK, prof. dr hab. Tadeusz Studziński, em. z AM w Lublinie

27 października 2006 r. w Inowrocławiu obchodzono 135-lecie szpitalnictwa. Jubileusz zbiegł się z 20-leciem powstania w tym mieście Szpitala Powiatowego im. dr. Błażka. Dla uczczenia patrona szpitala – Ludwika Błażka, dzieci Doktora: Anna Pawińska i Jan Błażek, odsłoniły ufundowaną przez szpital, poświęconą mu tablicę.

Patron inowrocławskiego Szpitala

Urodził się 26.08.1892r. w Rudzicach na Warmii. W Starogardzie Gdańskim z odznaczeniem ukończył szkołę średnią. Studia medyczne rozpoczął w 1912r. w Gryfii, kontynuując je we Fryburgu, a ukończył w 1920r. we Wrocławiu doktoratem z dziedziny neurologii. Prawie 3-letnia przerwa w studiach spowodowana była powołaniem, jako poddanego niemieckiego, do czynnej służby wojskowej. Po 3-miesięcznym przeszkoleniu chirurgicznym w szpitalu w Chełmnie, resztę czasu spędził w punktach sanitarnych i szpitalach polowych na froncie zachodnim, na terenie Francji – gdzie jako młodszy lekarz przeszedł doskonałą, ale niezwykle ciężką szkołę zawodu chirurga.

W latach 1920–1921 pełnił obowiązki komendanta pociągów sanitarnych w wojnie polsko-bolszewickiej. Po zwolnieniu z wojska uzyskał etat asystenta w Klinice Chirurgicznej prof. Antoniego Jurasza,

gdzie zdobywał dalsze praktyczne doświadczenie zawodowe, ogłaszając prace w Przeglądzie Chirurgicznym.

We wrześniu 1927r. objął ordynaturę oddziału chirurgicznego Szpitala w Inowrocławiu. Zmobilizowany w 1939 r. pracował jako chirurg w Szpitalu w Toruniu, Dobrzelinie, Łowiczu, organizując szpitale polowe. Do listopada 1941 pełnił obowiązki ordynatora chirurgii Szpitala Ujazdowskiego w Warszawie, a następnie objął ordynaturę Szpitala Miejskiego w Grodnie (do 1945 r.).

Dnia 10 maja 1945r. powrócił do Inowrocławia, by ponownie organizować około 80-lóżkowy oddział. Jednocześnie powierzono mu stanowisko dyrektora Szpitala i rozbudowę tegoż o nowe pawilony dla oddziałów dziecięcego i położniczo-ginekologicznego.

Już w 1952 r. – jako pierwszy w województwie – wprowadził metodę narkozy dotchawiczej, by móc rozszerzać

możliwości operacyjne w zabiegach dłużej trwających.

Znając dobrze języki niemiecki, francuski, angielski, nieco gorzej rosyjski, korzystał z wszystkich dostępnych materiałów naukowych, by rozszerzać techniki operacyjne i możliwości ratowania życia i zdrowia pacjentów. Swoją wiedzę i doświadczenie przekazywał młodszemu kolegom, ucząc ich tej trudnej specjalizacji.

Do późnych lat życia stał przy stole operacyjnym jako główny operator, ale również często asystując młodszemu chirurgom. Poza pracą zawodową pełnił różne funkcje w towarzystwach naukowych, a szczególnie w PTL oraz w zarządzie Gdańskiego Oddziału Chirurgów Polskich. Pracując do ostatnich miesięcy życia wychował wiele pokoleń chirurgów.

Zmarł 5 listopada 1971 roku w wieku 79 lat.

Anna Pawińska

O alkoholizmie wśród lekarzy

W dniu 15.02.2007 br., w siedzibie Naczelnej Rady Lekarskiej w Warszawie, odbyła się konferencja poświęcona problemowi alkoholizmu wśród lekarzy. W konferencji wzięli udział przedstawiciele OIL oraz grupa specjalistów związanych z lecnictwem odwykowym (lekarze, psycholodzy). Miałem zaszczyt reprezentować naszą Izbę. Konferencję prowadził wspólnie z dr Bożeną Pietrzykowską – dr Bogdan Woronowicz z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

W swoim referacie dr Woronowicz przedstawił dane, z których wynika, że problem alkoholizmu wśród lekarzy jest jeszcze bardziej rozpowszechniony niż w populacji ogólnej. Dr Jarosław Barański z Zakładu Humanistycznych Nauk Lekarskich AM we Wrocławiu przedstawił bardzo ciekawy referat pt. „Relacje między lekarzami” omawiający relacje między lekarzem a chorym lekarzem-pacjentem. Relacje te są obciążone wieloma utrudnieniami, a lekarze są „trudnymi pacjentami”. Lekarz „wie wszystko” o swojej chorobie, uważa, że powinien sobie sam dać ra-

dę. Przy opracowywaniu systemu pomocy lekarzom uzależnionym trzeba to brać pod uwagę, przecież system iluzji, racjonalizacji i zaprzeczeń to jeden z ważniejszych objawów uzależnienia. Dr Pietrzykowska przedstawiła wstępny projekt modelu systemu pomocy lekarzom z problemem alkoholowym. Istotą tego systemu jest powołanie przy każdej Izbie pełnomocnika ds. alkoholizmu wśród lekarzy, a w większych izbach nawet komisji. Pełnomocnik ten (komisja) miałaby za zadanie koordynować wszystkie działania związane z problemem alkoholowym wśród lekarzy. Po pomoc mógłby się do niego zgłaszać każdy lekarz, jego przełożeni, koledzy, czy rodzina. Jednym z bardziej istotnych jego zadań byłoby kierowanie uzależnionych lekarzy na leczenie odwykowe, a po odbyciu tego leczenia monitorowanie dalszej terapii podtrzymującej. Lekarze pracujący w lecznictwie odwykowym wskazali na konieczność włączenia do systemu pomocy lekarzy, którzy przebyli już leczenie odwykowe, utrzymujących abstynencję (trzeźwych alkoholików) albowiem wiadomo od dawna, że ruchy samopomocowe wśród pacjentów mają bardzo istotne znaczenie w terapii. Zaproponowano, by uruchomić przy NIL

centrum pomocy lekarzom uzależnionym, a w nim telefon zaufania, przy którym dyżurowaliby lekarze – trzeźwi alkoholicy. Dysponowałiby oni możliwością kontaktu z „zaprzyjaźnionymi” ośrodkami leczenia odwykowego, które mogłyby w trybie pilnym przyjąć na leczenie odwykowe lekarza z problemem alkoholowym także w miejscu odległym od miejsca pracy czy zamieszkania potrzebującego pomocy. Ustalono, że za ok. pół roku dojdzie do następnego spotkania w trakcie którego zostanie ustalony ostatecznie model postępowania z lekarzami uzależnionymi. Do tego czasu czekamy na wszelkie uwagi i propozycje w tej sprawie, zwłaszcza oczekujemy na odzew ze strony lekarzy, którzy uporali się, czy nadal borykają się z tym problemem. Zainteresowani mogą swoje pomysły i uwagi kierować do pani Jolanty Wysockiej tel. 022 5591313 e-mail: j.wysocka@hi-pokrates.org

Krzysztof Przybysz

Od redakcji: Poniżej zamieszczamy ciąg dalszy (poprzednie teksty w lutym i marcu) dyskusji – polemiki na temat lekarzy pijących w pracy i choroby alkoholowej. Prosimy o dalsze wypowiedzi na ten bolący temat.

POLEMIKI

Choroba alkoholowa – ciąg dalszy...

Szanowny Panie Doktorze

Dzięki Panu nie tracę wiary w ludzi, bo już mi się wydawało, iż mój artykuł przejdzie bez echa. Poczułam do Pana sympatię, że Panu się chciało podjąć dalszą polemikę, choć nadal twierdzę, że Pana wiedza na temat choroby alkoholowej nie wykracza ponad przeciętny standard.

Pytania, które zadaje Pan w „Chorobie alkoholowej”, świadczą o tym, że albo Pan niedokładnie przeczytał moją polemikę „Nie umiemy, czy nie chcemy pomóc”, albo wiele tych pojęć jest na tyle Panu obcych, że będę je musiała rozszerzyć. Co w niczym nie

umniejsza Pana ogromnej zasługi – nieobojętności.

Na razie pozostanę anonimowa, ale nie jestem ani psychiatrą, ani specjalistą do spraw uzależnień i gdyby nie „pewne okoliczności” wiedziałabym, być może o chorobie alkoholowej mniej znacznie niż Pan, Szanowny Doktorze.

Dla przejrzystości wyводу – podejmę wątek zasadniczy, i najważniejszy – **wątek zaprzeczania.**

Jak już pisałam, **osoba uzależniona, zupełnie nie ma świadomości swojej choroby – szczególnie, jeżeli jest lekarzem. Im większa wiedza, tym bardziej się wie, czemu zaprzeczać.**

Czy sądzi Pan Doktorze, iż P. Profesor Gierek, wybitna okulistka, piła w pracy ot, tak sobie, ryzykując wszystko? Piła, bo nie radziła sobie z głodem alkoholowym, bo odczuwała przymus picia, bo nie dopuszczała do swojej świadomości faktu, że pije, bo jest chora na chorobę alkoholową, bo **zaprzeczała**. Bo tylko wtedy pije się w sposób tak ryzykowny.

A gdzie byli ci wszyscy ludzie, którzy ją otaczali, i zapewne od dawna obserwowali, (bo do takiego etapu dochodzi się latami), jak ta mądra kobieta, wybitna lekarka – staczała się latami?

Dokończenie na następnej stronie

Dokończenie ze strony poprzedniej

Czy musiało dojść do drastycznego wyprowadzenia przez policję?

Czy koledzy lekarze, nie powinni się zebrać znacznie wcześniej i przygotować do uświadomienia Pani Profesor – że ma problem i powinna podjąć terapię?

Ale najpierw sami musieliby mieć jakąś wiedzę na ten temat.

Musiłoby im się chcieć, pewnie szkoda im było czasu. Czy sami najczęściej nie zachowujemy się właśnie w taki sposób?

Ta wybitna w swojej specjalności kobieta jest najlepszym i bardzo spektakularnym przykładem, jak można, zaprzeczając swojemu problemowi, przy całkowitej obojętności otoczenia, pograżać się w tej strasznej chorobie.

Być może w swoim środowisku pracy obserwuję bardzo podobną sytuację. Być może ta sytuacja dotyczy bardzo bliskiej mi osoby, której ja pomóc nie mogę, (bo chora osoba podejmuje walkę z rodziną, a nie z uzależnieniem – to jest bardzo typowe), a której nikt inny nie potrafi lub nie chce pomóc, lub może jedno i drugie. Być może jest to środowisko, gdzie choćby z racji specjalizacji wielu kolegów lekarzy – bliska mi osoba powinna zyskać pomoc – ale od lat trwa zмова milczenia.

Dlatego muszę być do jakiegoś czasu anonimowa.

Zapewniam Pana, że tylko chorzy piją w pracy, nawet, jeśli są to trzej upojeni dyżurni. Dlaczego ci lekarze nie podjęli leczenia? Bo nie wiedzą, że są chorzy, bo nie ma im kto tego pokazać. Bo ich koledzy lekarze nie wiedzą, jak pomóc swoim uzależnionym kolegom. Lub jeszcze, w imię fałszywie pojętej solidarności, kryją fakt picia innych.

Konsekwencją bycia pod wpływem alkoholu w pracy, powinien być warunek podjęcia terapii, postawiony przez kierownika placówki. To z pewnością w zdecydowanej większości przypadków by wystarczyło. Jednak musi być jakiś pierwszy impuls do podjęcia terapii. Ale kierownicy placówek służby zdrowia nie są przygotowani do podejmowania tego rodzaju interwencji.

I to jest – wbrew pozorom – największy problem.

We wszystkich innych jednostkach chorobowych są opracowane standardy postępowania, a w tej chorobie, jest jakaś zbiorowa bezradność środowiska lekarskiego.

Policja w Lublinie, opracowała, bardzo skuteczny sposób na uzależnionych funkcjonariuszy, wcale ich nie zwalnia, tylko najpierw kieruje na terapię. Zwalniani są jedynie wtedy, jeśli już po terapii, nie utrzymują abstynencji dostają jednak szansę.

Osób uzależnionych niezdiagnozowanych jest w Polsce bardzo wiele, i wszystkie one powinny otrzymać pomoc. Z pewnością nie zabraknie do tego celu psychiatrów, bo jest wielu skutecznych terapeutów leczenia uzależnień, terapeuta nie musi być lekarzem. Choć z pewnością jest stanowczo za mało miejsc na leczenie w ośrodkach odwykowych, w stosunku do liczby zgłoszeń na leczenie. Ale to już jest odrębny problem.

Na szczęście dla uzależnionych lekarzy, jak wynika z ostatniej Gazety Lekarskiej, tworzy się ogólnopolski system pomocy dla uzależnionych lekarzy.

Może jednak nie czekajmy zbyt długo i sami wykazujemy inicjatywę, tam, gdzie jest to potrzebne. Jeśli nie wiemy, jak się do tego zabrać, korzystajmy z pomocy i wskazówek terapeutów do spraw uzależnień. Oni naprawdę wiedzą doskonale, jak się do tego zabrać. Jak pomagać? Bo jak widać sami zupełnie sobie nie radzimy. Bo ciągle jeszcze mam nadzieję, że nie wynika to z obojętności na los uzależnionych kolegów. Wszystkim im życzę odważnego podejmowania terapii i świadomości, że nie muszą wstydzić się tej choroby. To choroba niezawiniona, ale osoby uzależnione ponoszą pełną odpowiedzialność za to, co z tym problemem zrobią.

Lekarka

(nazwisko i imię znane redakcji)

DORADCA PODATKOWY

*mgr inż. Sławomir
JACEK Rogalski*

(nr wpisu na listę krajową – 05537)

• **prowadzenie rozliczeń podatkowych kontraktów lekarskich – stała umowa**

- rozliczenia z ZUS-em
- rozliczenia roczne
- doradztwo podatkowe

BIURA

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

Błonie, ul. Szubińska 15
tel. 37 307 87

tel. kom. 0602 386 581

e-mail: rogalski@pro.onet.pl

DO WYNAJĘCIA
GABINETY LEKARSKIE

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

Szkoła Językowa

„Angielski w medycynie”
„Język angielski dla pielęgniarek”



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

Przewidujemy kursy wakacyjne.

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

Bydgoszcz, ul. Polczyńska 3 (Bartodzieje)

www.masterszkola.prv.pl

KANCELARIA PODATKOWA

ZYSK

mgr Wiesława Kozłowska

doradca podatkowy
(Nr wpisu Min. Fin. 04150)

❖ usługi księgowe

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

ul. Zduny 8, 85-055 Bydgoszcz

tel./fax (0-52) 322 29 67

tel. kom. 0606 767 244

e-mail: info@zysk.net.pl

www.zysk.net.pl

Zmierzając do Jerozolimy Jezus przechodził przez pogranicze Samarii i Galilei. Gdy wchodził do pewnej wsi, wyszło naprzeciw Niego dziesięciu trędowatych. Zatrzymali się z daleka i głośno zawołali: Jezusie, Mistrzu, ulituj się nad nami. Na ich widok rzekł do nich: Idźcie, pokażcie się kapłanom. A gdy szli, zostali oczyszczeni. Wtedy jeden z nich widząc, że jest uzdrowiony, wrócił chwalcąc Boga donośnym głosem, upadł na twarz do nóg Jego i dziękował Mu. A był to Samarytanin. Jezus zaś rzekł: Czy nie dziesięciu zostało oczyszczonych? Gdzie jest dziewięciu? Żaden się nie znalazł, który by wrócił i oddał chwałę Bogu, tylko ten cudzoziemiec. Do niego zaś rzekł: Wstań, idź, twoja wiara cię uzdrowiła.

(Łk 17,11-19)

Dziewięciu niewdzięcznych

Wojciech Szczęsny

Ostatnie tygodnie przyniosły doniesienie medialne dotyczące rozmaitych „nieprawidłowości” w służbie zdrowia. Kiedyś zresztą usłyszałem od jednego z działaczy związkowych, że ta nazwa źle się kojarzy, bo służba to coś, co robi się za darmo lub za marne pieniądze. Nie do końca podzielałem ten pogląd. Zawód lekarza jest istotnie pod pewnymi względami wyjątkowy. Wynika to z faktu, że materia jakiej dotyczy, to ludzkie zdrowie i życie. Wartości te dla większości ludzi z kręgu kultury europejskiej są najcenniejsze. Pomijam, choć problem ten zaczyna być dość poważny, ludzi dla których własna egzegeza Pisma, nakazuje skazywanie siebie, lub co gorsza innych na śmierć. Oczywiście każdy ma prawo w każdej chwili i na każdym etapie odmówić leczenia. W przypadku dzieci czasowe pozbawianie praw rodzicielskich przez sądy doraźnie rozwiązuje problem, lecz notowano już przypadki nie odbierania ich ze szpitala. Przyznam, że obserwując takie postępowanie w Warszawie łatwiej mi zrozumieć zamachowców-samobójców wjeżdżających ciężarówką z dynamitem na targowisko w Bagdadzie.

Już z tego przykładu widać, z jakimi problemami spotykają się lekarze i osoby związane z służbą zdrowia. Obszar stykania się świata człowieka chorego i świata lekarza jest wypełniony materią o niezwykle skomplikowanej strukturze. Pisałem już kiedyś w „Wiadomościach Akademickich” o zespole wypalenia zawodowego, który właśnie tu jest najczęściej obserwowany. Jednak oprócz trudności „wewnętrznych” mamy i wrogów zewnętrznych. Nie chodzi tu wcale o próbę wytworzenia sytuacji „oblężonej twierdzy”, czy – jakże potrzebnych do tłumaczenia wszelkich niepowodzeń – „barbarzyńców” rodem z wiersza Konstandinosa Kawafisa. Nasi „barbarzyńcy” istnieją realnie, choć wcale nie czekaliśmy na nich.

Pomiędzy światem służby zdrowia a światem ludzi „normalnych” krążą media. Chyba żadna grupa zawodowa, no, może prócz polityków, nie jest opisywa-

Konstandinos Kawafis

Czekając na barbarzyńców

Na cóż czekamy, zebrani na rynku?

Dziś mają tu przyjść barbarzyńcy.

*Dlaczego taka beczynność w senacie?
Senatorowie siedzą – czemuż praw nie uchwalą?*

*Dlatego że dziś mają przyjść barbarzyńcy.
Na cóż by się zdały prawa senatorów?
Barbarzyńcy, gdy przyjdą, ustanowią prawa.*

*Dlaczego nasz cesarz zbudził się tak wcześnie
i zasiadł – w największej z bram naszego miasta –
na tronie, w majestacie, z koroną na głowie?*

*Dlatego że dziś mają przyjść barbarzyńcy.
Cesarz czeka u bramy, aby tam powitać
ich naczelnika. Nawet przygotował
obszerne pismo, które chce mu wręczyć -
a wypisał w nim wiele godności i tytułów.*

*Czemu dwaj konsulowie nasi i pretorzy
przyszli dzisiaj w szkarłatnych, haftowanych togach?
Po co te bransolety, z tyłoma ametystami,
i te pierścienie z blaskiem przepysznych szmaragdów?
Czemu trzymają w rękach drocenne laski,
tak pięknie srebrem inkrustowane i złotem?*

*Dlatego że dziś mają przyjść barbarzyńcy,
a takie rzeczy barbarzyńców olśniewają.*

*Czemu retorzy świetni nie przychodzą, jak zwykle,
by wygłaszać oracje, które ułożyli?*

*Dlatego że dziś mają przyjść barbarzyńcy,
a ich nudzą deklamacje i przemowy.*

*Dlaczego wszystkich nagle ogarnął niepokój?
Skąd zamieszanie? (Twarze jakże spoważniały.)
Dlaczego tak szybko pustoszeją ulice
i place? Wszyscy do domu wracają zamyśleni.*

*Dlatego że noc zapadła, a barbarzyńcy nie przyszli.
Jacyś nasi, co właśnie od granicy przybyli,
mówią, że już nie ma żadnych barbarzyńców.*

*Bez barbarzyńców – cóż pocniemy teraz?
Ci ludzie byli jakimś rozwiązaniem*

na i rozpracowywana tak dokładnie jak nasza. Krzykliwe tytuły i twarze lekarzy na zdjęciach, niby to zamazane, a natychmiast rozpoznawalne, to prawie codzienne okładki tabloidów. Tu nie ma domniemania niewinności, błędu w sztuce, ludzkiej pomyłki. Tu jest morderstwo, вина orzeczona przed wyrokiem i tradycyjne zdjęcie grobu zmarłego z zadumaną rodziną nad nim. Ba, gdybyż tylko tabloidy, możnaby z pewną dozą wyniosłej obojętności przejść obok. Nie zalecałbym jednak niej, gdyż większość tej części społeczeństwa, która umie i w ogóle czyta cokolwiek, czyta właśnie owe gazety i z nich czerpie wiedzę o jakże nieskomplikowanej naturze wszechświata. Tak zwane media opiniotwórcze niewiele odstają od swych braci lub siostr młodszych.

Nie mam oczywiście zamiaru poddawać w wątpliwość prawa mediów do informowania społeczeństwa o wszystkich wydarzeniach. Bez mediów wiele afer nie ujrzałoby światła dziennego, a wiele razy powiadomienie prasy jest „ultima refugium”. Wspomnijmy chociaż „łowców skór”. Choć sam przyznam, że początkowo byłem sceptyczny co do sensacji jakie opisano w prasie, z czasem mój sceptycyzm przerosł się w przerażenie i obrzydzenie w stosunku do moich dwóch łódzkich kolegów. Oczywiście jest, że trudno komentować to w jakichkolwiek kategoriach. Z drugiej jednak strony w Polsce jest 140 tysięcy lekarzy, możemy więc zaludnić miasto większe od Grudziądza. Nie obrażając mieszkańców tego grodu znajdziemy tam prostytutki, złodziei, a nawet morderców. Taka jest statystyka. Nie dziwny się więc, że w masie lekarzy znajdują się i czarne owce. Jeszcze raz pragnę podkreślić, że złe czyny lekarzy zasługują na takie samo karanie, jak i innych ludzi. I tu właśnie rodzi się pytanie: czy tak samo, czy może – jak pragnęło by wielu – bardziej surowe. Przez ile bowiem przypadków, czasów i trybów odmieniono w mediach

Dokończenie na następnej stronie

Dokończenie ze strony poprzedniej

i ludzkich ustach Przysięgę Hipokratesa, nie zliczę. W tym miejscu zauważę, że każdy zawód ma swoją etykę. Obojętnie co robimy, powinniśmy robić to dobrze, dokładnie, zgodnie z zasadami sztuki owego zawodu, choćby było to zmywanie garnków w najgorszej knajpie. Nie słyszałem jednak, żeby ktoś podnosił kwestię etyki innych zawodów. Zdarza się niekiedy usłyszeć o nieetycznym postępowaniu polityków, ale rzadko. Tam kłamstwo wpisane jest w działanie. Również prawnicy wydają się być w lepszej sytuacji, a przecież wydają wyroki (do nie dawna nawet śmierci), które w przypadku pomyłki rujnują życie człowieka. Może się mylę, ale nie słyszałem, aby jakiegoś sędziego ukarano za skazanie niewinnego człowieka. Tymczasem lekarz odpowiada na co najmniej dwóch płaszczyznach: to jest przed sądem powszechnym i korporacyjnym. Mam wrażenie, że niekiedy może być ukarany dwukrotnie za ten sam czyn. Do całości sprawy dochodzi jeszcze odpowiedzialność materialna, zwana zadośćuczynieniem. Wszyscy zatem ubezpieczają się na coraz wyższe sumy, gdyż żądania pacjentów – wspierane przez owych właśnie prawników – są coraz większe. Oczywiście, że wiele z nich jest uzasadnionych i zadośćuczynienie należy się poszkodowanym, ale bywają i takie, które graniczą z absurdem, czyniąc nieomal lekarza odpowiedzialnym za np. powstanie nowotworu. Jakże często słyszę od rodziny pacjenta, dosłownie wyrwanego ze szponów śmierci, kosztem powiedzmy wyłonienia stomii czy amputacji kończyny, że przecież ojciec czy matka do tej pory byli całkiem zdrowi i co myśmy im zrobili. Wracając na chwilę do analogii z prawnikami, nie słyszałem, żeby ktoś zażądał od sędziego pieniędzy za błędny wyrok. Jego chroni immunitet i nie musi się od niczego ubezpieczać. Tu zapłaci (a nie jest to wbrew pozorom łatwe) skarb państwa, czyli między innymi PT Czytelnicy owego artykułu i jego autor. I jakoś nikt nie ma

pretensji. Tymczasem w mediach podaje się astronomiczne liczby osób zmarłych lub uczynionych kalekami przez błędy lekarskie, bez jakiegokolwiek weryfikacji, ilustrując owe artykuły makabrycznymi zdjęciami realnych i rzekomych ofiar owych pomyłek diagnostyczno-leczniczych. W USA niedawno odbył się całkiem liczny zjazd niedoszłych skazańców, którzy uniknęli krzesła elektrycznego tylko dzięki właśnie lekarzom sądowym i kryminalistynom, będąc już skazanymi na śmierć przez sędziów. Można przyjąć, że i w Polsce takie błędy są popełniane.

Tymczasem nasi wodzowie gotują nam dodatkowe kary (w tym dotkliwe finansowo) za błędy w sztuce, „nieetyczne zachowania” i tym podobne. Pisałem o tym już w *Primum* w artykule „Pręgiery”. Mam tylko pytanie, kto będzie nas oceniał? Czy kolega o którym wiem, że sam popełniał sporo błędów, a dziś ma za to sporo literek przed nazwiskiem, czy może jeden z wysokich rangą pracowników Ministerstwa – dziś odsądzający od czci i wiary przyjmujących długopisy od firm, sam kiedyś poławiający rybki w arktycznym morzu (proszę zgadnąć, kto płacił).

Jest dla mnie jasne, że są błędy których popełniać nie wolno! Zaniedbanie opieki, żądanie (powtarzam „żądanie”) korzyści majątkowych za zabieg lub przyjęcie do szpitala, oszukiwanie chorego, co do swojej specjalizacji i umiejętności itp. To są sprawy bezdyskusyjne. Jednak nadal będę twierdził, że materia jest niezwykle subtelna i ferowanie wyroków ku uciesze gawiedzi i niektórych polityków jest karygodne, obrzydliwe i nie mieści się w moim pojmowaniu posługi lekarskiej.

Cały ten wywód nie miał być jednostronną apologią lekarzy. O nie! Spotkałem wśród nich wielu ludzi, których nigdy nie chciałbym spotkać. Ludzi małego formatu, wręcz podłych. Nasze wady to pycha, zadufanie w sobie i coś, o czym mówiono (a w to wierzę) w stosunku do kardiochirurga z Warszawy – syndrom Boga. Pan życia i śmierci – lekarz uzdrowiciel.

Iluz z nas czasami tak pomyślało o sobie. Ileż to razy na zjazdach naukowych ktoś, wręcz z pogardą, krytykuje pracę swojego kolegi. Mam w pamięci sytuację z naszego bydgoskiego podwórka, gdzie po przedstawieniu referatu, opisującego powiedzmy 50 pewnych badań, jeden z lekarzy wstał, komentując to tak: „no, nie mam może takiego doświadczenia jak szanowny kolega, bo zrobiłem „tylko” 1240 takich badań, ale...”

Czy można tu coś dodać?

Picie alkoholu zdarza się w każdej grupie zawodowej i jedynym komentatorem w przypadku takich zdarzeń z udziałem lekarzy na dyżurach, może być leczenie alkoholizmu, jeśli istotnie on występuje, lub pozbawienie prawa wykonywania zawodu co najmniej na rok. *Tertium non datur*.

Nie chciałem poruszać tematu ekonomicznego, muszę jednak wspomnieć, że wynagrodzenie ludzi zajmujących się leczeniem innych jest śmieszne, żenujące i upodlające. Trwający właśnie exodus jest spowodowany niewyobrażalną odpowiedzialnością za niemal każdy czyn i słowo – w stosunku do wynagrodzenia, które wielu po prostu śmieszny, lub wywołuje niedowierzanie. Akcje typu: „Pokaż lekarzu, co masz w garażu” nie zachęcają raczej do pozostania w Polsce, gdyż w przykładowo w Londynie lekarz ów jeździ BMW i nikogo to nie dziwi. Młody lekarz zarabiający powiedzmy 1500 PLN, ma jechać na zjazd. Dzisiaj tzw. fee (często już w Euro) to suma 400–500 PLN. Trzeba gdzieś spać, coś zjeść. Razem, co najmniej 1200 zł. Z tego – co mi wiadomo – szykuje się całkowity zakaz finansowania podobnych wyjazdów przez firmy farmaceutyczne.

Tak więc szerokiej drogi Koledzy. Normalne kraje czekają na Was. Podobno w czasie exodusu Polaków pochodzenia żydowskiego w 1968 na dworcu w Wiedniu wisiał napis: „Nie udawajcie mądrych, mądrzejsi przyjechali tu przed wami”. Wypatrujcie podobnych napisów w Dublinie, Londynie czy Sztokholmie. Na pewno tam są.

KURS

W dniach **14–16 maja 2007 roku** Klinika Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych Collegium Medicum w Bydgoszczy będzie organizatorem **kursu specjalizacyjnego z zakresu hipertensjologii**. Zapraszamy!

- Tytuł: Diagnostyka laboratoryjna i obrazowa w hipertensjologii
- Kierownik naukowy: prof. dr hab. Jacek Manitius

- Zgłoszenia na kurs: dr Marek Kretowicz, dr Beata Sulikowska, sekretariat Kliniki Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych, Szpital Uniwersytecki; 85-094 Bydgoszcz, ul. M. Skłodowskiej-Curie 9. fax (0-52) 585 40 30, e-mail: nerka@nerka.cpro. pl
- Kurs jest bezpłatny.

Leczenie bólu

Zbigniew Kirkor

Dzisiejszy list chcę poświęcić przedstawieniu tego fragmentu mojej pracy, który jest mi najbliższy. Przez wiele lat pracy w Polsce zajmowałem się leczeniem bólu, głównie nowotworowego. W Anglii, praktycznie od chwili przyjazdu, mam możliwość angażowania się w działalność poradni leczenia bólu przewlekłego, nie nowotworowego.

Chcę więc przedstawić pracę poradni leczenia bólu w szpitalu rejonowym, obejmującym populację około 150 tysięcy osób. Przede wszystkim należy podkreślić, iż poradnia ma charakter interdyscyplinarny. Prowadzona jest przez konsultanta – anestezjologa, który przyjmuje pacjentów, ustala leczenie i je nadzoruje. W naszej poradni jest jeden konsultant, dr Krishna Bakhshi. Człowiek o wielkim sercu, ogromnym poczuciu humoru i radości emanującej na nas wszystkich. Prowadzi poradnię w szpitalu w Stoke Mandeville od jedenastu lat. Dołączyłem do niego w październiku 2005 roku. Z początku towarzyszyłem mu w konsultacjach, a od mniej więcej roku pracuję samodzielnie. W 2005 roku nasza poradnia zarejestrowała półtora tysiąca wizyt, w tym około 250 nowych pacjentów. To niemało, zważywszy, iż pracujemy trzy razy w tygodniu. Dwie sesje poświęcone są konsultacjom, jedna zabiegom z zakresu interwencyjnej medycyny bólu. Konsultacje odbywają się w przychodni przyszpitalnej. Trafiają do nas chorzy kierowani zarówno przez lekarzy rodzinnych, jak i przez innych konsultantów pracujących w szpitalu. Jeden z tzw. celów rządowych mówi, iż pacjent skierowany przez swojego lekarza rodzinnego nie może czekać dłużej na wizytę niż dziesięć tygodni. Chorzy kierowani przez konsultantów czekają dłużej. Nieraz znacznie dłużej...

Naszą pracę wspiera pielęgniarka – specjalistka w zakresie leczenia bólu. Do niej należy edukacja pacjentów, telefonowanie do tych chorych, u których wykonywaliśmy zabiegi. W praktyce zajmuje się wszystkim tym, na co nam nie starcza czasu... Na czym polega edukacja pacjentów?

W naszej poradni opracowaliśmy szereg materiałów dotyczących przewlekłego bólu, opisy najczęściej występujących zespołów bólowych, zestawy ćwiczeń, kasety z muzyką relaksacyjną. Pacjenci dowiadują się jak radzić sobie z bezsennością, jakie ćwiczenia należy wykonywać, a jakiej aktywności ruchowej trzeba unikać.

My zaś przyjmujemy nowych pacjentów oraz konsultujemy tych, którzy trafili do poradni wcześniej. Każdy nowy pacjent wy-



pełnia ankietę oraz szpitalny kwestionariusz lęku i depresji (tzw. HAD). Ostatnio wprowadziliśmy także europejski kwestionariusz jakości życia. Pierwsza wizyta, to zwykle długa rozmowa z pacjentem oraz podstawowe badanie kliniczne, potwierdzające diagnozę. Niekiedy pacjenci wymagają dalszej diagnozy, choć regułą jest, iż do poradni trafia pacjent zdiagnozowany. W poradni wykonujemy także proste blokady: nerwów obwodowych, międzyżebrowych, punktów spustowych. Od niedawna stosujemy również neurostymulację obwodową – metodę opatentowaną przez naszego rodaka, dr Teodora Goroszeniuka. To dla mnie szczególnie powód do radości! Pacjenci, u których stwierdzamy psychologiczne tło ich dolegliwości lub ci, którzy wymagają wsparcia kierowani są do psychologa klinicznego, który przyjmuje w naszej poradni raz w miesiącu. Często są to sesje mające charakter konsylium. Część chorych jest przez psychologa kwalifikowana do zajęć terapii grupowej, tzw. Pain Management Program, odbywającego się dwa razy w roku. Celem tych zajęć jest nauczenie pacjenta życia z bólem przewlekłym. Zaskakujące, jak terapia ta pozwala niejednokrotnie odzyskać sens i radość życia pomimo nieustających dolegliwości. Muszę powiedzieć, iż rola psychologa w poradni jest nie do przecenienia.

Jedna sesja w tygodniu poświęcona jest bardziej skomplikowanym zabiegom, które przeprowadzane są w warunkach sali operacyjnej. W ramach sesji wykonujemy te blokady, które wymagają diagnostyki rentgenowskiej oraz mogą wiązać się z ryzykiem powikłań. Takich zabiegów wykonujemy około trzystu rocznie. Najczęściej wykonujemy ostrzyknięcia (blokady) stawów międzykręgowych w odcinku szyjnym i lędźwiowym, blokady stawów krzyżowo – biodrowych, blokady korzeni nerwowych oraz zabiegi termolezji z wykorzystaniem prądu wysokiej częstotliwości. Pracujemy niemal zawsze w tym samym składzie osobowym, co czyni naszą pracę łatwiejszą. Warto także wspomnieć, że mamy swoje

ulubione płyty z muzyką, która towarzyszy nam w czasie sesji. Myślę, że nasza poradnia jest znakomitym przykładem pracy zespołowej. Pracy, która jest źródłem satysfakcji i radości. Do tradycji należą nasze letnie spotkania przy grillu a także przyjęcia świąteczne.

Oczywiście, poradnia boryka się z wieloma problemami. Najważniejszy z nich to czas oczekiwania na poradę. Dziś zapisujemy pacjentów na... październik. Nie jest to łatwe, gdy trzeba powiedzieć cierpiącemu pacjentowi, że kolejna wizyta będzie miała miejsce za pół roku. Takie jednak są realia, które warto uświadomić naszym administratorom służby zdrowia w Polsce, wymagającym, by każdy potrzebujący został przyjęty niemal natychmiast. Jest to niemożliwe w tak zamożnym kraju jak Wielka Brytania. Cóż dopiero w Polsce...

W moim liście chciałem pokazać jak funkcjonuje typowa poradnia leczenia bólu w Anglii. Wiem, że w polskich warunkach leczenie bólu opiera się w dużej mierze na entuzjazmie garstki zapaleńców, którzy mimo piętrzących się trudności wykonują nieprawdopodobną pracę. Chciałbym, by niniejszy tekst był dla nich zachętą i wsparciem.

Marian Lech Mazur

Koniec marca na polanie Tobołów w Gorcach

na polanie Tobołów
o krok bliżej nieba
rozciąga się kraina
jak z baśni Grimmów

Królowna Śnieżka śpi jeszcze
pod grubą śniegu powłoką
a słońce już zaczęło
powoli budzić śpiochów

wstali pierwsi krasnale
za krokusy przebrani
w fioletowe czapy
naliczyłem siedmiu
przyboczną drużynę
jak w bajce

chciałem prosić o audiencję
powiedzieli za wcześniej

czekać nie mogłem zbyt długo
poprosiłem więc tylko
o pobyt czasowy do zmroku

i z ostatnim promieniem
zjechałem w bezkrólestwie

Kącik głodnego lekarza dyżurnego



Po okresie postu, w czasie którego nie przedstawiłem nowych propozycji: coś na święta.

Sakiewki z niespodzianką

Produkty:

- ♦ piersi kurczaka ♦ koncentrat pomidorowy ♦ orzechy włoskie drobno potłuczone ♦ pieczarki
- ♦ banan ♦ kawałek wędzonego boczku ♦ kilka ząbków czosnku
- ♦ masło ♦ cebula ♦ przyprawy ziołowe ♦ suchy bulion vegetariański
- ♦ zielony pieprz ♦ folia aluminiowa
- ♦ suszone morele namoczone w winie.

Przygotowanie

Rozbite piersi kurczaka posypujemy ziołami, pieprzem zielonym i suchym bulionem vegetariańskim a następnie zwijamy i wkładamy do lodówki na około 2 godziny, aby nabrały aromatu i smaku.

Na patelni rozgrzewamy pokrojony boczek z rozkrojonym czosnkiem. Gdy wytopi się tłuszcz, usuwamy skwarki i czosnek, kładziemy drobno pokrojoną cebulę do zeszklenia, a następnie pieczarki. Gdy się podsmażą, odlewamy powstały sos. Odpowiednio duży płat folii aluminiowej (lepiej zrobić większą ilość mniejszych porcji niż jedną dużą) smarujemy masłem, posypujemy rozdrobnionymi orzechami i układamy płat piersi kurczaka. Górę smarujemy koncentratem pomidorowym, a na środek układamy wymieszane nadzienie z pieczarek, małych kawałków banana, przygotowanych moreli i rozdrobnionych orzechów włoskich. Brzegi unosimy do środka i skręcamy u góry tak, aby powstały woreczki z „uchwytem”. Pieczemy w nagrzanym do około 180°C piekarniku przez około 30 minut.

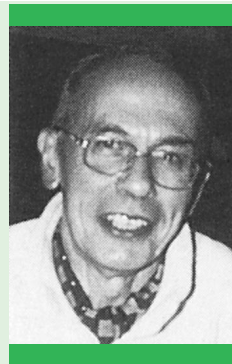
Takie sakiewki można podawać tuż po przygotowaniu albo po rozgrzaniu w piekarniku następnego dnia. Można także zabrać na dyżur i przy braku innego sposobu na podgrzanie, do uchwytu u góry przywiązać sznureczek i umieścić nad gotującą się w czajniku wodą i już...

Jerzy Kąkol

Mój jest ten kawałek podłogi!...

„Jeszcze mi wina nalej, sobie i mnie, jeszcze, jeszcze.”

Agnieszka Osiecka



Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Przeglądając twórczość poetki z okazji okrągłej rocznicy jej śmierci natknąłem się na utwór, którego fragment jak ulał pasował do mojego nastroju, towarzyszącego mi przez ostatnie dni i tygodnie. Bo jak mam się czuć dobrze, kiedy jedna z wysoko postawionych osób obraża mnie słowem „wysztalciuch”, inna też wysoko postawiona używa w stosunku do mnie słowa „hołota”!

Nalej mi wina, może poczuję się lepiej?

Ale nie! Bo to i może zaliczam się do „tżę elity”?

Nalej jeszcze i jeszcze!

Dlaczego mam mieć dobre samopoczucie, kiedy po „przejechaniu” się na palestrze, mediach, zabrano się za lekarzy! Czy po to utworzono specjalny Urząd, aby pokazać widowiskowy spektakl arestowania kardiochirurga? Kajdanki, kamery! Czy też tylko po to, aby pokazać szerokiej publiczności „sukces” działania tegoż Urzędu, a może w tym wszystkim jest jakiś inny cel? A to publiczne postawienie „ex cathedra” zarzutu zabójstwa a potem wykrętne tłumaczenie, że był to prawie „skrót myślowy”!

Jeszcze nalej i sobie i mnie!

Jeszcze mało? To należy „dokopać” profesorowi za „eksperymentalny?” przeszczep szpiku kostnego! Cóż z tego, że zarzuty okazały się bezzasadne – smrodek wokół osoby pozostał!

„Jeszcze mi wina nalej, pijmy bez słów” – woła poetka!

A jak tu pić bez słów, kiedy jak te słowa ujrzą światło dzienne, będziemy mieli nowe prawo lustracyjne. Ono obowiązywać będzie także i dziennikarzy. Dziennikarzem natomiast według Ustawy o prawie prasowym jest między innymi „osoba zajmująca się redagowaniem, tworzeniem lub przygotowywaniem materiałów prasowych, pozostająca w stosunku pracy z redakcją, albo zajmująca się taką działalnością na rzecz i z upoważnienia redakcji”.

Mile Panie i Szanowni Panowie!

Jeżeli dobrze rozumiem ten zapis prawa, to ja – pisząc te słowa – działam na rzecz i z upoważnienia redakcji naszego Biuletynu! Ergo – jestem dziennikarzem! Czyli podlegam lustracji, a dalej, jeżeli teżę się nie poddam to, zgodnie z prawem, na osiem lat pozbawiony jestem możliwości uprawiania „dziennikarstwa”!

W tym miejscu uprzejmie informuję, że lustracji się nie poddam! A co, nie wolno mi?!

Nalej mi jeszcze, bo za poetką –

„Trzeba zapomnieć lata dobre i złe,

zgubić je w szklance na dnie.”!

Panie i Panowie! To nie nawoływanie do picia ani też propagowanie alkoholizmu jest kierowane do Was z mojej strony, to „krzyk” człowieka, który chce żyć w normalnych czasach, który chce mieć swoją spokojną „złotą jesień życia”!

Kończąc mam nadzieję, że jednak będzie mi dana możliwość dalszego pisania.

Wasz

A. Martynowski

Na granicy Dzikich Pól

„W ojczyźnie ma się i przeszłość i przyszłość.

W obczyźnie – tylko teraźniejszość”

Ludwik Hirszfeld

W lutowe (8.02.2007) popołudnie, mimo mrozu i śnieży, sala malinowa Izby wypełniła się „po brzegi”. Tłumnie zgromadzeni seniorzy z wielkim zainteresowaniem wysłuchali prof. Z. Mackiewicza (już po raz trzeci w naszym Klubie), który podzielił się z nami swymi wrażeniami z wędrówki po tym właśnie skrawku ziemi, którego losy, jakże pokrętnie, stale spletały się z dziejami naszej Ojczyzny.

A ten „skrawek ziemi” – to „Dzikie Pola”, nazwa obejmująca w dawnej Polsce stepy południowej Ukrainy. Dzisiejsza Ukraina – to ośrodek pierwszego państwa Wschodnich Słowian. Po połączeniu w IX w. księstwa nowogrodzkiego i kijowskiego powstało wczesnofeudalne państwo Słowian Wschodnich, tzw. Ruś Kijowska, rządzona przez Włodzimierza I Świętego, który z rąk papieża przyjął chrześcijaństwo. Za jego następcy, Jarosława Mądrego (XI w.) nastąpiło rozbięcie dzielnicowe. Powstały liczne księstwa, w tym Księstwo Halicko-Włodzimierskie (1199 r.) – teren rywalizacji Polski i Węgier. Nasiliły się najazdy różnych państw, w tym Turków, Mongołów, Węgrów, a także Polski i Litwy, przy czym w okresie Unii Lubelskiej (1564 r.) praktycznie cały obszar Ukrainy wszedł w skład Korony. Nie udało się próba stworzenia „Rzeczypospolitej Trojga Narodów”. Wybuchły walki wyzwolenicze Ukrainy pod wodzą Bogdana Chmielnickiego, w wyniku których Ukraina została przyłączona do Rosji z pozostawieniem części prawobrzeżnej, bez Kijowa, przy Polsce, które to ziemie tracimy w czasie rozbiorów. Po I wojnie światowej w 1921 r. traktatem ryskim część Zachodniej Ukrainy z Lwowem włącznie, po bohaterskiej walce „lwowskich orłąt” zostaje przyznana Polsce, by znów ją utracić po II wojnie światowej na rzecz obecnie wolnej Ukrainy.

Tak, w „telegraficznym” skrócie, przebiegała historia tej, jakże ciężko doświadczonej przez los, ziemi. I po niej to właśnie wędrował nasz dzisiejszy prelegent, głęboko zauroczony jej pięknem. A na trasie jego poznawczej wędrówki znalazły się:

Lwów – miasto założone przez jednego z książąt staroruskich, Daniela (1201–1264) i ofiarowane w darze dla swego syna, Lwa (stąd ta nazwa miasta), a które od 1340 r. aż do rozbiorów Polski stałe do Niej należało. Tu było miejsce złożenia słynnych ślubów przez Króla Polski, Jana Kazimierza (1656 r.), tu znajdują się liczne groby sławnych Polaków, tu słynny cmentarz „Orłąt Lwowskich” (odnowiony ostatnio przez Polaków). Miasto piękne, znane z licznych, secesyjnych zabytków, tak bliskie polskiemu sercu, ale bardzo zaniedbane. Uderza nawrót religijności. Kościoły różnych wyznań, głównie unickie, wypełnione wiernymi, w tym często młodzieżą.

Olesko z pięknym zamkiem, w którym urodził się Jan III Sobieski. Jak głosi legenda, marmurowy stół, na którym położono nowonarodzone dziecko rozpadł się na pół, co miało oznaczać przyszłą potęgę niemowlęcia, a co się potwierdziło zwycięstwem króla Jana nad Turkami pod Chocimem i Wiedniem. W zamku tym mieszkał także król Polski Michał Korybut Wiśniowiecki (1638–1673). Obok zamku figura „tańczącego mnicha” oraz pełen ekspresji pomnik marszałka Budionnego. Wart uwagi także pałac królewski, w którym zamieszkiwali różni królewicze i rody magnackie.



Krzemieniec – a w drodze do niego dość liczne, ale zaniedbane kościoły oraz tzw. „Częstochowa Wołyńska”, zbudowana przez ród Potockich, obecnie znajduje się pod kontrolą cerkwi moskiewskiej. Krzemieniec do czasu Unii Lubelskiej należał do Litwy, która dbała o jego rozbudowę. Tu znajduje się słynne liceum krzemienieckie, stanowiące obecnie filię uniwersytetu, tu urodził się Juliusz Słowacki, a muzeum jego imienia zostało ostatnio odbudowane przez Polaków. Obok dobrze utrzymany pomnik jego matki. A nad miastem wznosi się góra im. Królowej Bony oraz jej zamek, w którym podobno nigdy nie mieszkała.

Wiśniowiec – siedziba rodu Wiśniowieckich. Tu rządy swoje sprawował Dymitr Wiśniowiecki, dowódca Kozaków zaporoskich (początkowo w służbie polskiej, potem moskiewskiej). Michał „Jeremi” Wiśniowiecki, książę ruski, tłumiący powstanie kozackie, oraz jego syn, Michał Korybut Wiśniowiecki (1638–1673), któł Polski, który w walce z Tatarami utracił Podole z Kamieńcem na mocy buczackiego traktatu (traktat, nigdy nie był ratyfikowany ani wykonany). Tu Dymitr Samozwaniec spotkał się z Mniszkówną, tu w kościele katolickim w czasie ostatniej wojny Ukraińcy wymordowali grupę Polaków. Tu od wieków ziemia stała nasiąkała krwią różnych narodów i narodowości.

Zbaraż – z zamkiem otoczonym murami obronnymi, słynnym ze zwycięskiej walki polskiej załogi z wojskami tatarsko-kozackimi.

Trembowla – przed wojną miejsce wypoczynkowe, obecnie zamieszkała nadal przez dość liczną grupę Polaków. Zachowała się cerkiew unicka z ikoną z kościoła katolickiego, cerkiew z dzwonnicą z której rozciąga się rozległy widok na „dzikie pola” oraz figura Matki Boskiej, którą w czasie wojny pocięto celem łatwiejszego jej ukrycia – obecnie „scalono”. Niedaleko rzeka Zbrucz, a wzdłuż niej ruiny zamków obronnych oraz cmentarzyków żydowskich – miejsca rozstrzeliwań Żydów w czasie ostatniej wojny.

Chocim – miejsce walk Rzeczypospolitej z Turkami zakończonych w 1621 r. przez J. Chodkiewicza rozejmem, a w 1673 r. przez Jana III Sobieskiego – zwycięstwem. Opodal szeroko rozlany Dniestr, oraz Okopy Św. Trójcy.

Kamieniec Podolski – twierdza – muzeum na pograniczu dawnej Rzeczypospolitej, kilkakrotnie oblegany przez wojska tureckie. Położony na rozległej, poprzecinanej słynnymi jarami podolskimi, dolinie jest swego rodzaju świadkiem przemian,

Dokończenie na następnej stronie

Najtrudniej przyjąć oczywiste



Zbyt dużo antybiotyków

Zgodnie z raportem Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych zajmujemy niechlubne, drugie miejsce w Europie pod względem zużycia różnych leków przez statystycznego mieszkańca. Wyprzedza nas tylko Francja.

Lekarze w Polsce często przepisują antybiotyki, a pacjenci chętnie je zażywają. Wspomnijmy chociażby ostatni „okres przeziębieniowy”. Najczęstszym czynnikiem etiologicznym przeziębienia jest wirus i tylko w części przypadków dochodzi do nadkażenia bakteryjnego. Również w szpitalach zużycie antybiotyków jest nadmierne, a dobór preparatów często nieodpowiedni.

Chemioterapia zakażeń jest dziedziną medycyny, w której popełnia się najwięcej pomyłek. Jest wiele przyczyn tego zjawiska. Najważniejszymi wydają się: brak powszechnego dostępu do badań mikrobiologicznych i długi czas oczekiwania na ich wyniki. Sprawia to, że zamiast antybiotyku o wąskim spektrum aktywności, wybieramy lek o aktywności wobec wszystkich możliwych patogenów. Na skutek naszych nierozważnych działań hodujemy „superbakterie” odporne na wiele stosowanych leków. Lawinowo narastająca oporność w największym stopniu dotyczy patogenów szpitalnych. Mimo szybkiego postępu biotechnologii, brak jest obecnie antybiotyków o nowych mechanizmach działania. Badania prowadzone od 1997 r. przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego wykazują, że w Polsce poziom lekooporności stale wzrasta. Pojawiają się zakażenia, powodowane przez drobnoustroje, które w przeszłości nie były groźne. Przykładem może być narastająca oporność pneumokoków. Także gronkowiec złocisty, który w latach 50. XX w. był wrażliwy na większość powszechnie stosowanych antybiotyków, obecnie w ponad 90% jest odporny na antybiotyki z grupy penicylin.

Największe znaczenie w zahamowaniu tym niekorzystnym tendencjom ma ograniczenie oraz racjonalizacja stosowania dostępnych leków przeciwbakteryjnych. W związku z tym Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych rozpoczął kampanię „Bezpieczny Lek”. Celem kampanii jest ograniczenie zużycia antybiotyków i uświadomienie Polakom zasad bezpiecznego stosowania medykamentów. W 2004 roku powołano Narodowy Program Ochrony Antybiotyków w Polsce „Chrońmy antybiotyki”, koordynowany przez Zespół Badań Mikrobiologicznych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego w Warszawie. Program ten realizuje postulat monitorowania zużycia antybiotyków poprzez opracowanie i wdrożenie kompleksowego systemu mającego na celu powstrzymanie utraty skuteczności antybiotyków w leczeniu zakażeń i chorób zakaźnych na skutek powstawania i rozprzestrzeniania się lekooporności drobnoustrojów.

Zanim kolejny raz zalecimy antybiotyk, pamiętajmy o tych kilku uwagach.

Iwona Sadowska-Krawczyńska

Proszę o uwagi i komentarze na adres:
iesadowska@poczta.onet.pl

Dokończenie ze strony poprzedniej

które tu miały miejsce. I tak np. znajduje się tu katedra kilkakrotnie przerabiana (w zależności od aktualnie panującego) – raz na turecki minaret, to znów na katolicką katedrę, z tym, że po ostatniej przeróbce przy katedrze pozostał... minaret, półksiężyc i figura Matki Boskiej – ekumenicznie! Duże wrażenie robi sama twierdza z białą wieżą w której miał się wysadzić Wołodyjowski. A niedaleko jego grób, oraz grób (podobno jego żony) ze „wzruszającym” napisem na płycie: „tu leży cholera”.

Jazłowiec – miasto z grobowcem uznanej przez Jana Pawła II za błogosławioną Marceliny Darowskiej. Stąd właśnie grupie polskich zakonnic udało się wywieźć do Niepokalanowa cudowny obraz Matki Boskiej Jazłowieckiej.

Czerniowce – miasto należące przed ostatnią wojną do Rumunii. Pięknie odbudowane, nowoczesne, z Collegium Medicum, operą oraz kompleksem kościelnych budynków i tzw. (ze względu na kształt budowli) „tańczącą”, czy jak inni chcą „pijaną” cerkwią. I ostatnie miasto na trasie.

Czerwonogórd – należący przed wojną do Polski. Tu znajdowała się siedziba rodu Lubomirskich, stąd w czasie ostatniej wojny jej właścicielka, księżna Lubomirska, została wywieziona przez Rosjan na Sybir, gdzie zmarła, a okoliczna polska ludność została wymordowana przez Ukraińców. Obecni mieszkańcy tych terenów są przychylnie nastawieni do turystów, także polskich.

I tak zakończyła się nasza, pod przewodnictwem prof. Mackiewicza, piękna, ale tylko „slajdowa” wędrowka dawnymi polsko-litewskimi śladami, wędrowka która zachęciła nas do odwiedzenia tych stron w tegorocznej, seniorowej wycieczce, na co wyrazili już zgodę jej organizatorzy, tzn. Komisja Socjalna z jej przewodniczącym, dr n.med. H. Osińskim. Bardzo się z tego cieszymy a panu profesorowi serdecznie dziękujemy za tę piękną „inspirującą” prelekcję i ten „turystyczny przewodnik”. Przyda się nam w naszej wędrowce.

*H. Grzybowska-Rogulska
Klub Seniora*

Marian Lech Mazur

Przedwiośnie

*Jeszcze zima
śnieg sypie w deszcz
z dachów zejść nie chce
rynnami płacze
ale południe
wiośniane*

*w bezlistnym lesie
śnieżyczki
chwytają słońce
za palce
wkrótce zakwitną
biało*

by nie zasmucać zimy

Marian Lech Mazur urodził się w 1939 w Bydgoszczy. Akademię Medyczną ukończył w Krakowie. Stopnie specjalizacji to anesteziologia i laryngologia. Doktorat obronił w Poznaniu. Ordynator Oddziału Anestezjologii i Intensywnej

Opieki Medycznej Szpitala Wojewódzkiego w Bydgoszczy. Praca w Instytucie Anestezjologii Szpitala Uniwersyteckiego w Holandii a następnie w Nigerii. Po powrocie praca na oddziale IOM i Anestezjologii w Szpitalu MSWiA, jako z-ca ordynatora. Obecnie jest wiceprezesem Przzychodni Gdańska, prowadząc jednocześnie Poradnię Walki z Bólem i Laryngologiczną.

Kolega, przyjaciel, nauczyciel, wspaniały choć niezwykle skromny człowiek, młody duchem, piszący cudowną poezję. Doceniony przez wielu krytyków literackich. Publikuje swoje utwory w „Akancie”.

Przed nim wydanie tomiku poezji. Gratuluję! Jestem pod wielkim wrażeniem. Proszę nie wstydić się swojego talentu, ale go dalej rozwijać.

Małgorzata Świątkowska

PRACA

Obwód Lecznictwa w Bydgoszczy SPZOZ przy ul. Dworcowej 63 zatrudni – w trybie pilnym – w pełnym wymiarze czasu pracy specjalistę medycyny rodzinnej lub ogólnej do pracy w poz.

Prosimy o kontakt pod nr 052 5183470.

WYNAJMĘ

Wydzierżawię nowo wybudowany pawilon handlowo-usługowy o łącznej powierzchni użytkowej 160m². Na jego powierzchnię składa się: piwnica – 50 m², parter – 50 m², piętro – 60 m².

Pawilon znajduje się w Nowym Fordonie, przy ul. Armii Ludowej, osiedle Nad Wisłą.
Telefony kontaktowe: (52) 3468528, kom. 502734329.

Katedra i Zakład Genetyki Klinicznej wraz z Poradnią Psychologiczno-Pedagogiczną w Bydgoszczy zapraszają lekarzy pediatrów, lekarzy rodzinnych oraz wszystkich zainteresowanych tematem na konferencję naukowo-szkoleniową

PROBLEMY KLINICZNE I WSPOMAGANIE ROZWOJU DZIECI Z ZESPOŁEM DOWNA

Konferencja odbędzie się 21 kwietnia (rozpoczęcie – godz. 9.00) 2007 r. w sali konferencyjnej Kujawsko-Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Bydgoszczy, ul. Jagiellońska 3. Koszt uczestnictwa 30 zł. Zgłoszenia i wpłaty prosimy nadsyłać do 13 kwietnia 2007 r.

**Zgłoszenia w sekretariacie Katedry Genetyki Klinicznej,
tel. 052 5853567**

K O M U N I K A T

Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi informuje, że w dniach
20–22 kwietnia 2007 r. organizuje

VII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Siatkówce Halowej

Zapraszamy do udziału zainteresowane drużyny z poszczególnych OIL.

Informacje:

dr Bogusław Rataj tel. 0-602 57 40 99

Warunkiem uczestnictwa w turnieju jest przesłanie wpisowego
w wys. 400 zł. od drużyny.

na konto OIL w Łodzi:

PKO BP SA | Oddział w Łodzi nr konta 98 10203352 0000 160200100362
z dopiskiem „Piłka siatkowa”

Zapraszamy do Adrii

Na czytelników „Primum non nocere” czeka 16 biletów do kina! Można je wykorzystać na dowolnie wybrany film. Czekamy na telefony 13 kwietnia 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!



Repertuar kwiecień 2007

- 12 i 13 IV William Szekspir – „Tymon Ateńczyk”, 19.00
 - 17 i 18 IV William M. Thackeray – „Pierścień i róża”, 9.00 i 11.30
 - 22 IV Stanisław Wyspiański – „Powrót Odysa”, próba otwarta, 18.00
 - 29 IV Stanisław Wyspiański – „Powrót Odysa”, **PREMIERA**, 18.00
- Repertuar może ulec zmianie.*

Od Primum Non Nocere!

Mamy dla Państwa zaproszenie na premierę „Powrót Odysa” S. Wyspiańskiego w reżyserii Pawła Wodzińskiego:

- 29 kwietnia (niedziela), godz. 18.00, 4 podwójne zaproszenia

Prosimy telefonować 13 kwietnia
w godz. od 9. do 11.
Tel. 052 346 00 84.

KONSYLIMUM



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

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

KINO TEATR
ADRIA
Filmowy kwiecień:

Wakacje Jasia Fasoli
Niewygodna prawda
Most do Terabithii
Listy z Iwo Jimy
Testosteron
Dreamgirls
Duchy Goł

KABARETOWA SCENA KINA ADRIA ZAPRASZA:
GRUPA RAFAŁA KMITY
13 IV godzina: 20:30 cena 35zł

KABARETOWA SCENA KINA ADRIA ZAPRASZA:
IRENEUSZ KROSNY
+ KABARET SKECZOW MECZACYCH
26 IV godzina: 20:30 cena 40zł
www.kinoadria.pl tel. 52 371 27 39

KUPON

**bilet za
10 zł**

**PRIMUM
NON NOCERE**



RENAULT

SZTUKA TWORZENIA SAMOCHODÓW

Szczegóły oferty u Autoryzowanych Partnerów Renault
www.renault.com.pl



Max korzyści

Espace od 99 000 zł. Nr 1 w Europie w swojej klasie

RENAULT. WYZNACZA STANDARDY BEZPIECZEŃSTWA

Stan oferty na dzień 08.03.2007 r. W zależności od wersji i wariantu zużycie paliwa w cyklu mieszanym wynosi dla Espace: od 7,2 do 12,2 l/100 km, emisja CO₂ od 191 do 289 g/km. Niektóre z prezentowanych elementów wyposażenia są dostępne w opcji. Szczegółowe informacje dotyczące obrotu i recyklingu samochodów wycelowanych z eksploatacji na stronie internetowej: www.renault.com.pl.

unicar S.A.

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

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