

PRIMUM NON NOCERE

XXVII Sprawozdawczo-Wyborczy
Okręgowy Zjazd Lekarzy – delegatów
Bydgoskiej Izby Lekarskiej
odbędzie się **12 grudnia 2009 roku**.
Uchwałę o zmianie terminu Zjazdu podjęła
Okręgowa Rada Lekarska BIL
10 września 2009.

W NUMERZE

KOMORNIK CZY PROKURATOR

Trudne decyzje 2

DOKTOR JÓZEF BEDNARZ

Kapitan zawsze ostatni opuszcza swój okręt 3

INFORMUJEMY

Wczesne wykrywanie tętniaka aorty brzusznej ... 4

NFZ stworzył Vadecum 4

10 lat „Wiadomości Akademickich” 4

Nowa aparatura w Bieleju już ratuje życie! 5

Szpital Przyjazny Dziecku 5

UWAGA! GRYPA!

Nieziemna choroba wywołana
przez zmienny wirus 6

Z SEJMU

Jarosław Katulski, Platforma Obywatelska 8

KONFERENCJE

ZUS KONTROLUJE 10

STAŻE

Wakacyjna praktyka w Peru 11

POLEMIKI – FEATOR

..... 13

NOWE W NAUCE

Witamina C – na dobre i na złe? 14

SPOTKANIA

..... 16

FELIETON I...

..... 17

WSPOMNIENIA

..... 18

LEKARZE STRZELALI

..... 19

W PIGUŁCE

..... 20

Zdjęcie na okładce: Maciej Grzymiel

Szanowne Koleżanki i Koledzy



Zadałem sobie kiedyś pytania: co to jest samorząd i po co nam potrzebny jest samorząd?

Na pierwsze pytanie bardzo szybko uzyskałem odpowiedź sięgając do popularnej Wikipedii. Tam znalazłem taką definicję: „z prawno-administracyjnego punktu widzenia oznacza powierzenie (samorządowi) przez państwo realizacji różnego rodzaju zadań z zakresu administracji publicznej (czasem również sądowniczej) zrzeszeniom osób, których dotyczą skutki wykonywania tych zadań. Samorząd oznacza również administrację publiczną wykonywaną samodzielnie przez odrębne od państwa, posiadające osobowość prawną wspólnoty osób (korporacje, związki publicznoprawne).”

Teraz znam już definicję, ale nadal nie wiem z czyjej to woli nasz samorząd powstał? I tu odpowiedź jest prosta! Wystarczy zapoznać się z art. 1 ustawy o izbach lekarskich z dnia 17 maja 1989 roku, który to artykuł cytuję:

„1. Tworzy się samorząd lekarzy i lekarzy dentystów, zwany dalej »samorządem lekarzy«.

2. Samorząd lekarzy jest niezależny w wykonywaniu swych zadań i podlega tylko przepisom ustawy.

3. Jednostkami organizacyjnymi samorządu lekarzy posiadającymi osobowość prawną są: Naczelna Izba Lekarska i okręgowe izby lekarskie”.

Moim zdaniem jeszcze bardziej uprawomocnia istnienie samorządu art. 17. ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, który mówi:

„Ustawa zasadnicza umożliwia tym zapisem przekazanie części zadań publicznych innym, ustawowo wskazanym, zdecentralizowanym podmiotom i organom administracji publicznej, m.in. korporacjom zawodowym. Korporacja jako instytucja administracji zdecentralizowanej wykonuje zadania publiczne samodzielnie, w imieniu własnym i na własną odpowiedzialność”.

Teraz pora na odpowiedź: po co nam samorząd? I tu znajduję szybko odpowiedź, bowiem istotą samorządu jest powierzenie, na drodze ustawowej, zarządu sprawami publicznymi w określonej dziedzinie **samym zainteresowanym!**

A poza tym bez względu na to, w jakim stopniu samorząd spełnia nasze oczekiwania, w jakiej mierze jego działalność nas cieszy lub irytuje, wydaje się rzeczą pewną, iż **lepiej jest z samorządem niż bez niego!**

Zadacie sobie Szanowne Koleżanki i Koledzy pytanie, po co ja o tych sprawach, być może nudnych, piszę? I to w artykule wstępnym!

Ano piszę dla przypomnienia tego, co leży u podstaw naszego istnienia.

Istnienia, w celowość którego, niestety, wielu z nas wątpi!

Andrzej Martynowski

BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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



WYDAWCA: Bydgoska Izba Lekarska, 85-681
Bydgoszcz, ul. Powstańców Warszawy 11;
telefony: 0523460084, 0523460780;
Numer konta BIL: PKO BP II O/Bydgoszcz
95102014750000830200191197;
e-mail: bil@bil.org.pl; <http://www.bil.org.pl>

• Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności
Zawodowej: e-mail: rzecznik@bil.org.pl
tel. 0523461257

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

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

DRUK: NEGATYW, Bydgoszcz tel. 052 3456616

SKŁAD: MAGRAF, Bydgoszcz tel. 052 3791435

Trudne decyzje

Agnieszka Banach

Na „kupno” świadczeń medycznych w 2009 r. Kujawsko-Pomorski Wojewódzki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia miał ponad 2 mld 700 mln zł. Znaczna część tej kwoty, bo aż 48 proc., została zakontraktowana w szpitalach. Szybko okazała się niewystarczająca. Już pod koniec czerwca nadwykonania, czyli świadczenia wykonane ponad określony w kontraktach limit, wynosiły w lecznicach 109 mln 582 tys. złotych – informuje Fundusz! Największy szpital w województwie – Uniwersytecki nr 1 – na koniec lipca wykonał ich już na kwotę ponad 19 mln zł, Szpital Uniwersytecki nr 2 im. Bizuela po 7 miesiącach tego roku – ma na swoim koncie dodatkowe świadczenia za ponad 5 mln.

Fundusz nie zapłaci

Kwestia pokrycia świadczeniodawcom tegorocznych nadwykonań, mimo zapewnień minister zdrowia Ewy Kopacz, że tak się stanie, ciągle zostaje niezafatwiona. „Deklaracje składała pani Minister, a nie NFZ – podkreśla Barbara Nawrocka, rzeczniczka oddziału NFZ w Bydgoszczy – Fundusz nie ma środków finansowych na nadwykonania w bieżącym roku. Jeśli będą dodatkowe pieniądze, to będzie możliwość ich sfinansowania.”

Na razie jednak dodatkowych pieniędzy na horyzoncie nie widać i jak mówi Barbara Nawrocka: „obecnie płacimy zgodnie z wykonaniem za świadczenia nielimitowane i ratujące życie, za pozostałe (tzw. planowe – odred.) – zgodnie z zawartą umową.”

Wygląda to tak: dyrektorzy lecznic co miesiąc raportują NFZ jakie świadczenia wykonali. W pierwszej kolejności muszą wykazywać tzw. procedury ratujące życie, dalej tzw. planowe. NFZ płaci za nie co miesiąc, zgodnie z wartością umowy jaką zawarł ze szpitalem. Przekraczające wartość kontraktu, wykonane przez szpital procedury, stają się nadwykonaniami, czyli świadczeniami wykonanymi ponad limit. Niektórzy dyrektorzy, by do nich nie dopuścić wymagają od szefów swoich oddziałów, by co miesiąc „zostawiali” sobie 30 proc. kontraktu na procedury ratujące życie, resztę „dzieląc” na zabiegi planowe, ustawiając chorych, którzy mogą czekać w kolejki. O tym kto może czekać lekarz musi postanowić sam: „O przyjęciu pacjenta do szpitala i jego miejscu w kolejce decyduje lekarz, oceniając stan zdrowia chorego – mówi rzeczniczka Funduszu – NFZ nie definiuje świadczeń ratujących życie. To lekarz musi wiedzieć, czy niewykonanie świadczenia w danej chwili będzie skutkowało utratą życia pacjenta, czy też nie.”

Nie zawsze jest to proste. „Zatóżmy, że trafia do nas pacjent po urazie głowy. Przyjmujemy go na obserwację, bo może pojawić się u niego zagrażający życiu krwiak nadciśnieniowy. Robimy tomografię, potem kolejną, żeby zobaczyć czy krwiak się nie tworzy. Okazuje się, że nie, pacjentowi nic nie jest. NFZ nam za jego leczenie nie płaci, bo limit już wyczerpaliśmy. Co jednak powiedziałby NFZ i prokurator, gdyby chorego nie położył, a on za kilka dni by umarł? – pyta Krzysztof Motyl, dyrektor Szpitala Miejskiego w Bydgoszczy i dodaje – Fundusz wymyślił sobie pojęcie: procedury ratujące życie, kryterium, które prawnie nie istnieje i nie daje się zdefiniować. W medycynie istnieją tylko wskazania nagłe, pilne i planowe oraz względne i bezwzględne. Można przecież powiedzieć, że życie ratujemy także operując ząb, bo może się tak zdarzyć, że odesłany chory nie zobaczy samochodu i zginie...”

A i tak zawsze największą odpowiedzialność za odmowę przyjęcia pacjenta ponosi lekarz: „To nie dyrektor świeci oczyma przed pacjentem, tylko lekarz. W razie czego on też odpowiada przed sądem. Żaden prokurator nie uwzględni, nawet pisemnego, zarządzenia dyrektora, żeby nie przyjmować chorego. Powie, że to decyzja lekarza, to on popełnił błąd.” – mówi Krzysztof Motyl.

Komornik czy prokurator?

Przyjmować pacjentów mimo wyczerpania limitów i brnąć w długi, a w związku z tym narażać się na zajęcia komornicze? Czy raczej ograniczyć przyjęcia do, jak to nazywa NFZ: świadczeń ratujących życie, ale tu znowu wystawić się na ryzyko powództw cywilnych i karnych? To dylemat przed którym stoją obecnie dyrektorzy szpitali.

Na Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. dr. Jurasza ciąży zobowiązania wymagalne w kwocie prawie 73 mln. Powstawały głównie w latach 2003–2006, ale dziś lecznica ponosi konsekwencje z powodu tych niezapłaconych należności. Niedawno konto jednostki zablokowało kilku komorników. Pracownicy związani umowami-cywilno prawnymi nie dostali w terminie swoich wynagrodzeń. Tym razem problem udało się rozwiązać dzięki bydgoskiemu Funduszowi, który szybciej pokrył lecznicy comiesięczną fakturę. Taka sytuacja może się jednak powtórzyć, bo nad szpitalem „wiszą” kolejne nakazy sądowe. „Jurasz” broni się jak może przed groźbą zapaści finansowej. „Musimy oszczędzać na wszystkim: zużyciu energii elektrycznej, wody, leków, środków opatrunkowych, sprzęcie jednorazowego użytku, rozmowach telefonicznych – wylicza dyrektor Wanda Korzycka-Wilińska – Jednym z wielu podjętych działań jest Zarządzenie zobowiązujące kierowników klinik do nieprzekraczania miesięcznych limitów za-

kontraktowanych z NFZ oraz do planowania pracy tak, aby pacjenci planowi i ci przyjmowani w stanach nagłych i zagrażających życiu mogli „zmieścić” się w zakontraktowanych wartościach. Zarząd Szpitala rozważa również możliwość obniżenia wysokości umów cywilno-prawnych. Analizujemy też potrzeby w zakresie zasobów ludzkich, tak aby zostały spełnione wymagania Funduszu oraz te związane z prowadzoną dydaktyką.”

Co ma jednak zrobić Uniwersytecki nr 1, żeby się nie spotkać z prokuratorem jeżeli np. nefrologia, neurochirurgia, czy laryngologia wyczerpały już ustalony z NFZ limit roczny i powinny skupić się tylko na przyjmowaniu pacjentów, u których wystąpi nagłe pogorszenie stanu zdrowia lub zagrożenie życia, bo wykonywanie innych świadczeń, za które nikt nie zapłaci jeszcze bardziej pograży Szpital?

W Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. Bizuela Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii oraz Klinika Położnictwa, Chorób Kobiety i Ginekologii Onkologicznej – jednostki z największymi nadwykonaniami – właściwie też mogłyby przestać przyjmować pacjentów. „Jeżeli NFZ nie płaci za nadwykonania, co w świetle prawa może uczynić, pacjenci leczeni są na koszt Szpitala” – zaznacza Magdalena Kopeć, dyrektor ds. finansowych lecznicy.

Chorzy przyjmowani ponad limit obciążają budżet Szpitala, przez co jednostka generuje coraz większy dług – na razie na Bizielu ciąży 38 mln zł zobowiązań, w tym około 15 mln wymagalnych. Niedawno o Uniwersyteckim nr 2 było głośno z powodu nakładania kar finansowych na ordynatorów za świadczenia wykonane ponad limit. „Zostałem ukarany za leczenie” – mówił szef jednej z klinik wobec, którego zastosowano nowy system. „W tym roku wyjątkowo wprowadziliśmy ograniczenia przyjęć ze względu na informację z NFZ, którą otrzymaliśmy już w marcu, że świadczenia realizowane ponad zawartą umowę nie zostaną opłacone. Podstawowym pytaniem do Zarządu Szpitala w tej sytuacji było, czy wszyscy pacjenci powinni być hospitalizowani, czy niektórzy z nich mogliby być leczeni w warunkach ambulatoryjnych. W oddziałach, w których odnotowano największe przekroczenia znaczna część pacjentów mogłaby być prowadzona w warunkach ambulatoryjnych. Działania Szpitala adresowane do ordynatorów, nie jako lekarzy, lecz w tym przypadków menadżerów oddziału, zmierzały do ograniczenia zbędnych przyjęć z punktu widzenia terapeutycznego. – mówi Magdalena Kopeć i podkreśla – Żaden z ordynatorów nie został ukarany za to, że leczył, tylko za to, że nie realizował wyznaczonych przez Zarząd zadań.”

W bydgoskim Szpitalu Miejskim, pomimo zobowiązań w kwocie kilkunastu mln złotych, sytuacja finansowa jest stabilna. „Pytanie: jak długo? – zastanawia się dyrektor Krzysztof Motyl – Na pewno przyjdzie taki moment, że Zarząd Szpitala będzie musiał podjąć decyzję, czy nadal świadczymy usługi zdrowotne, za które nam nikt nie płaci, narażając się na groźbę zajęć komorniczych, czy ograniczamy liczbę świadczeń.

Dokończenie na str. 15

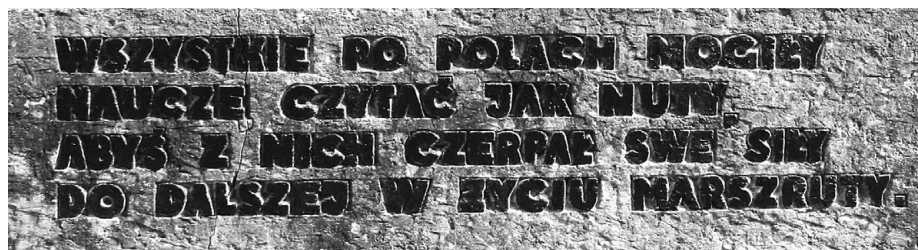
Doktor Józef Bednarz potwierdził to własnym życiem – kapitan zawsze ostatni opuszcza swój okręt

lek. med. Lucyna Suś, mgr Joanna Jaskólska

Szpital psychiatryczny w Świeciu jest najstarszym działającym szpitalem psychiatrycznym w kraju. Funkcjonuje od 1 kwietnia 1855 roku. W swojej ponad 150-letniej historii ma też wydarzenia tragiczne i heroiczne.

We wrześniu 1939 roku w szpitalu, nazywanym wówczas Krajowym Pomorskim Zakładem Psychiatrycznym przebywało około 1600–1700 chorych. W dniu wybuchu wojny większość lekarzy została zmobilizowana do wojska. Żegnając ich dyrektor Zakładu dr Józef Bednarz powiedział „kapitan zawsze ostatni opuszcza swój okręt”. Nie był zdolny do porzucenia swojego stanowiska i pozostawienia bezradnych chorych bez opieki. Po zajęciu Świecia przez wojska niemieckie od 3 września w szpitalu zaczął urzędować niemiecki administrator dr Loehr. Wizytował on oddziały razem z dr Bednarzem. Przez cały wrzesień Zakład zachował względną autonomię. Nadal pracował przedwojenny personel. Był jednak nadzorowany przez członków S.A. Do 20–25 września dr Bednarz formalnie sprawował swoje obowiązki. Leczył i opiekował się chorymi. Wydaje się, że przewidywał jaki los może spotkać chorych, gdyż wzywał do siebie rodziny i opiekunów, namawiał ich do niezwłocznego wypisywania chorych bez względu na ich stan psychiczny. Pod koniec września dr Bednarz został osadzony w areszcie domowym. Nie mógł kontaktować się z chorymi i polskim personelem. Został ostrzeżony, że powinien opuścić szpital.

Pod koniec września zaczęto sporządzać listy pacjentów. Przygotowywano wykazy chorych pochodzenia żydowskiego, zdolnych do pracy. Personelowi tłumaczono, że chorzy mają być przewiezieni w inne miejsce. Zaczęto ich wywozić. Pod pawilony podjeżdżały ciężarówki z esesmańskim konwojem. Ostatnia ich droga nie była zbyt długa. Masowych rozstrzeliwań dokonywano w pobliskich lasach w okolicach Nekli, Luszkowa, Luszkówka, Borówna, Mniszka. We wrześniu i październiku 1939 roku zamordowano około 1350 chorych z Krajowego Zakładu Psychiatrycznego w Świeciu nad Wisłą. Jednemu z chorych, Janowi Plicie, udało się schować w beczce stojącej do góry dnem, przed przyjazdem oprawcy. Spędził w niej trzy dni, po czym szczęśliwie oddalił się z terenu Zakładu, znalazł opiekuna i doczekał wyzwolenia.



W połowie października do transportu dołączono dr. Bednarza. Jeden z pracowników szpitala widział wówczas doktora ubranego w kitel lekarski, prowadzonego przez Niemca mieszkającego w jednej z okolicznych wiosek. Zamienił wówczas kilka słów z dr. Bednarzem. Miał on mu powiedzieć: „to jest moja ostatnia droga”. Później zaprowadzono doktora do stojącego za szlabanem auta. Od tej pory nikt już nie spotkał dr. Józefa Bednarza. Został rozstrzelany wraz z chorymi, w pobliżu miejscowości Mniszek. Na krótko przed wywiezieniem dr. Bednarza, współpracownicy – Baumgardt i inni przygotowali mu ucieczkę, organizując przy pomocy miejscowego rybaka, przeprawę łodzią przez Wisłę. Dr Bednarz nie wyraził na to zgody. Pozostał do końca ze swoimi chorymi. Uważał, iż jako lekarzowi nie godzi mu się zostawić ich bez opieki. W miejscu jego domniemanego pochówku, w miejscowości Mniszek, do niedawna widniał napis „ofiaram eutanazji”. Tylko nielicznym pacjentom udało się odmówić „tego prawa do godnej śmierci”, jaką zgotowali im hitlerowcy.

Pod koniec października 1939 r. przewieziono około 300 chorych do szpitala w Kocborowie. Rozstrzelano ich w lesie szpęgawskim w 1940 roku. Zagładę przeżyło jedynie sześciu chorych świeckiego szpitala.

W latach 1940–1944 naziści przystąpili do „porządkowania” miejsc masowych zbrodni. Rozkopywano mogiły i palono zwłoki. Zatrudnieni byli przy tych czynnościach jeńcy angielscy, francuscy i sowieccy. Po wykonaniu prac spotykał ich los ofiar, których ciała poddawali kremacji. Okolica oznaczona była taśmą, na której widniał napis „kto przekroczy tę granicę, zostanie bez ostrzeżenia rozstrzelany”.

Do tej pory brak słowa na określenie zagłady chorych psychicznie. Powstały określenia: holocaust, endlosung, szoah. Podobnie nikt dotąd nie potrafi nazwać tego, czego dokonał dr Józef Bednarz. Nie wymawia się zbyt głośno jego nazwiska, choć

jest mitycznym, złożonym już dowodem czcila pomordowanych chorych. Zabieganie o ratowanie chorych i poświęcenie życiem wierności zasadom humanitaryzmu, to jego czyny. Przez lokalnych miłośników historii dr Józef Bednarz nazywany jest „pomorskim Korczakiem”. Nasuwa się pytanie, w czym mniejszy był od Korczaka? Czy poprzez tabu wynikające z jego profesji? Czy dlatego, że Ci, którym służył, to ludzie z innego świata? Można bowiem stwierdzić, że dr Bednarz był „mostem między mentalnościami”.



Józef Bednarz urodził się 2 października 1879 roku w Tyfilisie na Kaukazie. Studia lekarskie odbył w Akademii Wojskowo-Medycznej w Petersburgu. Tam uzyskał dyplom lekarza w 1904 roku. Był asystentem w Klinice

Neurologicznej Bechterewa i jednocześnie ordynatorem Petersbuskiego Szpitala Miejskiego im. Pantelejmona. Jako czynny członek PPS został osadzony w Warszawie w Cytadeli. Po roku bezowocnego śledztwa wydany z Królestwa przeniósł się do Lwowa. Zatrudnił się w szpitalu w Kulparkowie. Od 1921 roku przejął funkcję starszego ordynatora w Tworach. W 1927 roku obejmuje dyrekturę szpitala w Kulparkowie. Przed objęciem dyrektury w Świeciu pracował także jako ordynator oddziału psychiatrycznego w Grudziądzu w latach 1931–1932.

Szpital wznowił swoją działalność już w kilka tygodni po wyzwoleniu Świecia, jeszcze przed zakończeniem wojny. Zaczął przyjmować chorych, a jednym z nich był ocalały z zagłady Jan Plić.

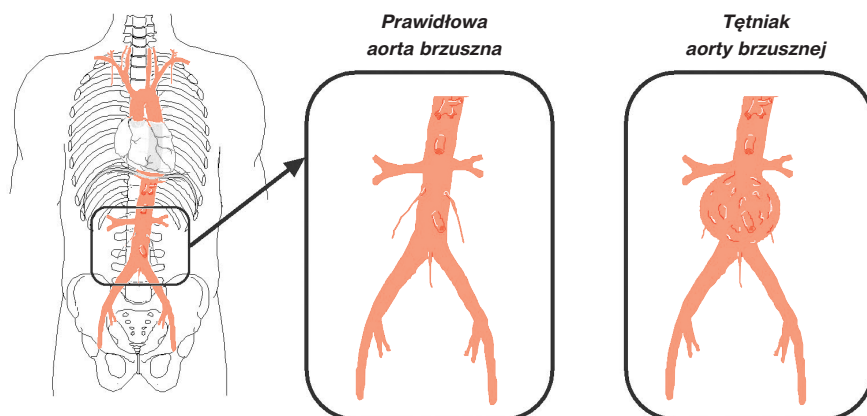
W następnym numerze – o wrześniu 1939 – artykuł doktora M. Boguszyńskiego o bydgoskiej pielęgniarkie, biorącej udział w kampanii wrześniowej. (więcej na stronie 20 PNN – „Zapraszamy na wystawę”)

Zapraszamy do współpracy!

Wczesne wykrywanie tętniaka aorty brzusznej

W województwie kujawsko-pomorskim prowadzony jest „Program badań przesiewowych w kierunku tętniaka aorty brzusznej”. Pomysłodawcą akcji jest prof. dr hab. med. Arkadiusz Jawień, kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej CM UMK Szpitala Uniwersyteckiego Nr 2 im. Biźziela w Bydgoszczy. Urząd Marszałkowski naszego województwa przeznaczył na ten cel prawie 100 tys. złotych. Wykonawcą programu jest Wojewódzka Przychodnia Sportowo-Lekarska w Bydgoszczy.

Tętniakiem aorty brzusznej nazywamy poszerzenie aorty poniżej odejścia tętnic nerkowych o średnicy powyżej 3 cm. Częstość występowania tętniaka aorty brzusznej u mężczyzn jest porównywalna z częstością występowania raka szyjki macicy u kobiet. Choć tętniak aorty brzusznej może nie dawać objawów przez wiele lat, to ostatecznie 1 na 3 pęka, jeśli nie był wcześniej rozpoznany. Współczynnik umieralności pacjentów z pękniętym tętnakiem aorty brzusznej wynosi 65%, a około połowa tych zgonów następuje zanim pacjent dotrze na salę operacyjną. Odpowiednią strategią dla zmniejszenia śmiertelności związanej z tętnakiem aorty brzusznej jest wczesna wykrywalność choroby w okresie bezobjawowym. Dla osią-



gnięcia tego celu szeroko akceptowaną metodą jest badanie ultrasonograficzne aorty, którego czułość wynosi 95%, a specyficzność bliska jest 100%. Strategia taka prowadzi do zmniejszenia śmiertelności dla tętniaka aorty brzusznej wśród mężczyzn w wieku 65–74 lata o 42%.

Program badań profilaktycznych w kierunku wczesnego wykrywania tętniaka aorty brzusznej skierowany jest do **mężczyzn w 65 roku życia (urodzonych w 1944 r.)**. Pacjenci z tej grupy będą mieli wykonywane bezpłatne badania. Ideałem byłoby, gdyby w każdym powiecie naszego woje-

wództwa znajdował się przynajmniej jeden ośrodek wykonujący „przesiew” tętniaków, do którego lekarz rodzinny może wysłać (BEZ SKIEROWANIA!) „swoich” pacjentów z w/w grupy ryzyka. Dlatego **zapraszamy do współpracy** lekarzy wykonujących badanie ultrasonograficzne. (Szczegóły współpracy można uzyskać wysyłając mail na adres: ajawien@ceti.com.pl lub barfor@doktorant.umk.pl). Z programem ruszamy od października!

*Bartosz Fórmankiewicz
mł. asystent w Klinice
Chirurgii Ogólnej CM UMK*

NFZ stworzył VADEMECUM

„Pierwotnie naszym zamiarem było opracowanie materiałów szkoleniowych dla personelu, który ma z pacjentem tzw. pierwszy kontakt, pracując w rejestracjach w szpitalach lub przychodniach. Otrzymywaliśmy wiele skarg, że te osoby często nie potrafią udzielić rzetelnych informacji pacjentom np. na temat wykonywanych w placówce świadczeń. W rezultacie jednak powstał materiał dla wszystkich, którzy chcą wiedzieć: **jak poruszać się po systemie opieki zdrowotnej w Polsce** – mówi Barbara Nawrocka, rzeczniczka Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

I rzeczywiście Vademecum zawiera wiele ważnych informacji przydatnych każdemu – osobom zawodowo związanym z medycyną, ale także samym pacjentom. Dowiemy się tu np.: jak zapisać się do lekarza, czym są świadczenia opieki zdrowotnej, kto to jest świadczeniodawca i jakie ma obowiązki, jak powinien wyglądać kontakt chorego z rejestracją, jak organizować listy oczekujących, dostaniemy najważniejsze informacje o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. (a.b)

Vademecum jest dostępne na stronie:
www.nfz-bydgoszcz.pl



Wiadomości Akademickie

Pismo Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy
Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

ISSN 1508-2180 Numer jubileuszowy

Nr 33
Czerwiec 2009

10 lat „Wiadomości Akademickich”

Wiadomości Akademickie – kwartalnik, poprzednio Akademii Medycznej, dziś Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy UMK w Toruniu – w czerwcu br. świętował 10-lecie istnienia. W uroczystym spotkaniu wzięło udział około 30. związanych z pismem osób m.in. – prorektor CM UMK – prof. dr hab. Małgorzata Tafil-Klawe, dziekan Wydziału Farmaceutycznego – prof. Bronisław Grzegorzewski, dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu – prof. Zbigniew Bartuzi, profesor Jan Domaniewski oraz – oczywiście – Rada Programowa i stali współpracownicy. Zaproszono też zaprzyjaźnione redakcje – byli więc też redaktorzy „Primum” oraz „Głosu Uczelni”.

Przewodniczącym Rady Programowej pisma jest, od samego początku, profesor Zbigniew Wolski, który też był inicjatorem powstania „Wiadomości”. Redaktorem naczelnym jest obecnie dr Krzysztof Nierzwicki, poprzednio dr Eugeniusz Janowicz.

Zastępcą przewodniczącego Rady Programowej jest prof. Gerard Drewa, a członkami: prof. Andrzej Dziedziczko, dr hab. Eugenia Gospodarek, prof. Bogusław Hładoń, prof. Arkadiusz Jawień, dr Wojciech Szczepny, dr Maria Szewczyk, dr Janusz Tyloch.

Gratulujemy „Wiadomościom” i życzymy dalszego rozwoju!

W lipcu 2009 przewodniczącym Komisji Polityki Zdrowotnej Rady Miasta Bydgoszczy został Zbigniew Fronczek – lekarz ginekolog-położnik, seksuolog.

Nowa aparatura w Bizielu już ratuje życie!

W majowym „Primum non nocere” pisaliśmy o zakupach sprzętu medycznego za ponad 5 mln zł w bydgoskim Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. Jana Biziele. Teraz nowa aparatura pracuje już na pełnych obrotach, ratując zdrowie i życie chorym.

Nowoczesne urządzenia trafiły do trzech jednostek lecznicy – na Blok Operacyjny, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Oddział Noworodków i Wcześnieńców z Intensywną Terapią. „W naszej pracy sprzęt medyczny jest bardzo ważny, bo właśnie dzięki niemu możemy ratować życie dzieci” – zaznacza Piotr Korbał, ordynator ostatniego z wymienionych oddziałów.

Amelka w momencie urodzenia ważyła 820 g, Antosia 690 g – obie urodziły się za wcześnie, żyją dzięki temu, że Oddział doktora Korbała zyskał nowe respiratory (5 szt.) i wspomagające oddychanie aparaty CPAP (2 szt.), dziś dzieci mają 3 miesiące i każde z nich waży około 3 kg. Pierwsza z dziewczynek ma jeszcze siostrę bliźniaczkę – Oliwię (obecnie w „Ju-

raszu” po operacji perforacji jelita) – obie urodziły się w szpitalu, który jednak z powodu braku odpowiedniego wyposażenia pomóc im nie mógł, dlatego znalazły się w Bizielu. Oprócz wymienionych urządzeń Oddział dostał jeszcze m.in. 3 inkubatory, pompy infuzyjne strzykawkowe, tóżeczka dla noworodków, bilirubinometr, pulsooksymetry, lampy grzewcze, ssaki elektryczne, aparat EEG, namioty tlenowe.

Nowe aparaty do znieczulania, respiratory, defibrylatory, pompy infuzyjne, kardiomonitorry, tóżka do intensywnej terapii i wiele innych sprzętów medycznych trafiło też na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, gdzie co roku znieczula się ok. 10 tys. chorych! „Teraz czekamy na nową bazę lokalową!” – mówi Piotr Marcinkowski, zastępca ordynatora Oddziału.

Dzięki zakupom – także na bloku operacyjnym Biziele pracuje się lepiej. Nowe są tu m.in. 3 stoły operacyjne, narzędzia chirurgiczne, śródoperacyjne USG, laparoskop z torem wizyjnym, RTG z ramieniem C, wiertarki operacyjne i nóż harmoniczny.

Kupno nowoczesnej aparatury było możliwe dzięki środkom z Europejskiego Funduszu Regionalnego (ponad 3 mln) oraz Urzędu

Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego (prawie 2 mln). Inwestycje w „Bizielu” zrealizowano w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego województwa na lata 2007–2013. „To pierwszy zakończony i rozliczony projekt finansowany w ramach RPO – mówi marszałek województwa Piotr Całbecki, do niedawna „właściciel” Biziele, obiecując, że mimo to, iż szpital jest już uniwersytecki, o nim nie zapomni – W 2010 roku przeanalizujemy projekty realizowane w RPO i być może do Biziele zostaną skierowane kolejne środki.” Wsparcie w ramach RPO otrzymały też lecznice powiatowe, wojewódzkie i miejskie. To nie koniec inwestowania Urzędu Marszałkowskiego w medycynę: „Do 2012 planujemy zmienić wizerunek wszystkich naszych szpitali, m.in. „dziecięcego” w Bydgoszczy – podkreśla Piotr Całbecki – Nie czekając na pieniądze z zewnątrz zamierzamy zaciągnąć pożyczkę w Europejskim Banku Inwestycyjnym, tak by w przyszłym roku pieniądze mogły trafić do naszych placówek. Jesteśmy pierwszym samorządem w Polsce, który po takie pieniądze sięga.”

Agnieszka Banach



Zdjęcia: Grzegorz Kubera



Szpital Przyjazny Dziecku...

...taki tytuł przyznała Szpitalowi Uniwersyteckiemu nr 2 im. Jana Biziele Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) oraz Fundusz Narodów Zjednoczonych na Rzecz Dzieci (UNICEF). Certyfikat wręczono 29 września.

Co to znaczy, że Biziel jest przyjazny dziecku? „Szpitale, które są odznaczone tym tytułem wypełniają »10 kroków do udanego karmienia piersią«. Wdrożenie »10 kroków« wymaga zmian w organizacji pracy oddziału położniczo-noworodkowego. Jednak najważniejsze zmiany dotyczą wdrożenia nowych zasad postępowania z kobietą rodzącą i położnicą. Cały personel zostaje przeszkolony i musi zrezygnować z wielu dotychczasowych, rutynowych praktyk. Nowe zasady wymagają poszanowania godności i prawa kobiet, a w szcze-

gółności prawa matek karmiących oraz prawa do opieki medycznej najwyższej jakości w zgodzie z zaleceniami WHO.” – czytamy na stronie Komitetu Upowszechniania Karmienia Piersią, który we współpracy z UNICEF i WHO zajmuje się certyfikacją i kontrolą „Szpitali Przyjaznych Dziecku”.

Wszystkie szpitale na świecie, które mogą pochwalić się tym certyfikatem postępują wg tych samych standardów, mając na uwadze dobro dziecka i matki, umożliwiając jej intymny kontakt z noworodkiem i naturalne karmienie. Nikt jednak kobiety do karmienia piersią nie będzie zmuszał. Jeśli zdecyduje się karmić butelką personel uszanuje jej wybór, a nawet doradzi wybór odpowiedniego produktu zastępczego mleko.

Szpital im. Biziele już w 2006 roku starał się o certyfikat „Szpitala Przyjaznego Dziecku”.

„Wtedy nasze postępowanie z matką i dzieckiem nie zawsze było jednak takie jak powinno. Wskazano nam błędy i powiedziano co musimy poprawić, żeby ponownie ubiegać się o certyfikat. – mówi Wioletta Maciaszczyk, kierownik działu zarządzania jakością w Szpitalu – W tym czasie byliśmy jeszcze przed remontem i oddział położniczy był po prostu brzydki, z brudnymi, odrapanymi ścianami. Ogromnym minusem była też sala porodowa, zupełnie nie zapewniająca intymności rodzącej.”

Biziel nie otrzymał tytułu na zawsze. Raz do roku będzie musiał poddać się rygorystycznej kontroli, która zadecyduje, czy nadal jest szpitalem przyjaznym dziecku.

W Polsce są obecnie 83 szpitale „przyjazne dziecku”. Oprócz Biziele w naszym województwie tym tytułem może się pochwalić szpital w Inowrocławiu i Szubiniu.

(a.b.)



Niezmieniona choroba wywoływana przez zmienny wirus

Grypa to choroba wysoce zakaźna i zaraźliwa. Okres jej inkubacji wynosi 1–4 dni (średnio 2 dni). Wirus grypy replikuje się w komórkach nabłonkowych dróg oddechowych, przenosi się drogą kropelkową podczas kichania, kasłania oraz mówienia. Rozsiewanie zarazków ma miejsce przez 5–7 dni po wystąpieniu objawów choroby.

Wydzielanie wirusa może się różnić w zależności od wieku i statusu immunologicznego osoby zakażonej:

- u małych dzieci wydzielanie wirusa może występować na kilka dni przed wystąpieniem choroby i trwać do ok. 10 dni po wystąpieniu objawów,
- u pacjentów ze znacznym obniżeniem odporności wydzielanie wirusa może trwać znacznie dłużej.

U większości pacjentów niepowikłkana grypa ustępuje po 3–7 dniach, mimo że kaszel i złe samopoczucie mogą utrzymywać się przez ponad 2 tygodnie, a wzorzec kliniczny różni się w zależności od wieku i stanu zdrowia osoby zainfekowanej. Choroba charakteryzuje się nagłą gorączką, bólem gardła, bólem głowy, bólem mięśni, dreszczami, jadłowstrętem i skrajnym zmęczeniem.

Wirus grypy został wyizolowany po raz pierwszy w latach 30-tych XX wieku (1931 – od świni; 1933 – od człowieka). Kolejne odkrycia, to m.in. określenie typów wirusa:

- **1936 – typu A** – powodującego zakażenie u ludzi oraz wielu gatunków zwierząt (np. trzody chlewnej, drobiu, koni, ssaków morskich), wywołującego duże epidemie i pandemie;
- **1940 – typu B** – powodującego zakażenia wyłącznie u ludzi, wywołującego epidemie co kilka lat;
- **1947 – typu C** – powodującego zakażenie u ludzi i trzody chlewnej, wywołującego rzadkie przypadki łagodnych chorób dróg oddechowych.

Ze względu na brak charakterystycznego dla grypy obrazu klinicznego oficjalnie rejestruje się łącznie przypadki infekcji grypopodobnych i zakażeń wirusem grypy. Rozpoznanie etiologii tych schorzeń wymaga potwierdzenia mikrobiologicznego.

Sezonowa zwyżka zachorowań na grypę i choroby grypopodobne (influenza-like illness – ILI) jest zjawiskiem stałym. To niezmiennosc tej choroby. Zmienia się jednak liczba przypadków, skala szkód, a przede wszystkim skład antygenowy krążących wirusów. Naturalne zakażenie wirusem grypy prowadzi do

wytworzenia odporności przeciw konkretnemu szczepowi. Jednakże po jednym lub kilku sezonach grypy, na skutek przesunięcia antygenowego, w populacji zaczyna krążyć nowa odmiana wirusa.

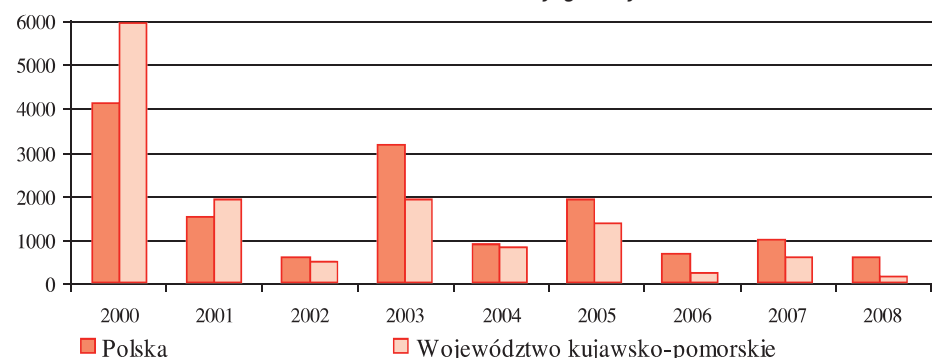
Pojawienie się nowego szczepu oznacza, że osoby, które wcześniej chorowały na grypę (lub zostały zaszczepione) są ponownie wrażliwe na krążący w populacji patogen.

Według Światowej Organizacji Zdrowia na świecie na grypę zapada rocznie 5–10% dorosłych i 20–30% dzieci. Choć najwyższą zapadalność notuje się wśród dzieci w wieku

antygeny dwóch typów grypy: A (dwa warianty) i B (jeden rodzaj wariantu). Już od szeregu lat medycyna dysponuje preparatami o chromatograficznej czystości. Szczepki wirusa grypy, jakie zostają użyte do szczepionki przeciwko grypie, dzięki zastosowaniu najnowszych technik, są bardzo zbliżone do tych, które pojawiają się w kolejnym sezonie epidemicznym.

Przeciwciała ochronne są wytwarzane w organizmie w kilka dni po zaszczepieniu i utrzymują protekcyjny poziom przez około 12 miesięcy, zaś klony komórek pamięci immunologicznej chronią znacznie dłużej.

Zapadalność na grypę i infekcje grypopodobne na 100 tysięcy mieszkańców – z materiałów WSSE w Bydgoszczy



5–9 lat, to najwyższy wskaźnik powikłań i zgonów występuje przede wszystkim w populacji osób po 65 roku życia i dzieci do lat 2 oraz osób obciążonych chorobami układu: oddechowego, krążenia, odpornościowego czy zaburzeniami metabolicznymi.

Aktywność grypy jest monitorowana przez rozległą globalną sieć nadzoru epidemiologiczno-serologicznego. Co roku pobiera się około 175 000 próbek oraz opisuje 2000 szczepów wirusa. Niestety, szereg krajów nie generuje wiarygodnych danych dotyczących aktualnie krążących wirusów oddechowych, czy też hospitalizacji oraz zgonów z powodu grypy i jej powikłań. Konsekwencją jest lekceważący stosunek społeczeństwa do profilaktyki grypowej.

Wchodzący w skład szczepionki zestaw antygenów jest co roku aktualizowany według rekomendacji WHO. Szczepionki zawierają

Szczepionki zarejestrowane w Polsce, ze względu na swój skład (wybrane elementy wirusa lub rozszczepiony wirion), nie mogą wywoływać grypy. A zdarza się, że nawet personel medyczny klasyfikuje odczyny poszczepienne jako „grypę spowodowaną szczepieniem”. W USA stosuje się od niedawna preparaty zawierające atenuowane wirusy, zdolne do replikacji, które podaje się donosowo. Ich zaletą jest łatwość podania i wysoka immunogenność, jednak można nimi szczepić tylko immunokompetentne osoby w wieku 5–49 lat.

Grypa sezonowa – „ukryty zabójca”

Cechą charakterystyczną grypy sezonowej jest to, że prowadzi do zwiększenia liczby zgonów lub „ukrytych” zgonów.

- Oszacowano, że w Anglii i Walii podczas każdej z epidemii w latach 1975–1976 i 1989–1990 odnotowano o 6 200–29 600 więcej zgonów, tj. około 10-krotnie więcej niż rzeczywista liczba zgonów zaklasyfikowanych jako skutki grypy – co wskazuje, że grypa jest odpowiedzialna za wiele ukrytych zgonów;

- Zapalenie płuc i grypa były łącznie ósmą najważniejszą przyczyną zgonów w Stanach Zjednoczonych w 2005 r.;

- W Singapurze około 11,5% wszystkich zgonów w latach 1996–2003 było związanych z grypą i zapaleniem płuc.

Nie zapominajmy:

- Powikłania pogrypowe mogą być poważne. **Najczęstszym powikłaniem grypy jest zapalenie płuc.** Pierwotne wirusowe zapalenie płuc występuje rzadko, ale wiąże się z wysokim odsetkiem zgonów. Występowanie bakteryjnego zapalenia płuc, jako wtórnej infekcji pogrypowej, jest na ogół związane z zakażeniem *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* czy *Haemophilus influenzae*;
- Pacjenci z przewlekłymi chorobami płuc są w grupie podwyższonego ryzyka występowania powikłań pogrypowych.

- Pacjenci z cukrzycą są w grupie podwyższonego ryzyka powikłań związanych z grypą.

- Grypa jest związana z ciężkimi powikłaniami sercowo-naczyniowymi.

- Grypa u pacjentów w podeszłym wieku ma poważne konsekwencje.

Światowa Organizacja Zdrowia nakłania Państwa Członkowskie do określenia polityki szczepień przeciwko grypie w celu:

- zwiększenia pokrycia szczepieniami wszystkich osób z grupy wysokiego ryzyka do 75% do 2010 roku,

- osiągnięcia pokrycia szczepieniami przeciwko grypie populacji pacjentów w podeszłym wieku do 75% do 2010 roku;

Władze amerykańskie w wytycznych Healthy People 2010 (HP2010) zalecają zwiększenie stanu zaszczepienia przeciw grypie do:

- 90% w populacji dorosłych w wieku > 65 lat (wytyczna 14–29a),

- 60% u osób w wieku 18–64 lat, u których występuje jeden lub więcej czynników wysokiego ryzyka grypy (wytyczna 14–29c);

ESWI (European Scientific Working Group on Influenza) przyjęła roczną docelową realizację szczepień p/w grypie na poziomie jednej trzeciej populacji europejskiej w ciągu pięciu lat.

Pracownicy służby zdrowia są:

- szczególnie narażeni na zakażenie grypą poprzez bezpośredni kontakt z chorymi,
- źródłem infekcji dla swych pacjentów i sprawcami rozprzestrzeniania się grypy w placówkach medycznych,
- niedostatecznie chronieni przed zachorowaniem.

Szczepienie pracowników ochrony zdrowia zmniejsza:

- transmisję wirusa w placówkach ochrony zdrowia,
- zachorowalność i absencję wśród personelu medycznego,
- liczbę zachorowań na grypę i liczbę zgonów związanych z powikłaniami pogrypowymi u osób z grupy ryzyka.

Główny Inspektor Sanitarny zaleca szczepienie przeciw grypie:

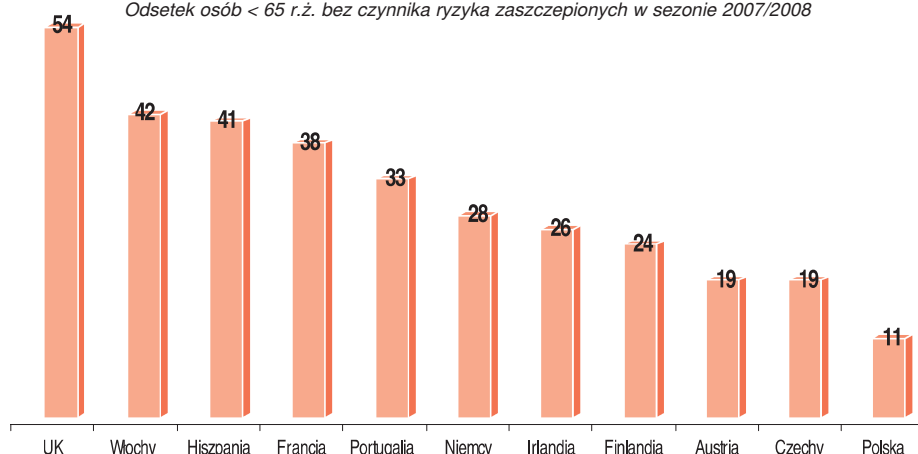
- ze wskazań klinicznych i indywidualnych:
 - przewlekłe choroby (astma, cukrzyca, niewydolność układu krążenia, oddychania, nerek),
 - w stanach obniżonej odporności,
 - osobom w wieku powyżej 55 lat,
- ze wskazań epidemiologicznych: pracownikom ochrony zdrowia, szkół, handlu, transportu, oraz innym osobom narażonym na kontakty z dużą liczbą osób.

Opracowała:

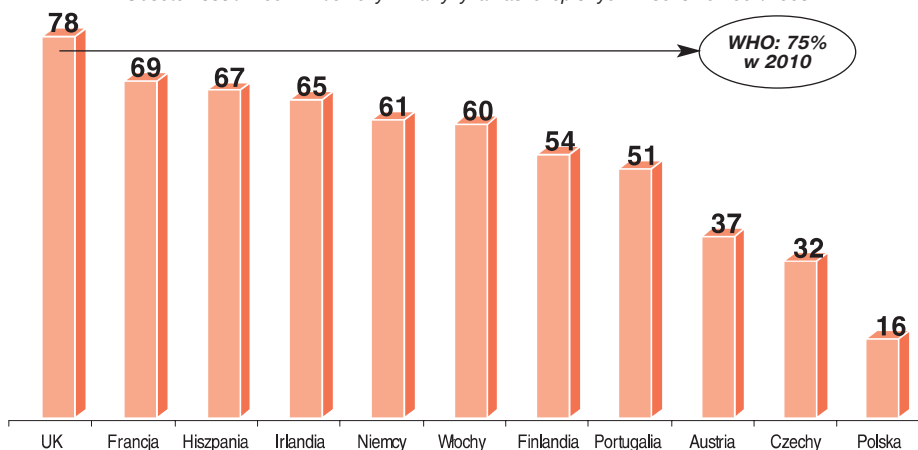
Elżbieta Narolska-Wierczewska

Szczepienia przeciw grypie

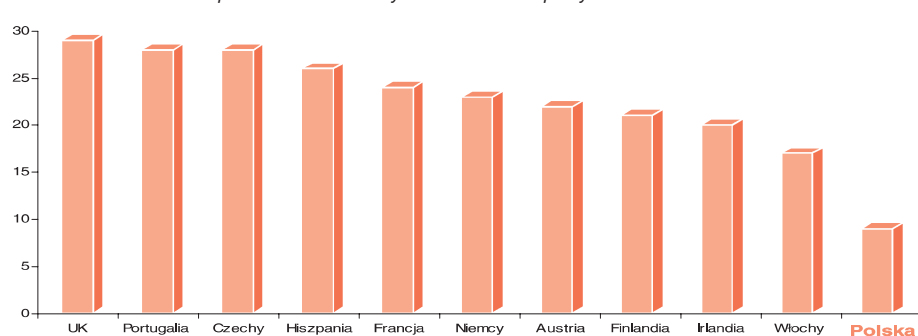
Odsetek osób < 65 r.ż. bez czynnika ryzyka zaszczepionych w sezonie 2007/2008



Odsetek osób ≥ 65 r.ż. bez czynnika ryzyka zaszczepionych w sezonie 2007/2008



Odsetek pracowników ochrony zdrowia zaszczepionych w sezonie 2007/2008



Krótką informacja dla koleżanek i kolegów o mojej działalności parlamentarnej

Od początku mojej obecności w Sejmie pracuję w Komisji Zdrowia. Po porażce całego pakietu ustaw reformujących system ochrony zdrowia, kiedy to prowadziłem kluczową ustawę o zakładach opieki zdrowotnej, jako przewodniczący podkomisji, skupiłem się na bieżącej pracy sejmowej – brałem czynny udział przy pracach nad wszystkimi ustawami, które trafiły do Komisji Zdrowia, a było ich prawie czterdzieści. Efekt tych prac to: 23 ustawy przyjęte przez Sejm i opublikowane, tzn. weszły lub wejdą w życie. 11 ustaw to akty prawne, nad którymi komisja nadal pracuje. Komisja Zdrowia odbyła w sumie 107 posiedzeń, w trakcie których poza wymienionymi wyżej pracami przyjęto dwie uchwały i dwa dezyderaty. Ta pokrótce przedstawiona statystyka pozwala tylko przybliżyć ilość pracy, koniecznej do wykonania w obszarze ochrony zdrowia. Moja działalność, to oczywiście tylko mały fragment potrzebnych działań, ale staram się być posłem aktywnym i rzetelnie uczestniczyć w pracach komisji. W przypadku niektórych projektów rządowych czynnie pracuję z ekspertami Ministerstwa Zdrowia na etapie kierowania ustaw do komisji i podczas zgłaszania poprawek. Swoją osobistą działalność w tym zakresie koncentrowałem szczególnie przy pracach nad nowelizacją ustawy o przeszczepianiu tkanek i narządów.

Od początku pracowałem też nad nowelizacją ustawy o tzw. algorytmie podziału środków NFZ. Należałem do grupy posłów PO, którzy prowadzili wiele starań, aby Ministerstwo Zdrowia zmieniło zasady algorytmu. Tutaj muszę dodać, że bardzo dużą pomoc uzyskałem od dyrektora naszego oddziału NFZ, pana Wiesława Kiełbaśińskiego, który udostępnił mi niektóre dane i ich interpretację, uzbroił mnie we właściwe argumenty. 11 września Sejm przegłosował zmianę ustawy o świadczeniach zmieniającą tzw. algorytm podziału środków NFZ pomiędzy województwa, korzystny dla naszego regio-



nu. W przyszłym roku będą to dwadzieścia dwa miliony złotych, ale w każdym następnym roku ta suma będzie coraz większa i niewątpliwie przełoży się na możliwość udzielenia większej ilości świadczeń medycznych naszym mieszkańcom. To bardzo ważne, szczególnie wobec trudniejszej sytuacji finansowej NFZ wynikającej z trudności gospodarczych. Udało się wreszcie odwrócić niekorzystny dla naszego województwa trend, co jest istotne, choć wymiar finansowy nie od razu jest satysfakcjonujący.

Należę do osób związanych z zarządzaniem w ochronie zdrowia, które uważają, że nasz system jest z jednej strony nieefektywny, więc wymaga zmian organizacyjnych na każdym poziomie, z drugiej udostępnia Polakom najnowocześniejsze technologie medyczne za niewiarygodnie małe pieniądze. Mam, więc wyspy nowoczesności na morzu zaniedbań i chaosu. Dopóki dyrektor szpitala będzie się musiał tłumaczyć za decyzje organizacyjne podejmowane dla poprawiania sytuacji szpitala, system nie będzie sprawny.

Od czterech miesięcy zajmuję się głównie ustawami *in vitro* – zostałem wyznaczony przez kierownictwo klubu PO do zespołu kierowanego przez Małgorzatę Kidawę-Błońską. Za-

angażowałem się w te prace, ponieważ z racji mojej specjalizacji łatwo mi nawiązywać kontakt i rozumieć wszystkie wyjaśnienia zagadnień, których wymagamy od ekspertów współpracujących z zespołem. Poza tym obawiam się uzyskania większego poparcia przez inne projekty dotyczące tej metody leczenia, które sprowadzą *in vitro* do swego skansu, lub je zupełnie uniemożliwią.

Nasz zespół przygotował też kompleksowe rozwiązanie obejmujące nowelę ustawy o przeszczepach, powołanie Rady Bioetycznej i zmiany Kodeksu Rodzinnego. Przedstawiliśmy efekt naszej pracy Klubowi PO i oczekujemy na rozpoczęcie procesu legislacyjnego.

Poza tymi, ściśle parlamentarnymi pracami, wykonuję oczywiście typową pracę poselską w terenie. Staram się utrzymywać kontakt z dyrektorami niektórych naszych szpitali, co zawsze jest dla mnie dużą przyjemnością, nawet, jeśli muszę czasami usłyszeć niemiłe słowa pod adresem rządzących. Niekiedy moi koledzy mają rację. Ponieważ wymagam stałej rehabilitacji i regularnych kontroli, podziwiam z pokorą kunszt kolegów po fachu. Z zawodu nie zrezygnowałem, nadal prowadzę praktykę i stale interesuję się rozbudową szpitala w Tucholi, który uważam, proszę wybaczyć górnolotność, za dzieło mojego życia. Teraz mój serdeczny przyjaciel – Leszek Pluciński, wybitny specjalista od zarządzania w ochronie zdrowia kieruje dwoma szpitalami i je rozbudowuje, korzystając z dotacji unijnej.

Niezależnie od zajęć związanych z medycyną zamierzam w Sejmie zajmować się rozwiązaniami dla kobiet w ciąży, w ramach nowo powstałego Parlamentarnego Zespołu Rodzina 2030. Inny obszar działalności to udogodnienia dla motocyklistów, np. likwidacja opłat autostradowych.

Jarosław Katulski
Poseł na Sejm RP
Platforma Obywatelska

MEDYCZNA ŚRODA

Władze i społeczność Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu zapraszają na nowy cykl wykładów pt. „Medyczna środa” Do udziału w wykładach zachęcamy szczególnie młodzież licealną i gimnazjalną zainteresowaną naukami biologicznymi.

● 14.10.2009 – **Transplantacja – dar życia** – mgr Aleksandra Woderska, Elżbieta Orczyk, Andrzej Papacz – Klinika Transplantologii i Chirurgii Ogólnej

- 21.10.2009 – **Publiczne pokazy wcześniaków – z historii neonatologii** – dr n. med. Iwona Sadowska-Krawczenko – Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa, Zakład Pielęgniarstwa Pediatrycznego
- 28.10.2009 – **Psychoneuroimmunologia – fakty i kontrowersje** – dr hab. n. med. Dariusz Soszyński, prof. UMK – Katedra Fizjologii, Zakład Neuroimmunologii
- 04.11.2009 – **Witaminy – pomagają czy szkodzą?** – dr n. med. Marek Jurgowiak – Katedra i Zakład Biochemii Klinicznej

Inicjatorami i organizatorami cyklu wykładów są: prof. dr hab. n. med. Małgorzata Tafil-Klawe, dr n. med. Beata Augustyńska, dr n. med. Wojciech Szczęsny. Bliższe informacje można uzyskać w: Samodzielnej Sekcji Promocji i Informacji UMK, Collegium Medicum w Bydgoszczy, ul. Jagiellońska 13, budynek A, I piętro, p. 7, 85-067 Bydgoszcz, tel. (052) 585 38 13, fax (052) 585 38 19, www.cm.umk.pl/promocja.

III Polsko-Amerykańskie Forum
„Postępy w Anestezjologii i Chirurgii”
Bydgoszcz, 3–5 września 2009



We wrześniu miałem przyjemność uczestniczyć w III Polsko-Amerykańskim Forum „Postępy w Anestezjologii i Chirurgii”. Konferencja odbywała się w Bydgoszczy, w Operze Nova.

Konferencja ta wpisuje się w ideę interdyscyplinarnej syntezy wiedzy i doświadczeń specjalistów z kraju i zagranicy. Uważam, że sama inicjatywa spotkania dwóch specjalności, które współpracują w ramach sali operacyjnej jest czymś niespotykanym. Drugim, zasługującym na podkreślenie elementem był pomysł wymiany bagażu doświadczeń z naszymi kolegami zza oceanu. Przyjechali do nas z Cleveland Clinic – instytucji plasującej się na drugim miejscu w rankingu najlepszych szpitali i medycznych jednostek naukowych w USA. Polską stronę godnie reprezentowały autorytety z krajowych ośrodków medycznych.

Największe wrażenie wywarła na mnie inauguracyjna prelekcja profesor Marii Sienionow, która jako pierwsza w USA wykonała przeszczep twarzy. Wykład pokazał z jaką pieczołowitością przygotowywano się do tego wydarzenia, a także ogrom pracy i środków finansowych, które poświęcono, by otrzymać zgodę Komisji Bioetycznych na przeszczep. Sama pionierska i złożona procedura operacyjna została okupiona latami weekendowej pracy spędzonymi w prosektorium. Pani Profesor krok po kroku odkrywała przed nami etapy swojej kariery zawodowej i zmagania naukowca, których zwieńczeniem była udana transplantacja twarzy. Zapierająca dech w piersiach prezentacja została nagrodzona burzą oklasków na stojąco.

Bardzo interesujące były również wykłady poświęcone intensywnej terapii, a towarzysząca tym posiedzeniom żywa dyskusja podkreślała wagę i złożoność problemów, z którymi muszą sobie radzić specjaliści

w codziennej praktyce. Dużo uwagi poświęciłem sesji transplantologii wypuklającej współczesne problemy przeszczepiania narządów i tkanek. Prelegenci eksponowali współczesne trendy w immunologicznej walce z odrzucaniem przeszczepów oraz uwiadamiali wielopłaszczyznowe problemy biorców przeszczepionych narządów.

Muszę stwierdzić z nieukrywana dumą, iż procedury które wdrażamy w leczeniu pacjentów są na bardzo wysokim poziomie i nie odbiegają zasadniczo od schematów leczenia w USA. Sądzę, że idea tej konferencji stanie się zaczynem do dalszego spajania – jakże szczegółowej – wiedzy medycznej oraz będzie stanowić impuls do aranżowania podobnych inicjatyw w przyszłości. Spodziewam się, iż wiedza zdobyta podczas III Polsko – Amerykańskiego Forum odbije się szerokim echem nie tylko w kraju, ale również poza jego granicami.

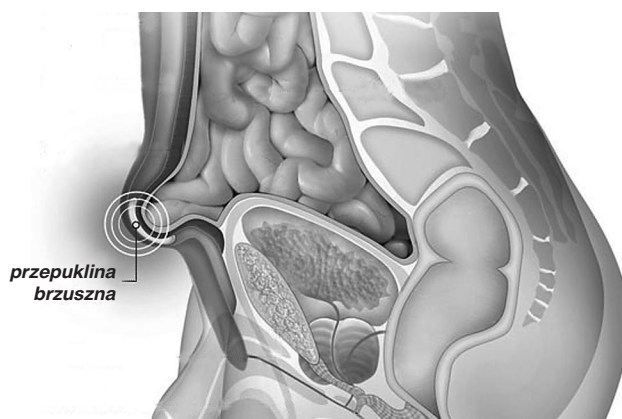
Arkadiusz Jundziłł

X Spotkanie Polskiego Klubu Przepuklinowego Bydgoszcz 6–9.09.2009

Wrzesień to miesiąc zjazdów. W tym roku chirurdzy zajmujący się przepuklinami mieli szczególnie dużo okazji, aby wymienić poglądy.

Oprócz spotkania bydgoskiego, dwa dni później odbył się międzynarodowy kongres herniologiczny w Berlinie, a w połowie miesiąca Zjazd TChP we Wrocławiu. Spotkanie PKP już po raz kolejny organizowane było przez Klinikę Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej, kierowaną przez prof. Stanisława Dąbrowieckiego. W Bydgoszczy odbyło się też jego pierwsze spotkanie, a ośrodek bydgoski jest jednym z bardziej znanych w kraju.

Konferencja rozpoczęła się już w niedzielę. Honorowym gościem był Parviz Amid, amerykański chirurg-herniolog. Jest on dyrektorem Hernia Institute w Los Angeles. Prof. Amid jest uczniem Irwina Lichtensteina i zarazem wraz z nim współtwórcą metody nazwanej imieniem tego ostatniego. Ten typ operacji jest „złotym standardem” otwartych metod napraw przepukliny, a ilość wykonywanych operacji na świecie



liczy się w milionach. Prof. Amid wykonał cztery pokazowe operacje przepuklin pachwinowych. Choć większość z nas wykonuje je na co dzień, to co pokazał Amid, zaskoczyło zarówno sprawnością, jak i znakomitą orientacją anatomiczną, w szczególności co do przebiegu nerwów tej okolicy. Temu tematowi prof. Amid poświęcił też swoje wystąpienie otwierające część teoretyczną zjazdu.

Obrady odbywały się w pięknym Hotelu „Słoneczny Młyn”. W kilku sesjach wygłoszono wiele ciekawych i cennych z punktu widzenia teorii i praktyki herniologicznej wykładów. Wybrano nowe władze PKP, a profesorowie: Parviz Amid i Władimir Własow z Ukrainy zostali wyróżnieni członkostwem honorowym naszego stowarzyszenia.



zwiększył kontrole zwolnień lekarskich

Od sierpnia 2009 r. ZUS zintensyfikował kontrole zwolnień lekarskich. Zwiększenie działań kontrolnych jest wynikiem znacznego wzrostu wydatków na zasiłki chorobowe w 2009 roku.

W I półroczu 2009 r. do Oddziału ZUS w Bydgoszczy wpłynęło ponad 66 tys. zwolnień lekarskich. W porównaniu z II półroczem 2008 r. ilość zwolnień wzrosła o ponad 15 tys. W związku z tym, aby ustalić przyczynę wzrostu absencji chorobowej, zwiększyliśmy kontrole zwolnień wydawanych przez lekarzy.

ZUS prowadzi trzy rodzaje kontroli zwolnień lekarskich. Są to: kontrola prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy, kontrola prawidłowości wystawiania zaświadczeń lekarskich oraz kontrola prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich. Pierwszą i drugą przeprowadzają lekarze orzecznicy ZUS, a trzecią upoważnieni pracownicy Zakładu, bądź przedstawiciele pracodawcy zatrudniającego chorego.

Celem kontroli **prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności** do pracy jest ustalenie, czy stan zdrowia osoby przebywającej na zwolnieniu w dniu badania pozwala na powrót do pracy. Gdy lekarz orzecznik, po analizie dokumentacji medycznej i przeprowadzeniu badania, ustali wcześniejszą datę ustania niezdolności do pracy niż podana w zaświadczeniu, za okres od tej daty zwolnienie lekarskie traci ważność. Wówczas wystawia zaświadczenie ZLA/K, które jest traktowane na równi z zaświadczeniem stwierdzającym brak przeciwwskazań do pracy na danym stanowisku. Następnie wręcza je ubezpieczonemu w dniu badania, informując go o konieczności doręczenia zaświadczenia pracodawcy i powrocie do pracy. W przypadku skrócenia zwolnienia ZUS powiadamia o tym fakcie także lekarza wystawiającego zaświadczenie.

Przeprowadzając kontrolę **prawidłowości wystawiania zaświadczeń lekarskich** lekarz orzecznik sprawdza poprawność wypełnienia dokumentu, termin przekazania do ZUS oraz dokumentację medyczną z przebiegu leczenia chorego, na podstawie której lekarz leczący wystawił zwolnienie. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w wystawianiu zaświadczeń, a zwłaszcza, gdy zwolnienie zostało wydane bez przeprowadzenia bezpośredniego badania pacjenta i bez udokumentowania rozpoznania, stanowiącego podstawę orzeczonej niezdolności do pracy, ZUS może cofnąć upoważnienie do wystawiania zwolnień lekarskich na okres od 3 do 12 miesięcy.

W wyniku **kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy** przeprowadzonych w Oddziale ZUS w Bydgoszczy w I półroczu 2009 r. – ponad 1 tyś. badanych lekarzy orzecznicy uznali za zdolnych do pracy. Liczba badanych, którym ZUS skrócił okres przebywania na zwolnieniu wzrosła o blisko 300 osób w porównaniu z drugim półroczem ubiegłego roku. W tym samym okresie skontrolowanych zostało 65 lekarzy wystawiających zwolnienia, spośród których dwóch pozbawiono prawa wystawiania zaświadczeń lekarskich na okres trzech i dwunastu miesięcy.

W związku ze wzrostem wydatków na zasiłki chorobowe oraz biorąc pod uwagę wyniki dotychczasowych kontroli czasowej niezdolności do pracy, zintensyfikowaliśmy działania kontrolne. Zwiększyliśmy liczbę kontrolowanych zaświadczeń. W szczególności kontrolą objęte zostały zaświadczenia przesyłane do ZUS po terminie 7 dni, błędnie wypełnione, budzące wątpliwości co do liczby dni niezdolności do pracy z powodu określonego schorzenia, wystawione po uprzednim skróceniu okresu niezdolności do pracy przez lekarza orzecznika oraz wystawione po ustaniu zatrudnienia. Do kontroli typowane są zwłaszcza osoby często korzystające z krótkotrwałych zwolnień lekarskich, uzyskujące ko-

lejne zwolnienia od różnych lekarzy albo z powodu różnych schorzeń, korzystające z kolejnych okresów zasiłkowych, a także osoby, które nie stawiały się na badanie kontrolne przez lekarza orzecznika.

Wzmocniona została również kontrola prawidłowości wystawiania zaświadczeń lekarskich. W związku z tym lekarze mogą spodziewać się częstszych wezwań o przedstawienie dokumentacji, czy wyjaśnienie zaistniałych nieprawidłowości.

Na zakończenie warto parę słów poświęcić także kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich. Celem tej kontroli jest sprawdzenie, czy w okresie orzeczonej niezdolności do pracy ubezpieczony nie wykonuje pracy zarobkowej i wykorzystuje zwolnienie zgodnie z jego celem. ZUS tą kontrolę przeprowadza w stosunku do osób, którym wypłaca zasiłki. Do wypłaty świadczeń z powodu choroby uprawnione są także zakłady pracy zgłaszające do ubezpieczenia chorobowego powyżej 20 ubezpieczonych, a wynagrodzenia za czas choroby wypłacają wszyscy pracodawcy. Zatem również oni mają prawo prowadzić tego typu kontrole w stosunku do swoich pracowników, ale rzadko korzystają z tej możliwości. Aby zachęcić pracodawców zorganizowaliśmy szkolenia, przygotowujące przedsiębiorców do prowadzenia kontroli wykorzystywania zwolnień. Są już pierwsze efekty tych działań. Znacznie zwiększyło się zainteresowanie zakładów pracy kontrolowaniem chorych pracowników.

Zaobserwowaliśmy, że w wyniku zwiększenia działań kontrolnych zmniejszyła się liczba zwolnień lekarskich wpływających od osób prowadzących własne firmy. Ponad dwukrotnie wzrosła również liczba wniosków o przeprowadzenie kontroli prawidłowości orzekania kierowanych przez pracodawców.

*Alina Szatkowska
Rzecznik prasowy
ZUS Oddział w Bydgoszczy*

UWAGA! ZMIANA ADRESU

Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki w Bydgoszczy Wydział Zdrowia – Kujawsko-Pomorskie Centrum Zdrowia Publicznego uprzejmie informuje, że zmienił się adres siedziby Oddziału Doskonalenia Kadr Medycznych w Bydgoszczy.

Podajemy aktualne dane teleadresowe:

Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki w Bydgoszczy Wydział Zdrowia – Kujawsko-Pomorskie Centrum Zdrowia Publicznego

Oddział Doskonalenia Kadr Medycznych (budynek B, X piętro, pokój 103)

ul. Konarskiego 1–3, 85-066 Bydgoszcz, tel./fax (0 52) 349 77 66; tel. (052) 349 77 64 do 68

Godziny pracy: poniedziałek, środa, czwartek, piątek 7.30–15.30; wtorek 8.00–16.00

Nasza strona internetowa to www.zdrowie.bydgoszcz.uw.gov.pl

Wakacyjna praktyka w Peru

Ciąg dalszy z poprzedniego numeru

Machu Picchu (2500 m n.p.m.), legendarne miasto Inków ukryte w dżungli, pomiędzy wysokimi i przepięknymi szczytami górskimi, miejsce, o którym zawsze się słyszy, kiedy mowa o Peru. Na Świecie jest wiele miejsc, które są znane i wychwalane przez przewodniki, a widziane na żywo rozzaczarowują. Machu Picchu z pewnością do nich nie należy! Puno i jezioro Titicaca – pływające wyspy Uros, urokliwe osady na wyspach z oryginalnymi tradycjami, czyli następne niezapomniane wrażenia. Arequipa – białe miasto, w całości zbudowane ze skał wulkanicznych wraz z 3 gigantycznymi strzegącymi miasta wulkanami. Kanion Colca, siedlisko imponujących kondorów, drugi najgłębszy kanion Świata (3191 m w najgłębszym miejscu-rozstawiony Grand Canyon w Kolorado ma około 1500 m) i miejsce, do którego zbadań, przyczynili się głównie polscy naukowcy.

Kolejna wycieczka zawiodła mnie do Huaraz (3091 m n.p.m.), 88-tysięcznego miasta wspaniale położonego między ośnieżonymi szczytami Cordillera Blanca a „czarnymi” wierzchołkami Cordillera Huayahuash, z widokiem na najwyższy szczyt peruwiańskich Andów – Huascaran (6768 m). Okolice Huaraz to Chavin – liczące sobie ponad 3000 lat ruiny pierwszej, na terenie Peru, cywilizacji; laguny zagubione między górskimi szczytami, a położone na wysokości niemal 4000 m; lepiarki pasterzy na wysoko położonych pastwiskach i zapierające dech w piersiach widoki.

Już jakiś czas temu, zainteresowana kulturą indiańską, przypadkowo kupiłam książkę pod tytułem „Medycyna indiańska”, autorstwa Zdzisława Jana Ryn. Autor, podróżnik, pasjonat, opisuje wiele ciekawych kwestii związanych z Ameryką Południową. Najbardziej jednak, zainteresowały mnie fakty medyczne, dotyczące różnic antropometrycznych po-

między mieszkańcami Andów a przeciętnymi mieszkańcami Ziemi. Autor pisze, że (...) „Ludność zamieszkująca tereny dawnego państwa Inków opisano jako odrębną rasę, zwaną rasą andyjską. Wynika to z nadzwyczajnego przystosowania do życia w warunkach środowiska wysokogórskiego.” „Z antropologicznego punktu widzenia wśród mieszkańców Andów wyróżnia się obecnie trzy typy: typ andyjski, typ Altiplano oraz typ ludzi jeziora (Titicaca)”.

Dzięki moim podróżom po Peru mogłam zaobserwować cechy, o których autor mówi, jako o cechach wspólnych dla wszystkich wyżej wymienionych typów: „niski wzrost, krępa budowa ciała, brak wystających części ciała (ochrona przed zimnem) oraz ochronny kolor skóry, ciemnobrązowy z odcieniem



złotego (moreno)”. Potwierdzenie tychże obserwacji może stanowić fakt, iż ja, z moimi skromnymi 166 centymetrami, byłam wyższa przynajmniej o głowę od większości znanych mi Peruwiańczyków. Ale wygląd zewnętrzny, jak się okazuje, nie jest jedyną oryginalną cechą mieszkańców Peru. Fakt, że, według autora, 55% ludności Peru żyje na terenach położonych powyżej 3000 m n.p.m. sprawia, że organizmy mieszkańców gór przez setki lat zaadaptowały się do niesprzyjających warunków. Ryn pisze, między innymi, o innym kształtowaniu klatki piersiowej, która jest duża, poszerzona w dolnej części, ma zwiększoną objętość, co wraz z dużymi płucami, znacznie zwiększa powierzchnię oddechową. Ale również inne układy mieszkańca Andów wykazują odmienności. (...) „Serce człowieka Andów jest większe i cięższe od przeciętnego”, „ciśnienie skurczowe krwi jest niższe w porównaniu z ciśnieniem mieszkających na poziomie morza, podczas gdy ciśnienie żyłne jest nieco wyższe”. „Serce pracuje intensywniej o około 20%.” „Zdolność do pracy fizycznej



jest znacznie większa. U połowy badanych wysiłek fizyczny nie powoduje przyspieszenia tętna, lecz jego zwolnienie” – fenomen znany pod nazwą paradoksalnej bradykardii powysiłkowej. „Krew mieszkańców Andów jest gęsta” – do 12 milionów erytrocytów na 1mm³. Krwinki są większe i zawierają znacznie więcej hemoglobiny. „Objętość krwi jest większa o około 40%”. Zagęszczenie krwi i zwiększenie jej objętości jest oczywistym przystosowaniem zarówno do niedostatku tlenu, jak również ochroną organizmu przed obniżoną temperaturą otoczenia. Wśród turystów podróżujących w rejony Cuzco (3326m), Puno (3820) czy Arequipy (2350), kwestia braku tlenu jest popularnym problemem. Wielu turystów zapada na tzw. *soroche*, czyli chorobę wysokościową. Z naszej pięcioosobowej grupy, jeden nieszczęsny, wychudzony dwumetrowy Austriak miał wątpliwą przyjemność odczuć, na czym choroba ta polega; mdłości, wymioty, utrata przytomności i ogólne osłabienie, niewątpliwie nie uprzyjemniły mu pierwszego dnia spędzonego w Cuzco. Poratowaliśmy go, kupując wszędzie dostępne butle z tlenem.

Z. J. Ryn pisze także o innych kwestiach medycznych związanych z wysokością. Dotyczą one między innymi reprodukcji. Już kronikarze XVI wieczni zauważyli, że kobiety pochodzenia hiszpańskiego przybywające na dużą wysokość, traciły zdolność rozmnażania. Zainteresowanych tymi, jak i wieloma innymi, niezmiernie interesującymi faktami dotyczącymi mieszkańców i historii Peru, odsyłam do „Medycyny indiańskiej”.

W tym miejscu, tradycyjnie już, wyrażam wdzięczność Władzom Naszej Uczelni za umożliwienie mi wyjazdu i zachęcam wszystkich studentów do przyłączenia się do IFMSA, działania z nami w szczytnych celach i zwiedzania Świata wraz z Programem Stałym ds. Praktyk Wakacyjnych (SCOPE). Wszystkich gorąco zachęcam również do odwiedzenia Peru. Grozi to, nie ukrywam, zetknięciem się z ogromną, jak dla nas, egzotyką, czasami graniczącą z niebezpieczeństwem, tym niemniej warto!

Marta Spychalska, studentka V roku, Wydziału Lekarskiego, CM UMK.



Październik 2009

UWAGA !

Nowe Subaru Legacy

już w salonie
Subaru Reiski
w Bydgoszczy



SUBARU



LEGACY KOMBI - SEDAN - OUTBACK 2010

Debiutujące modele podczas Międzynarodowego Salonu Samochodowego we Frankfurcie nad Menem wskazują nową jakość użytkowania samochodu.

Podstawą nowej generacji Subaru mają być dynamika auta na najwyższym poziomie oraz zachowanie, budzące zaufanie nie tylko kierowcy ale także wszystkich pasażerów. Sprzyja temu ulepszana przez 20 lat technologia Symmetrical AWD (symetryczny stały napęd wszystkich kół), wsparta użyciem poziomych, przeciwsobnych silników, dzięki którym Subaru uzyskuje najlepsze z możliwych wyważenie pojazdu. W Legacy nowej generacji przymioty te - przyjemność z jazdy i sportowy charakter - dopracowano w jeszcze większym stopniu.

Dalszej poprawie uległo bezpieczeństwo pasażerów, głównie dzięki zmianom w konstrukcji płyty podłogowej i zastosowaniu nowych mocowań ramy podsilnikowej. W najnowszym teście zderzeniowym EURO NCAP Subaru Legacy otrzymało maksymalną notę 5 gwiazdek. Z kolei aspekt ekonomiczny użytkowania auta poprawia nowa, automatyczna, bezstopniowa skrzynia biegów Lineartronic. Zwiększono przestrzeń w kabinie pasażerskiej, a osiągnięto to powiększając wysokość, szerokość i rozstaw osi samochodu. W porównaniu z autem poprzedniej generacji wysokość wnętrza kabiny wzrosła o 40 mm, odległość między fotelami o 30 mm, a między rzędami siedzeń o 62 mm. Co więcej, aby powiększyć przestrzeń dla każdego z pasażerów,

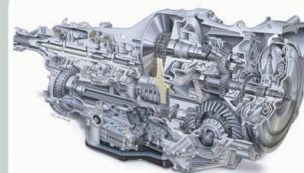
zastosowano obszerniejsze siedzenia, po to by maksymalnie zwiększyć wygodę podróżowania. Legacy urosło w każdym wymiarze, większy jest też rozstaw osi, co na pewno docenią pasażerowie zasiadający na tylnej kanapie. Trzeba przyznać, że wnętrze auta prezentuje się zdecydowanie lepiej niż do tej pory. Subaru zachowuje wysoką jakość wykonania, świetne wyposażenie seryjne oraz porządne materiały.



Wszystkie wersje Legacy 2010 (Kombi, Sedan, Outback) cechują się przemodelowanym grillem i dolną częścią zderzaka. W powiększonych bocznych lusterkach, znalazło się miejsce dla kierunkowskazów.

Klienci do wyboru mają trzy benzynowe jednostki boxer o pojemnościach 2.0 i 2.5 litra oraz 3,6 litra, od 150 KM do 265 KM. Dostępna będzie również wysokoprężna jednostka boxer, która z pojemności 2.0 litrów generuje moc 150 KM i moment obrotowy 350 Nm.

Wraz z modelem Legacy zadebiutuje nowe wydanie uterenowionego kombi Outback, z prześwitem zwiększonym do 22 cm. Pod maską może pracować 2,5-litrowy bokser o mocy 170 KM i momencie obrotowym 230 Nm lub nowa jednostka H6 o pojemności 3,6 litra produkująca 256 KM mocy oraz 335 Nm momentu obrotowego.



Lineartronic

- Zupełnie nowa, zmienna przekładnia bezstopniowa.
- Płynna praca bez zmieniania biegów.
- Idealne uzupełnienie harmonijnej mocy i szerokiej krzywej momentu obrotowego.

Autoryzowany Dealer Subaru Reiski

Salon: Bydgoszcz ul. Gajowa 2

Serwis: Bydgoszcz ul. Fordońska 75

tel. 052 32 175 32

reiski@subaru.pl

www.reiski.subaru.pl



Na przełomie sierpnia i września na łamach „Gazety Wyborczej” red. Jacek Żakowski i ja wymieniliśmy poglądy na temat słynnego już artykułu dr. Stanisława Pileckiego o brudnych pacjentach. Dla zrozumienia całego „zamieszania” potrzebna jest lektura kolejnych tekstów stąd też dla tych, którzy na codzień nie korzystają z internetu, pozwalam sobie zamieścić polemikę z redaktorem Żakowskim, a dla internatów podaję link: http://wyborcza.pl/1,95892,6968911,O_zwyklym_Polaku_ktory_sie_nie_myje.html

Są tam wszystkie teksty związane ze sprawą. Bronięm dr. Pileckiego i jego skądinąd słusznych poglądów. Ba, otrzymałem szereg telefonów z miłymi słowami poparcia, a jak można sprawdzić większość komentarzy na forum (to rzadkość w sprawach lekarskich) sprzyjała nam. I wtedy do Redakcji Primum nadszedł list pana dr. hab. Piotra Jurkowskiego, który publikujemy obok.

Postanowiłem zamieścić ten list z kilku względów. Pierwszy i najważniejszy to fakt, że jego autorem jest nasz kolega lekarz. Pan Jurkowski jest też nauczycielem akademickim, który kształci przyszłych lekarzy. I właściwie na tym mógłbym poprzestać i tak zrobić. Nieźle władam słowem, potrafię kpić, szydzić, a może jak pan Jurkowski i obrażać. Mógłbym przykładowo zapytać ile procent ciepła rozpraszają pachy i czy opisano zgon po ich wygoleniu. Mógłbym przytoczyć fakty z historii Polski, którą przeciętnie inteligentny człowiek – a już nauczyciel akademicki z pewnością – powinien znać i przypomnieć, że na przełomie lat 1981/82 nie było „kolorowych gazet” a tylko „Żołnierz Wolności” i „Trybuna Ludu”. Tak mógłbym, ale moi przyjaciele powiedzieli mi – za co im w tym miejscu dziękuję – abym tego nie robił, bo zniży się do poziomu autora listu, który „cytując z pamięci” sam chyba nie wierzy we własne słowa.

Wojciech Szczęsny

W odpowiedzi Jackowi Żakowskiemu



Jacek Żakowski jest znanym dziennikarzem i człowiekiem o ponadprzeciętnej inteligencji. Nie wierzę więc, że nie potrafi czytać ze zrozumieniem. Mam jednocześnie nadzieję, że tekst dr. Pileckiego przeczytał dokładnie. Jeśli tak, to moim zdaniem popełnił rzecz nie mieszczącą się w etyce dziennikarskiej, cokolwiek termin ów miałby znaczyć. Żakowski wykorzystał tekst Pileckiego dla zobrazowania mizerii służby zdrowia (istniejącej realnie) i zachowań lekarzy i pielęgniarek, które bywają, jak to w życiu, rozmaite. Pójdźmy tropem rozważań Żakowskiego: jeśli opisana sytuacja dotycząca operacji znajomego miała naprawdę miejsce to istotnie nie jest najlepiej. Proszę jednak zwrócić uwagę, że są to odczucia rodziny, a nie wiemy czy znajomy pana redaktora był operowany ponownie z powodu błędu lekarskiego czy choroby jako takiej. Idźmy dalej: znam sytuację, gdy Policja, mówiąc kolokwialnie, „olała” ważną dla schwytania bandyty informację, urzędnik zaniedbał sprawę powodując straty, a ksiądz nie chciał pochować zmarłego nędzarza bez pieniędzy. Pilecki nie pisał o robotniku, który w ósmej godzinie pracy w upale na rusztowaniu spadł z niego i przyjechał do Izby Przyjęć spocony i brudny. Nie pisał też o staruszku z przetoką jelitową, która po prostu śmierdzi kałem. Nie pisał wreszcie o marginesie społecznym, którego przedstawiciele w osobach różnej maści kloszardów i bezdomnych zalegają codziennie w Izbach Przyjęć śmierdząc tak, że inni pacjenci często rezygnują z dalszej diagnostyki. To wszystko są ludzie chorzy somatycznie, psychicznie i społecznie. Tu większość z nas zachowuje się jak przywołani Hipokrates i Hirszfeld. Ratujemy ich i leczymy.

Tak, system jest zły. Na pewno jest zły. Ale Pilecki pisał o czymś innym. Znam go wiele lat i życzylibym każdemu młodemu lekarzowi takiej postawy etycznej, jaką reprezentuje. Pisał on o wszechogarniającym chamstwie, które przejawia się również stylem życia, cofając Polskę o kilkadziesiąt lat w rozwoju społecznym. Pilecki nie pisał o robotniku, który w ósmej godzinie pracy w upale na rusztowaniu spadł z niego i przyjechał do Izby Przyjęć spocony i brudny. Nie pisał też o staruszku z przetoką jelitową, która po prostu śmierdzi kałem. Nie pisał wreszcie o marginesie społecznym, którego przedstawiciele w osobach różnej maści kloszardów i bezdomnych zalegają codziennie w Izbach Przyjęć śmierdząc tak, że inni pacjenci często rezygnują z dalszej diagnostyki. To wszystko są ludzie chorzy somatycznie, psychicznie i społecznie. Tu większość z nas zachowuje się jak przywołani Hipokrates i Hirszfeld. Ratujemy ich i leczymy.

Pilecki pisał o zwykłym Polaku, który nie myje się codziennie. O człowieku, który bieliznę zmienia raz na tydzień (lub rzadziej). Pisał o tych, którzy do kościoła zakładają garnitur i najlepszą sukienkę, a do lekarza idą brudni i śmierdzący. Doktor nie myśli z pogardą o chorym człowieku, ale na przykład o kobiecie, która idąc na planowe USG piersi, nie umyje swoich pach, o ich wygoleniu nie wspominając.

Zgadzam się z Żakowskim, że nie wszyscy lekarze są empatyczni i solidarni z chorymi. Są też dziennikarze piszący „na zamówienie” Tak jest świat. Leczenie ludzi jest naszym zawodem. Tylko to umiemy, lepiej lub gorzej. Dzięki temu utrzymujemy siebie i nasze rodziny. Mamy słabsze i lepsze dni, problemy. Sami też chorujemy i umieramy.

Dr Pilecki, wbrew enuncjacjom pana Żakowskiego, rozumie doskonale na czym polega zadolenie chorego, a przede wszystkim wie jak go diagnozować. Pilecki wie, o czym może nie wie pan Żakowski, że pośłannictwem lekarza jest również edukacja higieniczna. Realizuje to, bo jest lekarzem z powołania. Był kiedyś, choć wirtualnie, taki doktor o nazwisku Judym. Jak zapewne pamięta pan Żakowski walczył on z mokradłami, które szkodziły zdrowiu. Dr Pilecki, toutes proportions gardées, mówi podobnie jak on o szkodliwości chamstwa, prostactwa i brudu. Nie u cierpiących, a u mających zdrowe ręce i jak przypuszczam w kieszeni 1,50 PLN na mydło. I to jest przesłanie tekstu mojego Kolegi jak mi się wydaje.

Wojciech Szczęsny

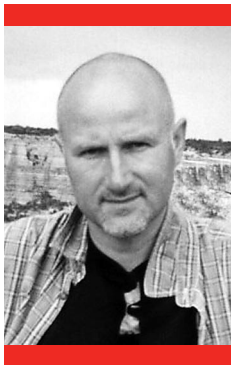
Szanowni Państwo,



Przeczytałem w Gazecie Wyborczej wypowiedź rzecznika prasowego BIL, Pana Doktora Wojciecha Szczęsnego. Mnie zdumiał jeden fragment, w którym Pan Doktor pisze, iż pacjenci w gabinetach nie pachną ładnie gdyż (cytuje z pamięci) „... nie myją pach, nie mówiąc o ich goleniu...”. Ten fragment sugeruje, że na niektórych zajęciach z fizjologii Pan Doktor oddawał się lekturze reklam w pismach kolorowych a nie czynnemu uczestnictwu. Owłosienie pachowe spełnia rolę w homeostazie termicznej zwiększając powierzchnię parowania potu i dopiero to parowanie nas wychładza i pozwala nam przeżyć, gdy jest gorąco i niemożliwe są inne formy utraty ciepła (promieniowanie, konwekcja). Myślę, że nawet, jeśli Pan Doktor ze względów „higienicznych” chciałby wygolić wszystkie wystające frędzelki z ręcznika (spełniając w końcu podobną rolę do owłosienia – zwiększając powierzchnię), to zdrowy rozsądek małżonki kazałby mu tego zaniechać. Warto też przypomnieć, że główną rolą owłosienia na głowie nie jest sterczenie po sklejeniu gumą do żucia, jak czytelnicy gazet mogą sądzić ale także funkcja ochronna m.in. podobna do tej, jaką spełnia owłosienie pachowe. Dlatego owłosienie u człowieka pojawia się obficie tam, gdzie jest nagromadzenie gruczołów potowych. A że nawet po dokładnym umyciu człowiek nadal posiada swój charakterystyczny zapach, który różni się od produktów fabryk wody kolońskiej? Cóż, jak twierdzą znawcy nawet plastikowa lalka naturalnych rozmiarów posiada swój zapach pomimo, że się nie poci, podobnie, jak zadbane pies, kot, koń (to argument dla wyznawców ewolucji). Nie sądzę, by Pan Doktor wzywał do wytwarzania np. laserem „higienicznej” tysiny nie zalecając jednocześnie używania znacznego gorszego substytutu włosów czyli czapeczki. Być może ludzie, którzy wierzą w teorię ewolucji uznają owłosienie na ciele człowieka za atawizm, ale ja jako człowiek małej wiary z ostrożności procesowej zakładam, że nic w człowieku nie jest bez sensu, tylko ten sens czasem spoza kolorowych stron trudno zauważyć i dlatego do eksponowania fizjologicznej roli, szczególnie lekarzy i pielęgniarki zachęcam. Używanie antyperspirantów, perfum, wód toaletowych, naklejanie tipsów, malowanie paznokci golenie nóg itd nie są przejawami higieny, lecz często jej „pachnącym” zaprzeczeniem, bo narażają człowieka na podrażnienia, alergię, uszkodzenia skóry itd. Tak, jak przed tysiącami lat do utrzymania higieny służyła woda i łagodne mydło. Lansowanie przez lekarza poglądów na fizjologię pochodzących z „Pani Domu” czy podobnych czasopism może stwarzać u postronnych osób wrażenie, że medycyna dziś jest oparta nie faktach lecz głównie na modach rozpowszechnianych przez firmy farmaceutyczne, kosmetyczne, telewizję i prasę.

Z poważaniem

Piotr Jurkowski, Bydgoszcz



Witamina C – na dobre i na złe?

Furorę robi jako panaceum na rozliczne choroby i jako czynnik przeciwstarzeniowy. Czy witaminę C możemy aplikować sobie zupełnie bezkarnie?

■ **Marek Jurgowiak**

Coraz liczniejsze badania epidemiologiczne wykazują, że spożywanie owoców i warzyw zmniejsza częstość zachorowania na nowotwory. Mechanizm tego ochronnego działania może być związany z obecnością w pokarmach roślinnych witamin, a głównie A, E oraz C. Ta triada witamin znana jest jako skuteczne czynniki antyoksydacyjne, przeciwdziałające zgubnemu oddziaływaniu na organizm wolnych rodników tlenowych (WRT) a nie mamy obecnie najmniejszej wątpliwości, że agresywne WRT są czynnikiem sprzyjającym rakowaceniu komórek. Szczególnie miejsce wśród triady czynników antyoksydacyjnych zajmuje witamina C (kwas askorbinowy, askorbinian).

Pomaga, ale nie zawsze

Witamina C nie tylko skutecznie zmniejsza ryzyko zachorowania na nowotwór ale, jak wynika z wielu badań, ogranicza też ryzyko zawału serca, a nawet może być skuteczna w leczeniu nadciśnienia. Witamina C zwiększa bowiem skuteczność leków stosowanych w leczeniu nadciśnienia, poprzez fakt, że wzmacnia w organizmie wydzielanie tlenu azotu (NO) zwiększającego elastyczność tętnic, co obniża ciśnienie krwi.

Jednocześnie, co ciekawe, witamina C stosowana w dużych (mega) dawkach jako czynnik antynowotworowy może ograniczać skuteczność chemioterapii i radioterapii. Zatem chorzy na raka powinni przyjmować tę witaminę, ale w ograniczonych dawkach w okresie stosowania chemo – i radioterapii. Przekroczenie dawki dziennej 1000 mg witaminy C ogranicza znacząco skuteczność tych metod leczenia. Nadmierne dawki witaminy C zamiast hamować, mogą także przyspieszać miażdżycę tętnic i zwiększać ryzyko zawału serca oraz udaru mózgu, a także powodować mogą uszkodzenia DNA (w obrębie pewnych klas genów), co sprzyjać może nowotworzeniu.

Zatem można zadać pytanie – skąd bierą się obecnie tak rozbieżne opinie na temat suplementacji tego popularnego specyfiku, dlaczego coraz częściej biolodzy i lekarze ostrzegają przed nadużywaniem kwasu askorbinowego?

Gdy za mało lub za dużo...

Coraz więcej osób sięga samodzielnie, bez zalecenia lekarza, po preparaty witaminowe, wzbogacone o mikroelementy, by zadbać o swoje zdrowie, a nawet w celu opóźnienia,

nieuniknionego przecież procesu starzenia się. Wynika to z powszechnej dostępności kolorowych pigułek, wzbogaconej witaminami żywności i propagowania wiedzy utwierdzającej nas w przekonaniu, że witaminy przyswajane w większych ilościach spowalniają procesy starzenia się i dzięki nim można w starszym wieku przedłużyć aktywne i trwające w lepszym zdrowiu życie. Moda na witaminy (a nawet ich nadużywanie) przyjęła się początkowo w Stanach Zjednoczonych, a później na całym świecie, wraz z rozpowszechnieniem hipotezy mówiącej o tym, że witaminy chronią organizm przed działaniem wolnych rodników. Chodzi tu o tzw. witaminy antyoksydacyjne, a głównie witaminy A, E oraz C. Chronią one przed działaniem toksycznych dla organizmu wolnych rodników tlenowych, które powstają w organizmie w przebiegu prawidłowego metabolizmu. Wolne rodniki są produktami naturalnej przemiany materii, jak i powstają na skutek działania czynników środowiskowych (tzw. egzogenne źródła wolnych rodników np. składniki dymu tytoniowego, różne typy promieniowania).

Do niedawna przyjmowano powszechnie, że stosowanie witamin antyoksydacyjnych w dużych ilościach jest bezkarnie. Niestety nie istnieją wyniki badań, które potwierdziłyby takie opinie. Z pewnością można tylko powiedzieć, że większe ilości antyoksydantów (w tym witaminy C) powinni przyjmować palacze tytoniu.

Witamina, dym i nowotwór

W osoczu krwi osób palących tytoń stwierdza się znacznie obniżony poziom witaminy C. Również, gdy jesteśmy przeziębieni dawka witaminy C powinna zostać zwiększona ponieważ atak wirusów na organizm wiąże się z nadprodukcją toksycznych wolnych rodników. Palacze tytoniu powinni przyjmować co najmniej 40% więcej witaminy C niż osoby niepalące (w celu uzyskania takiego samego jak niepalący stężenia kwasu askorbinowego we krwi), ale unikając jednak tzw. megadawek. W tym aspekcie interesujące są doniesienia wykazujące, że w spermie mężczyzn palących tytoń witamina C występuje w niższych stężeniach niż u mężczyzn niepalących. Wyższy był natomiast u palaczy poziom uszkodzeń DNA powodowanych przez WRT. Prawdopodobnie używanie tytoniu skutkuje obniżeniem poziomu antyoksydantów niezbędnych do

Pomimo ostrzeżeń przed dużymi dawkami witamin specjaliści od żywienia sugerują niewielkie podwyższenie dawek niektórych antyoksydacyjnych naturalnych składników pokarmów. W przypadku witaminy C nawet do 120 mg, ale bez zażywania tabletek, a poprzez wypicie codziennie jednej szklanki soku pomarańczowego ze świeżych owoców (taką porcja zawiera 100 mg witaminy). Proponuje się też zwiększenie spożycia witaminy E. Jej duże ilości zawierają orzechy, nasiona i zielone warzywa. Zaleca się dzienne dawki 15 mg, czyli większe od dotychczasowych o 5 mg u mężczyzn i 7 mg u kobiet. Ustalono też górne dawki dla tych witamin, których to dawek nie należy przekraczać. Dla witaminy C jest to 2000 mg, a dla witaminy E dawka 1000 mg. Nie ustalono jak dotąd górnej dawki dla beta karotenu – pro-witaminy A.

ZAWARTOŚĆ WITAMINY C W NIEKTÓRYCH POKARMACH

Rodzaj pokarmu	Zawartość wit. C (mg/100g)
Agrest	30
Cytryny	40
Grapefruit	45
Truskawki	60
Owoc Kiwi	100
Porzeczki czarne	200
Owoce dzikiej róży	250–1000
Orzechy włoskie niedojrzałe	3000
Szpinak	55
Kalafior	70
Brukselka	120
Brokuły	120
Chrzan	120
Nać pietruszki	150
Papryka zielona	175
Mięso (wołowe lub wieprzowe)	30
Wątroba	30

Dla porównania:

mleko krowie	3–6 mg/100g
mleko krowie	1–2
ziemniaki	20
rabarbar	10
grosek zielony konserwowy	10
winogrona	6
śliwki	10
jabłka	10

ochrony DNA plemników obecnych w nasieniu, co może sprzyjać mutacjom i prowadzić do defektów, a w następstwie chorób genetycznych czy też nowotworowych u potomstwa tych mężczyzn. Istnieją eksperymentalnie potwierdzone dowody na to, że dzieci, których ojcowie są palaczami tytoniu mają zwiększone ryzyko zachorowania na nowotwory. Badania epidemiologiczne przeprowadzone w Chinach wykazały, że takie nowotwory jak chłoniaki, ostra białaczka limfatyczna i nowotwory mózgu występują 3–4 razy częściej u potomstwa palących mężczyzn a ryzyko zachorowania wzrasta wraz z liczbą rocznie wypalanych papierosów (to najczęstsza forma używania tytoniu). Ten fakt z kolei tłumaczyć może, że ryzyko pojawienia się nowotworu u potomstwa palących mężczyzn może być wyższe, gdy obniżona jest zawartość antyoksydantów, w tym głównie witaminy C, w ich diecie.

W działaniu i ochronie DNA

Najbardziej znanym zwolennikiem przyjmowania megadawek kwasu askorbinowego był, już na przełomie lat 60–70 minione go wieku, biochemik Linus Pauling – laureat Nagrody Nobla. Głosił on, odosobniony wówczas pogląd, że zażywanie dużych da-

wek witamin C i E ma kolosalny pozytywny wpływ na organizm. Sam Pauling zażywał dziennie 20 gramów sproszkowanej witaminy C, dożywając sędziwego wieku 93 lat. Utrzymywał przy tym, że jest w najlepszej kondycji psycho-fizycznej. Niemniej naśladowców wielu uczony ten nie miał i w świetle wyników współczesnych badań dotyczących biologii witaminy C takie naśladownictwo należałoby odradzić.

Co wiemy o działaniu kwasu askorbino- wego? Organizmy Naczelne (w tym człowiek) i świnka morska nie mają zdolności syntezy askorbinianu, bowiem nie posiadają końcowego enzymu szlaku biosyntezy askorbinianu (oksydazy L-gulonolaktonowej). Zatem są w pełni zdane na pobieranie witaminy C w pożywieniu.

Witamina C jest kofaktorem w reakcjach hydroksylacji zachodzących podczas biosyntezy kolagenu. Z kolei, silne właściwości redukujące kwasu askorbinowego decydują o jego właściwościach antyoksydacyjnych. Witamina C neutralizuje takie reaktywne formy tlenu (w tym wolne rodniki) jak O_2^- , H_2O_2 , OH czy $HOCl$, rodniki nadtlenkowe. Jest to najważniejszy antyoksydant płynów ustrojowych pozakomórkowych, jak i ważny czynnik antyoksydacyjny wewnątrz komórek. W pły-

nie wodnistym oka, gdzie witamina C osiąga duże stężenie, chroni przed skutkami nadprodukcji rodników tlenowych powstających pod wpływem światła. Co ciekawe, takiej kumulacji witaminy C nie obserwowano u zwierząt prowadzących nocny tryb życia.

Askorbinian neutralizuje wolne rodniki oddając rodnikowi elektron, co ogranicza jego reaktywność. Przypomnijmy, że rodniki tlenowe to niezwykle reaktywne cząsteczki, które uszkadzają składniki komórek takie jak: białka, tłuszcze i DNA. Uszkadzając DNA, rodniki mogą być przyczyną mutacji prowadzących np. do transformacji nowotworowej komórki. Skoro witamina C neutralizuje rodniki zaczęto wraz z tymi ustaleniami zalecać duże dawki askorbinianu (dodatkowa suplementacja) aż do megadawek włącznie. Nie potwierdzono jednocześnie, żeby witamina C była skutecznym panaceum na wszystkie dolegliwości, a nawet pojawiły się niedawno wręcz niepokojące informacje o działaniu askorbinianu.

Ciąg dalszy w następnym numerze

Dr n. med. Marek Jurgowiak – jest wykładowcą w Katedrze i Zakładzie Biochemii Klinicznej Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Trudne decyzje

Dokończenie ze str. 2

Ostatnie rozwiązanie pociągałoby za sobą zwolnienia najbardziej wykwalifikowanego personelu: lekarzy i pielęgniarek. To byłaby trudna decyzja, bo wiem, że już bym ich nie odzyskał."

Najwięcej nadwykonań w Miejskim ma okulistyka i chirurgia. Na okulistykę kontrakt skończył się w połowie lipca. Chirurgia kończy kontrakt w połowie października. „Powinienem zapisywać pacjentów do „kilkuletnich” kolejek. Czy to zrobić? Nie wiem. – mówi Krzysztof Motyl – Na razie realizujemy świadczenia w takim stopniu, który uważamy za niezbędny, mimo to, że jest to koszt budżetu Szpitala. W tej chwili jeszcze ich nie ograniczamy, bo byłoby to niezgodne z etyką lekarską, poza tym nie chcemy odpowiadać przed prokuratorem za „odpisanie chorego”, który, jak nam się wydawało, nie musi być przyjęty w ramach procedur „ratujących życie”. Wolę, żeby sąd rozstrzygnął, czy należy mi za nie zapłacić, czy nie.”

O odzyskanie należności za świadczenia wykonane ponad limit zamierza ubiegać się także Bizio: „Szpital wykonał usługę dla pacjentów ubezpieczonych, poniósł realny koszt więc naszym zdaniem powinien dochodzić swoich należności. – uważa dyrektorka ds. finansowych jednostki – Mamy jednak nadzieję, że sprawa nie zakończy się w sądzie i uda nam się odzyskać pieniądze z NFZ.” Jeżeli do końca roku Fundusz nie zapłaci za nadwykonania Juraszowi, ten także zamierza skierować sprawę do sądu.

Fundusz nie zawsze zgadza się z żądaniami dyrektorów szpitali, oczekujących zapłaty za świadczenia. „Czasami wykazywane nadwykonania mogłyby być potraktowane jako planowe, a zdarza się, że nawet nie powinny być operowane. – uważa Wiesław Kiełbasiński, dyrektor Kujawsko-Pomorskiego NFZ – Są oddziały, które niepotrzebnie przyjmują chorych, np. na obserwację na oddziale chirurgicznym. Niektórzy też uważają, że warto wykazywać nadlimity, bo można będzie więcej osiągnąć w czasie następnego kontraktowania”.

Co dalej?

Kujawsko-Pomorski Wojewódzki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia nie zna jeszcze swojego budżetu na 2010 roku. Wszystko dlatego, że projekt planu finansowego NFZ, opiewający na około 54 mld zł, musi zostać poprawiony, uwzględniając nowy algorytm dzielący pieniądze na finansowanie świadczeń w poszczególnych województwach. Wiadomo jednak, że centrala NFZ z powodu niższych wpływów ze składek zdrowotnych, na pewno nie będzie dysponować większą ilością pieniędzy niż w roku 2009, a nawet niższą o około 2 mld.

Z projektu NFZ wynika, że najbardziej stracą polskie szpitale-bo nawet 2 mld zł, co oznacza o kilka procent mniej dla każdego z nich! Dyrektorzy lecznic w regionie nie mają więc co liczyć na wyższe kontrakty. Sytuacji nie poprawi podział środków wg nowego algorytmu. Wprawdzie dzięki temu, że

wreszcie nie bierze on pod uwagę „dochodów” województw zyskamy 22 mln, ale na wszystkie rodzaje usług medycznych. Świadczeniodawcy nie odczują więc znacznej poprawy. „Na waciki to nie wystarczy” – komentuje Krzysztof Motyl.

Znowu więc pewnie czeka nas czas „napiętych” budżetów w szpitalach, długich kolejek i niezadowolonych pacjentów, rok kolejnego deficytu w ochronie zdrowia. Dyrektor Krzysztof Motyl uważa, że trudna sytuacja w ochronie zdrowia to kwestia decyzji politycznych. „Nie ma pieniędzy na zdrowie, czy może raczej politycy, którzy decydują o budżecie tego kraju podejmują takie decyzje? – pyta – Wystarczy, zauważyc, że na Stadion Narodowy wydamy 2 mld złotych, tyle ile ma stracić NFZ przez niższe przychody ze składek w 2010 i ile mniej mają dostać szpitale. Pieniądze są, ale ich podział jest wyłącznie decyzją polityków, a ci widać nie kierują się rzeczywistymi potrzebami społeczeństwa.”

Poprawić sytuację szpitali i ich pacjentów mogłaby jeszcze inna decyzja polityczna – zezwolenie jednostkom publicznym na działalność komercyjną. „Pozwoliłoby to zwiększyć dostępność pacjentom ubezpieczonym, bo kolejka by się skróciła o tych ubezpieczonych, którzy chcą za leczenie zapłacić. Ja miałbym pokrycie wolnych mocy przerobowych, a płatnik nie musiałby się ze mną „zabijać” w sądzie o nadwykonania, bo przerzucałbym je na obszar komercji. Pytanie brzmi: dlaczego nikt nie chce zmienić przepisów tak, by pozwoliły publicznym zakładom opieki zdrowotnej realizować odpłatne świadczenia?”.

Agnieszka Banach

Z głową w chmurach...

...tak właśnie określiła swego męża, bydgoskiego artystę – malarza, a naszego gościa, Ignacego Bullę, na spotkaniu klubowym w czerwcu, Jego piękna żona.

O swojej drodze życiowej opowiedział nam w sposób rzetelny, dowcipny, i – jako malarz – barwny. Otóż w czasie ostatniej wojny rodzina Prelegenta zostaje wywieziona z Wołynia na Sybir wraz z małym Ignasiem, który tę daleką drogę odbywa w „podwójnym opakowaniu”, bo ... jako 3-miesięczne „dzieciątko” w łonie matki, oraz, jak wszyscy wywożeni, w wagonie bydłowym. Ochrzczony na tej Syberii wodą i wódką z burakiem (a po raz drugi, już po katolicku w Polsce). Na Syberii zachorował też ciężko na biegunkę i od śmierci uratowało go picie... rozcieńczonej gencjany. Po powrocie do Polski rodzina w 1949 r. osiadła w Bydgoszczy, z której młody Ignaś, po skończeniu słynnej szkoły Turwida, wyjeżdża na studia do Poznania. Po uzyskaniu dyplomu z Wydziału Malarstwa, Grafiki i Rzeźby wraca do Bydgoszczy i początkowo pracuje właśnie nad rzeźbą. Wkrótce jednak „przerzuca” się na malarstwo, odnajdując w nim swoją życiową pasję. (Czyżby „Autoportret w koronie” ma właśnie symbolizować jego „malarskie ukoronowanie”?).

Natomiast o malarskiej drodze życiowej naszego Gościa dowiadujemy się z pięknego filmu, w którym zaprezentowano jego liczne prace malarskie oraz opinie o nich, znanych w świecie artystycznym osób. Paleta jego zainteresowań jest różnorodna, jak mówi sam Autor: „Staram się nie zawężać swojej twórczości do jednego obrazu. Nie ograniczać się do jednej formy wypowiedzi, a mimo to być rozpoznawalnym poprzez »ten sam charakter pisma«.”

Swoją relację do świata i zachwyt nim wyraża poprzez artystyczną formę. W jego licznych płótnach można odczytać ciągłą przemianę jego przeżyć i doświadczeń, zaczerpniętych z pamięci, w precyzyjne, wysublimowane w kolorze obrazy, jak np. syberyjskie: „Kręgi” czy „Prześwity”. Dlatego też znany bydgoski pisarz – satyryk Zdzisław Pruss, określił Go tak: „z zawodu – Sybirak, zewnątrz – amant (bo przystojny to on rzeczywiście jest), wewnątrz – intelektualista”, a grafik – Łukasz Płatnowski stwierdził: „dramaturgia jego prac, jest dramaturgią jego myśli”

W twórczości swojej Autor używa często barw „agresywnych”, silnie nasyconych, wśród których dominują intensywne czerwienie i krwiste brązy, a także głębokie żółcie i błękity. Tematy jego prac różnorakie, w tym liczne pejzaże i portrety, tak zwykłych, jak i znanych ludzi (np. Ireny Szewińskiej, Adama Michnika. Rajmunda Kuczmy, a także – wiszący w pomieszczeniach BIL – por-



tret naszego pierwszego prezesa Izby, doktora Andrzeja Martynowskiego). A sztukę swoją uprawia wszędzie, nawet wtedy, gdy był w moim szpitalu – nieco niesforemny, ale jakże przez wszystkich lubianym – pacjentem, malując portrety uszczęśliwionych z tego powodu chorych, z których to obrazów urządziliśmy wówczas piękną „szpitalną wystawę”. Nie stroni także od tematów aktualnie – politycznych, czego przykładem jest (namalowany rok temu) obraz rozwartych w kształcie litery V palców zakończonych małymi, zwróconymi ku sobie główkami, z wywieszonymi, potężnymi jęzorami!

Mnie zaś zachwylił obraz zatytułowany „Pejzaż uskrzydłony”, który całą uwagę widza koncentruje mimo woli na umieszczonym centralnie w tle obrazu mistrzowsko namalowanym niebiesko – białym, wprost hipnotyzującym, światelku.

I muszę jeszcze dopowiedzieć, że nasz Gość nosi tytuł „Ministerialnego rzeczoznawcy malarstwa współczesnego”. A że „jabłko pada niedaleko od jabłoni” – to jego córka, studiująca grafikę warsztatową, jest posiadacz-

Sztuka jest dla mnie doświadczaniem zamierzonego i nieoczekiwanego
Ignacy Bulla

ką „Nobla studentkiego”, jako najlepsza w swojej dziedzinie studentka w Polsce!

To było przemile, pełne uśmiechu i śmiechu, nieomal, że przyjacielskie spotkanie, w którym Prelegent tak nas „zauroczył”, że odśpiewaliśmy Mu 100 lat. I oby się spełniło!

Klub Lekarza Seniora
Halina Grzybowska-Rogulska

DORADCA PODATKOWY

mgr inż. Sławomir J. Rogalski



nr wpisu – 05537

Siedziba: ul. E. Kwiatkowskiego 2 Bydgoszcz
tel. (052) 344 36 34 (Fordon, obok Lidla)
Filia: ul. Szubińska 15 Bydgoszcz
tel. (052) 37 307 87 (między Piękną a Castoramą)
Telefon kom. 0602 38 65 81
e-mail: rogalski@box.net.pl

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

*Dwie rzeczy są w życiu pewne
– śmierć i podatek*

Benjamin Franklin

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

Zaproszenia dla Czytelników do Teatru!

- 17.10, godz. 17.00 – V (F) ICD-10. **Transformacje** – 3x2
- 18.10, godzina 19.00 – V (F) ICD-10. **Transformacje** – 3x2
- 29.10, godzina 18.00 – **Krasiński. Nie-Boska Komedia.** – Instalacja Teatralna – 2x2

Czekamy na telefony 14 października
od godziny 9 do 11
– Ewa Langner 052 346 00 84.

Repertuar październik 2009



- 14.10 Teodora Herghelegiu, **Zidul**, Teatrul Toma Caragiu Ploiesti, Duża Scena TPB próba czytana, 19.00
- 15.10 Artur Pałyga, V (F) ICD – 10. **Transformacje**, Mała Scena TPB pokaz przedpremierowy, 19.00
- 16.10 Artur Pałyga, V (F) ICD – 10. **Transformacje**, Mała Scena TPB PREMIERA, 19.00
- 17.10 Artur Pałyga, V (F) ICD – 10. **Transformacje**, Mała Scena TPB, 17.00
- Nicoleta Esinencu, **Antidot, Mobile European Trailer Theatre**, Duża Scena TPB, 19.00
- Tamci. Wzajemne postrzeganie Polaków i Niemców** odczyty, 17.00, 18.00
- 18.10 **Kobiety do środka**, instalacja teatralna, 11.00
- 18.10 Artur Pałyga, V (F) ICD – 10. **Transformacje**, Mała Scena TPB, 19.00
- 19.10 **Tamci. Wzajemne postrzeganie Polaków i Niemców**, odczyty, 18.00, 19.00
- Almir Imsirević, **Mausefuckers**, Sarajewski Ratni Teatar, Duża Scena TPB próba czytana, 18.00
- Po upadku/nowy oddech performerzy demoludów**, 20.00
- 20.10 projekcje filmów o Serbii i Rumunii – Camera Obscura
- CAMERA OBSCURA – festiwal reportażu 21–24 października**
- 22.10 Buchsteiner Nordost – program Teatr Polska, prezentacja w Teatrze Polskim w Poznaniu, 19.00
- 24.10 Buchsteiner Nordost – program Teatr Polska, prezentacja w Szubińskim Domu Kultury, 17.00, 20.00
- 28.10 Krasiński. **Nie-Boska Komedia.** Instalacja teatralna Mała Scena TPB 19.00
- 29.10 Krasiński. **Nie-Boska Komedia.** Instalacja teatralna Mała Scena TPB, 18.00, 20.00
- 30 i 31.10 **Trzy siostry** wg Antoniego Czechowa Duża Scena TPB – spektakl kameralny, 19.00

Mój jest ten kawałek podłogi!...

Kiedy pojawiają się pytania, na które nie ma odpowiedzi, oznacza to, że nastąpił kryzys

Ryszard Kapuściński



Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Skoro widmo kryzysu krąży na świecie, to i ja postanowiłem nieco zgłębić ten temat! Aby to uczynić przejrzałem niektóre doniesienia prasowe.

„Financial Times” tak ostrzega:

„Europie grozi kryzys na rynku kart kredytowych – analitycy przekonują, że klienci europejskich banków będą wkrótce mieli kłopoty ze spłatą zadłużeń na karcie. Problemy, jakie według FT czekają banki w Europie, będą podobne do tych, z jakimi zmagają się teraz sektor finansowy w USA.”

„The Wall Street Journal” pisze:

„Rośnie zadłużenie Polaków na kartach kredytowych. Coraz więcej osób spłaca tylko minimalną kwotę zadłużenia. Banki zaczęły dokładnie badać każdy wniosek o wydanie plastikowego pieniądza.”

Przyznam szczerze, że doniesienia te brzmią raczej niezachęcająco i przyszłość rysuje się nieciekawie!

Właśnie – tu zadaję sobie pytanie. Jaka to przyszłość nas czeka?

Na pytanie to znalazłem odpowiedź! Cytuję klasyka!

„Posiadacze kapitału będą stymulować popyt klasy robotniczej na coraz większą ilość towarów, mieszkań i wytworów techniki.

Jednocześnie będą udzielać coraz więcej coraz droższych kredytów na zakup tych dóbr, aż rzeczony kredyty nie będą mogły być spłacane. Niespłacane kredyty doprowadzą do bankructwa banków, które z kolei zostaną znacjonalizowane. To w rezultacie doprowadzi do **powstania komunizmu**”. (podkreślenie moje).

Czy już zgadujecie Miłe Panie i Szanowni Panowie o jakiego to klasyka chodzi?

Tak! Tak – nie mylicie się, chodzi tu o Karola Marksa, który to myśl tą wypowiedział w 1867 roku.

No, ale koniec już z pytaniami, na które znamy odpowiedź!

Zajmijmy się innym kryzysem. Kryzysem, którego przyczyny nie rozumiem i odpowiedzi na pytanie: dlaczego nastąpił, nie potrafię udzielić. Chodzi mi o kryzys naszego Samorządu, kryzys samej idei samo rządzenia!

Pytacie, dlaczego tak myślę? A jak można myśleć inaczej przy kompletnym braku zainteresowania wyborami delegatów na Zjazd Okręgowy, a co za tym idzie – wyborem nowych władz Izby Okręgowej!

Jest mi niezmiernie przykro, że dwadzieścia lat reaktywowanego Samorządu nie zaowocowało nowymi młodymi działaczami, którzy chcieliby poświęcić swój wolny czas innym.

Nie wiem dlaczego tak się dzieje, że ja – wychowany w czasach, kiedy wszelka myśl o samorządności była w zarodku tępiona, potrafiłem (taką przynajmniej mam nadzieję) poświęcić kilka lat swego życia tej wzniosłej idei. Być może miałem dobrych nauczycieli! A których to w obecnych czasach być może brakuje?

Na nurtujące mnie pytania, niestety, nie znajduję odpowiedzi.

Niestety, kryzys!!!

A. Martynowski

Wspomnienie o...

● doktor Alicji Stefańskiej-Nartowicz

Doktor Alicja Stefańska-Nartowicz, która odeszła od nas 28 czerwca 2009 roku, urodziła się 11 marca 1929 roku w Warszawie. Studia na wydziale lekarskim AM w Gdańsku ukończyła w 1952 roku i 1 stycznia 1953 roku, posiadając tzw. „nakaz pracy”, rozpoczęła pracę w Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym w Bydgoszczy. Szpitalowi temu pozostała wierna przez 46 lat swego życia zawodowego.

Droga zawodowego rozwoju to uzyskanie I stopnia specjalizacji z zakresu pediatrii w 1955 roku, II stopnia specjalizacji w 1960 roku. Oprócz wymaganych szkoleń specjalizacyjnych poszerzała swą wiedzę o dziedzinę pediatrii, będącą w tym czasie w okresie szybkiego rozwoju – kardiologię dziecięcą, a także neonatologię. Odbiła szereg kursów i szkoleń w tym zakresie w wiodących ośrodkach kardiologii w kraju. Na terenie naszego Szpitala od 1962 prowadziła samodzielny pododdział dla noworodków leczonych z powodu choroby cytotoksycznej, kierowała pracownią serologiczną.

W 1964 roku objęła stanowisko zastępcy ordynatora Oddziału Niemowlęcego II, a od 1976 roku, do chwili przejścia na emeryturę w roku 1992, była ordynatorem tego Oddziału. Pracę w oddziale łączyła z pracą w Poradniach D i D1, a później, do końca swej pracy zawodowej, tj. do 1999 roku, w Poradni Kardiologicznej dla dzieci od 0–3 lat.

Swą wiedzę i doświadczenie zawodowe przekazywała lekarzom pediatrom i lekarzom ogólnym prowadząc wykłady, seminaria i ćwiczenia w latach 1960–1972 w ramach szkoleń podyplomowych w Studium Doskonalenia Kadr Lekarskich w Bydgoszczy. Rozwijając swe zainteresowania naukowe opracowała zagadnienia z zakresu chorób wieku niemowlęcego, w tym chorób układu krążenia, diagnostyki elektrokardiograficznej u dzieci, przedstawiane na zjazdach i w fachowej prasie lekarskiej. Nie była Jej obca pediatria społeczna i organizacja opieki nad matką i dzieckiem – w latach 1958–1962 pro-

wadziła Referat Ochrony Macierzyństwa i Zdrowia Dziecka w Wydziale Zdrowia ówczesnej Powiatowej Rady Narodowej, organizując i nadzorując opieką w tym zakresie.

Była czynnym członkiem Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego i Polskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Pasją Jej życia zawodowego była pediatria okresu niemowlęcego, a zwłaszcza kardiologia tego okresu życia. Tym najmniejszym pacjentom poświęcała najwięcej swego czasu i uwagi, wykorzystując całą swoją wiedzę i doświadczenie. Pacjent był podmiotem Jej działania, cechowała Ją dociekliwość i mądrość w diagnostyce, nowoczesność i opanowanie w terapii, umiejętność nawiązywania kontaktu i współdziałania z pacjentem i jego rodzicem.

Posiadaną wiedzę przekazywała młodym lekarzom – adeptom pediatrii – według wzorca „mistrz i uczeń” – przekazując zarówno wiedzę, jak i kulturę pracy oraz swoistą dla pediatrii filozofię zawodu. Jej współpracownicy i uczniowie wspominają dr Alicję Nartowicz jako lekarza i szefa znakomicie przygotowanego merytorycznie, wymagającego i sumiennego, zmuszającego do aktywnego zdobywania wiedzy, wprowadzającego w zespół atmosferę spokoju i zaufania, wzajemnego szacunku i pomocy. Była dla nich wzorem wspaniałego lekarza i nauczyciela, człowieka o wielkiej kulturze osobistej, który łączył profesjonalizm zawodowy z wiedzą nauk humanistycznych.

Dr Alicja Nartowicz dla Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego, a przede wszystkim dla jego pacjentów, poświęciła swoje całe życie zawodowe. Jej praca leży u podstaw rozwoju pediatrii bydgoskiej, jej udziałem jest rozwój specjalności wywodzących się z pediatrii, a owocem jej długoletniej pracy są tysiące leczonych i wyleczonych dzieci.

W imieniu współpracowników i swoim

Edward Grądzki



Agencja Ubezpieczeniowa Tomasz Czajkowski



PZU SA

zajmujemy się obsługą:

- ubezpieczeń od odpowiedzialności cywilnej lekarzy,
- ubezpieczeń NZOZ,
- ubezpieczeń pakietowych OC/AC/NW,
- ubezpieczeń domów i mieszkań.

Tomasz Czajkowski
ul. Oplawiec 48 85-469 Bydgoszcz

www.czajkowski-ubezpieczenia.pl

**Zadzwoń, a możesz dostać
zniżkę nawet do 30%**

tel. 601 672 559, 052 581 66 33

Kryształowe Puchary X Mistrzostw Polski Lekarzy rozdane!



Tradycyjnie już w pierwszy weekend września, przy „dobrej” myśliwskiej pogodzie na strzelnicy w samym sercu Borów Tucholskich, odbyła się dziesiąta jubileuszowa edycja Otwartych Międzynarodowych Mistrzostw Polski Lekarzy w Strzelectwie Myśliwskim. Honorowy patronat nad zawodami sprawował sam najwyższy wódz wszystkich medyków Konstanty Radziwiłł wraz z prezesem Bydgoskiej Izby Lekarskiej Radostawą Staszak-Kowalską, a medialną opiekę nad imprezą roztoczyła rozgłośnia radiowa RADIO GRA.

Z różnych stron naszego europejskiego podwórka zjechało do Osia 70 uczestników zawodów, wraz z rodzinami, którzy zawzięcie trenowali prawie całe piątkowe popołudnie na przygotowanych osiach parcurowych. W piątek na terenie ośrodka hotelowo – rekreacyjnego SPA – PERŁA w Tleniu odbyła się impreza integracyjna środowiska lekarskiego i jego sympatyków, do której również zaproszono dzieci z grupy rehabilitacyjnej „Neuron”, przebywającej na terenie ośrodka.

W sobotę Komitet Organizacyjny Mistrzostw zaprosił osoby towarzyszące na wyprawę po Borach Tucholskich z instruktorem nordic walking (ładnym!). A na strzelnicy, po oficjalnym otwarciu zawodów, żartów nie było i pod czujnym okiem głównego sędziego zawodów – Marka Droszcza przystąpiono do zaciętej rywalizacji o tytuł Mistrza Polski. Zawody rozgrywano w dwóch kategoriach: sympatyków i lekarzy oraz prowadzono klasyfikację drużynową reprezentacji okręgowych izb lekarskich.

Wyczerpujący wielobój na czterech osiach parcurowych o znanych dla wszystkich nazwach: „KLINIKA” „SZPITAL” „PORADNIA” „GABINET”, przygotowanych perfekcyjnie przez kolegów: Pawła Pokrzywkę i Marka Siegienia – dostarczył wielu sportowych

emocji uczestnikom. Wspaniała atmosfera sportowej rywalizacji, starania Komitetu Organizacyjnego oraz życzliwe koleżeńskie porady samego prezesa PSSP Jerzego Kamińskiego sprawiły, że komisja techniczna i super arbiter nie miały żadnego zajęcia. Po 8 godzinach wieloboju wyłoniono zwycięzców! – rozdano medale, kryształowe puchary i nagrody Dziesiątych Mistrzostw Polski Lekarzy.

Mistrzem Polski Lekarzy na rok 2009 i tym samym posiadaczem wspaniałego kryształowego pucharu został kolega Siergiej Isaryk, wicemistrzem został Andrzej Głyda, na trzecim miejscu uplasował się Marek Jedwabiński.

W klasyfikacji drużynowej reprezentacja Bydgoskiej Izby Lekarskiej w składzie: Marek Jedwabiński, Siergiej Isaryk i Adam Witkowski ponownie nie pozostawiła żadnych wątpliwości, która okręgowa izba lekarska dysponuje największą siłą ognia i zdobyła po raz kolejny (10!) Drużynowe Mistrzostwo Kraju. Wśród zaproszonych gości i sympatyków naszego środowiska zdecydowanie najlepszy okazał się kolega Paweł Pokrzywka, dosłownie roznosząc na lufach konkurentów, drugie miejsce zajął kolega Zbyszek Grabałowski, a trzecie kolega Edward Spierewka. Puchary ufundowane przez kolegę Zbyszka Grabałowskiego trafiły do najmłodszego zawodnika oraz do najlepiej zapowiadającego się strzelca, który chwilowo zajął ostatnie miejsce. Tradycyjną częścią sportowej rywalizacji był jak co roku Charytatywny Turniej Sponsorów w dubletach na osi myśliwskiej – „Dar Serca” – nagrody ufundowała Elbląska Izba Lekarska. Uzyskane środki zostały przekazane dla maluszków uczących się w szkole przyszpitalnej, działającej na terenie Kliniki Ortopedii CM UMK w Bydgoszczy – tu nie zawiódł faworyt gospodarzy i prezentując dwie czyste serie zdobył „Złotą Różę”. Niewątpliwą atrakcją tej edycji Mistrzostw Polski był pokaz sprawności terenowej samochodów ze stajni Mercedes-Benz, oddanych do dyspozycji uczestników przez firmę Sobiesław Za-

sada Sp Z o.o z Bydgoszczy, która ufundowała atrakcyjne nagrody dla uczestników prób terenowych. Trzeba przyznać, że żaden z samochodów się nie rozsypał podczas tortur fundowanych im na specjalnie przygotowanej trasie przez bezdroża i bagna Borów Tucholskich. Dzień pełen atrakcji zakończony został kolacją towarzyską „pod krawatem”. W niedzielę każdy, kto pragnął rewanżu mógł spróbować sił w zawodach wędkarskich w połowie pstrąga na łowiskach w Starej Rzece. Po zaciętym pojedynku, wyłoniony zwycięzca, nagrodzony wspaniałym prezentem od Armaniego był równie szczęśliwy jak aktualny Mistrz Polski z dnia poprzedniego w zawodach strzeleckich, a złowione pstrągi podano na wystawny obiad, kończący nasze tegoroczne spotkanie.

Ile zaangażowania i dobrej woli wielu osób potrzeba do zorganizowania zawodów strzeleckich na krajowym poziomie, trudno napisać jednym zdaniem, ale nie to jest ważne dla organizatora, najważniejsza jest frekwencja i atmosfera, bo to ona jest wykładnikiem wszystkich starań. Dlatego bardzo się cieszymy, że nasza impreza organizowana pod patronatem Naczelnej i Bydgoskiej Izby Lekarskiej znalazła swoje stałe miejsce w kalendarzu ogólnopolskich zawodów strzeleckich i z roku na rok ma coraz więcej sympatyków. Każdy kto przyjeżdża do Osia wywozi wspaniały dar przyjaźni otrzymany od lekarskiej braci łowieckiej z całej Polski. Serdeczna atmosfera i wspaniali ludzie, lekarze, myśliwi, którzy do nas przyjeżdżają co roku oraz nowi uczestnicy naszych spotkań, powiększający grono naszych przyjaciół, dają nam nadzieję, że Międzynarodowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w przyszłym roku będą miały jeszcze większą frekwencję i dzięki sponsorom równie wspaniałą oprawę. Serdecznie zapraszamy w przyszłym roku!

Z myśliwskim pozdrowieniem „Darz Bór”

*Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego
Dr n med. Marek Jedwabiński*



Zapraszamy na wystawę

Do 31 stycznia 2010 r. w Muzeum Wojska Polskiego w Bydgoszczy czynna jest wystawa „Wrzesień 1939”. Warto się na nią wybrać! Zobaczymy tam między innymi przedmioty związane z medycyną. Ekspozycje, pochodzące z wyposażenia bydgoskiej sanitariuszki Ewy Żmudy-Trzebiatowskiej (tekst o niej w następnym numerze „Primum”) – dostarczył autor wspomnień dr Mieczysław Boguszyński.

PRACA

Ginekologa do poradni „K” w Bydgoszczy zatrudnię. Telefon 608 748 508.

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolечnictwa w Bydgoszczy zatrudni w pełnym wymiarze godzin **lekarza z możliwością otwarcia specjalizacji z transfuzjologii klinicznej**. Warunki zatrudnienia do uzgodnienia. Kontakt: tel. (052) 322 65 17, 322 18 71.

Dobrze prosperujące centrum stomatologiczne nawiąże współpracę z **lekarzem stomatologiem**. Tel. 600 250 143.

Szpital Tucholski zatrudni **lekarza specjalistę chorób wewnętrznych** lub w trakcie specjalizacji lub zamierzającego rozpo-

znąć specjalizację w tej dziedzinie – do pracy w oddziale wewnętrznym. Oferujemy bardzo dobre warunki płacowe. Kontakt: nr tel. (052) 336 05 03, szpital@tuchola.pl

Poszukujemy **lekarzy stomatologów** do współpracy w dużym centrum stomatologicznym w Bydgoszczy. Tel 601 260 226.

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

WYNAJME

Gabinety lekarskie w NZOZ przy ul. Gajowej 17 w Bydgoszczy – do wynajęcia. Sprzedamy tanio 6 szaf przeszklonych, medycznych. Kontakt: 603 334 530; nzo.z.kwn@neostrada.pl

Spotkania lekarzy seniorów

♦ **7 października 2009** – Klub Lekarza Seniora będzie gościł doktora Arkadiusza Kuźmieskiego – Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego. Tematem spotkania będzie: „Grypa – problem ciągle aktualny”. Początek spotkania, jak zwykle o godz. 15.

♦ **12 listopada 2009** – wyjątkowo w czwartek – gościem będzie prof. Waldemar Placek, kierownik Katedry i Kliniki Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunodermatologii CM UMK – „Problemy dermatologiczne związane z wiekiem”.

Dnia 6 września 2009 roku Klub nasz poniósł dotkliwą stratę – odeszła od nas na zawsze **lek. stom. Hanna Ciar-kowska**, wierna uczestniczka wszystkich naszych klubowych spotkań i wycieczkowych wędrówek.

Będzie nam Jej brakowało
członkowie Klubu Lekarza Seniora



MEBLE KUCHENNE

BIUROWE • POKOJOWE
SZAFY WNĘKOWE
SYPIALNIE

➤ DORADZTWO
➤ MONTAŻ

➤ PROJEKT
➤ TRANSPORT

BYDGOSZCZ • UL. DOLINA 29 C

SKLEP FIRMOWY (ZA DAWNYM GEANTEM)

TEL. 052 373 02 81 • TEL. KOM. 602 409 487

WWW.LIDERSMEBLE.COM.PL