

TRAGEDIA W SMOLEŃSKU

Zapraszamy na

VII ŚWIATOWY KONGRES POLONII MEDYCZNEJ

20 punktów edukacyjnych czeka!

www.kongrespoloniimedycznej.org.pl

„Medycyna XXI wieku – możliwości i zagrożenia”

Toruń, 24 - 26 czerwca 2010 r.

XXVII Okręgowy Zjazd Lekarzy – Prezydium Zjazdu
fot. Dominika Kisielewska



ZWYRODNIENIE PŁAMKI ZWIĄZANE Z WIEKIEM – PRZEWODNIK DIAGNOSTYKI I TERAPII

Andrzej Stankiewicz i Małgorzata Figurska

ISBN 978-83-62138-13-5

format A4; liczba stron 100; oprawa twarda

Przewodnik traktujący zagadnienie zwyrodnienia płamki związanej z wiekiem od genezy choroby, poprzez aspekty terapii, ujmujący nowe kierunki w leczeniu i omawiający psychologiczne następstwa utraty wzroku w zwyrodnieniu płamki.



OBJAWY REUMATYCZNE W PRZEBIEGU CHOROBY NARZĄDÓW WEWNĘTRZNYCH pod redakcją prof. Jacka Pazdura

ISBN 978-83-89825-18-6

format B5; liczba stron 160; oprawa miękka

W pierwszej części książki przedstawiono mechanizm powstawania zmian kojarzonych z chorobami reumatycznymi i wykazano brak specyficznych dla chorób reumatycznych cech tych objawów. W części drugiej zaprezentowano jednostki chorobowe przebiegające z objawami chorób reumatycznych. Autor ma nadzieję, że książka ta okaże się pomocna Czytelnikowi w różnicowaniu chorób przebiegających z objawami reumatycznymi z układowymi chorobami reumatycznymi.



WYTYCZNE I BADANIA KLINICZNE – KARDIOLOGIA 2009. NIE TYLKO DLA LEKARZY SPECJALISTÓW pod redakcją Macieja Banacha i Zbigniewa Gacionga

ISBN 978-83-62138-16-6

format A5 liczba stron 240 oprawa miękka

Publikacja przedstawia najważniejsze wytyczne i badania kliniczne minionego roku, które mają największe implikacje kliniczne dla codziennej praktyki lekarskiej, oraz badania, które przyczyniły się lub przyczynią do zmian w wytycznych, z których wnioski nierzadko rewidują dotychczasowy punkt widzenia. W założeniach autorów książka ta stanowi początek cyklicznych pozycji, które będą pojawiały się co roku, stanowiąc podsumowanie, i jednocześnie ułatwiając dotarcie do wytycznych i badań, których w danym momencie będziecie Państwo potrzebować.



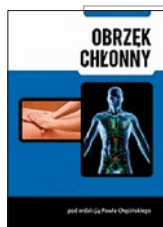
ANGIELSKO-POLSKI I POLSKO-ANGIELSKI SŁOWNIK WYBRANYCH TERMINÓW MEDYCZNYCH

opracowany przez Sebastiana Szmita ze słowem wstępnym prof. Grzegorza Opolskiego

ISBN 978-83-89825-5

format B5; liczba stron 132; oprawa miękka

Jest to pierwsza tego typu publikacja w Polsce, skierowana nie tylko do młodych lekarzy i studentów, ale wszystkich lekarzy praktyków, niezależnie od specjalizacji. Słownik ten powstał na podstawie podręcznika Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego „Choroby serca i naczyń”. Jest narzędziem, które pozwoli na pogłębienie wiedzy dostępnej tylko w wersji anglojęzycznej oraz ułatwi publikowanie wyników polskich prac w zagranicznych czasopiśmie.



OBRZĘK CHŁONNY pod redakcją Pawła Chęcińskiego

ISBN 978-83-62138-15-9

format B5; liczba stron 92; oprawa miękka

Omówienie przyczyn występowania, diagnostyki i leczenia obrzęku chłonnego przygotował zespół autorski lekarzy z wieloletnim doświadczeniem w chirurgii ogólnej i naczyniowej. Obrzęk chłonny jest dużym problemem społecznym, niestety, przez wielu niedostrzeganym i lekceważonym. Okazuje się, że dość często bywa wynikiem braku odpowiedniej wiedzy dotyczącej możliwości i konieczności leczenia. Wczesne rozpoczęcie terapii w wielu przypadkach umożliwia całkowitą redukcję obrzęku i zapobiega rozwojowi inwalidztwa. Publikacja ta przeznaczona jest głównie dla studentów medycyny, fizjoterapii i lekarzy pierwszego kontaktu.

Wydawnictwo Lekarskie PZWL sp. z o.o. ul. Domaniewska 41, 02-672 Warszawa, tel. 022 695 40 33, fax 022 695 40 32, www.pzwl.pl



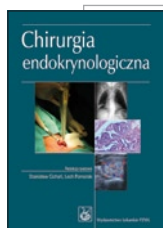
CHOROBY ZAKAŻNE U DZIECI Carol J. Baker (red.)

Tytuł oryginału: Red Book Atlas of Pediatric Infectious Diseases z ang. tłum. Katarzyna Fleischer

ISBN 978-83-200-3838-5,

format 16,5 x 23,5 cm, wydanie I, 446 stron, 546 kolorowych ilustracji, 27 tabel, oprawa miękka, cena katalogowa 139 zł

Doskonały atlas chorób zakaźnych, zawierający bogatą dokumentację fotograficzną dotyczącą 125 najczęściej występujących jednostek chorobowych. Każda jednostka chorobowa omówiona jest wg określonego schematu, obejmującego etiologię, obraz kliniczny, epidemiologię, okres wylegania, diagnostykę i zasady leczenia. Materiał ilustracyjny przedstawia obraz kliniczny, a zwłaszcza zmiany – skórne, na błonach śluzowych, a także zawiera obrazy rentgenowskie i mikroskopowe.



CHIRURGIA ENDOKRYNOLOGICZNA Stanisław Cichoń, Lech Pomorski (red.)

Prof. dr hab. med. Stanisław Cichoń pracuje w Klinice Chirurgii Endokrynologicznej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, a prof. dr hab. med. Lech Pomorski – w Katedrze Endokrynologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

ISBN 978-83-200-3863-7, wydanie I, format 16,5 x 23,5 cm, 480 stron, 138 ilustracji, 56 tabel, oprawa twarda, cena katalogowa 145 zł

W książce są zawarte aktualne informacje na temat rozpoznawania i operacyjnego leczenia chorób gruczołów wydzielania wewnętrznego, w ujęciu operacji klasycznych oraz zabiegów minimalnie inwazyjnych. Potrzeba opracowania tego rodzaju wynika z dynamicznego rozwoju chirurgii endokrynologicznej oraz braku takiej publikacji w języku polskim. Książka składa się z sześciu części: tarczycy, przystarczycy, nadnerczy, guzy endokrynne trzustki, guzy neuroendokrynne przewodu pokarmowego, niedokrwistość mięśni. Jest to praktyczny, bogato ilustrowany poradnik rozpoznawania i leczenia chorób gruczołów wydzielania wewnętrznego.



Mamy Rzecznika, będzie Kongres!

Zgodnie z zapowiedziami mamy Rzecznika Praw Lekarzy. Rekomendację Okręgowej Rady Lekarskiej otrzymał (jednogłośnie!) prawnik Krzysztof Izdebski. Co zadecydowało o wyborze tej kandydatury? Niewątpliwie program. Konkretny, jasny i w pełni zgodny z oczekiwaniami środowiska. Szczegóły macie Państwo w środku numeru.

Nie do przecenienia jest zapal, z jakim pan Krzysztof Izdebski podchodzi do swoich zadań. To ważne, bo przecież wchodzimy w nieznaną i nie wiadomo ile przed Rzecznikiem pracy. Dla Państwa przedstawicieli we władzach KPOiL jest to także pytanie o wsparcie – materialne i niematerialne, którego będzie trzeba Rzecznikowi udzielić. Byłoby idealnie, gdyby Rzecznik miał mało pracy. Oznaczałoby to, że pacjenci darzą nas należnym szacunkiem, dziennikarze i uczestnicy forów internetowych rzetelnie oceniają, a nasze prawa pracownicze są respektowane. Zbyt idealne, by mogło być prawdziwe? Też tak uważam. Ale nawet gdybyśmy znaleźli się na wyciągnięcie ręki od oczekiwań, byłoby błędem odesłać instytucję Rzecznika Praw Lekarzy do lamusa. Bo czy rozwiązuje się jednostkę straży pożarnej tylko dlatego, że liczba pożarów w ostatnim roku zdecydowanie spadła?

Ciekawe jak prawa lekarza chronione są w różnych krajach świata. Jak to się dzieje, że nie ma bezpardonowych ataków w mediach a pacjenci nie rzucają się na doktorów z pięściami? Już niebawem będzie można porozmawiać na ten temat w Toruniu. W dniach 24 - 26 czerwca br. będziemy gościć uczestników VII Światowego Kongresu Polonii Medycznej. Kongres miał odbyć się we wrześniu ubiegłego roku. Zaliczyliśmy falstart. W lipcu, gdy chęć przyjazdu do Torunia zgłosiło zaledwie 70 osób Komitet Organizacyjny podjął decyzję o zmianie terminu. Pod koniec października zmieniły się władze naszej Izby. Nowy szef Komitetu Organizacyjnego – doktor Łukasz Wojnowski, odchudził skład tego gremium i wprowadził zadaniowy system pracy. Organizatorzy Kongresu spotkali się od tego czasu wielokrotnie, dyskutując za każdym razem co konkretnie zrobiono i co konkretnie jest jeszcze do zrobienia. Wszyscy członkowie Komitetu Organizacyjnego pracują na rzecz Kongresu bezpłatnie. I proszę mi wierzyć, nikogo nie trzeba do tej pracy namawiać. Bardzo cieszy, że zgłaszają się kolejne osoby, które chciałyby pomóc w organizacji imprezy. Słowa uznania należą się grupie młodych lekarzy, którzy zadeklarowali włączenie się w prace związane z obsługą Kongresu. Do współpracy zapraszamy kolejne osoby!

Miarą skuteczności Komitetu Organizacyjnego jest zainteresowanie Kongresem. Kiedy piszę te słowa, liczba uczestników wraz z osobami towarzyszącymi przekroczyła 250. I na tym na pewno się nie skończy. Licznik tytułowej strony Kongresu (kongrespoloniamedycznej.org.pl) zarejestrował ponad 7 tysięcy wejść. Duże zainteresowanie Kongresem nie może dziwić. Po pierwsze to największe na świecie spotkanie Polonii medycznej. Po drugie, co jako jeden z organizatorów, przyznaję z pewnym zażenowaniem, nigdy jeszcze nie organizowano w Toruniu konferencji naukowej dla lekarzy, której rozmach byłby tak duży!

Przygotowany przez pana profesora Marka Rudnickiego, znanego chirurga z Chicago, program naukowy został skrojony dokładnie na miarę tego typu spotkania. Większość sesji naukowych będzie miała charakter interdyscyplinarny, by zainteresować każdego z uczestników, niezależnie od specjalizacji i kraju wykonywania zawodu. Mowa będzie m.in. o etyce, relacjach lekarz-pacjent, różnych rozwiązaniach organizacyjnych w systemach ochrony zdrowia, internecie medycznym, genetyce, nowoczesnej diagnostyce obrazowej i najnowszym metodach terapii minimalnie inwazyjnych. Gościem specjalnym Kongresu będzie profesor Maria Siemionow, znana z przeprowadzenia pierwszego udanego przeszczepu twarzy w Stanach Zjednoczonych. Wykład pani profesor „Całkowity przeszczep twarzy – marzenie i rzeczywistość” zapowiada się jako wydarzenie naukowe i medialne.

Przebogaty jest też program imprez towarzyszących. Wymienię najważniejsze. Uroczysta kolacja w reprezentacyjnych salach Dworu Artusa i biesiada w położonej w malowniczej Dolinie Drwęcy osadzie Karbówko. Występy znanych artystów: zespołu „Morka i Przyjacieł”, Sławka Wiercholskiego i Atrakcyjnego Kazimierza. Nocny spacer po Toruniu z przewodnikiem i rejs statkiem po Wiśle. Zwiedzanie Muzeum Piernika i Obserwatorium Astronomicznego w Piwnicach. A komu nie wystarczy toruńskich atrakcji, będzie się mógł wybrać gruzdzkiej Cytadeli.

W imieniu Komitetu Organizacyjnego zapraszam do udziału w czerwcowym Kongresie wszystkich lekarzy! Nie jest to w żadnym wypadku wydarzenie zarezerwowane dla Polonii medycznej. Kongres należy postrzegać jako platformę służącą spotkaniu lekarzy polskiego pochodzenia z całego świata. Również z Polski! Last but not least, udział w Kongresie zostanie premiowany 20. punktami edukacyjnymi! By po nie sięgnąć, wystarczy zarejestrować się na stronie kongrespoloniamedycznej.org.pl i wnieść opłatę rejestracyjną.

Sławomir Badurek

e-mail: meritum@hipokrates.org

Wydarzenie

- XXVII Okręgowy Zjazd Lekarzy ... str. 2, 3

Nasz wywiad

- Nie wierzę w strategię małych kroków str. 4, 5

Rzecznik Praw Lekarzy

- Rzecznik okiem rzecznika str. 6, 7

Nauka

- III Europejska Konferencja The Academy of Brestfeeding Medicine str. 7, 8
- Inauguracja programu Promocji Karmienia Piersią i Pokarmem Kobięcym dzieci w Województwie Kujawsko-Pomorskim str. 8, 9

Komunikaty

- str. 7, 9, 12, 15, 16, 17, 18, 19

Historia

- Początki Torunia i jego lokalizacja str. 10, 11
- Apolonia z Aleksandrii – zraniona uzdrowicielka str. 11

Opinie

- Dializa wszystkiego nie oczyści ... str. 12

Wspomnienie

- Zamordowany w Katyniu str. 13

Sport

- VII Letnie Igrzyska Lekarskie Zakopane 2009 str. 14

Z Grudziądza

- Kącik Delegatury w Grudziądzu ... str. 19
- „Daktari” znaczy lekarz – część 1 str. 20, 21

meritum

REDAGUJE KOLEGIUM:

lek. Sławomir Badurek

(redaktor naczelny)

dr n. med. Marian Łysiak

mgr Dominika Kisielewska

WSPÓŁPRACA:

Agnieszka Lis

mgr Elżbieta Wierzbowska

mgr Anna Zielaskiewicz

Numer zamknięto 09.04.2010

Redakcja zastrzega sobie prawo redagowania tekstów, nie zwraca nadesłanych materiałów, nie odpowiada za treść zamieszczonych ogłoszeń i reklam.



XXVII OKRĘGOWY ZJAZD LEKARZY

XXVII Okręgowy Zjazd Lekarzy i Lekarzy Dentystów Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej odbył się w dniu 20 marca 2010 roku po raz pierwszy w sali Hotelu FILMAR i również po raz pierwszy poprowadził go nowy Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej, dr Łukasz Wojnowski.

Obrady Zjazdu otworzył Prezes ORL, dr Łukasz Wojnowski. Tradycyjnie rozpoczął od wspomnienia tych członków Okręgowej Izby Lekarskiej, którzy zmarli w okresie między kolejnymi zjazdami. Następnie serdecznie powitał zaproszonych gości: Wiceprezydenta Torunia Zbigniewa Fiderewicza oraz Przewodniczącą Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Renatę Gargałę, którzy wygłosili krótkie przemówienia, a także duszpasterza służby zdrowia księdza Jana Ropla, Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego dr Elżbietę Strawińską oraz Zastępcę Dyrektora ds. Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Toruniu prof. Marka Jackowskiego.

Okręgowy Zjazd Lekarzy dokonał wyboru Komisji Mandatowej w składzie: przewodniczący – dr Jan Olejnik, członkowie – dr January Dziadek, dr Wojciech Kaatz, dr Mirosław Grzybowski i dr Michał Jończyk. Komisja ogłosiła, iż w Zjeździe uczestniczy 68 lekarzy delegatów, co stanowi 66% ogólnej liczby delegatów, w związku z czym Okręgowy Zjazd Lekarzy jest uprawniony do podejmowania uchwał.

Następnie delegaci dokonali wyboru Prezydium Zjazdu w składzie: przewodni-

czący Zjazdu – dr Andrzej Kunkel, członkowie – dr Marek Nowak, dr Bogdan Wojtecki, dr Kazimierz Bryndał i dr Łukasz Wojnowski. Dr Andrzej Kunkel poinformował o zmianie na stanowisku radcy prawnego Okręgowej Izby Lekarskiej i powołaniu na to stanowisko mecenasa Tomasza Łukomskiego. Następnie dokonano wyboru Komisji Uchwał i Wniosków oraz Komisji Regulaminowej.

Okręgowy Zjazd Lekarzy przyjął regulamin Zjazdu i porządek obrad. Następnie Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej dr Łukasz Wojnowski przedstawił informację o działalności Okręgowej Rady Lekarskiej, omawiając szczegółowo takie jej punkty jak nowy model zarządzania Okręgową Izbą Lekarską, czyli nowy podział zadań i kompetencji członków Okręgowej Rady Lekarskiej, zmiany w funkcjonowaniu biura czy wprowadzenie dyżurów członków Okręgowej Rady Lekarskiej. Dr Łukasz Wojnowski poprosił lekarzy o przekazywanie informacji na temat ich oczekiwań wobec Okręgowej Rady Lekarskiej. Omówił także zagadnienia związane z organizacją i programem VII Światowego Kongresu Polonii Medycznej, który odbędzie się w dniach 24 – 26 czerwca 2010 roku w Toruniu.

Dr Łukasz Wojnowski poinformował o udziale delegatów Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w styczniowym Krajowym Zjeździe Lekarzy. Wspomniał o pojawieniu się w trakcie obrad Zjazdu wniosku o sformułowanie nowego paragrafu wyboru członków Naczelnej Rady Lekarskiej, który zakładał zasadę reprezentacji proporcjonalnej do liczby członków re-

prezentowanych przez daną Okręgową Izbę Lekarską i nie kryjąc rozczarowania oznajmił, że wniosek ów został odrzucony. Następnie poinformował delegatów o dokonaniu przez Okręgową Radę Lekarską wyboru mecenasa Krzysztofa Izdebskiego na stanowisko Rzecznika Praw Lekarzy.

Następnie dr Sławomir Józefowicz, Skarbnik Okręgowej Rady Lekarskiej, przedstawił sprawozdanie ze swojej działalności i omówił bieżącą sytuację finansową Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej, kładąc szczególny nacisk na kwestię ściągania zaległych składek. Dr Jerzy Hermanowski przedstawił sprawozdanie z działalności Komisji Rewizyjnej i wystąpił do XXVII Okręgowego Zjazdu Lekarzy z wnioskiem o udzielenie absolutorium Okręgowej Radzie Lekarskiej.

Po przedstawieniu sprawozdań dr Andrzej Kunkel otworzył dyskusję zjazdową. Jako pierwszy głos zabrał dr Robert Mielcarek, który wyraził swoje uznanie dla faktu, że Przewodniczący Komisji Rewizyjnej jest obecnie zapraszany nie tylko na zebrania Naczelnej Komisji Rewizyjnej, ale także na zebrania Prezydium Rady.

Dr Łukasz Wojnowski powrócił do tematu składek lekarskich i problemów z ich ściąganiem. Ogłosił zasadę zerowej tolerancji dla niepłacenia składek, ale z jednocześnie wyrozumiałym podejściem do lekarzy, którzy z przyczyn obiektywnych nie są w stanie takiej składki opłacać. Prezes ORL zwrócił się jednocześnie do delegatów o przekazywanie informacji na temat problemów materialnych lekarzy z ich okręgów. Mecenas Tomasz Łukomski przypo-



mniał, że ściąganie składek jest ustawowym obowiązkiem Okręgowej Izby Lekarskiej, od którego nie można odstąpić, a ściąganie zaległości może być realizowane w trybie postępowania administracyjnego.

Dr Andrzej Kunkel dodał, że nie wyobraża sobie, aby wśród lekarzy delegatów były osoby zalegające z płaceniem składek. Powtórzył apel do lekarzy delegatów o przekazywanie informacji na temat znanych im lekarzy potrzebujących wsparcia. Okręgowy Zjazd Lekarzy podjął jednogłośnie uchwałę o udzieleniu absolutorium dla Okręgowej Rady Lekarskiej za okres od 26 października 2009 roku do 20 marca 2010 roku, a następnie przyjęło informację Prezesa ORL z działalności Okręgowej Rady Lekarskiej, sprawozdanie Skarbnika Okręgowej Rady Lekarskiej oraz sprawozdanie Komisji Rewizyjnej. Okręgowy Zjazd Lekarzy zatwierdził także przedstawiony przez dra Sławomira Józefowicza budżet Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej na rok 2010.

Następnie Okręgowy Zjazd Lekarzy podjął uchwałę o zatwierdzeniu zmian w składzie Okręgowej Rady Lekarskiej – z powodu rezygnacji z pełnienia funkcji członka Okręgowej Rady Lekarskiej dr. Mariana Janowskiego, który został członkiem Naczelnego Sądu Lekarskiego i dr. Krystyny Małeckiej, która została Zastępcą Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, skład ORL uzupełniono o dwóch lekarzy z Torunia – zgodnie z ustalonym na Okręgowym Zjeździe Wyborczym parytetem. Nowymi członkami Okręgowej Rady Lekarskiej zostali dr Stanisław Sadurski i dr Maciej Czerwiński.

Następnie lekarze delegaci wysłuchali sprawozdania Przewodniczącego Okręgowego Sądu Lekarskiego, dra Stanisława Izdebskiego oraz sprawozdania Okręgo-

go Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, dra Piotra Piekarskiego i w głosowaniu przyjęli oba sprawozdania.

Po przerwie lekarze delegaci przedyskutowali i przegłosowali zgłoszone projekty uchwał i wniosków. Na początku lekarze delegaci jednogłośnie przyjęli regulamin Okręgowej Rady Lekarskiej, a po wysłuchaniu wyjaśnień dra Piotra Piekarskiego, dr Krystyny Małeckiej oraz dr. Stanisława Izdebskiego przyjęli także regulaminy wewnętrzne urzędowania Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej oraz Okręgowego Sądu Lekarskiego.

Przyjęto także projekt apelu dr Małgorzaty Kędzierskiej w wersji zaproponowanej przez dra Andrzeja Kunkela, czyli apel Okręgowego Zjazdu Lekarskiego do Okręgowej Rady Lekarskiej o wnikliwe rozpatrywanie próśb lekarzy seniorów o zredukowanie składki członkowskiej w związku z ich trudną sytuacją materialną w oparciu o istniejące przepisy ustawowe.

Gorąca dyskusja wybuchła po przedstawieniu zgłoszonego przez dr Małgorzatę Kędzierską apelu Okręgowego Zjazdu Lekarzy do lekarzy o przyjmowanie lekarzy i lekarzy seniorów poza kolejnością. Padły wnioski o wcześniejsze umawianie się lekarzy seniorów na określoną godzinę, o przyjmowanie lekarzy seniorów jako przyjęć nagłych, a nawet o wystosowanie apelu do Narodowego Funduszu Zdrowia o usankcjonowanie przyjmowania lekarzy poza oficjalnym systemem kolejkowym, ale w ramach limitów. Dr Andrzej Kunkel przypomniał, że ewentualny konflikt dwóch lekarzy na tle przyjmowania poza

kolejnością można zgłaszać do Rzecznika Praw Lekarzy. Dr Anna Jassowicz uznała ten problem za ogólnopolski i zaproponowała nagłośnienie problemu na łamach „Meritum”.

Następnie przyjęto zgłoszony przez dr Krystynę Chrupczak projekt apelu Okręgowego Zjazdu Lekarskiego do Naczelnej Rady Izby Lekarskiej, aby zwróciła się ona do Ministerstwa Zdrowia o przesyłanie projektów ustaw i uchwał ze stosownym wyprzedzeniem w celu umożliwienia zapoznania się z nimi i przekazania uwag w określonym terminie. Przyjęto także sformułowane przez dra Marka Nowaka stanowisko głoszące, iż Okręgowy Zjazd Lekarzy wyraża sprzeciw wobec wprowadzenia kas fiskalnych dla lekarzy i lekarzy dentystów, gdyż jest to niecelowe i godzące w dobre imię zawodu zaufania publicznego.

Jako ostatni omówiono zgłoszony przez dra Jerzego Hermanowskiego wniosek do Naczelnej Rady Lekarskiej o doprecyzowaniu regulacji prawnych dotyczących udzielenia absolutorium Okręgowej Radzie Lekarskiej i konsekwencji związanych z nieotrzymaniem takiego absolutorium. Wniosek został przyjęty w wersji zaproponowanej przez dr. Łukasza Wojnowskiego, czyli jako upoważnienie Komisji Rewizyjnej do wystąpienia do Naczelnej Komisji Rewizyjnej o wypracowanie przez nią we współpracy z prawnikami Naczelnej Rady Lekarskiej szczegółowych procedur postępowania w tym zakresie.

*Dominika Kisielewska
Autor zdjęć: Ewa Umińska.*

**Treść uchwał ORL dostępna jest na naszych stronach internetowych:
www.torun.oil.org.pl**

„Nie wierzę w strategię małych kroków”



W naszym kraju panuje powszechne przekonanie, że głównym, a być może jedynym problemem polskiego systemu zdrowotnego jest niedobór środków finansowych i że odkręcenie kurka z pieniędzmi mogłoby niejako automatycznie rozwiązać wszelkie kwestie problematyczne. Tymczasem niedobór środków to tylko jedna z wielu przyczyn niewydolności systemu, których część tkwi w specyfice naszej polskiej mentalności.

O podstawowych problemach polskiego systemu zdrowotnego i ich przyczynach, a także o koncepcjach poprawy obecnej sytuacji opowiada Pan Jarosław Kozera, właściciel firmy JSK Doradztwo Zarządzanie Usługi, prezes Centrum Konsultingowego Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Wiceprezes Zarządu Głównego Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej i członek Rady Delegatów Europejskiego Forum Menedżerów Opieki Zdrowotnej, autor licznych programów restrukturyzacji zakładów opieki zdrowotnej oraz publikacji na temat zarządzania w opiece zdrowotnej.

— **Co jest nie tak z polskim systemem zdrowotnym, że narzekają na niego wszyscy – i pacjenci, i lekarze, i świadczeniodawcy, a nawet Narodowy Fundusz Zdrowia?**

Jarosław Kozera: Ogólnie rzecz ujmując, z mojego doświadczenia wynika, że polski system zdrowotny odzwierciedla pewien zbiorowy brak odpowiedzialności, dlatego że nieodpowiedzialni są praktycznie wszyscy aktorzy – poczynając od państwa, które tak naprawdę nie zabezpiecza podstawowego poczucia bezpieczeństwa, nie określa pewnych priorytetów i nie organizuje tego systemu tak, aby jego obywatele mieli jak najlepszą dostępność do świadczeń zdro-

wotnych. Jest to kwestia powszechnie znana i brakiem odpowiedzialności jest fakt, że osoby, którym powierza się władzę, unikają pewnych konfliktowych sytuacji i podejmowania niepopularnych decyzji.

Nieodpowiedzialne są także osoby, którym powierzono obowiązek bycia płatnikiem, dlatego że stwarzają różne modele i wdrażają je w nieprzygotowany sposób, dlatego że następuje marnotrawstwo środków i pieniądze nie trafiają tam, gdzie są najlepsze usługi i największe potrzeby, tylko tam, gdzie jest pewna wola polityków. Nieodpowiedzialni są również menedżerowie, którzy bezkarnie zadłużają prowadzone przez siebie placówki, skazując na margines zatrudniony tam personel, a także pacjentów, którzy z tych placówek korzystają.

Nieodpowiedzialni są lekarze, którzy są nielojalni w stosunku do firmy, która ich zatrudnia i daje im wykształcenie, bo są lojalni w stosunku do własnych praktyk. Nieodpowiedzialny jest pozostały personel służby zdrowia, który widzi marnotrawienie środków i tak naprawdę odwraca się od tego problemu. I nieodpowiedzialni są pacjenci, którzy uważają, że wszystko im się należy i którzy korzystają z opieki zdrowotnej w sposób – ich zdaniem – odpowiedni do swoich potrzeb, a niekoniecznie tak właśnie jest. To jest może surowa i niepopularna ocena, ale uważam, że każdy ma swoją część braku odpowiedzialności i jeżeli te części złożymy w jedną całość, to nic dziwnego, że z naszym systemem zdrowotnym jest tak źle jak widać.

To było ujęcie może trochę filozoficzne, a jeżeli chodzi o konkrety, to z czystą odpowiedzialnością twierdzę, że pierwszym i podstawowym problemem jest niski poziom finansowania i od tego problemu się nie ucieknie. W Polsce mamy do czynienia z jednym z najniższych poziomów finansowania świadczeń zdrowotnych w Europie i najniższym spośród państw Unii Europejskiej. Gdybyśmy chcieli dogonić w wydatkach zdrowotnych per capita Słowację, która jest przedostatnia, to musielibyśmy z roku na rok zwiększyć wpływy do naszego systemu zdrowotnego o 20 miliardów złotych.

Ten niski poziom finansowania zderza się po pierwsze – z nowoczesną technologią, po drugie – z nowoczesnymi lekami i po trzecie – z coraz skuteczniej egzekwowanym wzrostem wynagrodzenia przez personel. W sposób oczywisty rodzą się wówczas deficyty, bo tego wszystkiego nie da się sfinansować – nawet gdybyśmy poprawili efektywność czy sprywatyzowali zakłady opieki zdrowotnej i tak w systemie będzie za mało pieniędzy.

A perspektywa jest jeszcze gorsza, bo obecnie większość środków finansowych jest wytwarzana przez osoby żyjące z pracy najemnej, a tych będzie coraz mniej w sto-

sunku do osób, które trzeba będzie utrzymywać. Generalnie rzecz ujmując – powinno się po prostu zwiększyć finansowanie polskiego systemu zdrowotnego. Oczywiście, najłatwiej będzie podnieść składkę zdrowotną, ale uważam, że trzeba również wprowadzić współpłacenie za usługi zdrowotne – na poziomie, który nie będzie ograniczał dostępności do świadczeń zdrowotnych.

Reasumując – niski poziom finansowania jest pierwszym i podstawowym problemem polskiego systemu zdrowotnego. Drugim problemem w mojej ocenie jest fakt, że ta reforma opieki zdrowotnej zmierza donikąd. Zakłada ona bowiem konkurencję o pieniądze pacjenta, ale jednocześnie nie zapewnia ciągłości usług i nie zapewnia bezpieczeństwa populacji. Wszystkie podmioty systemu zdrowotnego pełnią w nim te same role i zaczynają powielać również swoje zadania. Co więcej, okazuje się, że te zadania nie do końca są niezbędne i konieczne. Najlepszym dowodem na to jest fakt, że Narodowy Fundusz Zdrowia tworzy jakieś procedury i te procedury są wykonywane, ale nikt tak naprawdę nie wie, czy są one niezbędne i wynikają z potrzeb społeczności lokalnej czy raczej są generowane przez podmioty, które sprzedają te usługi, czyli przez szpitale, przychodnie i lekarzy.

Za podstawowy błąd systemu uznaję zatem fakt, że nie koordynujemy opieki zdrowotnej, nie zarządzamy chorobą, a lekarze ze sobą nie współpracują. Jako pacjent mam poczucie, że nikt mną nie kieruje, że nawet jeśli zachoruję to lekarz kontaktuje się ze mną incydentalnie, że razem ze mną nie przepływa informacja o mojej chorobie. Opieka zdrowotna nad pacjentem ulega w obecnym systemie rozproszению i to jest droga donikąd.

Do rozważenia pozostaje także kwestia polskiej mentalności. W naszym społeczeństwie nie ma jeszcze świadomości konieczności dbania o własne zdrowie. Coraz więcej osób ma taką świadomość i dba o swoje zdrowie, ale do społeczeństwa jako całości nie dotarło jeszcze zrozumienie faktu, że troska o nasze własne zdrowie to jest obowiązek nasz, a nie państwa.

— **Czy w takim razie polskiemu systemowi zdrowotnemu potrzebna jest rewolucja?**

Moim zdaniem, zmiany muszą być fundamentalne. Po pierwsze musimy sobie odpowiedzieć na pytanie, jaka jest rola lekarza w tym systemie, ponieważ uważam, że lekarze są w tym systemie najważniejszym ogniwem. Musimy sobie odpowiedzieć na pytanie, czy lekarze mają być reprezentantami wolnego zawodu – ze wszystkimi zaletami tego rozwiązania, ale i z całym ryzy-

kiem z tego płynącym – czy mają być urzędnikami, czy też pracownikami najemnymi, którzy muszą się podporządkowywać ustalonym regułom. Uważam, że odpowiedź na to pytanie jest absolutnie fundamentalna, dlatego że cokolwiek spróbuje się zrobić wbrew tej grupie zawodowej, tego na pewno zrobić się nie uda.

Osobiście uważam, że rola lekarza w systemie powinna ewoluować w kierunku wolnego zawodu, co zresztą praktycznie już się odbywa. Zauważmy, że coraz bardziej powszechne są kontrakty, które są czym innym niż kontraktem szpitala zawartym z gabinetem lekarskim. Na razie kontrakty zastąpiły umowę o pracę jako inna forma zatrudnienia, ale te działania powinny pójść znacznie dalej. Gdybyśmy stworzyli taką możliwość, że po pierwszej wizycie przychodzi do dowolnego gabinetu lekarskiego bez względu na to, czy jest to gabinet prywatny czy „państwowy” i sam fakt jego pojawienia się w tym gabinecie stwarza możliwość zrefundowania mu kosztów tej wizyty, a po drugie szpital ma zawartą umowę z praktyką danego lekarza i zapewnia mu odpowiednie warunki do pracy, to moim zdaniem byłby to idealny model, który przede wszystkim honorowałby specyfikę zawodu lekarza jako wolnego zawodu.

Druga kwestia to odpowiedź na pytanie o dostępność do świadczeń zdrowotnych – czy ma on być powszechny, darmowy, oparty na solidaryzmie społecznym czy jednak oparty na innych zasadach. Uważam, że powinno się działać w oparciu o jakiś element ryzyka i tutaj najlepszym przykładem jest model francuski, w którym obowiązuje refundacja za całą opiekę ambulatoryjną, czyli pacjent idzie do dowolnego gabinetu lekarskiego, bez żadnych ograniczeń, ale musi najpierw wyłożyć swoje pieniądze i istnieje możliwość, że te pieniądze nie zostaną mu zwrócone, bo płatnik uzna, że wizyta była niepotrzebna – wtedy pacjent siłą rzeczy powstrzymuje się od nadmiernego korzystania z pomocy lekarskiej. Takie rozwiązanie, w którym pacjent idzie do lekarza, zostawia u niego swoje pieniądze, lekarz wystawia mu rachunek i pacjent w ciągu kilku dni ma te pieniądze w pewnym procencie zwrócone, byłoby rozwiązaniem najlepszym, dającym z jednej strony prawo wyboru, a z drugiej umożliwiający rozwój praktyk prywatnych i wolnego zawodu lekarza. I właśnie z takimi prawdziwie prywatnymi praktykami lekarskimi mogłyby kontraktować swoje usługi szpitale.

— Zakładając, że do fundamentalnych zmian systemu zdrowotnego w najbliższym czasie nie dojdzie, bo wszystko wskazuje na to, że nie ma takiej woli politycznej, to jakie małe, kosmetyczne zmiany, których wprowadzanie jest znacznie łatwiejsze, mogłyby usprawnić system?

Jestem zwolennikiem poglądu, że małe zmiany niczego nie wniosą do systemu zdrowotnego. Obecnej sytuacji absolutnie nie da się usprawnić małymi krokami. Powiedzmy sobie szczerze – nie ma takiego rozwiązania,

które mogłoby zaistnieć w tym systemie, żeby szpitale zaczęły ze sobą współpracować i dzielić się między sobą funkcjami, które spełniają na rzecz społeczności. W chwili obecnej każdy z nich w jednakowym stopniu konkuruje o te same pieniądze.

Ograniczam swoje uzasadnienia do kwestii finansowych, bo niestety od dziesięciu lat przestaliśmy rozmawiać o ciągłości i jakości opieki zdrowotnej czy o nowych technologiach – mówimy jedynie o pieniądzu. Nawet jeśli rozpatrujemy kwestie nowych technologii to wyłącznie z perspektywy opłacalności ich wdrożenia w danym szpitalu, odrzucając oczywiście te usługi, które są z góry przegrane, bo są nierentowne.

A zatem uważam, że drobne zmiany niczego w obecnym systemie nie zmieniają. Zmianą, która mogłaby cokolwiek poprawić czy usprawnić w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia, byłoby wprowadzenie współpłaty i refundacji w części ambulatoryjnej przy jednoczesnym zachowaniu status quo w zakresie opieki stacjonarnej. Kwestią do rozstrzygnięcia jest także ewentualne sprywatyzowanie zakładów opieki zdrowotnej, ale obie te zmiany są zmianami fundamentalnymi, ustrojowymi. Obecnie są wprowadzane różne małe zmiany, ale nic szczególnego z nich nie wynika. Ja nie wierzę w strategię małych kroków.

— A czy Pana zdaniem likwidacja systemu opartego na Kasach Chorych była błędem? Czy Kasy Chorych dawały większe szanse na rozwój systemu zdrowotnego w dobrym kierunku?

Z perspektywy czasu uważam, że likwidacja Kas Chorych była błędem, chociaż z drugiej strony, gdy je likwidowano, to stwierdzono, że błędem jest rozproszenie systemu opieki zdrowotnej. Trudno się było wówczas z tym nie zgodzić, ale jednak z perspektywy tych kilku lat uważam, że była to chybiona decyzja, bo system Kas Chorych sprzyjał rozwojowi w danym regionie pewnych rodzajów świadczeń i stwarzał warunki dla rozwoju nowoczesnych technologii, adresowanych do lokalnych społeczności. To za czasów Kas Chorych upowszechniły się kardiochirurgia i transplantologia, które wcześniej były domeną większych ośrodków akademickich i gdyby wówczas system był tak scentralizowany jak obecnie, byłoby to niezwykle trudne.

Dlatego uważam, że likwidacja Kas Chorych była błędem, chociaż oczywiście w tamtym systemie też były problemy do rozwiązania, takie jak mnogość form i zasad kontraktowania czy też nie do końca określone kwestie związane z przemieszczaniem się pacjentów z terenu działania jednej Kasy Chorych do drugiej. Ale przede wszystkim sądzę, że nie powinno się tak szybko likwidować modelowego rozwiązania, nie dając mu praktycznie szansy na zaistnienie i sprawdzenie się w praktyce.

— Czy jest jakiś system zdrowotny w innym państwie europejskim lub amerykańskim, który można by było przyszczepić do polskich realiów z dużą szansą na powodzenie?

Powiem tak – mieliśmy bardzo dobry system, który na własne życzenie rozmontowaliśmy i to właśnie Amerykanie powiedzieli nam, że rozwalamy to, do czego oni dążą, czyli zintegrowane zakłady opieki zdrowotnej. Mieliśmy system zapewniający integrację opieki nad populacją i podział na szpitale, które się specjalizują w wyspecjalizowanych procedurach, co było najlepszym rozwiązaniem z punktu widzenia wykorzystania zasobów i efektywności opieki zdrowotnej.

Gdyby mnie ktoś zapytał, jaki byłby idealny system organizacyjny polskiej opieki zdrowotnej, powiedziałbym rzecz bardzo kontrowersyjną – byłby to model, który wprowadził w Polsce profesor Cezary Włodarczyk, czyli system oparty na ZOZ-ach. Był on jednak zdecydowanie źle finansowany i nie było motywacji, żeby go dalej rozwijać – to należało w nim zmienić.

Gdybym miał zaczerpnąć pomysły z systemów zdrowotnych istniejących obecnie w innych państwach, połączyłbym w jedną całość opiekę ambulatoryjną opartą na systemie francuskim, czyli absolutnie wolny dostęp, bez żadnych ograniczeń, do każdej zarejestrowanej praktyki lekarskiej i zasadę refundowania oraz opiekę stacjonarną skonstruowaną na wzór amerykański, czyli szpital stwarza jak najlepsze warunki dla praktyki lekarza i daje mu akredytację, lekarz pracuje tam, gdzie ma najlepsze warunki, może mieć akredytację nawet w kilku szpitalach, ale musi się całkowicie podporządkować regułom, które dany szpital określa w zamian za te warunki pracy. Uważam, że taki system byłby najlepszy z punktu widzenia pacjenta.

W Stanach Zjednoczonych byłem świadkiem sytuacji, kiedy pacjent przyszedł do szpitala ze swoim lekarzem, czyli lekarz znalazł dla niego czas. Pacjent był po tym szpitalu oprowadzany, prezentowano mu zasady przyjęcia i warunki leczenia. Cały czas był przy nim lekarz i razem z nim pacjent podejmował decyzję o wyborze szpitala. Jest to coś niewiarygodnego jak na polskie warunki i należy dodać, że nie jest to zasługa znacznie większego finansowania opieki zdrowotnej, tylko przestrzegania pewnych zdrowych zasad.

Moim zdaniem, właśnie takie połączenie francuskiego i amerykańskiego systemu zdrowotnego byłoby idealnym rozwiązaniem dla Polski, ale trudno mi powiedzieć, czy taki system zostanie kiedyś w naszym kraju wprowadzony. Uczestniczę w wielu różnych spotkaniach i wiem, że obecnie nie ma szansy na fundamentalne zmiany polskiego systemu zdrowotnego.

Nie ukrywajmy, że w tej chwili wielu ludzi odnajduje się w tych nierozwiązanych problemach i nie wierzę, że wszystkim przeszkadza ten system. Po prostu, gdyby wszystkim przeszkadzał, to już dawno zostałby zmieniony. Najwyraźniej ktoś partycypuje w tym, że jest tak jak jest i póki co niewiele się zmienia.

— Dziękuję bardzo za rozmowę.

Rozmawiała: Dominika Kisielewska

Rzecznik okiem rzecznika

Idea powołania Rzecznika Praw Lekarzy jest wynikiem i odpowiedzią na potrzebę czasu. Żyjemy w czasach, w których bardzo łatwo można oskarżyć każdego o wszystko. Media – zarówno radio, telewizja czy przede wszystkim prasa, szukają chwytliwych tematów. Trudno o lepszy temat na pierwszą stronę gazety czy czołówkę programu w telewizji niż temat dotyczący domniemanego błędu lekarza, który spowodował ogromne, negatywne konsekwencje. Gdy dodamy do tego jeszcze dramatyczny tytuł na pierwszej stronie gazety – pisany oczywiście wielkimi literami, będziemy mieć już jasność jakie jest przesłanie owego medialnego przekazu. Jest ono proste: „lekarz jest winien!” – pomimo, że nie wypowiedział się w tej sprawie żaden uprawniony do tego organ. Takie oskarżenia, rzucane jeszcze przed rozpoczęciem jakiegokolwiek postępowania podawane są do wiadomości publicznej w sposób, który pozwala na bardzo łatwą identyfikację konkretnego lekarza i choć sprawy takie bywają przez prokuratury często umarzane, szkoda jaką wyrządził materiał prasowy, pozostaje już na zawsze.

Problemem jest to, że media działają w opisany powyżej sposób zachęcane przez dwie okoliczności: pierwsza okoliczność dotyczy oczywiście dążenia do podniesienia sprzedaży czy oglądalności gazety lub programu TV, druga okoliczność związana jest z tym, że „sprzedająca” takie „rewelacje” gazeta nie ponosi odpowiedzialności prawnej. Przegrany jeden czy drugi proces o ochronę dóbr osobistych z całą pewnością sprawiłby, że dziennikarz zastanowi się dwa lub trzy razy zanim napisze podobne rzeczy bez weryfikacji podstawowych faktów. Będzie on świadomy tego, że przegrana procesu może spowodować w konsekwencji nawet zniszczenie finansowe jego gazety.

Bardzo ważnym z tego punktu widzenia problemem są fora internetowe. Dochodzi tam bardzo często do obelżywych, niesprawiedliwych ataków na konkretnych lekarzy – często wymienionych z nazwiska. Wpisy takie dokonywane są przez ludzi, którzy skryci pod maska internetowej anonimowości czują się absolutnie i wręcz doskonale bezkarni. Jest to bardzo złudne odczucie. Pamiętać trzeba, że anonimowość w Internecie praktycznie nie istnieje. Operator takiego forum internetowego również ponosi odpowiedzialność za treści tam prezentowane. Reasumując: także na forach inter-

netowych można i trzeba aktywnie reagować na pojawiające się tam obraźliwe i znieważające wpisy.

Kolejna grupa problemów to kwestie związane z relacjami lekarzy z pacjentami czy nawet częściej - z rodzinami pacjentów. Nie można oczywiście generalizować tego problemu ponieważ każdy przypadek jest inny a ludźmi przeżywającymi chorobę swoją lub osób im bliskich, targają różne emocje. Niestety jednak bardzo często to właśnie lekarza ludzie ci oskarżają o wszelkie mankamenty systemu służby zdrowia w Polsce. Lekarz doświadcza więc wypływającego z tego tytułu niezadowolenia pacjentów i ich rodzin. Coraz częściej zdarzają się przypadki już nie tylko słownej ale i fizycznej agresji wobec lekarzy. W takich sytuacjach nie wolno pozostawić lekarza samemu sobie. Rzecznik Praw Lekarzy powinien w takich wypadkach działać szczególnie szybko i zdecydowanie.

Następna kwestia istotna z punktu widzenia zakresu działania Rzecznika Praw Lekarzy to kwestia dotycząca postępowań karnych, prowadzonych przeciwko lekarzom w sprawach związanych bezpośrednio z wykonywaniem przez nich zawodu. Pomoc udzielona lekarzowi na tym etapie postępowania jest szczególnie ważna. Chodzi o monitorowanie działań prokuratury i policji – aby środki stosowane wobec lekarza były adekwatne do sytuacji a jego prawo do obrony (zagwarantowane ustawowo) było respektowane.

Instytucja Rzecznika Praw Lekarzy nie jest uregulowana ustawowo, w związku z czym zakres kompetencji Rzecznika ustalony zostanie w praktyce. Należy więc maksymalnie wykorzystać możliwości, które stwarzają istniejące dziś przepisy.

Moja wizja funkcjonowania urzędu Rzecznika sprowadza się do dwóch kwestii:

- maksymalna dostępność
- maksymalna aktywność

Maksymalna dostępność polega na tym, że kontakt zainteresowanej osoby z Rzecznikiem nie powinien nigdy stanowić problemu. Kontakt taki powinien być możliwy w sposób następujący:

- osobiście – w formie dyżurów Rzecznika w siedzibie Izby Lekarskiej cyklicznie w ustalonych godzinach
- telefonicznie – tel. 697 617 763
- poprzez pocztę elektroniczną: izdebski77@gmail.com, k.izdebski@hipokrates.org

Maksymalna aktywność polega w mojej wizji funkcjonowania instytucji Rzecznika Praw Lekarzy nie tylko na zajmowaniu się sprawami wpływającymi do Rzecznika poprzez skargi czy wnioski zainteresowanych lekarzy. Rzecznik musi w dużej mierze działać niejako z urzędu a więc:

- na bieżąco monitorować media (gazety, radio, TV, Internet – przede wszystkim fora internetowe). W sytuacji gdy dobre imię lekarzy lub Izby Lekarskiej jest naruszone, należy reagować w formie nadsyłania sprostowań do właściwych redakcji, bezwzględnie żądać ich publikacji w formie przewidzianej przez przepisy prawa prasowego pod groźbą skierowania sprawy na drogę sądową.

- należy wystąpić do prokuratury z prośbą o informowanie Rzecznika o wszczętych postępowaniach w sprawie (dotyczącej wykonywania zawodu lekarza) lub przeciwko lekarzowi (w związku z wykonywaniem przez niego zawodu).

- w każdej sprawie, gdzie lekarz będzie wymieniony z nazwiska w kontekście nieprawidłowości, Rzecznik powinien starać się w pierwszym rzędzie skontaktować z tym lekarzem aby poznać jego wersję opisywanego w mediach zdarzenia i w zależności od dokonanych ustaleń dążyć do skutecznej obrony jego dobrego imienia.

- Rzecznik Praw Lekarzy powinien też nawiązać kontakt z osobami powołanymi na to stanowisko przy innych Izbach Lekarskich. Wymiana informacji i doświadczeń będzie szczególnie istotna dla sprawnego funkcjonowania tego urzędu zwłaszcza w sytuacji, w której kompetencje Rzecznika nie są uregulowane ustawowo.

- prawa lekarzy to również prawa pracownika. Rzecznik Praw Lekarzy nie powinien więc uchylać się od występowania (gdy oczekiwane takie zostanie wyrażone przez samych zainteresowanych) w imieniu lekarzy wobec pracodawcy w sprawach związanych z ich warunkami pracy.

- Rzecznik powinien też składać cykliczne sprawozdania ze swojej działalności na forum Okręgowej Rady Lekarskiej

Taka jest moja wizja sprawowania urzędu Rzecznika Praw Lekarzy. Najważniejsze jest moim zdaniem to, aby każda osoba powołana na tą funkcję zdawała sobie sprawę z tego, że skuteczne jej sprawowanie będzie uzależnione przede wszystkim od aktywności.

Krzysztof Izdebski

Kim jest nasz Rzecznik?



Krzysztof Izdebski urodził się w 1977 roku. W 2001 roku ukończył Wydział Prawa i Administracji UMK. W latach 2003-2006 odbył aplikację prokuratorską w okręgu Prokuratury Okręgowej w Toruniu, zakończoną egzaminem prokuratorskim. Jest prawnikiem Fundacji „Stabilo” w Toruniu. Prowadził poradnictwo prawne dla osadzonych w Areszcie Śledczym w Toruniu w ramach projektu realizowanego przez Centrum Integracji Społecznej CISTOR w Toruniu. Jest absolwentem Podyplomowego Studium Prawa Handlowego przy UMK w Toruniu. (opr.: bad)

KOŁOKWIUM Z PRAWA MEDYCZNEGO

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 25 marca 1999 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów informujemy, że przystępujących do egzaminu obowiązuje zdanie kolokwium z prawa medycznego. Kolokwium zaliczać można u Pana Dr. Piotra Piekarskiego – Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu – obowiązuje wcześniejsze umówienie pod numerem telefonu 56 655 41 60 wewn. 14.

W celu przygotowania się do kolokwium obowiązuje: ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ustawa o izbach lekarskich, Kodeks Etyki Lekarskiej.

• NAUKA •

III EUROPEJSKA KONFERENCJA THE ACADEMY OF BREASTFEEDING MEDICINE

W dniach 20 - 21 marca 2010 roku w Toruniu odbyła się III Europejska Konferencja The Academy of Breastfeeding Medicine, czyli spotkanie lekarzy różnych specjalności promujących i wspierających naturalne karmienie. W czasie konferencji zaprezentowano aktualną wiedzę naukową dotyczącą zagadnień związanych z karmieniem piersią, laktacją, znaczeniem medycznym i społecznym żywienia dzieci pokarmem kobiecym, promowaniem i upowszechnianiem karmienia naturalnego jako najkorzystniejszego pożywienia dla najmłodszych dzieci, a także promowaniem inicjatywy „Szpital Przyjazny Dziecku”. Wykładowcami byli wybitni lekarze i naukowcy, którzy przyjechali do Polski z Europy i Stanów Zjednoczonych, co dobitnie świadczy o wysokim poziomie i randze spotkania.

Organizatorami konferencji były dr Urszula Bernatowicz-Łojko i dr Elien Rouw z ramienia międzynarodowego stowarzyszenia lekarzy The Academy of Breastfeeding Medicine (ABM) oraz Olga Frączak-Faure i Magdalena Ramos z polskiej Fundacji Mleko Mamy. Patronat honorowy nad konferencją objęło Ministerstwo Zdrowia, Polskie Towarzystwo Neonatologiczne, Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego, Urząd Miasta Torunia i Uniwersytet Mikołaja Kopernika. Sponsorem strategicznym spotkania były Toruńskie Zakłady Materiałów Opatunkowych, a sponsorem głównym – Oleofarm Fabryka Zdrowia.

Dr Urszula Bernatowicz-Łojko: „To była trzecia europejska konferencja The Academy of Breastfeeding Medicine. Poprzednie dwie konferencje odbywały się w miastach Europy Zachodniej – pierwsza w Stuttgarcie, druga w Wiedniu. Podczas konferencji

wiedeńskiej na kolejnego organizatora konferencji wybrano Polskę, aby ułatwić uczestniczenie w niej i zapoznanie się z aktualną wiedzą dotyczącą karmienia piersią lekarzom z państw Europy Środkowej i Wschodniej.

Nie ukrywam, że organizując tę konferencję miałam na uwadze dwie główne kwestie – po pierwsze, chciałam sprowadzić do Polski wielkie autorytety naukowe, które przyjadą i głośno nam powiedzą o tym, że karmienie piersią jest ważne – jest ważne dla matki i jest ważne dla dziecka, nie tylko w pierwszych dniach życia, ale przez całe jego życie. I to się udało. W konferencji wzięło udział wiele sław naukowych, między innymi profesor Lars Hanson, światowej sławy autorytet w dziedzinie immunologii, odkrywca immunoglobuliny SIgA w mleku kobiecym. Po drugie, chciałam również pokazać kolegom lekarzom z zagranicy, że mieszkamy w pięknym kraju, w pięknym regionie, że mamy wspaniałe miasto, które jest perełką w naszym kraju i pomyślałam, że taka konferencja będzie doskonałą promocją naszego regionu.”

W konferencji wzięło udział przeszło 150 osób z ponad 20 państw Europy. Ze względu na niewielkie zainteresowanie lekarzy – także lekarzy z Torunia – którzy stanowili zaledwie 20-30% wszystkich polskich uczestników, organizatorzy postanowili zaprosić do udziału w konferencji także pielęgniarki i położne oraz przedstawicieli innych zawodów zajmujących się problematyką naturalnego karmienia, między innymi fizjoterapeutów i logopedów. Jak powiedziała dr Urszula Bernatowicz-Łojko: „The Academy of Breastfeeding Medicine jest stowarzyszeniem lekarzy,

dlatego też organizowane przez te organizacje konferencje są adresowane przede wszystkim do lekarzy i co za tym idzie także poziom wiedzy przedstawionej na wykładach to jest wiedza typowo lekarska. Jednak zainteresowanie lekarzy problematyką karmienia piersią i w Polsce, i w Europie jest jeszcze niedostateczne, dlatego otworzyliśmy się również na inny personel medyczny. Mamy nadzieję, że te pielęgniarki czy położne, które uczestniczyły w konferencji i dowiedziały się na niej wielu ciekawych rzeczy, podzielą się swoją wiedzą z lekarzami, z którymi pracują i w ten oddolny sposób lekarze będą mieli możliwość zapoznania się z treściami prezentowanymi podczas konferencji.”

III Europejską Konferencję The Academy of Breastfeeding Medicine otworzyli przedstawiciele Samorządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego i Miasta Torunia – przemówienia wygłosili Wicemarszałek Województwa Edward Hartwich, który na spotkanie przyszedł z wnuczkami i Prezydent Miasta Torunia Michał Zalewski – oraz przedstawiciele The Academy of Breastfeeding Medicine: dr Gerald Calnen, przewodniczący ABM z USA, dr Elien Rouw, członek Rady Dyrektorów ABM z Niemiec oraz dr Urszula Bernatowicz-Łojko, członek ABM i członek Rady Fundacji Mleko Mamy.

W trakcie dwóch dni trwania konferencji uczestnicy wysłuchali wykładów przygotowanych przez autorytety naukowe z Polski, Europy i Stanów Zjednoczonych. Prof. Lars Hanson ze Szwecji wygłosił odczyt pt. „Ludzkie mleko: wieloczynnikowe wsparcie odporności wrodzonej we wczesnym okresie życia”. Prof. Maria K. Kornacka przedstawiła zagadnienie karmienia piersią dzieci urodzonych przedwcześnie, a prof. Gilbert



Wicemarszałek Województwa
Edward Hartwich z wnuczkami

Martin z USA udowadniał pozytywną rolę karmienia piersią w zapobieganiu infekcji u noworodków. Dr Gro Nylander z Norwegii omówiła rolę lekarza ginekologa-położnika we wspieraniu karmienia piersią.

Dr Jane Hawdon z Wielkiej Brytanii ogłosiła odczyt pt. „Adaptacja metaboliczna noworodka a karmienie piersią”. Prof. David H. Adamkin z USA przedstawił zagadnienie wczesnego żywienia noworodków

z bardzo małą urodzeniową masą ciała i jego korelację ze stanem zdrowia w okresie dojrzałości. Dr Corinna Gebauer z Niemiec omówiła podstawy i zasady funkcjonowania banków mleka kobiecego, dr Mónica Pina z Portugalii przedstawiła zagadnienie przyjmowania antybiotyków przez matkę karmiącą, a dr Christina Smilie z USA zaprezentowała aspekty zachowania zależne od prawej półkuli mózgu u matki i dziecka.

Na zakończenie konferencji uczestnicy wysłuchali wykładu dr Carmen Casanovas, które było opisem doświadczeń osiemnastu lat inicjatywy „Szpital Przyjazny Dziecku”. Spotkanie zakończyło się podsumowaniem konferencji przez dr Elien Rouw, podziękowaniami dla organizatorów spotkania oraz zaproszeniem na kolejną europejską konferencję The Academy of Breastfeeding Medicine do Triestu.

The Academy of Breastfeeding Medicine (ABM) to międzynarodowa organizacja zrzeszająca lekarzy różnych specjalności z ponad 50 państw świata, której celem jest promocja, ochrona i wspieranie karmienia dzieci piersią i mlekiem kobiecym. Cel ten realizuje poprzez edukację lekarzy, propagowanie w środowisku medycznym i w społeczeństwie potwierdzonej naukowo wiedzy na temat karmienia naturalne-

go, a także współpracę z amerykańskimi i międzynarodowymi organizacjami zajmującymi się szeroko pojętą opieką nad matką i dzieckiem. Zadaniem ABM jest także formułowanie w oparciu o aktualną literaturę fachową protokołów postępowania w różnych sytuacjach medycznych związanych z karmieniem piersią. Akademia powstała w 1994 roku w Stanach Zjednoczonych; jest stowarzyszeniem niezależnym i samofinansującym.

Fundacja Mleko Mamy jest polską organizacją pozarządową promującą karmienie piersią w Polsce. Jej naczelnym celem jest przekonanie kobiet, że wyłączenie karmienia piersią do ukończenia 6. miesiąca życia dziecka i utrzymanie karmienia do 2. roku życia, jest najlepszym wyborem, jakiego mogą dokonać, gdyż karmienie piersią jest naturalną i najzdrowszą formą żywienia dziecka. Zadaniem Fundacji jest także budowanie polskiego systemu poradnictwa laktacyjnego, prowadzenie kampanii społecznych oraz badanie standardów opieki okołoi- i poporodowej w Polsce. Sponsorem Fundacji jest firma Intertom – dystrybutor artykułów wspomagających karmienie piersią.

Tekst: Dominika Kisielewska

Zdjęcia udostępnione przez organizatorów

INAUGURACJA PROGRAMU PROMOCJI KARMIENTA PIERSIĄ I POKARMEM KOBIECYM DZIECI W WOJEWÓDZTWIE KUJAWSKO-POMORSKIM

Zorganizowana w Toruniu III Europejska Konferencja The Academy of Breastfeeding Medicine stała się pretekstem i okazją do zainaugurowania w województwie kujawsko-pomorskim Programu Promocji Karmienia Piersią i Pokarmem Kobiecym Dzieci. Program, którego pomysłodawczynią jest dr Urszula Bernatowicz-Łojko, lekarz neonatolog z Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Toruniu i członek Rady Fundacji Mleko Mamy, jest pierwszą tego typu inicjatywą w naszym kraju, ale inicjatorzy projektu mają nadzieję, że stanie się on inspiracją do powstania podobnych programów w innych regionach Polski.

„Promocja naturalnego karmienia dzieci jest zagadnieniem niezwykle istotnym – twierdzi dr Urszula Bernatowicz-Łojko – dlatego że sposób żywienia od momentu poczęcia poprzez pierwsze lata życia kształtuje wszystko to, co będzie się działo z naszym zdrowiem nie tylko w dzieciństwie, ale także przez całe nasze życie. Szczególnie ważne jest żywienie człowieka od pierwszych dni po zapłod-



dr Gerald Calnen, przewodniczący ABM i dr Urszula Bernatowicz-Łojko

nieniu do ukończenia 2. roku życia. Dotychczas zwracaliśmy uwagę na to, jak są żywione dzieci głównie dlatego, że miało to wpływać na ich stan zdrowia. Natomiast teraz dzięki badaniom naukowym wiemy już, że sposób karmienia człowieka w pierwszych latach jego życia wpływa także na jego zdrowie w latach późniejszych.”

Głównym celem programu jest upowszechnienie w województwie kujawsko-pomorskim karmienia naturalnego dzieci

do dwóch lat zgodnie z aktualnymi zaleceniami, to znaczy wyłączenie karmienia piersią i pokarmem kobiecym do ukończenia 6. miesiąca życia oraz kontynuowanie karmienia naturalnego przynajmniej do 2. roku życia dziecka przy równoczesnym wprowadzaniu pokarmów uzupełniających.

Celami szczegółowymi pierwszego etapu programu – realizowanego w 2010 roku – będzie określenie sposobu żywienia dzieci do 2. roku życia oraz uwarunkowań czasu karmienia naturalnego w województwie kujawsko-pomorskim, ocena stopnia przygotowania oddziałów położniczych i noworodkowych w regionie do realizacji zaleceń dotyczących karmienia naturalnego noworodków oraz podniesienie poziomu wiedzy personelu medycznego na temat zagadnień związanych z karmieniem piersią.

W pierwszej fazie działań założenia programu będą realizowane poprzez przeprowadzenie badań ankietowych na temat sposobu żywienia małych dzieci w województwie kujawsko-pomorskim oraz organizowanie szkoleń dla personelu me-

dycznego – lekarzy rodzinnych oraz pielęgniarek i położnych środowiskowych.

Dr Urszula Bernatowicz-Łojko: „Naszym pierwszym zadaniem będzie zorientowanie się, z jakiego poziomu startujemy, ponieważ jak dotąd żadna instytucja ani w Polsce, ani w naszym województwie nie prowadziła szczegółowych badań dotyczących jakości i sposobów żywienia dzieci do 2. roku życia. Dlatego pierwszym etapem programu będzie przeprowadzenie takich badań w województwie kujawsko-pomorskim i ocena sposobu żywienia dzieci do lat dwóch – głównie pod kątem karmienia naturalnego.”

Spodziewanymi efektami programu jest poprawa stanu odżywiania dzieci i zmniejszenie zapadalności na choroby związane z nieprawidłowymżywieniem, takie jak alergie, cukrzyca, otyłość czy wady układu krążenia. Wymiernymi korzyściami finansowymi będzie zmniejszenie wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia związanych z leczeniem konsekwencji wczesnego zaprzestania karmienia piersią.

Dr Urszula Bernatowicz-Łojko: „Naszym najważniejszym celem do osiągnięcia w ramach realizacji programu jest uzyskanie przez wszystkie szpitale w województwie kujawsko-pomorskim certyfikatu Szpitala Przyjaznego Dziecku, zgodnie z inicjatywą WHO i UNICEF. Chcielibyśmy także, aby jak największa liczba pracowników medycznych, którzy pracują z matkami i małymi dziećmi, zdobyła jak najlepszą wiedzę dotyczącą karmienia piersią i pomocy laktacyjnej, dlatego że kobiety które mają problemy z karmieniem piersią, napotykać – nie tylko w naszym województwie, ale i w całej Polsce – na ogromne trudności w dotarciu do pomocy i poradnictwa laktacyjnego.”

Wyniki przeprowadzonych badań oraz osiągnięte rezultaty programu staną się w zamysłu jego pomysłodawców podstawą do sformułowania ogólnokrajowego programu promocji naturalnego karmienia przedstawionego Ministerstwu Zdrowia.

Uroczystej inauguracji programu promocji naturalnego karmienia towarzyszyła konferencja regionalna pod nazwą: „Wczesna diagnostyka i profilaktyka – kluczem do poprawy opieki perinatalnej”, zorganizowana w dniu 19 marca 2010 roku w Toruniu przez Fundację Mleko Mamy we współpracy z Wojewódzkim Szpitalem Zespolonym im. L. Rydygiera w Toruniu oraz Urzędem Marszałkowskim Województwa Kujawsko-Pomorskiego. Spotkanie zostało zorganizowane w ramach realizowanego przy wsparciu finansowym Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego oraz Samorządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego programu „Zdrowa matka – zdrowy noworodek.

Kompleksowy program opieki perinatalnej w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Toruniu” przy wsparciu sponsorów – TZMO Toruń, YAL sj, Oleofarm Fabryka Zdrowia, Bristol-Myers Squibb oraz Merck.

Konferencję otworzyła dr Urszula Bernatowicz-Łojko, serdecznie witając przybyłych gości: pana Piotra Całbeckiego, Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego, dr Elien Rouw z The Academy of Breastfeeding Medicine, prof. Marię K. Kornacką z Kliniki Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, prof. Andrzeja Tretyna, prorektora Uniwersytetu Mikołaja Kopernika ds. badań naukowych i współpracy z zagranicą oraz pana Andrzeja Wiśnickiego, dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Toruniu, a także wykładowców i uczestników konferencji.

Następnie przemówił Marszałek Województwa Kujawsko-Pomorskiego Piotr Całbecki, który opowiedział o udziale władz województwa w realizacji programu promocji naturalnego karmienia podkreślając jednocześnie, iż jest to pierwsza tego typu inicjatywa w Polsce. Zapewnił także, iż władze województwa kujawsko-pomorskiego będą z zaangażowaniem wspierać realizację kolejnych etapów programu nie tylko w 2010 roku, ale także w latach kolejnych.

W ramach konferencji regionalnej wykłady wygłosili goście III Europejskiej Konferencji The Academy of Breastfeeding Medicine, którzy – co w sposób szczególny podkreślali organizatorzy – zrobili to całkowicie bezpłatnie.

Prof. Mariusz Dubiel z Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy omówił zagadnienie diagnostyki prenatalnej w I oraz II trymestrze ciąży, zwracając uwagę między innymi na elementy oceny ultrasonograficznej, pomiar przezierności karkowej, badania biochemiczne, diagnostykę inwazyjną i nowe techniki ultrasonograficzne – Doppler i ultrasonografia 3D / 4D.

Dr Gro Nylander ze Szpitala Uniwersyteckiego w Oslo zaprezentowała norweski model opieki nad matką i dzieckiem oraz rozwój metod promocji karmienia piersią w Norwegii w latach 1860 – 2010. Warto w tym miejscu zauważyć, że Norwegia ma obecnie najwyższe w Europie odsetki kobiet karmiących dzieci wyłącznie piersią i pokarmem kobiecym do 6. miesiąca życia oraz kobiet kontynuujących karmienie naturalne do 2. roku życia dziecka, dlatego tak cenne są dla nas norweskie doświadczenia w zakresie upowszechniania karmienia piersią.

Dr Gro Nylander omówiła przyczyny gwałtownego spadku wskaźników naturalnego karmienia w latach 60. XX wieku, ich wzrostu w latach 70., stagnacji w latach 80. i ponownego szybkiego wzrostu w latach 90., związanego między innymi

z pojawieniem się w 1993 roku inicjatywy „Szpital Przyjazny Dziecku” (Baby-Friendly Hospital Initiative) i wydłużeniem urlopu macierzyńskiego.

Prof. David H. Adamkin z Uniwersytetu w Louisville szczegółowo omówił zagadnienie znaczenia pokarmu kobiecego i laktoferyny w profilaktyce martwiczego zapalenia jelit (NEC) u noworodków, a prof. Gilbert I. Martin z Uniwersytetu w Kalifornii przedstawił bogaty w dokumentację fotograficzną wykład zatytułowany „Neonatologiczne potpourri: obraz cenniejszy od słowa”.

Tekst i zdjęcia: Dominika Kisielewska

• KOMUNIKATY •

PRACA



W związku z rozwojem
PRZYCHODNIA SPECJALISTYCZNA
OLK - MED w TORUNIU
nawiąże współpracę z:
LEKARZAMI:

- **lekarzem medycyny pracy,**
- **laryngologiem**
do poradni medycyny pracy,
- **neurologiem** do poradni medycyny pracy,
- **okulistą** do poradni medycyny pracy oraz
- **lekarzem medycyny rodzinnej,**
- **internistą,**
- **pediatrą**

PIELĘGNIARKĄ:

do poradni medycyny pracy
(wymagania: kurs kwalifikacyjny
- pielęgniarka służby medycyny pracy
lub po specjalizacji:
specjalista w dziedzinie ochrony
zdrowia pracujących)

Osoby zainteresowane podjęciem
pracy prosimy o dostarczenie CV
i listów motywacyjnych wraz z pełną
dokumentacją potwierdzającą
posiadane kwalifikacje do siedziby
Przychodni Specjalistycznej OLK-MED
w Toruniu, ul. Pl. 18-go Stycznia 4,
osobiście w godz. 8.00-15.00 pok. nr 2;
pocztą na adres:
PS OLK – MED w Toruniu z dopiskiem
„ZATRUDNIENIE”;
pocztą elektroniczną na adres olk@olk.pl
pl z tytułem „ZATRUDNIENIE”.

Wszelkie informacje udzielane są
w Dziale Obsługi Pacjenta,
tel. 56 655 01 36 lub 37 wew. 220.

Początki Torunia i jego lokalizacja

Początki Torunia wiążą się z nadwiślańską niziną, położoną około 6 kilometrów na zachód od dzisiejszego miasta, na obszarze dzisiejszej wsi Stary Toruń. Pierwotnie w tej okolicy Wisła płynęła płytkim korytem o szerokości niemal 2 kilometrów, tworząc wykorzystywany przez ludzi bród. Już we wczesnym średniowieczu wiodła przezeń droga z Kujaw do ziemi chełmińskiej i Prus - ziemi zamieszkałej przez jedno z ostatnich pogańskich plemion Europy. Ze znajdującej się przy Starym Toruniu przeprawy korzystali nie tylko kupcy, ale również uzbrojeni rycerze, zwłaszcza w początku XIII wieku, gdy na wzór krzyżowców udających się do ziemi świętej, polscy książęta podjęli – nie po raz pierwszy – walkę z Prusami. Chrystianizacyjne wyprawy spowodowały odwetowe najazdy północnych sąsiadów, którzy około 1227 roku wtargnęli na północne Mazowsze i ziemię chełmińską, niszcząc tutejsze osady i grody. Ówczesny władca tych ziem, książę mazowiecki Konrad, szukając sposobu wzmocnienia swej pozycji w regionie i zintensyfikowania ekspansji na Prusy, podjął wówczas rokowania z rycerzami Zakonu krzyżackiego, celem sprowadzenia ich na prusko-mazowieckie pogranicze.

Książę najwyraźniej nie zdawał sobie sprawy, że dzięki wpływom wielkiego mistrza, Hermana von Salza, zaufanego współpracownika ówczesnego cesarza Fryderyka II, krzyżacy będą w stanie wyzwolić się spod książęcej kurateli i stworzyć własne, niezależne państwo na ziemiach sąsiadujących z Mazowszem. Początkowo jednak Zakon wydawał się być na farsę księcia. W 1228 roku poselstwo składające się z dwóch braci zakonnych otrzymało od Konrada gród, który nazwano Vogelsang – „słowiczy śpiew”. Wzniesiono go na lewym brzegu Wisły, w pobliżu obecnego mostu kolejowego. Po dwóch latach krzyżacy otrzymali od Konrada kolejne posiadłości, w tym znajdujący się nad Wisłą, niemal naprzeciwko starotoruńskiego brodu, gród Nieszawę, do którego bracia przenieśli się wraz z przybyłym w międzyczasie Hermanem Balkiem, preceptorem Zakonu na Prusy i Słowiańszczyznę, oraz kilkoma innymi krzyżakami. Nadszedł 1231 rok i wówczas sześciu braci Zakonu krzyżackiego wraz ze swoim dowódcą i księciem Konradem przekroczyło Wisłę tym samym brodem, który wcześniej przemierzali książęta



Obraz przedstawiający przybycie krzyżaków do ziemi chełmińskiej w 1231 r. i ich pierwszą warownię na rozłożystym dębie. Autor nieznan. Zbiory Muzeum Okręgowego w Toruniu.

polscy udający się na wyprawy przeciw Prusom. Na drugim brzegu rzeki krzyżacy wzniesli gród. Według wiarygodnego opisu średniowiecznych kronik, warownia ta zbudowana została na potężnym dębie, który otoczono zasiekami.

Ten pierwszy gród krzyżacki na ziemi chełmińskiej nazwano Toruniem. To właśnie nazwa – jeśli uznamy ją za polską – jest jedynym dowodem na istnienie Torunia jeszcze przed przybyciem krzyżaków. Polscy językoznawcy wywodzą ją od staropolskiego słowa tor – oznaczającego utartą drogę, a przecież miejscowość leżała właśnie przy ważnym szlaku prowadzącym od wiślanej przeprawy, z której korzystano już na długo przed XIII wiekiem. Starotoruńska osada była z całą pewnością niewielka i nawet w 1231 roku mało kto mógł przypuszczać, że rozrośnie się z czasem w wielkie i ważne hanzeatyckie miasto. Póki co, w pierwszych latach pobytu krzyżaków w ziemi chełmińskiej Toruń stał się silnie umocnionym grodem, do którego zmierzali krzyżowcy przybywający walczyć po stronie krzyżackiej przeciw Prusom.

Dzięki wsparciu książąt, możnych i rycerstwa z różnych stron Polski i Niemiec, krzyżacy w szybkim tempie zdobywali kolejne obszary położone wzdłuż Wisły. Byli jednak świadomi, że same militarne sukcesy nie pozwolą im utrzymać się na zajmowanych terenach. Szansą na stworzenie własnego, trwałego władztwa terytorialnego było pozyskanie licznych lojalnych poddanych, którzy wspieraliby Zakon pod względem finansowym, militarnym i politycznym w zamian za zapewnienie im możliwości ekonomicznego rozwoju. By ściągnąć potencjalnych osadników do powstającego państwa krzyżackiego, niezbędne było skontaktowanie się z nimi i stworzenie im jak najbardziej korzystnych

uwarunkowań prawnych. W tym zapewne celu w połowie 1232 roku Herman Balk udał się na Śląsk, gdzie spotkał się z mieszczanami ze Złotoryji, pierwszego miasta w Polsce lokowanego na prawie niemieckim zaledwie 20 lat wcześniej. Właśnie stamtąd pochodzili najprawdopodobniej późniejsi torunianie, którzy otrzymali od władz krzyżackich akt lokacji Torunia datowany na 28 grudnia 1233 roku.

Dokument zmieniający toruńską osadę w miasto wystawiony został przez wielkiego mistrza Zakonu Hermana von Salza i zakonnego preceptora na Prusy i Słowiańszczyznę Hermana Balka. Ponieważ treść tego aktu dotyczyła również lokacji Chełmna planowanego na przyszłą stolicę państwa krzyżackiego, dokument ten nazywano powszechnie przywilejem chełmińskim. Świadcami jego wystawienia byli między innymi wysocy dostojnicy krzyżacy i możni krzyżowcy, którzy przybyli w ten rejon na krucjatę przeciwko Prusom. Był to na pewno podniosły moment – krzyżacy po raz pierwszy publicznie wystąpili jako władcy swoich poddanych w ziemi chełmińskiej, zaś mieszczaństwo otrzymać mieli trwałe i spisane na pergaminie gwarancje dotyczące ich wolności, praw i obowiązków.

Sam przywilej lokacyjny, jeden z najstarszych tego typu w Polsce, był w istocie kontraktem zawartym między władcą – zakonem krzyżackim – a mieszkańcami Torunia i Chełmna. Mocą tego dokumentu nadano mieszczanom Torunia samorząd sądowniczy według niemieckiego prawa magdeburskiego, wprowadzono też swobodę handlu i zwolniono mieszkańców miasta od wszelkich ceł w obrębie państwa zakonnego. Toruń otrzymał też dobra ziemskie przeznaczone na potrzeby swoich mieszkańców. Mieszczaństwo mogli nabywać nieruchomości poza miastami, a swoją własność dziedziczyć mieli według prawa flamandzkiego, które dopuszczało do spadku kobiety na prawach równych mężczyznom. Zakon dla siebie pozostawiał jedynie część opłat sądowych, prawo bicia monety, część uprawnień rybołówczych i łowieckich oraz symboliczny czynsz, który poddani mieli płacić ze swoich dóbr. Na mieszczanach ciążył ponadto obowiązek osobistego udziału w wojnie obronnej oraz w wyprawie przeciwko Pomezanom.

Bardzo gorące dyskusje wśród historyków budzi kwestia rzeczywistej daty wy-

stawienia toruńskiego aktu lokacyjnego, związana z odmiennością średniowiecznego kalendarza. Inaczej niż obecnie, w XIII w. najczęściej uważano za początek nowego roku kalendarzowego dzień Narodzenia Pańskiego, a więc 25 XII. Według tej rachuby przywilej chełmiński wystawiony został 28 XII 1232 roku, a więc rok wcześniej niż wynika to dosłownie z zapisanej w dokumencie daty. Brak źródeł i możliwość użycia przez krzyżaków innego sposobu wyznaczania początku roku uniemożliwiają ostateczne rozwiązanie tej intrygującej zagadki. Jedno jest pewne – w świadomości ludzi żyjących ówczesnie w Toruniu był to na pewno rok 1233, nie wiadomo tylko, czy jego początek, czy koniec.

Bez względu na faktyczną datę wystawienia, akt lokacyjny miał olbrzymie znaczenie dla dalszego rozwoju miasta, stworzył bowiem podwaliny dla rozwoju nowej samorządnej społeczności i zasad prawnych, na których opierał się ustrój Torunia aż do rozbiorów. Korzystne uprawnienia wymienione w przywileju zapewniły w następnych latach napływ setek nowych osadników. Dzięki nim i korzystnemu położeniu, zwłaszcza po przeniesieniu się mieszczan w 1236 na obecne, niezagrożone powodzią miejsce, Toruń rozrósł się w wielkie centrum handlowe i rzemieślnicze, które przez stulecia stymulowało rozwój gospodarczy regionu i miast położonych na szlakach wychodzących z toruńskich bram. Wprowadzone przez przywilej rozwiązania były tak atrakcyjne dla współczesnych, że akt lokacyjny Torunia i Chełmna stał się wzorcem powielanym jeszcze w ciągu kilku następnych wieków przy lokacji lub reorganizacji kilkuset innych miast w Polsce, na Litwie i Rusi. W pewnym sensie lokacja Torunia w 1233 roku zachowała swą aktualność nawet do dzisiaj – jest bowiem wyraźną wskazówką, jak wiele może zyskać miasto i kraj dzięki rozwojowi samorządnych społeczności i ich współpracy z władzami centralnymi.

Referat wygłoszony został 21 stycznia 2009r. na zebraniu Komisji Historycznej Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu i Zrzeszenia Kaszubsko-Pomorskiego Oddział w Toruniu o godz. 18 w sali III A Wydziału Teologicznego UMK w Toruniu.

Michał Targowski

Apolonia z Aleksandrii – zraniona uzdrowicielka

W średniowieczu przyczynę chorób przypisywano ponadnaturalnym siłom nieczystym, stąd najczęstszym sposobem zwalczania dolegliwości były modły o boską pomoc. Bezpośrednie zwracanie się do samego Boga stanowiło grzeszną zuchwałość, dlatego chorzy i cierpiący, nie ośmielając się wzywać jego imienia, modlili się do świętych kościoła, by za ich pośrednictwem wybłagać pomoc z nieba. Różnorodność intencji, z jakimi zwracali się chorzy do swoich boskich lekarzy spowodowała, iż niektórym z nich zaczęto przypisywać szczególne moce w uzdrawianiu określonego typu schorzeń. Nazwani oni zostali patronami chorób i dolegliwości. Miano to zyskiwali święci często z uwagi na cierpienia fizyczne, jakich sami doznali. Ta grupa świętych lekarzy była najliczniejsza. Reprezentowali oni mityczny typ „zranionego uzdrowiciela”, który pomimo leczących umiejętności sam musi doznać bólu, bądź zostać napiętnowany symboliczną raną. Pod tym względem można odnaleźć analogię między cierpiącymi świętymi, a starożytnymi okaleczonymi uzdrowicielami: leczącym ludzi centaurem – Chironem czy lekarzem, synem Asklepiosa, Machaonem. W późnym średniowieczu powszechność wiary w uzdrowicielską moc świętych doprowadziła do powstania „apteki świętych”, czyli spisów patronów od chorób, z których można było dowiedzieć się, jaki święty przyporządkowany jest do danej choroby lub danego organu ciała ludzkiego. Im bardziej dotkliwe i ciężkie schorzenie tym większą liczbę patronów oferowały „apteki świętych”. Jeden z takich spisów wymienia 21 pomocników od bólu zębów, 48 świętych opiekujących się chorobami oczu oraz 68 orędowników zarazy. I tak do najpopularniejszych patronów chorób należeli: św. Otylia i św. Łucja w wyniku ślepoty stały się patronkami niewidomych, św. Erazm z uwagi na torturę rozprucia brzucha, jakiej go poddano, objął patronat nad chorobami jelit i brzucha, św. Bartłomiej odarty ze skóry jest orędownikiem schorzeń skórnych, św. Agata z powodu obcięcia piersi była opiekunką kobiet z chorobami piersi, a św. Sebastian i św. Roch dotknięci zarazą (dżumą), stawali się patronami w czasie epidemii. Święta Apolonia zaś, która straciła zęby podczas tortur, zyskała miano opiekunki cierpiących na bóle zębów.

Święta Apolonia żyła w III wieku naszej ery w Aleksandrii. Była katolicką zakonnicą, opiekująca się dziećmi i chorymi. Także data

jej śmierci nie jest dokładnie znana. Powszechny jest pogląd, że zmarła wśród tortur związanych z pozbawieniem jej zębów, podczas krwawej rzezi chrześcijan urządzonej na obchody milenium założenia Rzymu (w 248 lub 249 roku).

Popularność niebieskich uzdrowicieli zawocowała już we wczesnym chrześcijaństwie różnorodnymi formami ich kultu, wśród których wymienić można modlitwy, pieśni, pielgrzymki do cudownych miejsc związanych ze świętymi, składanie im ofiar wotywnych, wiara w moc relikwii świętych, a także leczniczych amuletów. Kult świętej Apolonii już wkrótce po śmierci męczennicy upowszechnił się na całym Wschodzie, a potem także w Europie. W pontyfikacie krakowskim z XV wieku, zbiorze zawierającym modlitwy i przepisy dotyczące obrzędów sakramentaliów i sakramentów, sprawowanych przez biskupa wymieniona jest Apolonia jako patronka Królestwa Polskiego (Regni Poloniae). Wcześniej wybranym dniem ku jej czci był 20 lutego, który później w kościele katolickim zmieniono na 9 lutego.

Chociaż współcześnie kult patronki osłabł, a medycy ufają głównie zdobyczom stomatologii i farmakologii w leczeniu bólu zębów, pamiętajmy także o świętej Apolonii jako orędowniczce cierpiących.

Opracowano w oparciu o artykuł:

Łysiak-Seichter M, Łysiak M: Apolonia z Aleksandrii – zraniona uzdrowicielka. *Archiwum Historii i Filozofii Medycyny* Tom 70, 2007, volume 70, Poznań, 121-123.



Caspar de Crayer (1584-1669)
Święta Apolonia (olej na płótnie) szkoła flamandzka.
Anioł trzyma paterę ze szczątkami szczęk
torturowanej świętej

Dializa wszystkiego nie oczyści

Działalność konkurencyjna w medycynie nie jest niczym nowym. Są jednak kraje, w których tzw. rynek potrzeb jest na bieżąco badany i są organizacje, firmy ubezpieczeniowe lub samorządy lekarskie, które określają wskaźniki zatrudnienia lekarzy w danej specjalności na danym terenie a także liczbę szpitali lub oddziałów specjalistycznych. W jakimś stopniu rolę takiej organizacji odgrywa i zdecydowanie odgrywać będzie NFZ. Póki co, to przy braku gospodarza mamy w Toruniu do czynienia z brakiem współpracy pomiędzy istniejącymi placówkami służby zdrowia, co sprzyja konkurencji zza miedzy, a także dzikiej prywatyzacji i powstawaniu nikomu niepotrzebnych nowych jednostek. Udostępnienie terenu przez Szpital Miejski niepublicznemu podmiotowi w celu wybudowania stacji dializ jest takim właśnie jaskrawym przykładem braku koordynacji działań w zabezpieczaniu potrzeb pacjentów. Nosi również znamiona chorej, trwającej od lat walki ze Szpitalem Wojewódzkim, czego jako lekarz po przepracowaniu po kilkanaście lat w każdym z tych Szpitali, zrozumieć nie potrafię.

Dializoterapia, a szerzej leczenie nerkozastępcze, to bardzo droga dyscyplina medycyny, która w Polsce w latach 80 - 90 tych ub. wieku pozostawała w tyle za bardzo szybko rozwijającą się terapią w krajach zachodnio-europejskich i USA. Utworzenie i realizacja narodowego Programu Poprawy i Rozwoju Dializoterapii pod nadzorem MZ i Zespołu Konsultanta Krajowego w dziedzinie Nefrologii, spowodowały w ostatnich latach znaczne zwiększenie ilości stacji dializ, stanowisk dializacyjnych oraz liczby chorych objętych leczeniem nerkozastępczym. W programie tym było i jest nadal miejsce dla podmiotów niepublicznych, bez których udziału wobec braku pieniędzy w publicznej służbie zdrowia nie powstałyby liczne stacje dializ w małych miastach czy w małych szpitalach. Nad równomiernym i zgodnie z potrzebami rozmieszczeniem stacji dializ dbali konsultanci wojewódzcy. Znane są przykłady wzajemnej korzystnej dla obu stron współpracy pomiędzy publiczną i niepubliczną stacją dializ zlokalizowanymi na terenie tego samego szpitala na zasadach partnerstwa publiczno-prywatnego. Znane są również zdarzenia niekontrolowanego budowania nowych niepublicznych stacji dializ, kupowania personelu i podkradania pacjentów stacjom publicznym. Taką wła-

śnie sytuację zafundował toruńskiej służbie zdrowia Szpital Miejski.

Od niemal 10 lat nie było w Polsce przypadku nieobjęcia dializami chorego z braku miejsc. A wszystko to przy znacznie rozszerzonych kryteriach włączania chorych do leczenia dializami i niemal całkowitym braku klinicznych przeciwwskazań. Czytających te słowa zapewniam, że sytuacja taka miała miejsce w Toruniu po raz ostatni 20 lat temu, kiedy musieliśmy ustalać kolejkę oczekujących na hemodializy. Bywało, że pomagaliśmy innym ośrodkom; pamiętam pacjenta z Nowej Huty, który dializował się w Toruniu. Dlatego moje zdziwienie było ogromne, kiedy od Koleżanki lekarki będącej Radną naszego miasta dowiedziałem się, że Rada Miasta Torunia postanowiła wydzierżawić teren przy ulicy Batorego pod budowę niepublicznej stacji dializ. Po co? I dla kogo? skoro w Toruniu działają 2 stacje dializ zabezpieczające w pełni potrzeby Torunia i powiatu toruńskiego, bo taki zgodnie w podziałem w województwie mamy teren działania.

Nie jest prawdą, jak wypowiadali się w prasie pracownicy firmy „E”, że przeprowadzone badanie rynku wykazało potrzebę budowania w Toruniu kolejnej stacji dializ i że chorzy są dializowani na 4 zmiany. Są to kłamstwa. Takiego badania prawdopodobnie w ogóle nie było.

O ogłoszeniu przetargu na dzierżawę terenu pod stację dializ Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Nefrologii dowiedział się z internetu. Zapytany już po rozstrzygnięciu przetargu i poproszony przez Dyrektora Szpitala Miejskiego o wydanie opinii w tej sprawie ustosunkował się negatywnie. Szpital Miejski taką negatywną opinię otrzymał na długo przed rozpoczęciem budowy. Opinia ta nie została jednak uwzględniona i pomimo samodzielności szpitala w podejmowaniu decyzji, przyzwolenie na uruchomienie działalności w zakresie dializoterapii w tych okolicznościach ma moim zdaniem charakter samowoli. Działania takie są również odstępstwem od wspomnianego wyżej Programu Poprawy i Rozwoju Dializoterapii w Polsce, w którym budowa stacji dializ przy Batorego nie była nigdy umieszczona.

Trudno się zatem dziwić, że powstała niepotrzebnie i bez akceptacji Konsultanta Wojewódzkiego stacja dializ nie otrzymała dotąd środków z NFZ na kontynuowanie działalności i nie powinna ich otrzymać również w latach następnych. Swoją dzia-

łalność stacja rozpoczęła dializując chorych, którzy zostali zmotywowani przez firmę „E” w sposób znany tej firmie, do przejścia ze stacji dializ Szpitala Wojewódzkiego, przy czynnym udziale byłych lekarzy i pielęgniarek naszej Stacji. To swego rodzaju rokosz, jak widać możliwy też w medycynie.

Wszystkich tych chorych jesteśmy w stanie w każdej chwili przejąć z powrotem do naszych stacji dializ. I tu można by zakończyć, gdyby nie wydarzenia z ostatnich kilkunastu dni obok których nie sposób przejść spokojnie i pewnie bez których nie byłoby tego tekstu.

Dyrekcja Szpitala Miejskiego po otrzymaniu 2-milionowego aportu czuje się chyba zobowiązana załatwić dla swojego darczyńcy kontrakt z NFZ. Za pośrednictwem Urzędu Marszałkowskiego próbuje wyrzucić presję, aby Szpital Wojewódzki oddał dobrowolnie część umowy z NFZ na świadczenia kontraktowane odrębnie (czyt. hemodializy) niepublicznej placówce! To jakaś paranoja! Nasiliły się również działania firmy „E”, której rzecznik przedstawiający się początkowo jako dializowany pacjent, a następnie już z nazwiska jako rzecznik, telefonując do pielęgniarek stacji dializ i jednego z lekarzy próbuje kwestionować zasadność ich pracy oraz działalność mojego Szpitala w zakresie nefrologii i dializoterapii. W kontekście tych wydarzeń domniemam, że nagłą kontrolę mojej stacji dializ przez Oddział Wojewódzki NFZ, mogą zawdzięczać również działaniom wymienionej z litery firmy. Kontrola nie wykazała żadnych nieprawidłowości w realizacji świadczeń.

Pewna granica została przekroczona. Żadna dializa tego nie oczyści.

Marek Muszytowski

• KOMUNIKATY •

Komisja Senioratu i Samopomocy Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu zwraca się do Koleżanek i Kolegów mających 50-letni staż czynnej pracy zawodowej o przesyłanie informacji na adres K-POIL w Toruniu, ul. Chopina 20.

Powyższe dane będą podstawą do starań Komisji o uhonorowanie tego faktu.

*Przewodnicząca Komisji
Anna Jassowicz*



Mija właśnie 70. rocznica śmierci płk. dr. Bolesława Błażejowskiego w latach 1929 - 1934 związanego z Toruniem i dlatego warto przypomnieć jego sylwetkę.

Bolesław Błażejowski s. Adeli z d. Strzelbickiej i Hipolita obywatela ziemskiego, urodził się 21 stycznia 1890 r. w Illińcach k/Kamieńca Podolskiego. Tam ukończył szkołę powszechną i podjął dalszą naukę w Gimnazjum Klasycznym w Kamieńcu Podolskim. W czerwcu 1908 r. uzyskał maturę, i rozpoczął studia lekarskie na Uniwersytecie Św. Włodzimierza w Kijowie. Dyplom uzyskał dopiero 2 października 1916 r. i rozpoczął praktykę w zakresie położnictwa i ginekologii. 20 lipca 1914 r. został powołany do odbycia służby wojskowej (w armii carskiej) jako młodszy ordynator Głównego Oddziału Opatrunkowego 44 Dywizji Piechoty 21 Korpusu Armii na froncie galicyjskim. Pozostawał nim do 7 maja 1917 r., a następnie pełnił służbę na froncie północnym, gdzie był młodszym ordynatorem Ruchomego Szpitala Polowego Nr 429. 22 lutego 1918 r. w miejscowości Wałk (gubernia liflandzka) dostał się do niewoli niemieckiej i do 4 lipca tr. przebywał w obozie w Dorpacie. Potem wrócił do Kamieńca Podolskiego, z którego po kilku tygodniach uciekł za Zbrucz, by uniknąć nasilających się prześladowań ze strony ukraińskich nacjonalistów. 1 sierpnia 1919 r. znalazł się w Lanckoroniu (pow. kamieniecki), gdzie w służbie samorządowej objął posadę kierownika szpitala ziemskiego i pozostawał w nim do 28 sierpnia tr. 3 września 1919 r. zgłosił się do Wojska Polskiego a 17 października został przyjęty i zweryfikowany jako porucznik. Mimo tej zwłoki 6 września 1919 r. został ordynatorem Szpitala Polowego Nr 406 (w kraju), a od 12 listopada przebywał z nim na froncie. Wziął udział w wojnie polsko-bolszewickiej, również jako komendant Czołówki Szpitala Polowego Nr 404 (25 maja-10 lipca 1920 r.). 20 października 1920 r. awansowany do stopnia kapitana (ze starszeństwem od 20 września) i wraz ze Szpitalem Polowym Nr 406 przeniesiony do 2 Dywizji Litewsko-Białoruskiej w Wojskach Litwy Środ-

Zamordowany w Katyniu

kowej, gdzie Szpital otrzymał Nr 4010. Pozostawał tam do 22 września 1921 r., pełniąc okresowo (w sierpniu) funkcję Szefa Sanitarnego 29 Dyw. Piechoty.

Na reklamację Min. Zdrowia Publicznego został bezterminowo urlopowany i skierowany na Polesie, gdzie 25 września objął stanowisko lekarza powiatowego w Kamieniu Koszerskim. Pozostawał tam do końca roku.

15 grudnia 1921 r. otrzymał przydział do Kompanii Sanitarnej Zapasowej Nr 3 w Grodnie z przydziałem do 86 pp. Stanowisko to objął 1 stycznia 1922 r. W okresie 15 stycznia-12 kwietnia ukończył kurs Szkoły Aplikacyjnej w Warszawie, po którym objął stanowisko starszego lekarza 15 pułku artylerii polowej w Bydgoszczy i pozostawał tam do 30 grudnia 1926 r., okresowo pełniąc obowiązki komendanta tamtejszej Filii 8 Szpitala Okręgowego. 3 Maja 1922 r. awansowany do stopnia majora (ze starszeństwem od 1 czerwca 1919 r.). W tym czasie opinię wystawił mu Szef Sanitarny O.K. VIII płk dr Jan Kamiński: *Wzorowy lekarz oddziału. Prowadzi wzorowo szkołę dla szer. san. funkcyjnych i szkołę gazową dla garnizonu. Dwa lata później (w roku 1926) była taka sama: Pod każdym względem bardzo dobry lekarz wojskowy... nigdy nie zawiódł.* 1 stycznia 1927 r. został komendantem Filii, a 10 września, gdyż: *B. dobry oficer, lekarz i komendant Szpitala, komendantem Szpitala Wojskowego w Bydgoszczy.* 1 stycznia 1928 r. otrzymał awans do stopnia podpułkownika. 19 listopada 1928 r. przeniesiony do bydgoskiego 61 pp na stanowisko starszego lekarza pułku, gdzie pozostawał do 30 kwietnia 1929 r. 1 maja został komendantem Szpitala Sezonowego w Ciechocinku, a potem, 3 listopada wrócił do pułku, w którym pozostawał do 22 grudnia 1929 r. W latach 1928-1931 był też kierownikiem Garnizonowej Przychodni Dentystrycznej (!) i przez kilka miesięcy kierownikiem Garnizonowej Izby Chorych w Bydgoszczy.

23 grudnia 1929 r. trafił do Torunia na stanowisko komendanta VIII Szpitala Okręgowego. Zapewne do objęcia tego stanowiska przyczyniły się bardzo dobre opinie jakie wystawili mu kolejni Szefowie Sanitarni: płk dr Zygmunt Gilewicz, płk dr Czesław Wincz i w końcu dowódca D.O.K. VIII gen. Stefan Paślawski, w której napisał m.in.: *...lekarz o solidnej prosperującej fachowości, człowiek o gołęmb sercu, z całkowitym oddaniem opiekuje się chorymi żołnierzami. Zawsze gotów jest bez żadnej zwłoki przyjść z pomocą...* W trakcie służby w Toruniu był też ponownie komendantem Szpitala Sezonowego w Ciechocinku (wtedy już Filii 8 Szpitala Okręgowego)

5 maja-31 października 1930 r., a w czasie 5-26 października 1932 r. ukończył kurs w Centrum Wyszczepienia Sanitarnego. 1 stycznia 1934 awansowany do stopnia pułkownika.

W dniach 11 - 15 września 1933 r. był uczestnikiem poznańskiego XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich.

W Toruniu związał się z Polskim Czerwonym Krzyżem, wydatnie wspomagając jego działania, co zostało zauważone, docenione i nagrodzone w 1935 r. Odznaką Honorową II°.

18 kwietnia 1934 r. opuścił Toruń przeniesiony na stanowisko Szefa Sanitarnego D.O.K. V w Krakowie. Tu bardzo dobrą opinię wystawił mu dowódca D.O. K. gen. Aleksander Narbut-Łuczyński, ale Szef Departamentu Zdrowia MSWojsk. gen. Dr Stanisław Ruppert miał inne zdanie: *...odznacza się miękkością charakteru, nie potrafi otoczeniu narzucić swej woli. /.../ Jest b. pracowity. Bardzo ideowy oficer... W odniesieniu do młodszych lekarzy jest b. dobrym wychowawcą.* W styczniu 1936 r. na to samo stanowisko trafił do Lublina (D.O.K. II). Tu kolejną bardzo dobrą opinię służbową otrzymał od Szefa Departamentu Zdrowia MSWojsk. gen. dr. Stanisława Rupperta: *Sumienny i pilny, pełen najlepszych chęci, ideowy, bardzo dobry Szef San. O.K. w warunkach pracy uregulowanych i nieskomplikowanych.*

Po wybuchu wojny we wrześniu 1939 r., 15 tm. objął obowiązki szefa sanitarnego Armii „Lublin”. Po sowieckiej agresji 17 września, w nocy z 20/21 września, w rejonie Włodzimierza Wołyńskiego, dostał się do sowieckiej niewoli i został osadzony w Kozelsku. Zamordowany w Lesie Katyńskim wiosną 1940 r. Zidentyfikowany w czasie ekshumacji w roku 1943 i zapisany pod pozycją PCK (AM) 484. Pochowany w pierwszej bratniej mogile.

Za zasługi w służbie wojskowej i pracy społecznej był odznaczony: Złotym Krzyżem Zasługi (19 III 1932), Medalem Pamiątkowym za Wojnę 1918-1921 (1929), Medalem Dziesięciolecia Odzyskania Niepodległości (1929), prawdopodobnie i Srebrnym Medalem za Długoletnią Służbę, oraz Odznaką Honorową PCK II° (1935).

Źródła: Centralne Archiwum Wojskowe,teczka Ap I 481.B.8563 (foto); Jan Bohdan Gliński, Słownik biograficzny lekarzy i farmaceutów ofiar Drugiej Wojny Światowej” (błądy!), Warszawa 1997; „Spis oficerów” 1921; Roczniki Oficerskie – 1923, 1928, 1932, 1939 Kraków 2006; Stanisław Zajac „Lekarze wojskowi ofiarami wielkiej zbrodni” w: „Lekarz Wojskowy” nr 5-6/1993; Adam Winiaż „Lubelska lista katyńska”, Lublin 1997; Marian Łysiak, Kazimierz Przybyszewski „Słownik biograficzny lekarzy Torunia XIX i XXw.” – maszynopis; Lesław J. Welker „To już tyle lat”, Toruń 2000

Lesław J. Welker

VII Letnie Igrzyska Lekarskie Zakopane 2009

W dniach 09 – 13 września 2009 r. odbyły się w Zakopanym VII Letnie Igrzyska Lekarskie, w których wzięło udział ponad 800 uczestników z całej Polski. Z roku na rok rośnie popularność tych zawodów wpływając na ich coraz bardziej rozbudowaną formułę i coraz lepsze wyniki. Wśród uczestników igrzysk znaleźli się także koleżanki i koledzy z zagranicy m.in. Białorusi, czyniąc imprezę jeszcze bardziej prestiżową.

Poszczególne dyscypliny były rozgrywane w Zakopanym i kilku innych miejscowościach tj. Nowym Targu, Nowej Białej, Frydmanie i Tatrzńskiej Łomnicy. Mimo nielicznej reprezentacji lekarzy z Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu, osiągnięte przez nich wyniki zasługują na najwyższe uznanie.

W szczególności na podziw zasługuje postawa i wyniki osiągnięte przez Juliana Pełkę z Torunia, który w kategorii D (55 – 65 lat) wywalczył 6 medali w tym:

złoto za:

- 1) 100 metrów – wynik 13,53
- 2) 400 metrów – wynik 1.08,01
- 3) skok w dal – 5,15 (trzeci wynik zawodów)
- 4) rzut dyskiem – 33,41

srebro za:

- 5) pchnięcie kulą – 11,31
- 6) rzut oszczepem – 39,45

W pływaniu w kat. B (35 – 45 lat) niepodzielnie królowali: Piotr Kalinowski z Włocławka i Cezary Wałęsa z Bydgoszczy, którzy tylko zamieniali się miejscami na podium. Dorobek medalowy Cezarego Wałęsy wyniósł: 4 złote medale w: 100 m stylem klasycznym i zmiennym, 50 m motylkowym i dowolnym, i 2 srebrne w: 50 m stylem grzbietowym i klasycznym.



Piotr Kalinowski jako pierwszy kończy etap pływania.

Natomiast Piotr Kalinowski zdobył: złoto w 400 m stylem dowolnym, 50 m stylem grzbietowym i klasycznym i srebro w: 50 m stylem motylkowym i dowolnym, i 100 m zmiennym.

Podkreślić należy, że ich wyniki osiągnięte na dystansach 100 m stylem zmiennym i 400 m dowolnym były najlepszymi wynikami na zawodach. Ponadto Piotr Kalinowski wywalczył złoty medal i ogólnie najlepszy wynik w triathlonie.

Wspaniałe rezultaty osiągnął także Krzysztof Kawecki z Bydgoszczy w kat. C (45 – 55 lat). Zdobył srebrne medale w pływaniu: 100 m stylem klasycznym i zmiennym oraz 4 brązowe w: 50 m stylem motylkowym, dowolnym, grzbietowym i klasycznym oraz srebrny medal w kajakarstwie mix.

Nieżyły wynik osiągnęła także nasza drużyna piłki nożnej – miejsce 8, w składzie: Andrzej Łączny, Maciej Birwagen, Piotr Skrzat, Krzysztof Głos, Dariusz Podzielny, Michał Ziolkowski, Janusz Kwiatkowski, Davies Onubo, Piotr Legan i Krzysztof Marciniak. Przeszkodą do złotego medalu okazała się drużyna z Zabrza, z którą przegrali w ćwierćfinale w rzutach karnych. Najwięcej bramek w naszym zespole zdobyli: Andrzej Łączny, Piotr Legan i Davies Onubo.

Do równie udanych zaliczam mój występ w zawodach, w których zdobyłam: złoty medal w trójkboju siłowym, srebrne w biegach na 100 m i 400 m oraz w skoku w dal. Ponadto brąz wywalczyłam w pływaniu – 50 m stylem klasycznym, a w kajakarstwie w duecie z koleżanką z Lublina wywalczyłyśmy drugie miejsce.

Podsumowując, Igrzyska uważam za bardzo udane i gorąco namawiam Kole-



Julian Pełka



Małgorzata Gąsowska

żanki i Kolegów z naszej Izby do wzięcia w nich udziału w przyszłych roku. Impreza przebiega w bardzo miłej i rodzinnej atmosferze. Rywalizację sportową uzupełniają inne atrakcje jak koncerty, czy wieczorne potańcówki. Lekarze z całymi rodzinami biorą udział w Igrzyskach, co przyczynia się do ogólnej promocji zdrowia i aktywnego trybu życia już od dziecka.

Równocześnie chciałabym bardzo podziękować Kujawsko-Pomorskiej Izbie Lekarskiej za dofinansowanie uczestnictwa w zawodach.

Jeśli kogoś ze startujących lekarzy po minęłam, to bardzo serdecznie przepraszam. A w następnym roku życzę wszystkim samych rekordów i złotych medali.

Więcej informacji o Igrzyskach znajdziecie Państwo na stronie:

<http://www.igrzyskalekarskie.org/>

Małgorzata Gąsowska

Serdecznie zapraszamy do udziału w VIII Ogólnopolskiej Wystawie Malarstwa Lekarzy, która odbędzie się w dniach 23 – 28 maja 2010 roku w Klubie Lekarza w Łodzi

Na coroczną Ogólnopolską Wystawę Malarstwa Lekarzy Komisja Kultury Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi zaprasza tym razem w maju.

Koleżanki i Kolegów zainteresowanych udziałem w Wystawie prosimy o dostarczenie swych dzieł do Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi (93-005 Łódź, ul. Czerwona 3) do dnia 7 maja br. Prace, które zostaną dostarczone w tym terminie, będą umieszczone w katalogu Wystawy.

Obrazy mogą być wykonane w dowolnych technikach i formatach oraz opatrzone następującymi danymi: tytuł, imię i nazwisko autora, rodzaj jego specjalizacji, miejscowość zamieszkania. Przyjmujemy maksymalnie 4 prace od 1 autora ze względu na ograniczenia powierzchni wystawienniczej.

Wernisaż Wystawy odbędzie się 23 maja 2010 roku (niedziela) o godzinie 17.00 w Klubie Lekarza w Łodzi przy ul. Czerwonej 3, a Wystawa potrwa do 28 maja 2010 r.

Serdecznie zapraszamy Autorów i wszystkich zainteresowanych twórczością lekarzy.

Kontakt: Iwona Szelewa, tel. 42/683 17 93 w. 110, fax. 42/683 13 78, adres internetowy: biuro@oil.lodz.pl

SERDECZNIE ZAPRASZAMY DO WZIĘCIA UDZIAŁU W KONFERENCJACH
i KURSACH MEDYCZNYCH ORGANIZOWANYCH W TORUNIU
pod PATRONATEM KUJAWSKO-POMORSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ

• **17 KWIETNIA 2010 - (sobota)**

HOTEL FILMAR, ul. GRUDZIĄDZKA 45, TORUŃ

KURS implantologiczny PRZEZNACZONY ZARÓWNO DLA LEKARZY DENTYSTÓW NIE MAJĄCYCH DOŚWIADCZENIA W IMPLANTOLOGII, JAK I TYCH, KTÓRZY CHCIELIBY POGŁĘBIĆ SWOJĄ WIEDZĘ W DIAGNOSTYCE I PROCEDURACH CHIRURGICZNYCH.”
który poprowadzi: DR N. MED. MACIEJ DIJAKIEWICZ

• **22 MAJA 2010 - (sobota)**

HOTEL FILMAR, ul. GRUDZIĄDZKA 45, TORUŃ

KURS DLA LEKARZY STOMATOLOGÓW PT. „NOWE MATERIAŁY KOMPozyTOWE REWOLUCJA W STOMATOLOGII?”
który poprowadzi: Prof. dr hab. med. Jerzy Sokołowski

• **19 CZERWCA 2010 - (sobota)**

HOTEL FILMAR, ul. GRUDZIĄDZKA 45, TORUŃ

KURS DLA LEKARZY STOMATOLOGÓW PT. „CZynniki wpływające NA SKUTECZNOŚĆ LECZENIA ENDODONTYCZNEGO...
czyli współczesne koncepcje zapobiegania i leczenia chorób tkanek okołowierzchołkowych.
Rozwiązywanie problemów klinicznych w praktyce i trudny proces podejmowania decyzji w leczeniu endodontycznym...”
który poprowadzi: DR N. MED. BARTOSZ CERKASKI

ORGANIZATOR:
CENTRUM KONFERENCJI I WYSTAW EXPO-ANDRE
ul. PROSTA 19/7, 87-100 TORUŃ

TEL.: (0-56) 657-35-05, 652-20-66, TEL. KOM.: 506-134-579,
FAX. (0-56) 657-35-06, E-MAIL: BIURO@ANDREHZ.NEOSTRADA.PL,
WWW.EXPO-ANDRE.PL



• **XV Ogólnopolski Kongres Profilaktyki Zdrowotnej**
XX Targi Zdrowia i Urody "VENUS 2010"
XX Targi Medycyny Naturalnej "ECOMED 2010"

17-18 KWIETNIA 2010 - (sobota, niedziela)
HOTEL FILMAR W TORUNIU, ul. GRUDZIĄDZKA 45

• **X Ogólnopolska Konferencja Medycyny Paliatywnej "HOSPICIUM 2010"**
VIII OGÓLNOPOLSKIE FORUM ONKOLOGII I PSYCHOONKOLOGII

7-8 MAJA 2010 - (piątek, sobota)
AULA UMK W TORUNIU, ul. GAGARINA 11

• **XIV Ogólnopolskie Sympozjum Diabetologiczne "DIABETICA EXPO 2010"**
VIII Ogólnopolskie Forum Profilaktyki i Leczenia Otyłości

17-18 WRZEŚNIA 2010 - (piątek, sobota)
AULA UMK W TORUNIU, ul. GAGARINA 11

• **XVI OGÓLNOPOLSKA KONFERENCJA STOMATOLOGICZNA**
XVI TARGI STOMATOLOGICZNE "EXPODENT 2010"

22-23 PAŹDZIERNIKA 2010 - (piątek, sobota)
AULA UMK W TORUNIU, ul. GAGARINA 11

ZAPRASZAMY do TORUNIA!

UWAGA!!! Nowe godziny pracy biura KPOIL w Toruniu

Prezes KPOIL dr Łukasz Wojnowski tel. 601696303, torun.prezes@hipokrates.org

Dyrektor Biura mgr Elżbieta Wierzbowska tel. 502 762 041,

e.wierzbowska@hipokrates.org

Siedziba KPOIL w Toruniu: torun@hipokrates.org – mail do Biura KPOIL w Toruniu

Centrala 56 655 41 60, 61; fax wewn. 18

Sekretariat 56 655 41 60, 61 wewn. 11

Księgowość 56 655 41 62 oraz 56 655 41 60, 61 wewn. 12

Praktyki prywatne 56 655 41 62 oraz 56 655 41 60, 61 wewn. 12

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

56 655 41 60, 61 wewn. 14

Okręgowy Sąd Lekarski 56 655 41 60, 61 wewn. 12

Rejestr lekarzy, sprawy Meritum 56 655 41 60, 61 wewn. 18

Biblioteka Lekarska 56 622 71 93

poniedziałek 8 - 17

wtorek 8 - 18

środa 8 - 17

czwartek 8 - 17

piątek 8 - 13

Delegatura KPOIL we Włocławku,

ul. Królewiecka 1 A/2, tel./fax 54 231 51 57

Delegatura KPOIL w Grudziądzu,

ul. Sikorskiego 34, tel. 56 450 01 13, fax 56 462 61 21

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Pani Doktor Urszuli Jeżewskiej
wyraży szczerego współczucia
z powodu śmierci

MATKI

składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Pani Doktor Wandzie Koziełł
wyraży szczerego współczucia
z powodu śmierci

SYNA

składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Koleżankom
Agnieszce Łuczak-Hoppe
Ewie Szydłowskiej
Dorocie Waśk
wyraży współczucia z powodu śmierci

OJCA

składają koleżanki i koledzy
z Włocławskiego Stowarzyszenia
Lekarzy Stomatologów

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Koleżance Bożenie Żołądkowskiej
wyraży współczucia
z powodu śmierci

MĘŻA

składają koleżanki i koledzy
z Włocławskiego Stowarzyszenia
Lekarzy Stomatologów

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że w dniu 7 marca 2010 r.
zmarł Pan Doktor

ROMUALD RYŁEK

Ordynator Oddziału Neurologii
(1993 - 1998) i Dyrektor ds. Opieki
Zdrowotnej (1986 - 1993) Szpitala
Wojewódzkiego we Włocławku
Wyraży szczerego współczucia

żonie Pana Doktora
Pani Dr Teresie Majchrzyckiej-Ryłek
oraz Bliskim

składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że w dniu 19 marca 2010 r.
zmarł Pan Doktor

JAN KOZIEŁŁ

Wyraży szczerego współczucia
Rodzinie Pana Doktora oraz
Przyjaciółom

składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Panu Dr. n. med.
Zygmuntowi Zbuckiemu
wyraży szczerego współczucia
z powodu śmierci

ŻONY

składają lekarze z Wojewódzkiego
Szpitala Dziecięcego w Toruniu
oraz koleżanki i koledzy
z Oddziału Toruńskiego Polskiego
Towarzystwa Pediatrycznego

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Pani Doktor Bożenie Żołądkowskiej
wyraży szczerego współczucia
z powodu śmierci

MĘŻA

składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Paniom Dr Dr Dr
Agnieszce Łuczak-Hoppe,
Ewie Szydłowskiej,
Dorocie Waśk
wyraży szczerego współczucia
z powodu śmierci

OJCA

składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Pani Doktor
Jolancie Augustynowicz-Koziełł
wyraży szczerego współczucia
z powodu śmierci

MĘŻA

składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Pani Doktor Marii Thielmann
wyraży szczerego współczucia
z powodu śmierci

MĘŻA

składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

SPROSTOWANIE

Przepraszamy Szanownego Pana Dr n. med.
Zygmunta Zbuckiego za pomyłkę w Jego
imieniu w poprzednim numerze Meritum.

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Toruniu gratuluje wszystkim lekarzom, którzy w 2009 roku uzyskali specjalizację.

1.	Augustynowicz-Koziół Jolanta	Medycyna rodzinna
2.	Batorska Ellena	Stomatologia zachowawcza z endodoncją
3.	Bębenek Waldemar	Kardiologia
4.	Bojarska Ewa	Medycyna rodzinna
5.	Bolewska Joanna	Choroby wewnętrzne
6.	Brukiewa Marta	Medycyna paliatywna
7.	Buczek Sławomir	Medycyna ratunkowa
8.	Cader Wojciech	Reumatologia
9.	Chorchos Jarosław	Choroby wewnętrzne
10.	Czynsz Małgorzata	Nefrologia
11.	Domeracki Sebastian	Choroby wewnętrzne
12.	Dwornikiewicz-Lewandowska Monika	Pediatrica, Pediatrica
13.	Fesser-Rębowska Alina	Medycyna rodzinna
14.	Gadomska Monika	Medycyna rodzinna
15.	Gadomski Tomasz	Urologia
16.	Gajkowska-Kulik Justyna	Choroby wewnętrzne
17.	Górczyńska Małgorzata	Pediatrica
18.	Grabowska Teresa	Diabetologia
19.	Grudzień-Chmielewska Katarzyna	Kardiologia
20.	Hoffmann Piotr	Medycyna rodzinna
21.	Hotłoś Lucyna	Diabetologia
22.	Jończy Anna	Choroby wewnętrzne
23.	Kalinowski Piotr	Urologia
24.	Kawczyńska-Abubakr Maria	Choroby wewnętrzne
25.	Kempa-Szułczyńska Magdalena	Chirurgia stomatologiczna
26.	Kieszkowska Magdalena	Choroby wewnętrzne
27.	Klonowski Dariusz	Kardiologia
28.	Kluziak-Muszarska Hanna	Stomatologia zachowawcza z endodoncją
29.	Kłys Patrycja	Psychiatria
30.	Kochman Paweł	Nefrologia
31.	Kończak Karol	Choroby wewnętrzne
32.	Kostyra Aleksandra	Hematologia
33.	Kotarak Tomasz	Medycyna pracy
34.	Krupa Włodzimierz	Nefrologia
35.	Kubalski Piotr	Hipertensjologia
36.	Kudlicki Szymon	Medycyna rodzinna
37.	Kühn Katarzyna	Medycyna ratunkowa
38.	Kujach-Gosk Iwona	Okulistyka
39.	Lewandowski Roman	Stomatologia zachowawcza z endodoncją
40.	Majczyńska Izabela	Choroby wewnętrzne

41.	Mańka Rafał	Medycyna ratunkowa
42.	Marcinkowska Małgorzata	Medycyna rodzinna
43.	Marszałek Anna	Diabetologia
44.	Milaniuk Anna	Medycyna rodzinna
45.	Mosiółek Mirosław	Medycyna rodzinna
46.	Możdżyński Jarosław	Urologia
47.	Olejniczak Marcin	Anestezjologia i intensywna terapia
48.	Olewińska-Kalinowska Anna	Choroby wewnętrzne
49.	Orzeł Tomasz	Choroby wewnętrzne
50.	Pawłowska Jolanta	Choroby wewnętrzne
51.	Plutowska Anna	Nefrologia
52.	Polachowski Dariusz	Choroby wewnętrzne
53.	Przybylska-Ołtarzewska Anna	Medycyna rodzinna
54.	Raczko-Kuszilek Sylwia	Balneologia i medycyna fizykalna
55.	Radzikowski Witold	Medycyna rodzinna
56.	Ranatowski Maciej	Ortopedia i traumatologia narządu ruchu
57.	Rogowska-Patyk Ewa	Diabetologia
58.	Rumianek Anna	Choroby płuc
59.	Smętek-Wierciło Agnieszka	Choroby wewnętrzne
60.	Sowiński Sergiusz	Choroby wewnętrzne
61.	Szczeptańska Jolanta	Pediatrica
62.	Szcześniak Maciej	Medycyna rodzinna
63.	Szepietowska Sylwia	Choroby wewnętrzne
64.	Szykowska-Polachowska Agnieszka	Pediatrica
65.	Szymańska Halina	Choroby wewnętrzne
66.	Wagłowska-Dondalska Anna	Choroby wewnętrzne
67.	Walentowicz-Urban Anna	Medycyna rodzinna
68.	Wierzchowska Dorota	Choroby wewnętrzne
69.	Wojciechowski Rafał	Choroby wewnętrzne
70.	Woźniak Piotr	Hipertensjologia
71.	Wujec Robert	Choroby wewnętrzne
72.	Wycichowska-Wiśniewska Magdalena	Choroby wewnętrzne
73.	Wydorski Piotr	Chirurgia stomatologiczna
74.	Zaborowska Agnieszka	Otarynaryngologia
75.	Zawadzka Joanna	Choroby wewnętrzne
76.	Zawadzka-Gralec Anna	Alergologia
77.	Zielińska Iwona	Choroby wewnętrzne
78.	Zmudziński Marcin	Choroby wewnętrzne
79.	Zwoliński Włodzimierz	Medycyna paliatywna
80.	Żadan Martina	Diabetologia
81.	Żyto Krzysztof	Chirurgia stomatologiczna

PRACA

Zakład Ubezpieczeń Społecznych
Oddział w Toruniu Wydział
Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji
zatrudni na umowę o pracę
lekarzy orzeczników.
Wymagana specjalizacja II stopnia.
Preferowane specjalizacje:
ortopedia, neurologia i psychiatria.
Kontakt: 87-100 Toruń,
ul. Mickiewicza 33/39 p. 224,
poplawska@zus.pl
tel. 56 610 94 21, 354.

NZOZ nawiąże współpracę
z **lekarzem stomatologiem**
tel. 502 029 249

NZOZ w Grudziądzu zatrudni
alergologa.
tel. 509598748.

Zespół Opieki Paliatywnej
im. Jana Pawła II
HOSPICIUM ŚWIATŁO,
Toruń, ul. Grunwaldzka 64,
zatrudni **lekarzy**
(w formie korzystnej
dla zainteresowanego).
Kontakt: 56 651 1437,
hospicjum@swiatlo.org

Klinika Stomatologiczna
DENTAURUS w Toruniu zatrudni
lekarzy stomatologów,
asystentki stomatologiczne.
Kontakt tel. 608 393 005.

Prywatny gabinet stomatologiczny
z okolic Torunia zatrudni
stomatologów,
mile widziany **ortodonta.**
Możemy zapewnić mieszkanie.
Oferty telefoniczne 601 91 72 78

**Aktualny cennik reklam
(ceny netto)**

Okładki kolor:

IV strona:	1200 zł	A4
III strona:	1000 zł	A4
II strona:	1000 zł	A4

Środek numeru:

1/1 mono	800 zł	A4
1/2 mono	400 zł	½ A4
1/4 mono	300 zł	¼ A4

Inserty:

cały nakład	800 zł	max. A4, waga: 1 szt. – do 5 g.
Ogłoszenia drobne	100 zł	dot. ogłoszeń o zatrudnieniu lub poszukiwaniu pracy oraz ogłoszeń o sprzedaży lub wynajmie itp.

**Zapraszamy na kolejne kursy
w Ciechocinku
15 maja 2010 r.**

**Diagnostyka i leczenie zmian
endodontyczno-periodontologicznych.**

1. Powiązania morfologiczne i funkcjonalne pomiędzy miazgą i przyzębiem.
2. Klasyfikacja zmian endo-perio.
3. Przyczyny zmian endo-perio w obrębie furkacji.
4. Leczenie zmian endo-perio.
5. Diagnostyka różnicowa ropni przyzębnych i wierzchołkowych.
6. Wskazania do stosowania antybiotyków u ludzi zdrowych.
7. Profilaktyka antybiotykowa u ludzi ze schorzeniami ogólnymi.
8. Diagnostyka różnicowa zmian endo-perio z poprzecznymi złamaniami korzeni zębów.

Wykładowca – Pani Prof. dr hab. n. med. Danuta Piątowska – Kierownik Zakładu Stomatologii Zachowawczej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

**Współczesne metody opracowania
i wypełniania ubytków.**

1. Jak opracowywać ubytek do wypełnienia różnymi materiałami?
2. Od czego zależy wybór materiału wypełniającego?
3. Jak wykonać dostęp do ubytku oszczędzając tkanki zęba?
4. Różne techniki wypełniania ubytków.



5. Jak wypełniać materiałem złożonym, żeby ograniczyć ryzyko mikroprzecieków?
6. Kliny, kształtki- które wybrać i jak stosować?
7. Sytuacje kliniczne wymagające niestandardowego postępowania.

Wykładowca – Pan dr n. med. Jarosław Cynkier z Zakładu Stomatologii Zachowawczej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

**19 czerwca 2010 r.
Stomatologia estetyczna.**

Najnowsze badania dotyczące polimerizacji kompozytów, zmieniające dotychczasową wiedzę – wykorzystanie nowych badań w codziennej pracy lekarza stomatologa.

Wykładowca – Pan Prof. dr hab. n. med. Jerzy Sokołowski – Kierownik Zakładu Stomatologii Ogólnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Kursy organizuje – Włocławskie Stowarzyszenie Lekarzy Stomatologów pod patronatem Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej.

Szkolenia odbędą się w sali konferencyjnej Sanatorium Kolejowego w Ciechocinku przy ul. Zdrojowej 17. Początek zajęć o godzinie 10.00.

Prosimy o przekazywanie wpłat na konto równocześnie z zapisywaniem się na kurs. Ostateczny termin nadsyłania zgłoszeń i wpłat do 10.05.2010.

Opłata za kurs w wysokości 240 zł (koszt szkolenia + obiad, kawa, napoje, ciastka).

Wpłaty na konto:

06 1020 5170 0000 1202 0065 1620, Włocławskie Stowarzyszenie Lekarzy Stomatologów, 87-800 Włocławek, ul. Królewiecka 1a/2.

Uprzejmie prosimy o zaznaczenia na wpłatach daty kursu, której dotyczy opłata.

Będą wydawane rachunki oraz zaświadczenia o ukończeniu kursu z przyznanymi 8- punktami edukacyjnymi.

Prosimy o zgłaszanie się za pomocą formularza znajdującego się na naszej stronie **www.stomatologia.edu.pl**

Sama wpłata bez zgłoszenia na kurs nie stanowi o uczestnictwie w kursie.

Dodatkowe informacje:

54 231 51 57, 694 724 871.

Rezygnacja z uczestnictwa w kursie ze zwrotem wpłaty możliwa na 5 dni przed rozpoczęciem kursu.

International Association for the History of Nephrology



W dniach 17-19 czerwca 2010 roku odbędzie się w Toruniu VII Kongres Międzynarodowego Towarzystwa Historii Nefrologii (IAHN).

Władze Towarzystwa w porozumieniu z Konsultantem Krajowym w dziedzinie Nefrologii, powierzyły zorganizowanie Kongresu Oddziałowi Klinicznemu Nefrologii i Chorób Wewnętrznych Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Toruniu. Jest to dla Oddziału i naszego Szpitala szczególne wyróżnienie, a zarazem zaszczyt gościć w Toruniu wielu wybitnych i zasłużonych dla światowej nefrologii profesorów, pionierów pierwszych na świecie i w Polsce dializ. Kongresy odbywały się dotąd co 2-3 lata, najczęściej we Włoszech a Toruń jest drugim po Gdańsku polskim miastem, któremu powierzono organizację Kongresu. Towarzystwo (IAHN) zostało założone w 1994 roku przez grupę nefrologów, głównie z Włoch i Stanów Zjednoczonych, w celu szerzenia nauki i wiedzy z historii medycyny ze szczególnym zwróceniem uwagi na nefrologię jako na dziedzinę wiodącą w chorobach wewnętrznych. Oprócz lekarzy praktyków, członkami Towarzystwa są wybitni naukowcy dziedzin

teoretycznych, biologii, biochemii, farmacji, a także inżynierowie, bez których wynalazków nie byłoby dializoterapii. Swoją udział w Kongresie potwierdzili znani profesorowie z USA, Włoch i Australii oraz niemal wszyscy kierownicy klinik nefrologicznych w Polsce. Kongresowi towarzyszyć będzie

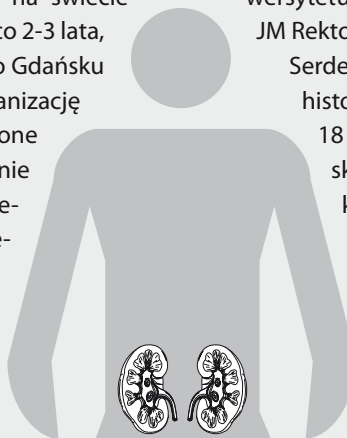
zorganizowane po raz ósmy spotkanie nefrologów z krajów nadbałtyckich w ramach Baltic Meeting on Nephrology. Tym samym oczekujemy również przyjazdu grupy lekarzy z Litwy i Łotwy. Kongres wpisuje się w obchody 65-lecia Uniwersytetu Mikołaja Kopernika. Honorowy patronat objął JM Rektor UMK Prof. Andrzej Radziwiński.

Serdecznie zapraszam wszystkich zainteresowanych historią medycyny na obrady do Ratusza w dniu 18 czerwca br. Językiem Kongresu jest język angielski. Wstęp na obrady dla członków naszej Izby Lekarskiej jest wolny od opłat.

www.iahn.info

www.iahn2010.org

*Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego
dr n.med. Marek Muszytowski*



• Z GRUDZIĄDZA •

Kącik Delegatury w Grudziądzu

Szanowne koleżanki i koledzy, lekarze i lekarze dentyści.

Każdy z nas spełnia się w swoim zawodzie w różny sposób, i w różnych okolicznościach. Koleżanka Małgorzata Napierańska wraz z siostrą Aleksandrą Modlińską z potrzeby serca, charytatywnie pracowały w Kenii i dzisiaj zamieszczamy nie zdjęcia historyczne, a aktualne migawki z drugiej półkuli wraz z refleksjami Małgosi. Zapraszamy do lektury tekstu „Daktari znaczy lekarz”.

Komisja Socjalna w Grudziądzu prosi koleżanki i kolegów o informacje o naszych lekarzach potrzebujących pomocy: socjalnej, materialnej, prawnej.

Dyskretne informacje prosimy kierować do Biura Delegatury pocztą: Grudziądz, ul. Sikorskiego 34; mailem: izbalekarska@wp.pl lub telefonicznie: 56 450 01 13.

Korzystając z naszego Kącika przekazujemy Państwu komunikat skierowany do lekarzy z Oddziałów Wewnętrznych i POZ, pracujących w sąsiedztwie Regionalnego Szpitala Specjalistycznego w Grudziądzu.

W związku z poszerzeniem oferty terapeutycznej przez Oddział Kardiologii Nadciśnienia Tętniczego i Kardiologii Inwazyjnej, Dyrektor Szpitala i Ordynator Oddziału informują o możliwości i zapraszają do kierowania pacjentów do planowych koronarografii i plastyk naczyń wieńcowych, a także OZW -NSTEMI.

Od maja b.r. Oddział w oparciu o współpracę z innymi ośrodkami będzie miał możliwość wszczepiania stymulatorów serca w określonych przypadkach zaburzeń przewodnictwa.

W związku z tym, że dysponujemy 64-rzędowym tomografem komputerowym i możliwością wykonania scyntygrafii mięśnia sercowego oferujemy także pogłębioną diagnostykę kardiologiczną w naszym Oddziale.

Przed skierowaniem pacjenta z OZW NSTEMI lub do wszczepienia stymulatora prosimy o kontakt z lekarzem dyżurnym tel. 56 45 00 433 lub 45 00 430 (ordynator) oraz wysłanie wypełnionej karty zgłoszenia, którą można pobrać ze strony internetowej Szpitala: www.bieganski.org i przesłać do Sekretariatu Oddziału Kardiologii tel./fax 56 45 00 439.

Licząc na miłą i owocną współpracę przesyłamy wyrazy szacunku.

*Łączę pozdrowienia,
Wiesław Umiński*

*Marek Nowak, Dyrektor Szpitala Regionalnego w Grudziądzu
Henryk Danielewicz, Ordynator Oddziału*

„Daktari” znaczy lekarz

– część 1.

Kithatu, wioska w górzystym terenie Kenii, około 200 km od Nairobi. Od nieco większego Kanyakine dzieli ją 4 km piaszczystej, w porze deszczowej często nieprzejezdnej drogi. Stamtąd już tylko 23 km asfaltową drogą do miasteczka Meru i kilka godzin do stolicy kraju. To nic, że ciągle aktualny jest tu dowcip „Po której stronie ulicy jeździ się w Kenii – byle brytyjskiej kolonii? – po tej lepszej, po której jest asfalt!!!...”. Przez 4 tygodnie gościnnym domem Siostr Misjonarek Świętej Rodziny był miejscem naszej pracy i wielu niezapomnianych wrażeń...

Ponad 30 milionowa, dwukrotnie większa od Polski Kenia jest krajem ogromnych kontrastów. Jedna strona tego wizerunku to hotele, galerie handlowe, bogate dzielnice mieszkaniowe wielkich miast... Wystarczy jednak pojechać poza centrum Nairobi, a ujrzemy największe slumsy tej części Afryki – duże połacie szarych, blaszanych dachów widoczne są z daleka. Toczy się tam codzienne życie, a skrajne warunki w jakich ludzie tam mieszkają dalekie są od naszych wyobrażeń o „trudnej sytuacji materialnej”. Mieszkańcy żyją tam poniżej poziomu ubóstwa, trudniąc się czymkolwiek, co da minimalny, konieczny do utrzymania zarobek. Ubóstwo prowokuje wiele działań, również tych niezgodnych z prawem (alkohol, kradzieże, narkotyki). Dzieci żyjące na ulicy pochodzą najczęściej z rozbitych i wielodzietnych rodzin, gdzie nie ma środków utrzymania. Pozbawione domu żebrzą lub kradną. Przyczyną jest trudna sytuacja ekonomiczna kraju, wysokie ceny przy nieproporcjonalnie niskich zarobkach. Rolnicze, odległe tereny to kraj biednych ludzi, których życie wyznacza ciężka praca, kaprysy pogody i zmienne zbiory kukurydzy i fasoli. Trudno tu nie zauważyć, że to do kobiet należy praca w polu, przyniesienie drewna i wody, często z bardzo daleka, przygotowanie posiłków, opieka nad gromadką dzieci itd., itd.

Pomiędzy odległymi miejscowościami krążą minibusy zwane matatu. Te małe pojazdy przewożą stosunkowo dużo osób. W gestii kierowcy pozostaje ile osób zmieści się w pojeździe przeznaczonym dla około 10 - 12 osób. Otóż podróżuje tyle osób, ile się „wepchnie” albo ile zostanie „upchniętych” („never empty, never full”). Jednak w większości, jak ktoś powiedział, Afryka chodzi pieszo. Do swoich szkół na-

wet najmłodsze 5 - 6 latki wędrują bladym światem pokonując kilka kilometrów. Wiele z nich po powrocie do domu czeka jeszcze kolejna wędrówka po drewno na opał czy wodę do rzeki.

Placówka misyjna w Kithatu obejmuje swą działalnością tereny składające się w większości z małych gospodarstw wiejskich. Pierwsze siostry Misjonarki osiadły w tej okolicy 20 lat temu. Dwie trzecie Kenijczyków to chrześcijanie, co czwarty jest katolikiem. Siostry pomagają wszystkim, niezależnie od wyznania. Praca w ośrodku zdrowia (tzw. Dispenserze) i rozwijającej się szkole podstawowej jest niełatwa. Z pewnością jest też wyzwaniem dla białego (mzungu) lekarza. „Daktari” z Europy cieszą się jednak ogromnym powodzeniem i zaufaniem miejscowych. Uśmiech na twarzach dzieci i duże błyszczące oczy niemowlaków są cenną nagrodą.

Dla ośrodków zdrowia w Kenii przyjmuje się zwykle nazwę „dyspansery” lub „Health Clinic”, choć w błędzie jest ten, w którym nazwa budzi skojarzenie ze szpitalem uniwersyteckim... Niewielkie pomieszczenia – gabinet przyjęć, pokój szczepień i obowiązkowe laboratorium – zapewniają opiekę medyczną na podstawowym poziomie. Poziom jest zresztą różny i zwykle wyższy w niepaństwowych (najczęściej misyjnych placówkach). W państwowych przychodniach i szpitalach często brakuje pieniędzy na leki, materiały opatrunkowe, panuje brud. Na jednym łóżku leżą czasami 2 - 3 osoby. Widok ludzi cierpiących z mózgową postacią malarii czy kobiet rodzących po 3 na jednym łóżku pozostaje na długo w pamięci. Trudno w takich warunkach o odpowiednią opiekę medyczną.

Nawyklemu do własnej służby zdrowia Europejczykowi trzeba tu uświadomić, że tzw. podstawowa opieka zdrowotna opiera się tu na pracy pielęgniarek. Lekarz w przychodni jest, poza wolontariuszami, absolutną rzadkością. Diagnostyka i ordynacja leków opiera się więc na rozmowie, prostych badaniach laboratoryjnych i wydaniu leków. Prośba o rozebranie się do badania budziła powszechne zdziwienie, zachęcenie do położenia na „kozetce” graniczyło czasem z cudem... W laboratorium prostymi metodami badań mikroskopowych, czy testów paskowych wykonuje się badania w kierunku malarii, tyfu-

su, pasożytów przewodu pokarmowego, glikemii, poziomu hemoglobiny. Badania obrazowe, dostępne w większych miastach są dostępne lecz drogie. Dla mieszkańców terenów wiejskich dodatkowym obciążeniem jest pokrycie kosztów dojazdu czy noclegu.

W przychodni w Kithatu spędziłyśmy cztery wspaniałe tygodnie i z pewnością nie mogłyśmy narzekać na brak zajęć. Dyspanser prowadzi polska siostra Dariana. Zatrudnia pielęgniarkę i laborantkę. Dzień nie przyjmują od 20 do 50 pacjentów. W pilnych, wymagających fachowej pomocy lekarskiej przypadkach pacjenci kierowani są do szpitala, najczęściej do państwowej placówki w pobliskim Kanyakine. Z opieki przychodni i laboratorium korzystają ludzie z okolicy, a także dzieci ze szkół na terenie misji i pobliskich szkół. Niektórzy przychodzą też z daleka szukając pomocy. W ośrodku zdrowia nie płaci się zwykle za poradę, a jedynie za leki i wykonane badania. Siostra stara się, by ceny leków i opłaty za badania w laboratorium były jak najmniejsze, ale i tak niektórzy nie są w stanie zapłacić nawet 20 szylingów (ok. 1/5 Euro). Przywieziona przez nas pomoc finansowa (dar grupy życzliwych osób – dziękujemy!!!) okazała się nieoceniona. Wiele było radości z podróży wyładowanym po dach samochodem z misyjnej hurtowni leków w Nairobi do Kithatu.

Przychodnia zaopatrzona w bieżącą wodę, prąd prowadzi opiekę nad chorymi, ale też i działania profilaktyczne (bezpłatne szczepienia, okresowe ważenie niemowląt). Wśród działań profilaktycznych ciekawostką pozostaje dla nas odrobaczenie dzieci co 6 miesięcy. Zdziwienie ustępuje, gdy zobaczy się miejscowe źródła pozyskiwania wody... Ameboza, różne formy paratyfusu, robaczyce są tu powszechne.

Wśród dzieci dominuje malaria, infekcje dróg oddechowych, schorzenia skóry. Malaria na tych terenach występuje bardzo często, niestety dla wielu kończy się powikłaniami jak malarią mózgową, czy nawet śmiercią zwłaszcza dzieci, czy osób z obniżoną odpornością na skutek gruźlicy lub AIDS. Rocznie z powodu malarii umiera w Kenii ponad 35 tysięcy dzieci, toteż wprowadzone zasady nakazują traktowanie malucha do 5 roku życia z klinicznymi cechami malarii (min. wysoka gorączka,



suchy kaszel, niepokój w nocy) jako wymagającego leczenia nawet wobec ujemnych testów diagnostycznych. Widok gorączkującego dwulatka, leżącego na ziemi z głową opartą o chłodny kamień porusza każdego. Z inicjatywy państwa leki przeciwmalaryczne są często bezpłatne, a noworodki po urodzeniu obdarza się moskitierą. Widok jaskrawoniebieskiej czy zielonej siatki rozpiętej nad łóżkiem w biednej drewnianej chatce jest egzotycznym, ale niezadkim obrazkiem.

Minął już miesiąc od czasu gdy wylądowałyśmy na lotnisku w Warszawie. Wspomnienia pozostaną na długo w pamięci. Jesteśmy pełne szacunku dla czarnoskórych mieszkańców Kenii, zmagających się z trudami życia w tropikach. Polskim siostram i księżom bardzo dziękujemy za ich ciężką pracę i niezapomniane wrażenia.

ASANTE SANA! KWAHERI!

Dziękujemy bardzo! Do zobaczenia!

*lek. Małgorzata Napieralska
i lek. Aleksandra Modlińska*





www.kongrespoloniimedycznej.org.pl



Zapraszamy na

VII ŚWIATOWY KONGRES POLONII MEDYCZNEJ

Toruń, 24 - 26 czerwca 2010 r.

„Medycyna XXI wieku – możliwości i zagrożenia”

Wykład inauguracyjny:

**Prof. Dr Maria Siemionow, Cleveland Clinic, Cleveland, Ohio;
„Całkowity przeszczep twarzy – marzenie i rzeczywistość”**

