



Primum

ISSN 2353-6055 Nr 2 (283) 2015
BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

WYPRÓBUJ TECHNOLOGIE MISTRZÓW RENAULT COLLECTION 2014



PAKIET KORZYŚCI – ZYSKAJ DO 16 000 ZŁ

BOGATE WYPOSAŻENIE
PROMOCYJNE UBEZPIECZENIE
OPONY ZIMOWE

**FRENCH
EXCELLENCE.**

SPRAWDŹ ATRAKCYJNĄ OFERTĘ NA INNE MODELE

DRIVE THE CHANGE



Pakiet Korzyści do 16 000 zł.

Obliczenia dla Mégane Grandtour w wersji Limited dCi 110 w cenie katalogowej 77 900 zł. Zysk uwzględnia rabat 8500 zł, komplet opon zimowych za 1 zł (o wartości maksymalnej 1500 zł), pakiet wyposażenia gratis o wartości 2500 zł oraz korzyść w rocznym pakiecie ubezpieczeń AC/OC/NNW/CA wliczoną wg średniej stawki ubezpieczeniowej na podstawie aktualnej taryfy w wariancie specjalnym w programie Renault-Allianz lub w programie Renault-PZU na terenie Polski dla pojazdu fabrycznie nowego marki Renault (tj. średnia stawka 5% w porównaniu z ofertą promocyjną 2,9%; ubezpieczenie w programie Renault-PZU skierowane jest do klientów indywidualnych oraz małych i średnich przedsiębiorstw), a także dodatkowy rabat 3000 zł za pozostawienie dotychczasowego samochodu w rozliczeniu. Oferta ważna do 31 stycznia 2015 r. lub do wyczerpania zapasów i dotyczy samochodów z rocznika 2014. Szczegóły w salonach Renault.

Renault zalicza **elf**



Bydgoszcz, ul. Modrzewiowa 7, tel. 52 360 25 60, fax 52 320 93 95
Chojnice, ul. Gdańska 68, tel. 52 395 00 45 www.uni-car.com.pl

Szanowne Koleżanki i Koledzy!



Minęło 25 lat od reaktywacji samorządu lekarskiego. Decyzją zdecydowanej większości okręgowych izb lekarskich uroczystości centralne zorganizowano i sfinansowano wspólnie. Honorowy patronat objął prezydent Bronisław Komorowski, który osobiście na uroczystości nie przybył. Pomimo zaproszenia nie przybyli również: pani premier Ewa Kopacz oraz minister zdrowia Bartosz Arłukowicz – członkowie samorządu lekarskiego (należy podkreślić, że wymienieni politycy nie pojawiali się również na zjazdach krajowych). Kardynał Kazimierz Nycz odprowadził z okazji dwudziestopięciolecia reaktywacji izb lekarskich uroczystą mszę świętą w Bazylice Świętego Krzyża w Warszawie. Czynny udział w celebrowaniu mszy świętej wzięli członkowie Naczelnej Izby Lekarskiej.

Młodszy Koleżankom i Kolegom przypominam, że naszą okręgową izbę tworzyli początkowo lekarze z dawnych województw: bydgoskiego i pilskiego. Nosiła ona wówczas nazwę Bydgosko-Pilskiej Izby Lekarskiej. Jej pierwszym prezesem został dr n. med. Andrzej Martynowski. Po reformie terytorialnej kraju lekarze z dawnego województwa pilskiego znaleźli się w nowo utworzonym województwie wielkopolskim. Natomiast na terenie nowego województwa kujawsko-pomorskiego powstała Bydgoska Okręgowa Izba Lekarska z siedzibą w Bydgoszczy, obejmująca swoim zasięgiem powiaty: bydgoski, świecki, nakielski, inowrocławski, mogileński, wieńborski, tucholski i żniński. Obecnie izba liczy ponad cztery tysiące członków.

Izba prowadzi liczne szkolenia z zakresu prawa medycznego, wystawiania recept, walki z bólem, rozpoznawania i leczenia udarów mózgu. Raz w miesiącu zbierają się w siedzibie bydgoskiej izby lekarze rodzeni, aby omówić problemy związane z bieżącą sytuacją w ochronie zdrowia. Dużo pracy wykonują Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej i jego zastępcy, którzy po ostatnich zmianach osobowych w biurze rzecznika znacznie zwiększyli swoją aktywność, za co należą się wszystkim wielkie podziękowania. Okręgowy Sąd Lekarski pracuje bardzo sprawnie i tak jak powinien – bez rozgłosu. Do dyspozycji lekarzy i lekarzy dentyków jest pomoc prawna.

Udało się, po wielu latach, wznowić działalność Komisji Młodych Lekarzy, który walczą i przedstawiają swoje problemy nie tylko lokalnie, lecz też na forum krajowym. Sprawnie pracują również inne komisje, przynosząc nie tylko splendor, ale również konkretne wyniki finansowe.

Dokonano zmiany zarówno graficznej, jak i merytorycznej naszego biuletynu „Primum”, w którym staramy się umieszczać artykuły związane ze stroną prawną i naukową naszego codziennego życia zawodowego oraz promować osiągnięcia zawodowe naszych członków. Stale jest uaktualniana strona internetowa BIL.

Usprawniono działalność biura BIL, które jest odpowiedzialne za całą logistykę związaną z realizacją zarówno zadań ustawowych, jak i dodatkowych zadań na terenie izby lekarskiej.

Samorząd BIL otacza opieką lekarzy seniorów. Organizuje m.in. spotkania świąteczne dla lekarzy emerytów i rencistów, utworzył też fundację „Dom Lekarza Seniora”. Dzięki śp. dr Halinie Grzybowski-Rogulskiej organizujemy jubileusze z okazji 40-, 50- i 60-lecia uzyskania dyplomów, które są znakomitą okazją do spotkań dawno niewidzianych koleżanek i kolegów, a przy muzyce i kolacji można przypomnieć sobie stare, dobre czasy. Izba udziela szerokiej pomocy socjalnej (zapomogi, pożyczki nisko oprocentowane, renty dla dzieci-sierot po lekarzach). Dla chętnych Komisja Socjalna BIL organizuje wycieczki, szczepienia ochronne.

Od wielu lat, w celu integracji młodych rodzin lekarskich organizujemy imprezy mikołajkowe dla dzieci, a od 5 lat również Dzień Dziecka. Imprezy stały się już tradycją i żeby sprostać ogromnemu zainteresowaniu w tym roku musieliśmy zorganizować trzy tury zabawy mikołajkowej.

Bydgoska Izba Lekarska finansuje działalność literacką lekarzy. Lekarze – poeci, pisarze, dokumentaliści, historycy dodają splendoru całemu środowisku i zawsze mogą liczyć na pomoc samorządu, tym bardziej, że z ich pracy korzystają wszyscy. Obecnie w planach są co najmniej trzy pozycje wydawnicze, w tym jedna, nietypowo, ma zostać wydana pod postacią audiobooka.

Od trzech lat działa Chór Bydgoskiej Izby Lekarskiej, który muzyką uświetnia nasze uroczystości i imprezy. Dzięki mojej inicjatywie, po wielu latach przerwy, wznowił działalność kabaret lekarski. Teksty piosenek kabaretowych świetnie wykonuje nasz chór.

W ostatnich 5 latach zmieniliśmy również formułę Medycznej Nocy w Operze. Obecnie jest to jedna z największych imprez zamkniętych na terenie województwa kujawsko-pomorskiego i znakomicie promuje naszą izbę. Lekarze wraz z zaproszonymi przez siebie gośćmi znakomicie się bawią. Do naszej zabawy dołączyli kilka lat temu, i mam nadzieję, że zostaną przez następne lata, lekarze Wojskowej Izby Lekarskiej z Bydgoszczy, na czele z komendantem 10. Wojskowego Szpitala Klinicznego w Bydgoszczy Krzysztofem Kasprzakiem. Uczestnicy balu mogą, na początku imprezy, okłaskiwać lekarzy i lekarzy dentyków najlepiej zdających Lekarski Egzamin Krajowy, być świadkami wręczenia statuetek „Cerebrum Medici”, uhonorowania odznaczonych lekarzy prestiżowym medalem „Gloria Medicinæ” oraz osób szczególnie zasłużonych dla samorządu lekarskiego. Po części oficjalnej odbywa się występ gwiazdy wieczoru. Na nasze zaproszenie występowali znani artyści: Katarzyna Skrzynecka, Hanna Banaszak, Budka Suflera, Skaldowie, a w tym roku – Krzysztof Krawczyk. Na parkiet zwykle zaprasza gości orkiestra Józefa Eliasza (w tym roku obronił pracę doktorską na UKW i został doktorem dyrygentury) – Eljazz Orchestra z Bydgoszczy.

Nasza okręgowa izba organizuje i finansuje liczne imprezy sportowe: strzeleckie, lekkoatletyczne, piłkarskie, rowerowe, tenisowe, motorowe i konne. Sponsoruje udział naszych lekarzy w ogólnopolskich igrzyskach lekarskich. Od trzech lat organizuje turniej szachowy.

Członkowie Rady Okręgowej BIL oraz prezesi BIL zasiadają w komisjach konkursowych na stanowiska dyrektorów, ordynatorów, oddziałowych. Są członkami lub obserwatorami rad społecznych szpitali i Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, Komisji Zdrowia Rady Miasta Bydgoszczy.

Koleżanki i Koledzy! Wiele jest jeszcze do zrobienia i naprawy. Należy jednak pamiętać, że izba będzie taka, jaką stworzą wybrani przez Was delegaci i jak bardzo zaangażują się oni na rzecz izby, czyli dla Was.

Dr n. med. Stanisław Prywiński
Prezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej



Zdjęcie: NIL

Polski nie stać na amerykański standard opieki zdrowotnej

Populacja USA to około 316 milionów mieszkańców, czyli około 8 razy więcej niż w Polsce. Dochód narodowy brutto USA wynosi mniej więcej 13,5 biliona USD. Dochód narodowy brutto Polski to około 0,5 biliona USD, czyli 27 razy mniej. W USA na ochronę zdrowia przeznaczają się prawie 20% produktu krajowego brutto, z tego 5% na leczenie nowotworów. W Polsce wydatki na zdrowie to około 7% produktu krajowego brutto (średnia dla krajów OECD to około 9,2%). Łatwo wyliczyć, że nasze państwo przeznaczają na ochronę zdrowia, w przeliczeniu na mieszkańca, w przybliżeniu około 10 razy mniej środków niż USA. Natomiast Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, instytucje zarządzające i media żądają od lekarzy i pielęgniarek standardów sprawowania opieki medycznej takich, jak w USA. Należy jasno powiedzieć, że przy takim finansowaniu jest to niemożliwe. Pacjenci muszą to wiedzieć. Ministerstwo Zdrowia próbuje to ukryć i winę zrzucić na lekarzy i pielęgniarki.

*Prof. dr hab. n. med. Jan Styczyński
Prorektor UMK ds. Collegium Medicum*

3 mld 476 mln 938 tys. zł...

...tyle zgodnie z planem finansowym przeznaczony na leczenie pacjentów w 2015 roku Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia. To więcej o prawie 57 mln zł niż w zeszłym roku. „Najwięcej, bo 1,7 mld przeznaczonych zostało na leczenie szpitalne, w tym programy terapeutyczne, lekowe i chemioterapię – informuje Barbara Nawrocka, p.o. rzeczniczka Funduszu i wylicza – Na leczenie specjalistyczne: ambulatoryjną opiekę specjalistyczną K-P OW NFZ ma zagwarantowane ponad 269 mln zł, na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień: 120,8 mln zł, na rehabilitację leczniczą – 90,7 mln zł, na opiekę paliatywną i hospicyjną – 27,3 mln zł, na leczenie uzdrowiskowe: 32,1 mln zł, na leczenie stomatologiczne: 96,3 mln zł. Na refundację leków przeznaczono ponad 454 mln zł.”

Jeszcze nie wiadomo ile ostatecznie NFZ przeznaczy na podstawową opiekę zdrowotną w 2015 r. Plan finansowy przygotowano jeszcze przed zakończeniem negocjacji z Porozumieniem Zielonogórskim. W ich wyniku ustalono m.in. wyższą o ponad 40 zł bazową stawkę kapitacyjną (z 96 na 140,4 zł). Pierwotny plan NFZ zakładał przeznaczenie na poz w kujawsko-pomorskim 423 mln 158 zł.

Rodzinni z umowami

Kujawsko-pomorskie było jednym z trzech województw w Polsce, gdzie z początkiem roku nie został zamknięty ani jeden gabinet lekarza rodzinnego. Zarząd Kujawsko-Pomorskiego Związku Pracodawców Ochrony Zdrowia, członek Federacji ZPOZ „Porozumienie Zielonogórskie” ostrzegł jednak, że w przypadku nieosiągnięcia porozumienia PZ z Ministerstwem Zdrowia gotów jest w każdej chwili wypowiedzieć umowę z Funduszem. Jak wiadomo, do takiej sytuacji dojść jednak nie musiało, bo po morderczych, 14-godzinnych negocjacjach z Bartoszem Arłukowiczem porozumienie udało się osiągnąć.

Co ustalono? Umowy zostały aneksowane od 1 stycznia 2015 z zachowaniem ważności deklaracji i numerów recept; deklaracje pacjentów nieuprawnionych (czerwonych) nie tracą ważności – nie ma konieczności zbierania nowych deklaracji; w trakcie obowiązywania umowy, jej zapisy nie mogą być zmienione bez zgody drugiej strony; w harmonogramach pracy lekarzy obowiązuje zapis – pomiędzy 8 a 18; zlikwidowano konieczność corocznego potwierdzania rachunku bankowego; kontrole mogą trwać maksymalnie 12 dni i muszą być zgłaszane 48 godz. wcześniej; umowy będą trwały maksymalnie 12 miesięcy; wskaźnik skuteczności onkologicznej będzie jeszcze przedmiotem uzgodnień po wcześniejszym monitoringu; od stycznia stawka kapitacyjna wzrosła do 140,4 zł, od 1 lipca dla przychodni, które sprawozdawały badania wyniesie 142,08 zł, a od 1 sierpnia 2015 dla przychodni, które osiągną wskaźnik wykonywania badań, który określi NFZ wyniesie 144,00 zł.

„Zarząd K-PZPOZ otrzymał deklarację, że przy udziale Kujawsko-Pomorskiego OW NFZ zostanie przeprowadzony cykl szkoleń dla Świadczeniodawców dotyczący min: nowych obowiązków sprawozdawczych, weryfikacji ubezpieczeń świadczeniobiorców w CWU, pakietu kolejkowego, pakietu onkologicznego, badań okulistycznych i dermatologicznych” – informuje Szymon Kopa z K-PZPOZ.

Pierwsze szkolenie dotyczące pakietu onkologicznego, a także jednak tylko dla ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i szpitali, Fundusz zorganizował 22 stycznia. W kolejnym numerze napiszemy, jakie kłopoty z nowymi obowiązkami mają lekarze. A już wiadomo, że je mają i to nie mało...

a.b.



Pokieruje Towarzystwem

Niedawno powstałe Polskie Towarzystwo Komunikacji Medycznej wybrało prezesa. Została nim dr n. med. Katarzyna Jankowska – specjalista hematolog z Katedry i Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii Collegium Medicum UMK w Toruniu. „Towarzystwo zrzesza osoby, których przedmiotem działania lub zainteresowania jest komunikacja w opiece medycznej,

praktyka lekarska, komunikacja społeczna dotycząca zdrowia oraz dziedziny pokrewne. Dążymy do stworzenia środowiska współpracy ekspertów w różnych dziedzinach medycyny i komunikacji, które pozwoliłoby przenieść wyniki badań naukowych w tej dziedzinie do praktyki medycznej i poprawy jakości opieki medycznej w Polsce – mówi doktor Jankowska – Naszym celem jest organizowanie, prowadzenie i wspieranie badań i prac naukowych w dzie-

dzinie komunikacji medycznej w Polsce oraz prowadzenie działań służących wypracowaniu standardów i dobrych praktyk komunikacji z pacjentami oraz komunikacji w zespołach interdyscyplinarnych. Uważamy za konieczne opracowanie programów kształcenia i doskonalenia zawodowego studentów kierunku lekarskiego i innych kierunków medycznych w tym zakresie.” Warto wspomnieć, że od wielu miesięcy prezes Towarzystwa pisze do „Primum” na temat komunikacji lekarz-pacjent. W tym numerze doktor Jankowska zajęła się „Pacjentami doktora Google”.

a.b.

Arłukowicz będzie miał sprawę u Rzecznika?

Zarząd Krajowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy wystąpił do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej OIL w Szczecinie (rodzima izba ministra) z wnioskiem o wszczęcie postępowania „w sprawie odpowiedzialności zawodowej lekarza Bartosza Arłukowicza z tytułu publicznego i nagminnego podważania zaufania do zawodu lekarza”.

Związek zwróci się również do Komisji Etyki oraz Rzecznika Praw Lekarza Naczelnej Rady Lekarskiej „z wnioskiem o ocenę zachowania lekarza Bartosza Arłukowicza w okresie konfliktu Ministerstwa Zdrowia z lekarzami z Porozumienia Zielonogórskiego, jaki miał miejsce na przełomie ubiegłego i bieżącego roku”.

a.b.

„Eskulap” akredytowany

Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ) – centralna jednostka resortu zdrowia, przyznało w grudniu akredytację piętnastu szpitalom w kraju. Wśród wyróżnionych jednostek znalazł się szpital „Eskulap – Centrum Leczenia Chorób Serca i Naczyń” w Osiełsku.

Obecnie certyfikat akredytacyjny posiada 177 szpitali w Polsce. Ich lista na stronie CMJ (cmj.org.pl)



Zapraszamy na szkolenia!

Bydgoska Izba Lekarska zaprasza swoich członków na kolejne szkolenia



Warsztaty z cyklu „Komunikacja lekarz – pacjent”:

● 10 lutego 2015 r. „Rozwiązywanie sytuacji trudnych i konfliktów w praktyce lekarskiej – wykorzystanie elementów asertywnej odmowy i krytyki”.

Warsztaty prowadzą dr n. med. Katarzyna Jankowska oraz dr n. psych. Kinga Sobieralska-Michalak.

● 10 marca 2015 r. „Sztuka negocjacji w pracy lekarza”.

Warsztaty prowadzą dr n. med. Katarzyna Jankowska oraz dr n. psych. Maciej Michalak.

Początek obu spotkań o godz. 16.30, w siedzibie Bydgoskiej Izby Lekarskiej, czas trwania 3 godz. Za udział w warsztatach przyznane zostaną 3 punkty edukacyjne.

Zgłoszenia: mgr Karina Lemanik-Dolny, biuro BIL od poniedziałku do czwartku w godz. 8.00–16.00, tel. (52) 346 07 80 wew. 12, szkolenia@bil.org.pl. Informacje również na stronie www.bil.org.pl w zakładce Szkolenia. Serdecznie zapraszamy!

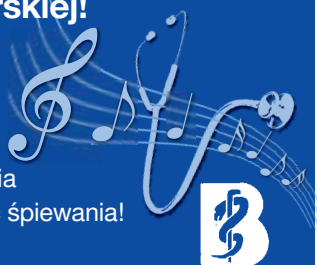
Zapraszamy do chóru

Bydgoskiej Izby Lekarskiej!

▶ Próby: w **poniedziałki** i **piątki** o godz. 19.00 w siedzibie Izby

▶ Nie wymagamy przygotowania muzycznego, wystarczy chęć śpiewania!

▶ Kontakt: 502 585 343



Zmiany

● Dr n. med. **Zbigniew Pawłowicz**, przez 18 lat dyrektor bydgoskiego Centrum Onkologii, został radnym Sejmiku Województwa Kujawsko-Pomorskiego na kadencję 2014–2018. W wyborach zdobył największą liczbę głosów w okręgu bydgoskim – 13 844. Nowy radny PO został też wybrany przewodniczącym Komisji Promocji i Ochrony Zdrowia w sejmiku, wiceprzewodniczącymi zostali: Eligiusz Patalas oraz Przemysław Przybylski. Na czas trwania kadencji Zbigniew Pawłowicz wystąpił o bezpłatny urlop z CO do marszałka województwa, organu założycielskiego szpitala.

Nominację na stanowisko dyrektora Centrum Onkologii otrzymał, popierany przez poprzedniego szefa CO, prof. dr hab. **Janusz Kowalewski**. Dotychczas Profesor pełnił obowiązki dyrektora ds. medycznych szpitala. Nowy dyrektor CO jest specjalistą w dziedzinie chirurgii ogólnej i chirurgii klatki piersiowej. Od 2000 r. pracuje w Centrum Onkologii jako Koordynator Oddziału Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów.



● Dr n. med. **Zbigniew Sobociński**, specjalista ginekolog i androlog, od 1982 r. związany z Kliniką Położnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej, a od 2004 r. dyrektor ds. leczenia Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. Bizuela, został przewodniczącym Rady Miasta Bydgoszczy na kadencję 2014–2018. Reprezentuje Platformę Obywatelską. Nowy przewodniczący od roku 2006 do 2014 pełnił już funkcję wiceprzewodniczącego rady miasta. Obecnie zasiada w Komisjach: Bezpieczeństwa i Porządku Publicznego, Samorządności i Statutowo-Organizacyjnej, Polityki Zdrowotnej oraz Kultury Fizycznej, Sportu i Turystyki. a.b.



Centrum pulmonologii



Nowe skrzydło Kujawsko-Pomorskiego Centrum Pulmonologii, dobudowane do zabytkowego kompleksu szpitalnego przy ulicy Seminarnej, zyskało efektowną elewację. W czterokondygnacyjnym pawilonie ma znajdować się między innymi blok operacyjny, cztery oddziały łóżkowe, centralna sterylizatornia, blok diagnostyki obrazowej i laboratorium patomorfologiczne. Szpital otrzyma też nową aparaturę medyczną. Ostatecznie prace budowlane powinny zakończyć się w pierwszym kwartale 2015 roku, a obiekt zostanie oddany do użytku wiosną.

Wartość przedsięwzięcia, które prowadzi powołana specjalnie w tym celu samorządowa spółka Kujawsko-Pomorskie Inwestycje Medyczne, to 34 miliony złotych. Źródłem finansowania jest kredyt pomocowy Europejskiego Banku Inwestycyjnego.



Pediatrą chciałam być całe życie

Z prof. dr hab. n. med. *Mieczysława Czerwionką-Szaflarską, kierownikiem Katedry i Kliniki Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii CM UMK, w 2014 r. wyróżnioną medalem „Gloria Medicinae” – rozmawia Magdalena Godlewska*

► **Do odznaczeń, którymi dotychczas została Pani uhonorowana, dołączył niedawno medal „Gloria Medicinae”, najwyższe wyróżnienie Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. Gratuluję!**

Bardzo sobie cenię wyróżnienie, o które wniosł Zarząd Bydgoskiego Towarzystwa Lekarskiego. Należy ono, obok nadanego mi przez dzieci w 1998 r. Orderu Uśmiechu, do dwóch najbliższych mojemu sercu, najważniejszych. „Gloria Medicinae” i Order Uśmiechu są wyrazem uznania dla całej mojej działalności, zarówno na rzecz środowiska medycznego, jak i małych pacjentów.

► **Wróćmy więc do początków. Pracę rozpoczęła Pani w 1971 r. w Zabrze, w Katedrze i Klinice Pediatrii Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach. W 1973 r. ze względów rodzinnych przeprowadziła się Pani do Bydgoszczy i tu związała z – Wojewódzkim Szpitalem Dziecięcym. Jak Pani ocenia ten okres?**

Ze Śląska przyjechałam praktycznie już jako wykształcony pediatra, ze stopniem doktora nauk medycznych i specjalizacją 1° – dalsze szczeble pracy zawodowej i naukowej przeszedłam właśnie tu, w Bydgoszczy. Wcześniej pracowałam tylko w Katedrze i Klinice Pediatrii, tutaj natomiast wszędzie, gdzie było trzeba – w szpitalu, poradni, pogotowiu ratunkowym. Chciałam zobaczyć jak praca lekarska wygląda od podstaw. Pediatrą chciałam być całe życie, a wszelkie działania na rzecz dzieci utwierdzały mnie w przekonaniu, że dobrze zrobiłam wybierając swój zawód i specjalizację.

Bardzo sobie cenię ten okres, bo po pracy w uznanym ośrodku akademickim nagle przyszło mi się zderzyć z codzienną pediatrią. To mi ogromnie pomogło – nabyłam dużego doświadczenia jako lekarz tej specjalności.

► **Pięć lat później powróciła Pani do medycyny akademickiej.**

Pracę w klinice zaproponowała mi pani prof. zw. dr hab. n. med. Anna Balcar-Boroń. Przez wiele lat pracowałyśmy razem w Katedrze i Klinice Chorób Dzieci w bydgoskiej

fili Akademii Medycznej w Gdańsku, a potem w Akademii Medycznej w Bydgoszczy. W 1987 r. rektor Akademii Medycznej, prof. zw. dr hab. n. med. Jan Domaniewski, powołał II Klinikę Pediatrii, później przemianowaną na Katedrę i Klinikę Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii. Objęłam jej kierownictwo.

Lubię pracę dydaktyczną. Całe życie chciałam dzielić się tym, co umiem, zarówno w edukacji przed-, jak i podyplomowej. Praca z lekarzami i studentami, którzy chcą coś osiągnąć daje mi dużo satysfakcji. W tych młodych osobach drzemie wyjątkowy potencjał – wystarczy na początku dobrze ukierunkować badania, przedyskutować pewne kwestie, objąć opieką merytoryczną i organizacyjną i właściwie oni już potem pracują naukowo sami. Obrona rozprawy doktorskiej to jest sukces nie tylko doktoranta, ale również promotora. Moją doktorantką byłą m.in. prof. Małgorzata Pawłowska. Bardzo dobrze nam się pracowało. Potem ukierunkowała się na hepatologię i już dalszą swoją pracę związała z Katedrą i Kliniką Chorób Zakaźnych i Hepatologii.

► **Uczy Pani innych, ale też sama nadal się kształci. Trzy miesiące temu do specjalizacji z pediatrii, gastroenterologii i alergologii dodała Pani specjalizację z gastroenterologii dziecięcej.**

Znowu trzeba było usiąść do książek i pewne rzeczy sobie odświeżyć. Ale jeśli zamierza się być lekarzem, który chce pomóc pacjentowi, to trzeba stale się uczyć. Podobna mi się model amerykański – tam lekarz odnawia swoją specjalizację co 10 lat. Medycyna nieustannie się rozwija, wiele chorób zmienia swoje oblicze, więc cały czas trzeba być na bieżąco, wciąż się dokształcać.

I tak na przykład od wielu lat zajmuję się dziećmi z nietolerancją glutenu i muszę powiedzieć, że celiakia z lat 70. ma się nijak do celiakii dnia dzisiejszego. Jej obraz się zmienił, diagnostyka się zmieniła. Lekarz, który się zatrzymał w latach 80. czy 90., nie skojarzy objawów swojego pacjenta z obecnie występującymi symptomami celiakii. Będzie szukał dużego brzucha, płaskich pośladków i biegunki, a tego już w ogóle nie obserwujemy.

Podobnie jest z alergią pokarmową. Dawniej powodowała ciężkie biegunki, a teraz

objawem głównym jest atopowe zapalenie skóry. Wszystko się zmienia, więc uczyć i szkolić się musimy nieustannie.

► **Jak udaje się Pani godzić obowiązki lekarza, pracownika naukowego i konsultanta, najpierw wojewódzkiego w dziedzinie pediatrii, teraz krajowego ds. gastroenterologii dziecięcej, z udanym życiem rodzinnym?**

Zawsze miałam ogromne wsparcie w rodzinie. Mąż, architekt – mimo że również dużo pracował, bo właściwie przez całe życie kierował firmą – kiedy było trzeba, przejmował moje obowiązki domowe. Dzieci były bardzo samodzielne. Nikt nigdy nie narzekał. Chociaż pewnie czasami im tej mamy brakowało.

Jako matka jestem bardzo dumna ze swoich dzieci. Nigdy nie chciałam, żeby poszły na medycynę, bo wiedziałam, jaki to ciężki i absorbujący zawód, jeśli chce się go wykonywać dobrze. Tymczasem syn, od 26 lat pracujący w USA, obecnie na Uniwersytecie Alabama, jest profesorem neurologii, specjalistą w zakresie epileptologii. Córka jest samodzielnym pracownikiem naukowym, kierownikiem Zakładu Endoskopii i Badań Czynnościowych Przewodu Pokarmowego Wieku Rozwojowego. Posiada specjalizację z pediatrii, alergologii i gastroenterologii.

Jestem też dumną babcią 4 wspaniałych wnuczek. Bardzo je Kocham!

Rodzina nie tylko zawsze mnie wspierała, ale także inspirowała do działań na polu naukowym, zawodowym i administracyjnym.

► **Bydgoskie Towarzystwo Lekarskie, argumentując za przyznaniem Pani medalu „Gloria Medicinae”, powołało się na szereg dokonań w dziedzinie naukowej, zawodowej i społecznej. A co Pani uważa za swoje największe osiągnięcie?**

Jeśli chodzi o osiągnięcia naukowe, to jestem autorem lub współautorem 573 prac, które ukazały się w krajowych i zagranicznych czasopiśmie medycznych, i publikuję nadal. Pod moim kierunkiem powstało dotychczas 60 prac doktorskich, kolejne są w trakcie realizacji. Byłam dziekanem Wydziału Lekarskiego, rektorem ds. studenckich oraz Nauki i Współpracy z Zagranicą – te 12 lat pracy w administracji Uczelni również dało mi dużo satysfakcji.

Wymiernym osiągnięciem społecznym było utworzenie w Bydgoszczy Stowarzyszenia Pomocy Dzieciom na Diecie Bezglutenowej. Powstało ono prawie 40 lat temu i nadal prężnie działa. Ma swoją stronę internetową, co roku organizuje cieszącą się ogromnym zainteresowaniem Akademię Celiaka, na którą z całej Polski zjeżdżają chorzy i ich rodzice. Przygotowujemy dla nich ciekawe wykłady, na spotkaniach

obecni są również dietetycy, którzy uczą i dzielą się swoim doświadczeniem w zakresie prowadzenia pacjentów na diecie bezglutenowej.

W tym samym czasie otworzyliśmy też pierwszy w Polsce sklep z żywnością bezglutenową. Bydgoszcz była wówczas wzorem dla całego kraju, jak należy pomagać pacjentom z celiakią. To, że chore dzieci nie mają obecnie problemów z dostępem do żywności bezglutenowej, jest właśnie wynikiem wieloletniej pracy rodziców zaangażowanych w działalność Stowarzyszenia.

▶ **Kolejne działania mają związek z Pani pracą jako konsultanta wojewódzkiego ds. pediatrii (przez 13 lat) i konsultanta krajowego ds. gastroenterologii dziecięcej (od 2013 r.) oraz członka, a przez ostatnie kadencje wiceprezesa Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego.**

W pracy na stanowisku konsultanta ds. pediatrii i działalności w Zarządzie Głównym PTP bardzo ważne było doprowadzenie do tego, żeby pediatra w końcu wrócił na swoje miejsce. Dziecko to nie jest miniatura dorosłego, w każdym okresie rozwoju

to inny pacjent, dlatego zajmować się nim powinien pediatra. Ma on większe doświadczenie i jest lepiej wyszkolony w tej dziedzinie niż lekarz rodzinny. Lekarz rodzinny ma obecnie krótki czas nauki i stażu na pediatrę, tymczasem lekarz pediatra szkoli się przez 5 lat i potem nadal zajmuje się wyjątkami dziećmi.

To były długie i trudne starania, ale mam wielką nadzieję, że pediatria na stałe wróciła do profilaktyki oraz leczenia dzieci i młodzieży. Widać to zresztą po naborze na specjalizacje – w tej edycji aż 19 lekarzy zdecydowało się zostać pediatrami. Muszę powiedzieć, że do naszej Kliniki przyszło 12 rezydentów. Od samego początku pięknie pracują, więc jestem przekonana, że będą bardzo dobrymi pediatrami.

Sukcesem zakończyły się też nasze starania o to, żeby naszym pacjentem-dzieckiem zajmował się lekarz-specjalista od dzieci. Dotychczas było tak, że nefrolog, gastroenterolog czy pneumonolog leczył zarówno dorosłych, jak i dzieci. Teraz mamy w końcu specjalizację z nefrologii dziecięcej, gastroenterologii dziecięcej, pneumonologii czy endokrynologii dziecięcej. Ta zmiana zapewni dzieciom lepszą opiekę specjalistyczną.



Prof. dr hab. n. med. Mieczysława Czerwionka-Szaflarska w 1970 r. ukończyła studia na Śląskiej Akademii Medycznej im. Ludwika Waryńskiego. W latach 1971–1973 pracowała tam na etacie asystenta. W roku 1973 przeniosła się do Bydgoszczy i została zatrudniona w Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym. Od roku 1978 pracowała w Katedrze i Klinice Chorób Dzieci bydgoskiej filii Akademii Medycznej w Gdańsku, potem AM w Bydgoszczy. Od roku 1987 pracuje w Katedrze i Klinice Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii Akademii Medycznej im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (obecnie CM UMK) jako jej kierownik.

W roku 1976 zdobyła II st. specjalizacji w dziedzinie pediatrii, 1997 – II st. w dziedzinie alergologii, w 1998 – II st. w dziedzinie gastroenterologii, a w roku 2014 uzyskała specjalizację z gastroenterologii dziecięcej, Doktoryzowała się w 1973 r., w 1989 zdobyła tytuł doktora habilitowanego, a w 1997 r. - profesora. Pod jej kierunkiem powstało 60 prac doktorskich, była recenzentką 108 prac doktorskich i 26 habilitacyjnych, przygotowała 18 wniosków o tytuł profesora.

W latach 1990–1996 była dziekanem Wydziału Lekarskiego, od 1996 do 1999 r. prorektorem ds. studenckich, a w latach 2002–2004 prorektorem ds. nauki i współpracy z zagranicą Akademii Medycznej w Bydgoszczy, od 2004 do 2005 r. pełnomocnikiem ds. nauki i współpracy z zagranicą rektora UMK. Przez 13 lat pełniła funkcję konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pediatrii, w roku 2013 została powołana na stanowisko konsultanta krajowego ds. gastroenterologii dziecięcej.

Prof. Mieczysława Czerwionka-Szaflarska jest założycielką Stowarzyszenia Pomocy Dzieciom z Chorobą Glutenową, od 1983 r. członkiem zarządu Bydgoskiego Towarzystwa Lekarskiego, przez ostatnie kadencje wiceprezesem Zarządu Głównego PTL, członkiem Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dziecka (przez 2 kadencje prezesem Zarządu Głównego), wiceprezesem Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego oraz przewodniczącą Oddziału Bydgoskiego Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, od 1997 r. – dyrektorem Podyplomowej Szkoły Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego.

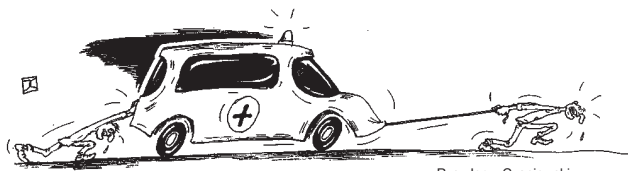
Za swoje osiągnięcia wyróżniona została m.in. Srebrnym i Złotym Krzyżem Zasługi, Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Odznaką Wzorowego Pracownika Służby Zdrowia, Orderem Uśmiechu, Oskarem Pediatrii, medalem Gloria Pediatrica oraz odznaczeniami PTL: Zasłużony dla PTL „Bene Meritus” i „Gloria Medicinae”.

KALENDARIUM IMPREZ KULTURALNYCH I SPORTOWYCH BIL



LUTY	▶ Medyczna Noc w Operze (06.02)
MARZEC	▶ Wieczór poetycki. Doktor Ryszard Długotęcki czyta sonety Williama Szekspira w swoim tłumaczeniu (18.03. godz. 17.00)
MAJ	▶ Mecz tenisa ziemnego (09.05.) ▶ Rajd rowerowy ▶ Spływ Kajakowy ▶ IV Mistrzostwa Bowlingowe dla Lekarzy i Lekarek Woj. Kujawsko-Pomorskiego ▶ III Mistrzostwa BIL w Biegu na 10 km (30.05.)
CZERWIEC	▶ Dzień Dziecka ▶ IV Rajd Konny Lekarzy ▶ V Memoriał Szachowy im. prof. Romana Bugalskiego
LIPIEC	▶ Chełmno Moto Bridge. Złot motocyklistów-lekarzy (24–27.07.)
SIERPIEŃ	▶ XVI Międzynarodowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Strzelectwie Myśliwskim w Osiu (29–30. 08.)
WRZESIEŃ	▶ XV Mistrzostwa Lekarzy Pomorza i Kujaw w Tenisie Ziemnym ▶ Wieczór autorski doktor Amelii Serbin
PAŹDZIERNIK	▶ Uroczystość wręczenia Eskulapów z okazji 40-, 50- i 60-lecia uzyskania dyplomu lekarza ▶ Wystawa malarska lekarzy BIL
LISTOPAD	▶ Wieczór poetycki z wierszami doktora Mariana Mazura ▶ Wystawa fotograficzna lekarzy
GRUDZIEŃ	▶ V Halowe Mistrzostwa Pomorza i Kujaw w Tenisie Ziemnym (05.12.) ▶ Mikołajki ▶ Wigilia Seniorów

Dyrektor poza paragrafem



Rys. Jerzy Czapiewski

W kraju zwanym przez rządzących zieloną wyspą, zapewne ze względu na powszechny dobrobyt, zauważamy dziwne ruchy na rynku pracy w służbie zdrowia. Szpitale masowo przechodzą na okrojone kontrakty. Jest to majstersztyk pijarowy, ponieważ przy redukcji czasu pracy załogi przykładowo ze 170 (dawny pełen etat) do 100 godz. miesięcznie – tak naprawdę zwalniamy 1/3 pracowników danej jednostki, oficjalnie nie zwalniając nikogo. Nie musimy również płacić odprawy związanej ze zwolnieniem grupowym. Zakres obowiązków pozostaje nadal ten sam, tylko czasu na ich wypełnienie – dużo mniej. Jest to tylko jeden z przykładów zmuszania pracownika do wyższej wydajności bez jednoczesnego zwiększania nakładów. Dodatkowo, osoba taka zostaje poddana wyzwaniu, ponieważ ma czas, a inni pracodawcy czekają. Biorąc kilkadziesiąt godzin pracy w konkurencyjnym szpitalu, dostaje w pakiecie także dyżury.

Tak więc zwyczaj kilkudniowych ciągów dyżurowych nie jest historią polskiej medycyny, ale jak najbardziej tematem aktualnym. Większa część młodych lekarzy jest do nich materialnie zmuszona, a ponieważ dyżuruje co drugi dzień w innym miejscu, to tego nie widać. Powiem więcej, gdyby ci ludzie tak nie pracowali, to powstałyby duże luki w grafikach i nieobsadzone dyżury. Dyrektorzy, którzy twierdzą, że u nich to zjawisko nie występuje, albo są cynikami albo oderwanymi od rzeczywistości marzycielami. Ministerstwo wprawdzie oficjalnie nie zauważa problemu braku kadr wykwalifikowanych, ale wprowadza po cichu możliwość pracy w poradniach na stanowiskach dyplomowanych specjalistów – lekarzy będących w trakcie specjalizacji (skoro jest tak dobrze, to po co?).

Natomiast na stanowisko dyrektora pomimo kolejki chętnych mianuje się „z wielką rozważą”. Znam sytuację, gdy jedna osoba kierowała w tym samym czasie dwoma szpitalami w miastach oddalonych od siebie o 300 km. W związku z tym dochodzę do wniosku, że albo mamy do czynienia z czło-

wikiem genialnym, albo praca dyrektora wymaga tak naprawdę minimalnego wysiłku. Również na stanowiskach szefów oddziałów i klinik kierowanie równoległe w kilku miejscach jest praktyką szeroko stosowaną. Mam pytanie: jeżeli jestem na miejscu przez np. 30% czasu, to kto odpowiada za pozostałe 70%, kiedy się coś wydarzy? Znam przypadek osoby z wykształceniem zawodowym (rzeźnik), która została naczelnym dyrektorem szpitala (tak, zdarzyło się w Polsce, a nie w Afryce równikowej i nie w XIX wieku, a za rządów obecnej ekipy).

Zawsze wyobrażałem sobie, że wysokie pensje na stanowiskach kierowniczych są związane z odpowiedzialnością, jak więc wobec powyższego traktować opisane przypadki!? Przełożeni na każdym kroku wykazują się oszczędnościami (przynajmniej na papierze, bo w rzeczywistości ich działania często kosztują krocie). Pytam: gdzie są te pieniądze? Gierek pożyczył 40 mld dolarów, żyliśmy tylko z tego, co sami wyprodukowaliśmy, i jeszcze częściowo za bezcen eksportowaliśmy do krajów RWPG. Teraz pracujemy wydajniej, pożyczyciśmy (zwłaszcza w ostatnich latach) dużo więcej niż komuna przez 45 lat (zegar Balcerowicza w Warszawie), sprzedaliśmy znaczną część majątku, olbrzymie nakłady z UE, idące w miliardy euro prywatne dofinansowanie kraju przez obywateli dorabiających za granicą, miliony ludzi na bruku, oszczędności na każdym kroku i tylko parę kilometrów autostrad... Pijar mediów nakazuje dzisiaj młodemu człowiekowi – pięknemu, wykształconemu, z dużego miasta – nieustannie być w nastroju radosnego świętowania. Jak to pogodzić z narracją stosowaną wobec młodych ludzi zatrudnionych w służbie zdrowia, od których coraz częściej wymaga się wyrzeczeń i poświęceń, a nie bezstresowego zarabiania dużych pieniędzy.

Ostatni konflikt pomiędzy lekarzami rodzinnymi a ministerstwem pokazał, że nie ma mowy o prawdziwych negocjacjach. Obowiązuje prawo silniejszego, a nie sztuka zarządzania procesem negocjacyjnym i umie-

jętność zawarcia prostej umowy. Nie pamiętam ani jednej rozmowy merytorycznej, podczas której zastanawiano by się nad skutecznością systemu. Tego właśnie oczekiwaliśmy w trakcie ogłoszenia porozumienia. Wiemy wszak, że system nie wzbogacił się nawet o jedną złotówkę. Musiano siłą rzeczy dokonać przesunięć (np. wycena wielu szpitalnych procedur onkologicznych spadła prawie o połowę). Usprawniło to cały system, czy wręcz odwrotnie?

W trakcie „negocjacji” używano po stronie rządowej „argumentów” przewidywalnych. I tak jeden z redaktorów telewizyjnych nie mógł zrozumieć powodu niezadowolonych lekarzy, „skoro zarabiają miesięcznie do 80 tys. złotych”. Wśród licznych znajomych z branży nie znam nikogo z takimi dochodami. Jeżeli takie pieniądze zarabiają nieliczni, to nie wolno tego uśredniać oficjalnie. Ponadto oczekiwałbym od dyrektorów jednostek publicznego zaprzestowania przeciwko podawaniu takich danych lub wytłumaczenia podwładnym swojej nieudolności, skoro ci zarabiają 3–4 tys.

7 lat temu ówczesna posłanka PO, pani Sawicka, w podsłuchanych rozmowach, ujawniła kierunek zmian w służbie zdrowia. Można było temu nie dawać wiary, lecz czas pokazał, że granda i fikcja gonią się nawzajem. Porozumienie Zielonogórskie w trakcie rokowań nie mogło rozmawiać o pakiecie onkologicznym, jak sugerowano w telewizji, bo z tego, co wiemy, w rozmowach nie brali udziału specjaliści onkolodzy. Sposób zawierania tych porozumień nie dziwi chyba już nikogo, jesteśmy przez życie przyzwyczajeni. Moi koledzy i ja wielokrotnie „negocjowaliśmy” kontrakty. Na ogół wyglądało to tak, że anonimowa pani w kadrach pokazywała palcem stojącemu pe-tentowi (nam), w którym miejscu mamy podpisać. Nie pamiętamy żadnych rozmów i negocjacji, pomimo iż jako pracodawca podpisał się naczelnym dyrektorem, a nikt go nawet na korytarzu podczas „rozmów” nie widział.

Jerzy Kochan

Ukazała się nowa książka doktora Mieczysława Boguszyńskiego:

„W kręgu Eskulapa. O stuletnim Szpitalu im. dr. Janusza Korczaka i lecznictwie w Szubinie”. Jest to pierwsze wydawnictwo w całości poświęcone szubińskiej opiece medycznej i tamtejszej lecznicy. Autor przygotowaniu swojego ponad dwustustronicowego dzieła poświęcił się „ze szczególnym zaangażowaniem”, co – jak pisze – wynika z tego, że w tym mieście się urodził, tam dorastał, po studiach lekarskich wrócił i ponad dwadzieścia lat w szubińskim szpitalu pracował.

Książka dostępna w Muzeum Ziemi Szubińskiej im. Zenona Erdmanna w Szubinie. mg



William Henley – niezwykły również dzięki chirurgii

WILLIAM ERNEST HENLEY INVICTUS

(przekład: Ryszard Długołęcki)

Z nocy, co czernią okrywa mnie sroga
Mroczną jak mroki, które piekła strzegą
Śię dzięki wszelkim istniejącym bogom
Za mego ducha nieujarzmionego.
W okrutnych szponach zdarzeń pełnych ciosów
Tkwiłem bez jęku; ból mnie nie pokonał:
Pod bezlitosnym gradem razów losu
Ma głowa krwawi, lecz trwa – podniesiona.
Za krańcem tego miejsca łez i gniewów
Czeka już tylko cień zimny, posępny
Lecz wszelkie groźby Czasu w jego biegu
Znajdują mnie i znajdują – nieulekłym.
Nieważne, jaki trud przede mną stoi
I jakie jeszcze ciągi mi pisane
Ja jestem panem biegu losów moich
Ja jestem ducha mego kapitanem.

William Ernest Henley (1849–1903), angielski poeta, krytyk i wydawca, syn także Williama, księgarza, i Mary, córki poety – Josepha Whartona, już od dwunastego roku życia chorował na gruźlicę kości, która stała się przyczyną amputacji jego lewego podudzia. Przebył ją w wieku około 19 lat na oddziale chirurgicznym sławnego londyńskiego St Bartholomew's Hospital, znanego także pod potoczną, skróconą nazwą *Barts*. Szpital ten, najstarszy w Europie i w Zjednoczonym Królestwie, otwarty w roku 1123 i ciągle zachowujący swą pierwotną lokalizację, nie był wolny od zmyły zakażeń wewnątrzszpitalnych, które powodowały, że takie zabiegi jak np. amputacje ud czy podudzi, kończyły się nawet w połowie przypadków śmiercią operowanych.

Kiedy po amputacji, zakończony na szczęście pomyślnie, młody pacjent dowiedział się, że należy amputować mu także prawe podudzie – nie wyraził na to zgody i udał się po pomoc do znanego już wówczas brytyjskiego chirurga, Josepha Listera, w tym czasie profesora chirurgii klinicznej Uniwersytetu w Edynburgu. W tym znakomitym ośrodku, pionierskim w dziedzinie antyseptyki, po 20 miesiącach leczenia i wielokrotnych interwencjach chirurgicznych, prawe podudzie Henley'a zostało uratowane. W ponad półrocznym okresie oczekiwania na wyniki leczenia młody pacjent napisał m.in. swój poemat *Invictus*.

Henley był wysokim, mocno zbudowanym mężczyzną, pełnym energii i siły życia. Zmarł w wieku 54 lat, a przyczyną śmierci stał się

jednak rozsiew gruźlicy. Jego przyjaciel, Robert Louis Stevenson, przyznał po latach, że pierwowzorem postaci charyzmatycznego, bystrego, przebiegłego, a jednocześnie pełnego humoru i siły jedno nogiego korsarza, Long Johna Silvera, jednego z bohaterów sławnej *Wyspy Skarbów*, był właśnie William Henley.

Poemat *Invictus* – *Niepokonany, Niezwyciężony* (to wydawca nadał mu po latach ten tytuł), poruszył głęboko wielu, choć spotykał się także z głosami krytyki oceniającymi go jako artystyczną mierność i zarzucającymi mu m. in. tony melodramatyczne, a nawet – jego autorowi – ...”uwielbienie dla przemocy i tyranii” (Gilbert Keith Chesterton, *Heretycy*, str. 79–81).

A jednak...

• Winston Churchill cytował wersy tego poematu w swym publicznym wystąpieniu po jednym z tragicznych w skutki bombardowań Londynu, przeprowadzanych przez hitlerowskie lotnictwo

• poemat ten recytował także Martin Luther King Jr w jednym ze swych przemówień na temat dyskryminacji rasowej w USA

• Nelson Mandela powiedział kiedyś, że w czasie swego uwięzienia w Robben Island Prison, gdzie odbywał zasądzoną mu karę dożywotniego więzienia, czytał *Invictusa* współwięźniom i że był on dla nich wspólnym źródłem siły, wytrwałości, chęci przetrwania i poczucia własnej godności. Clint Eastwood, reżyser filmu o Mandeli, nadał swemu obrazowi tytuł *Invictus*

• birmańska opozycjonistka i noblistka, Aung San Sun Kyi, wspominała w jednym z wywiadów, jak to ojciec jej, Aung Son, który przez lata przewodził walce o niepodległość Birmy i wynegocjował ją wreszcie w 1947 r. w rozmowach z władzami brytyjskimi, w swych najtrudniejszych dniach wracał do treści poematu Henley'a i czerpał z niego siły

• część ósmego wersu poematu: „Ma głowa krwawi, lecz trwa – podniesiona” (...bloody but unbowed...) otwierала tytułową stronę numeru *Daily Mirror*, który ukazał się bezpośrednio po krwawych zamachach bombowych w Londynie z dnia 7 lipca 2005 r.

• londonowski Martin Eden cytuje dwa ostatnie wersy drugiej zwrotki poematu swemu przyjacielowi, Brissendenowi, a ten odpowiada: „Lubisz Henleya. Oczywiście; mogłem się tego po tobie spodziewać. Och, Henley..., ten wyróżnia się spośród współczesnych rymopisów jak gladiator spośród bandy eunuchów”

• wreszcie – pamiętamy może końcową scenę z filmu *Casablanca*, w której kapitan Renault (Claude Rains), po zastrzeleniu niemieckiego majora Strassera i uratowaniu życia Rickowi Blaine, granemu przez Humphrey'a Bogarta, mówi do niego z pewną dumą: „ja jestem panem mego losu i kapitanem mego ducha”, a Bogart odpowiada mu: „Wiesz, Louis, myślę, że to jest początek pięknej przyjaźni...”

Tak więc krytyka krytyką, ale może jednak jest w tym poemacie coś szczególnego, czego nawet przekład zniszczyć nie potrafi...

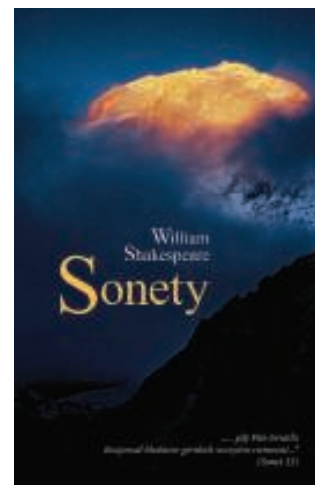
Ryszard Długołęcki

Sonety Williama Szekspira w przekładzie Ryszarda Długołęckiego dostępne już w lutym!

Rok temu w księgarniach pojawił się „Hamlet” w tłumaczeniu doktora Ryszarda Długołęckiego. Teraz lekarz-tłumacz zakończył pracę nad kolejną książką „Sonetami” Williama Szekspira. „Sonety, czytane w oryginale poruszały mnie znacznie bardziej, aniżeli znane mi polskie przekłady. Zapragnąłem więc, by zabrzmiały w języku polskim nieco inaczej, niż dotychczas – tak dyrektor Długołęcki wyjaśniał, dlaczego zajął się tłumaczeniem poezji Szekspira – Są piękne... Pytanie tylko, czy takie pozostaną, choć w części, po ich przełożeniu...”

„Sonety” w przekładzie Ryszarda Długołęckiego będą dostępne już w lutym!

a.b.



Mężczyzno, palisz? Stracisz chromosom Y!

W grudniowym numerze tygodnika Science (2014) opublikowano pracę, z której wynika, że mężczyźni palący papierosy tracą w komórkach krwi chromosom Y. Badacze pod kierunkiem prof. Jana Dumańskiego z Uniwersytetu w Uppsali sugerują, że może to być przyczyną częstszych zachorowań mężczyzn na niektóre typy nowotworów i ich krótszego życia.

Powyższe rewelacje potwierdzałyby znane już wcześniej doniesienia o utracie męskiego chromosomu Y w komórkach guzów krtani u palaczy tytoniu. Obserwacji tych dokonał zespół prof. Krzysztofa Szyftera z Instytutu Genetyki Człowieka PAN w Poznaniu. W komórkach takich guzów często obserwuje się brak męskiego chromosomu Y, który obecny jest w prawidłowych komórkach tej samej badanej osoby. Być może na chromosomie Y zlokalizowane są geny chroniące komórki przed transformacją nowotworową, a ich utrata w wyniku mutacji prowadzi do rozwoju choroby.

Wracając do badań zespołu z Uppsali, badacze ci wysunęli uogólniony wniosek, że mężczyźni wykazują wyższe ryzyko zachorowania na wiele typów nowotworów, a ma to związek właśnie z utratą chromosomu Y i ...paleniem tytoniu. Zależność jest tym większa, podkreślają autorzy doniesienia, im wyższa jest liczba wypalanych papierosów.

Obecnie powszechnie wiadomo, że palenie tytoniu stanowi czynnik ryzyka zachorowania na nowotwory płuc oraz krtani i szereg innych chorób, jak na przykład POChP. W sposób szczególny dotyczy to mężczyzn, co potwierdzają badania epidemiologiczne.

Obserwowane dysproporcje płciowe dotyczące wyższej zapadalności mężczyzn głównie na nowotwory próbowano wyjaśnić większym rozpowszechnieniem nałogu tytoniowego wśród panów i częstszym podejmowaniem przez nich pracy w warunkach sprzyjających ekspozycji na czynniki pro-nowotworowe, obecne także w dymie tytoniowym. Inna próba wyjaśnienia koncentrowała się na wpływie hormonów płciowych. Należy jednak pamiętać, że mowa tu o nowotworach niezaliczanych do hormonozależnych.

Badania opisane w artykule z Science sugerują natomiast, że przyczyną kłopotów mężczyzn palących tytoń jest utrata w krwin-

kach białych (leukocytach) chromosomu męskiego Y. Wcześniej już (wiosna 2014), na łamach Nature Genetics, wspomniany zespół badaczy wykazał, że chromosom Y odgrywa ważną rolę w hamowaniu rozwoju nowotworów. Udowodniono mianowicie, że krócej żyją mężczyźni, których leukocyty charakteryzuje utrata chromosomu Y. Częściej też dotyka takich mężczyzn choroba nowotworowa. Chromosom Y posiada zatem geny chroniące męskie komórki przed rakowaceniem.

Duży wpływ na utratę chromosomu Y w leukocytach ma palenie tytoniu. Przypomnijmy o kluczowym znaczeniu tych komórek dla sprawnego działania układu immunologicznego.

Inny z badaczy zespołu z Uppsala, Lars Forsberg, podkreśla, że zależność ta jest jednak odwracalna. Stwierdzono mianowicie, że u mężczyzn, którzy przestali palić tytoń, liczba komórek zawierających chromosom Y była taka sama jak u osób, które nigdy nie paliły. Może to świadczyć o tym, że po zaprzestaniu palenia – czyli zniknięciu czynnika sprawczego – komórki pozbawione wcześniej chromosomu Y po prostu zanikają.

Nadal jednak nie jest jasne, w jaki sposób wywołana paleniem tytoniu utrata chromosomu Y w leukocytach jest związana z powstawaniem nowotworów w tkankach całego organizmu. Jest prawdopodobne, że taka modyfikacja białych krwinek osłabia ich zdolność zwalczania komórek, w których zachodzą procesy transformacji nowotworowej. Czyli mniej sprawny jest system tzw. nadzoru immunologicznego organizmu.

Wydaje się, że komórki przeżywają, tolerując utratę chromosomu Y, ponieważ jest to chromosom niewielki z niedużym zestawem genów. Co ciekawe – komórki bez Y nie wchodzi na drogę apoptozy (jak w przypadku raka krtani), czyli programowanej śmierci komórkowej, ale poprzez nasilenie zdolności podziałowych stają się niebezpiecznymi komórkami o cechach nowotworowych, co dotyczy także samych leukocytów.

Przytoczone badania powinny być argumentem zachęcającym nałogowych palaczy do zerwania z nałogiem tytoniowym. Wytyczają też ciekawy kierunek w dociekaniach nad istotą procesu transformacji nowotworowej komórek i próbach zrozumienia różnic płciowych w występowaniu szeregu chorób, nie tylko o charakterze nowotworowym.

*Dr n. med. Marek Jurgowiak
Katedra Biochemii Klinicznej
Collegium Medicum UMK,
członek Rady Programowej „Primum”*



Bydgoscy laryngolodzy współautorami podręcznika

W końcu zeszłego roku ukazała się długo oczekiwana pozycja dotycząca endoskopowych technik operacyjnych nosa i zatok przynosowych: **Chirurgia zatok przynosowych – dostępy wewnętrzne** pod redakcją prof. Antoniego Krzeskiego. Medycyna Praktyczna 2014. Wśród autorów znaleźli się specjaliści laryngolodzy z Bydgoszczy – Krzysztof Dalke, Józef Mierzwiński i Aleksander Zwierz. Jest to pierwszy całkowicie polski podręcznik opisujący w sposób praktyczny nowoczesne możliwości postępowania w chorobach zatok i otaczających je struktur. W książce znajdziemy także najnowsze europejskie wytyczne ponownie definiujące poszczególne struktury jam nosa i zatok przynosowych pod kątem anatomii chirurgicznej, opisy kolejnych etapów poszczególnych procedur chirurgicznych, liczne ryciny trafnie ilustrujące opisywane procedury.

Podręcznik wydany przez Medycynę Praktyczną jest niezwykle pomocną pozycją zarówno dla lekarzy szkolących się, jak i specjalistów.



Hybrydy, NOTES-y i inne dziwy współczesnej chirurgii

Jeśli spojrzymy na rozwój chirurgii, nie będzie błędem stwierdzenie, że milowe kroki mają tu miejsce co sto lat. W drugiej połowie XIX wieku pojawiły się: znieczulenie ogólne i zasady aseptyki i antyseptyki, które otworzyły wrota do spektakularnego rozwoju tej dziedziny. W latach 80. wieku XX do armamentarium chirurgicznego wprowadzono wideolaparoskop, a nieco wcześniej współczesne endoskopy. Oblicze chirurgii zmieniło się diametralnie.

Czy istotnie była to taka nowość? Bynajmniej. Laparoskopię znano co najmniej od roku 1901, kiedy to rosyjski ginekolog Dymitr Oskarowicz Ot w Petersburgu oglądał jamę otrzewnej, wprowadzając przyrządy optyczne przez sklepienie pochwy. Otworzył tym drogę do innej techniki, o czym za chwilę. W tym samym czasie w Niemczech Georg Kelling zaczął stosować podawanie powietrza do jamy otrzewnej w ciężkich krwotokach, celem ich zatrzymania. Szwed Jacobeus podchwycił ideę insuflacji (wtłaczania gazu do narządu), a poprzez trokary zaczął wprowadzać optykę i narzędzia. On też jako pierwszy użył terminu laparoscopia. I znowu okazało się, że trokary – narzędzia opracowane w XVI w., znalazły nowe zastosowanie. Tak więc laparoskopię stosowano przez cały wiek XX (głównie ginekolodzy). Skąd więc taki nagły boom? Otóż do tego czasu tylko operator widział coś w okularze instrumentu. Dzięki zastosowaniu technik wideo (jak w endoskopii), nagle wszyscy zobaczyli to samo i mogły utworzyć się zespoły operacyjne z operatorem i asystą.

Przez ponad sto lat od czasów Rydygiera, Kochera, Billrotha czy Mikulicza obowiązywała zasada „duży chirurg – duże cięcie”. Tylko z takiego dostępu można było bezpiecznie operować żołądek, jelito grube, trzustkę czy płuca. Takich zabiegów podejmowali się najwybitniejsi. Jednak człowiek zawsze marzył o możliwości penetracji wnętrza ciała w celach leczniczych bez zadawania ran chirurgicznych. Już w starożytności budowano narzędzia (tzw. specula), dzięki którym można było zajrzeć do gardła, pochwy, odbytnicy czy nosa. Świadczą o tym choćby wykopaliska w Pompejach. Problemem było światło. Badania mogły odbywać się tylko w dzień. Za pomocą luster kierowano światło słońca na badany narząd. Dopiero w początkach XIX w. Filip Bozzini opracował przyrząd zwany „LICHTLEITER”, który mógł być stosowany u człowieka. Źródłem światła była świeczka z układem zwierciadeł lub lampą gazową. Jako pierwszy w medycynie zastosował go w 1853 Antoine Jean Desormeaux, chirurg francuski zwany ojcem endoskopii. Rozwój techniki i optyki oraz wynalezienie żarówki umożliwiły skonstruowanie endoskopów, które były prostymi rurami z układem

soczewek. O tym, czym była ówczesna endoscopia, niech świadczy fakt, że pierwszą gastroscopię wykonał Adolf Kussmaul u zawodowego połykacza noży z cyrku. Mimo trudności, nowa technika rozwijała się. Jednym z pionierów był polski chirurg Jan Mikulicz-Radecki, który w roku 1881 oglądał u chorego raka żołądka i stwierdził, że w przyszłości będzie można wykrywać tę chorobę, dzięki endoskopii, w stadiach znacznie wcześniejszych. Jego słowa okazały się prorocze, bowiem sto lat później w Japonii powstało pojęcie raka wczesnego, możliwego do wykrycia tylko w czasie gastroscopii. Przełom nastąpił w roku 1958, kiedy to Basil Hirsowitz przedstawił całkowicie nowy typ endoskopu. Po pierwsze – zastosował światłowody, dzięki czemu aparaty stały się giętkie i całe badanie odbywało się pod okiem badającego. Po drugie – żarówka znalazła się poza aparatem, a światło było przewodzone do badanego narządu również przez światłowody. Trzeba było tylko 20 lat, aby zaczęły pojawiać się endoskopy zaopatrzone w kamerę cyfrową. Obraz widoczny był już nie w okularze urządzenia, ale na ekranie wysokiej rozdzielczości. Takie zestawy to dziś standardowe wyposażenie każdej pracowni.

Teraz wystarczyło połączyć owe odkrycia i skonstruować wideolaparoskop. Za jego pomocą w 1987 r. Filip Mouaret wykonał w Lyonie cholecysektomię (wcześniej, w 1983, dokonał tego Erich Mucze w Niemczech laparoskopem optycznym, ale operacja przeszła bez echa). Zabieg ten okazał się kamieniem, który poruszył lawinę. W ciągu dostownie kilku lat pojawiły się nowe narzędzia, jakich dotąd nie widziało oko chirurga. Laparoskop czy torakoskop dotarły wszędzie. Dziś nie ma właściwie zabiegu klasycznego, który nie miałby odpowiednika laparoskopowego. Co więcej – to laparoskopię zaczyna nazywać się zabiegiem klasycznym. Zaczyna brakować specjalistów potrafiących wykonać zabieg „na otwarte”, a młodzi chirurdzy nie mają nawet szans przeprowadzić prostej otwartej cholecysektomii, bo jaki pacjent się na nią zgodzi. Choć nadal trwa dyskusja dotycząca szczegółowych zastosowań laparoskopii (zwłaszcza w onkologii), nie ma odwrotu od tej techniki, której zalety, nie wspominając kosmetycznych, są

oczywiste. Laparoscopia stała się też cennym narzędziem do oceny zaawansowania zmian nowotworowych, dzięki czemu unika się bardziej traumatycznej laparotomii. Nadal jednak istnieją przypadki konwersji, czyli przejścia do metody otwartej (nie tylko z powodu powikłań), tak więc nie można mówić o zmierzchu chirurgii klasycznej (przez laparotomię czy torakotomię). U części pacjentów nie można wykonać laparoskopii, gdyż mieli kilka laparotomii i utworzone zrosty uniemożliwiają bezpieczne wytworzenie odmy i wprowadzenie trokarów.

Wspomniałem rosyjskiego lekarza Dymitra Ota. Otóż już sto lat temu wykonał on coś, co dziś jest jedną z najnowszych gałęzi chirurgii. Chodzi o tzw. operacje NOTES. To akronim od angielskiej nazwy: „operacje przez naturalne otwory ciała”. O co tu chodzi? Otóż za pomocą specjalnych narzędzi (zmodyfikowane endoskopy) poprzez sklepienie pochwy, odbytnicę czy jamę ustną i żołądek wchodzimy do wnętrza brzucha i wykonujemy np. wycięcie pęcherzyka. Blizn nie ma w ogóle! To bardzo trudna technika, a wskazania dość ograniczone. Jednak rozwija się ona powoli i wiele z technik NOTES stosuje się przy normalnej laparoskopii. Przykładowo, wycięty laparoskopowo żołądek usuwa się przez sklepienie pochwy albo guz jelita przez odbytnicę, aby nie wykonywać dodatkowych cięć na brzuchu. Dzięki pracom nad NOTES wprowadzono do endoskopii i laparoskopii wiele ulepszeń, jak choćby specjalne klipsy do zamykania otworów w jelitach czy żołądka.

Równoległy rozwój kilku metod zabiegowych i diagnostycznych umożliwił ich połączenie w czasie jednej sesji leczniczej. Laparoskopię łączy się z technikami otwartymi (mikrolaparotomie), do zabiegów klasycznych dodaje się elementy laparoskopowe. Wreszcie operacje naczyniowe, gdzie dokonano się wielki postęp dzięki zastosowaniu stentów, w wielu przypadkach są wykonywane metodami endowaskularnymi. Techniki te często łączy się z klasyczną chirurgią naczyń. Na tym polega właśnie idea zabiegów hybrydowych, które jak mityczny stwór – tym razem dla dobra człowieka – mają w sobie najlepsze cechy różnych technik.

Jaka będzie chirurgia po następnych stu latach? Trudno przewidzieć. Na pewno nauczymy się wcześniej wykrywać choroby sprawiające dziś trudności najlepszym chirurgom, takie jak nowotwory wątroby, trzustki czy mózgu. Pozostaną z pewnością urazy, od których chirurgia się zaczęła i od których chyba nigdy nie ucieknie. Wygląda zatem na to, że następcy zarówno chirurgów „od wielkich cięć”, jak i tych operujących „przez dziurkę od klucza” nie będą bezrobotni.

Wojciech Szczęsny

Czy potrafimy radzić sobie z bólem... w naszej świadomości?

Ból jest wszechobecny. Można nawet pokusić się o stwierdzenie, że niezależnie, jakim obszarem medycyny się zajmujemy, w całej mnogości objawów, jakie występują u naszych pacjentów, ból będzie nie tylko jednym z nich, ale także jednym z najczęstszych. Jak sobie umiejętnie radzić z bólem? Celowo nie chcę użyć słowa „walczyć”, bo nie ma to być walka, tylko świadome postępowanie w celu zmniejszenia dolegliwości oraz poprawy jakości życia. Przed wyborem leku przeciwbólowego staje każdy z nas, niezależnie od tego, czy dopiero ukończył studia, szczęśliwie jest po okresie specjalizacji czy ma za sobą wieloletnią praktykę powiązaną z doświadczeniem klinicznym. Z drugiej strony mam świadomość, że wszyscy posiadamy określone umiejętności związane z wybraną przez siebie dziedziną medycyny, zatem nie każdy z nas zna się na leczeniu bólu, tak jak nie każdy sięga po leki kardiologiczne i czuje się w tym obszarze swobodnie.

ZALECENIA I WYTYCZNE

Schematy leczenia bólu przewlekłego, bólu u pacjenta chorego na nowotwór, są powszechnie znane i dostępne. Każdy z lekarzy przynajmniej raz w swoim życiu zetknął się z pojęciem drabiny analgetycznej WHO. Wiemy, że istnieje hierarchia mocy leków, od najsłabszych do najsilniejszych. Nieobcy jest też fakt, że analgetyki mają różne mechanizmy działania. Poza typowo przeciwbólowymi, możemy na każdym szczeblu drabiny wykorzystać koanalgetyki, czyli leki wspomagające leczenie bólu poprzez wykorzystanie swoich specyficznych właściwości (jak choćby leki przeciwdrgawkowe, przeciwdepresyjne). Nie sposób na łamach naszego periodyku dokładnie omówić poszczególnych leków oraz zasad postępowania.

Kolejną trudność może stanowić określenie typu bólu. Zastanawiamy się, czy w danym przypadku mamy do czynienia z bólem receptorowym, a jeśli tak, to czy jest to ból somatyczny, czy raczej trzewny. A może wynika on z uszkodzenia struktur nerwowych i mamy do czynienia z bólem neuropatycznym? Czy też może nasz pacjent odczuwa ból somatyczny, ale ze współwystępującym komponentem neuropatycznym, jak ma to miejsce np. w bólach przerzutowych do kości? Myślę, że każdy z nas z własnego doświadczenia wie, że właściwe rozpoznanie charakteru bólu może być trudne w codziennej praktyce.

Odczuwanie bólu możemy również zapatrywać jako cierpienie na poziomie psychologicznym, społecznym czy duchowym. Co chyba najistotniejsze – ból zawsze pozostaje objawem subiektywnym. Ból bowiem zawsze JEST takim, jak określa go pacjent, a nie takim, jakim my uważamy, że być powinien. Do nas należy próba obiektywizacji tego, co słyszymy i widzimy, zwłaszcza, że kanał pozawerbalny jest w dużym stopniu

nośnikiem istotnych informacji. Rzadko określamy u pacjentów ich doznania bólowe, dotyczy to zarówno oceny jakościowej, jak i ilościowej. W codziennej praktyce nie tylko zapominamy o używaniu skal oceny bólu, ale niestety często zapominamy nawet zapytać o to, czy ból w ogóle występuje.

LECZENIE BÓLU W NASZEJ ŚWIADOMOŚCI

Należałoby zadać sobie pytanie, czym jest ból w naszej świadomości oraz czy cała niezbędna wiedza w zakresie jego leczenia w niej dostatecznie zaistniała. Czym innym jest silny opioid dla specjalisty, który używa go w swojej codziennej praktyce, czym innym dla lekarza, który chciałby go wykorzystać w leczeniu kilka razy do roku. Z czego to wynika? Myślę, że z kilku powodów. Przypomnijmy sobie studia medyczne i pewne schematy myślowe oraz stosowaną nomenklaturę. Czy opioid nie jest w naszej świadomości tym samym co narkotyk? A przecież narkotyk to pojęcie nie tyle medyczne, co prawnicze, które obejmując wszystkie substancje psychoaktywne, w tym również opioidy, podlega normom prawnym. Właśnie z tego powodu mamy książki rozchodu narkotyków, w których musimy dokładnie rozpisywać ich zużycie, a w raportach lekarskich informujemy „narkotyków nie wydawano”.

Czy nie uczono nas, że opioidy powodują wiele objawów niepożądanych i istnieje ryzyko niewydolności oddechowej? Co się dzieje w naszej świadomości, jeśli dowiemy się, że należy włączyć silny opioid, jakim jest morfina, z powodu duszności w przebiegu choroby nowotworowej, niewydolności serca czy POChP albo połączyć go z bezodwuazepiną (lorazepam, midazolam) w celu łagodzenia duszności w chorobie nowotworowej? Oba leki mają swój depresyjny wpływ na ośrodek oddechowy, a tu, w takim trud-

nym do opanowania objawie, mielibyśmy stosować je razem? Nie tylko jest to możliwe, ale często konieczne i wprost mówią o tym dostępne badania kliniczne. Nie pamiętamy o tym, że depresja oddechowa pojawia się najczęściej, jeśli zastosujemy dużą dawkę silnego opioidu w krótkim czasie, tak, jak ma to miejsce w anestezjologii, zaś podczas prawidłowego leczenia bólu, kiedy to stosujemy małe dawki leku i stopniowo je zwiększamy, nie ma w zasadzie takiego ryzyka („start low and go slow”).

Badanie APPEAL (Advancing the Provision of Pain Education And Learning) wykazało, że polscy studenci medycyny oceniani w krótkim teście posiadają najwyższą w Europie wiedzę w zakresie bólu. Może przygotowując nowych adeptów sztuki medycznej do wykonywania zawodu za mało wysiłku wkładamy w to, aby rozwiewać wszystkie wątpliwości i konsekwentnie obalać mity dotyczące leków opioidowych? Przekazując wiedzę młodszemu kolegom częściej wspominamy o tym, co grozi pacjentowi (a wtórnie i nam), niż o tym, jakie korzyści możemy osiągnąć, stosując opioidy. Poprawa w zakresie kontroli bólu lub całkowite ustąpienie dolegliwości spowoduje szereg pozytywnych zmian, nie tylko w odczuciu pacjenta, w jego zachowaniu, ale wywoła także pozytywny wpływ na jego rodzinę czy opiekunów. Mity należy obalać za pomocą wiedzy opartej na doświadczeniu i na faktach. Najlepiej byłoby także podnosić własne kwalifikacje i samemu zdobywać doświadczenie. Jak pokazało badanie przeprowadzone przez naszą Katedrę, wiedza teoretyczna lekarzy na temat leczenia przeciwbólowego jest wystarczająca, powiedziałbym nawet dobra. Ale co z praktycznym wykorzystaniem tej wiedzy? Niestety, zastosowanie teorii w praktyce dla wielu z nas bywa bardzo trudne, a często wręcz niemożliwe. Może właśnie dlatego połowa badanych lekarzy oceniła własną wiedzę na temat opioidów jako niewystarczającą.

ROZWIĄZANIE

Jak zmienić obecną sytuację, podążając w jedynym słusznym zarówno dla pacjenta, jak i lekarza kierunku, jakim jest ulga w bólu? Odpowiedź jest prosta! Szkolić, szkolić, szkolić...

Michał Graczyk

Dr n. med. Michał Graczyk – absolwent Akademii Medycznej w Bydgoszczy, specjalista chorób wewnętrznych i medycyny paliatywnej. Od 2004 roku związany z Katedrą i Zakładem Opieki Paliatywnej CM UMK oraz Hospicjum im. bł. ks. J. Popiełuszki w Bydgoszczy. Główne obszary zainteresowań to postrzeganie opioidów, opioidofobia, ból w przewlekłej chorobie nerek, szpiczak plazmocytowy.



Audi
Przewaga dzięki technice



Przywileje dla wymagających

Dla najbardziej wymagających klientów stworzyliśmy wyjątkową ofertę. Modele Audi, które wyróżnia pionierska technika, szlachetna stylistyka oraz niezwykle bogate wyposażenie, są teraz dostępne w specjalnej ofercie skierowanej do lekarzy. Szczegóły w salonie. Zapraszamy.

W zależności od wariantu i wersji dla Audi A6 Limousine quattro 3.0 TDI 272 KM zużycie paliwa w cyklu mieszanym: 5,1 l/100 km, średnia emisja CO₂: 133 g/km. Informacje dotyczące odzysku i recyklingu pojazdów wycofanych z eksploatacji znajdują się na stronie www.audi.pl.

Specjalna oferta dla lekarzy

Konarzewski

ul. Nowotoruńska 15, Bydgoszcz
salon_audi@konarzewski.com.pl
www.konarzewski.audi.pl



to cykl poświęcony problemom związanym z niedożywieniem, potrzebami żywieniowym oraz możliwościami leczenia przy pomocy specjalistycznych preparatów żywieniowych w przebiegu takich chorób jak nowotwory, niewydolność serca, przewlekła obturacyjna choroba płuc czy reumatoidalne zapalenie stawów. Autorzy artykułów chcą zwrócić uwagę na fakt, iż w przypadku wielu chorób leczenie żywieniowe może być wartościowym elementem całościowej terapii.

Znaczenie prawidłowego stanu odżywienia u pacjentów z chorobą nowotworową

Jak wynika z danych krajowego rejestru nowotworów, w samym tylko 2010 r. stwierdzono w Polsce 140 tys. 500 nowych przypadków zachorowań na nowotwory złośliwe. W ciągu ostatnich 30 lat liczba zachorowań podwoiła się. Choroby nowotworowe stanowią drugą co do częstości przyczynę zgonów w kraju [1]. Jednym z ważniejszych powodów zgonów jest wyniszczenie nowotworowe, powodujące, że pacjenci nie umierają „na nowotwór”, ale „z nowotworem” [2].

Polskie Towarzystwo Żywności i Metabolizmu (POLSPEN) wskazuje, że niedożywienie występuje u 85% pacjentów z nowotworami złośliwymi [3]. Według POLSPEN niedożywienie to stan wynikający z braku wchłaniania lub braku spożycia substancji żywieniowych. Rozpoznaje się je już, gdy występuje spadek masy ciała powyżej 5% w przeciągu 3 miesięcy lub zmniejszenie ilości przyjmowanego pokarmu o więcej niż 75% normalnego zapotrzebowania w ostatnim tygodniu [6].

Niedożywienie występujące u pacjentów z nowotworem jest częścią składową zespołu paranowotworowego kacheksja-anoreksja (wyniszczenie nowotworowe). Wyniszczenie u pacjentów z nowotworem charakteryzuje się zmianami w układzie odpornościowym, endokrynologicznym i metabolicznym [5]. Pacjent może odczuwać jadłowstręt (anoreksja), poczucie wczesnego nasycenia, objawy dyspeptyczne, osłabienie i brak energii [5]. W związku ze znaczną utratą masy ciała występuje zmiana obrazu ciała, która negatywnie wpływa na jakość życia pacjenta.

W przeciwieństwie do zwykłego wyniszczenia skutek głodzenia się (np. anorexia nervosa, bulimia), gdzie najpierw zmniejsza się ilość tkanki tłuszczowej, a następnie mięśniowej – w przebiegu wyniszczenia nowotworowego następuje zmniejszenie masy mięśniowej (nieodwracalny rozpad włókien mięśniowych), po czym dochodzi do utraty tkanki tłuszczowej [5]. Należy dążyć do jak najszybszego leczenia choroby nowotworowej i rehabilitacji, a także właściwego żywienia pacjenta, aby spowolnić lub zatrzymać ten proces.

OBNIŻENIE MASY CIAŁA JAKO OBJAW CHOROBY NOWOTWOROWEJ

Zwykle pierwszymi objawami choroby nowotworowej są ból, osłabienie i wyniszczenie. Na występowanie tego ostatniego

ma wpływ m.in. zbyt mała podaż składników odżywczych dostarczanych drogą naturalną. Jej przyczyną mogą być: brak łaknienia (zmniejszone stężenie neuropeptydu Y i wzrost wydzielania leptyny hamujących poczucie głodu), ból podczas połykania, suchość i bolesność błon śluzowych jamy ustnej, niedrożność mechaniczna górnego odcinka przewodu pokarmowego spowodowana przez rozrost guza (zmniejszenie pojemności żołądka), nudności i wymioty (wzrost stężenia mleczanów, zespół wczesnego nasycenia, zespół uciśniętego żołądka, hiperkalcemia, gastropareza) lub zaparcia bądź biegunki [7].

Kolejnymi czynnikami wpływającymi na powstawanie wyniszczenia są: zwiększona utrata substancji odżywczych, mogąca być wynikiem zaburzeń trawienia (upośledzenie funkcji gruczołów wydzielania wewnętrznego) lub wchłaniania (wynik powstawania przetok w świetle jelita oraz enteropatii wysiękowej, związanej z uszkodzeniem naczyń chłonnych) oraz zwiększone zapotrzebowanie energetyczne i białkowe organizmu z powodu stanu zapalnego (podwyższona temperatura ciała) i wzrostu guza [6,9].

WPŁYW STOSOWANEJ TERAPII NA STAN ODŻYWIENIA PACJENTA

Leczenie przeciwnowotworowe, którego celem jest wyleczenie lub zahamowanie choroby, może wywołać przejściowe zaburzenia we właściwym odżywianiu. Przyczyną mogą być objawy uboczne chemioterapii (nudności, wymioty, osłabienie i biegunki), radioterapii (zapalenie błony śluzowej jamy ustnej, gardła, jelit) lub leczenia chirurgicznego. Występowanie zaburzeń wężu i smaku powoduje, że posiłki są odczuwane jako jałowe i pacjent traci chęć do ich spożywania. Istotnym problemem jest suchość i infekcje jamy ustnej, a także rozwój paradontozu i ubytki uzębienia [6].

NASTĘPSTWA NIEDOŻYWIENIA

Po zdiagnozowaniu choroby nowotworowej lekarze i pacjenci w pierwszej kolejności decydują się na szybkie wdrożenie leczenia onkologicznego, nie przywiązując zbytnej uwagi do stanu odżywienia pacjenta. Tymczasem u pacjentów, którzy przyjmują pożywienie w niedostatecznej ilości dłużej niż 14 dni ryzyko zgonu istotnie wzrasta [6]. Niedożywienie przy zachowaniu nawodnienia prowadzi w czasie około 2 miesięcy do kacheksji i zgonu. Ponadto wiadomo, że wyniszczenie pogarsza wynik leczenia onkologicznego, a także może być powodem przedwczesnego jego zakończenia [3].

Podsumowując, należy podkreślić, że regularna ocena stanu odżywienia pacjenta oraz zmiana sposobu odżywiania uzupełniona (w razie potrzeby) doustną suplementacją pokarmową na wczesnym etapie choroby, może spowolnić proces wyniszczenia organizmu, poprawić komfort życia pacjentów i zmniejszyć koszty leczenia [10, 12].

Joanna Kopińska,

dietetyk kliniczny, Specjalistyczna Poradnia Żywności przy Domu Sue Ryder

Konsultacja naukowa:

dr n. med. Andrzej Stachowiak,
specjalista medycyny paliatywnej
oraz Monika Koszela,
koordynator ds. badań naukowych

Literatura: 1) Krajowy Rejestr Nowotworów: <http://onkologia.org.pl>. 2) Prevost V, Grach MC. Nutritional support and quality of life in cancer patients undergoing palliative care, Eur J Cancer Care (Engl), 2012 Sep;21(5):581-90. 3) Gębska K., Leczenie żywieniowe pacjentów to obowiązek a nie przywilej, Menedżer zdrowia lipiec-sierpień 2014, 64-68. 4) K. Fearon. Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. „The Lancet Oncology”. 12 (5), s. 489-495. 5) M. Misiak. Wyniszczenie nowotworowe. Współczesna Onkologia (2003) vol. 7; 5 (381-388). 6) Kłęk S. Leczenie żywieniowe w onkologii. Onkologia w Praktyce Klinicznej, 2011, 7, 5: 269-273. 7) Jarosz J. Wyniszczenie nowotworowe. Medipress. Medycyna paliatywna 2002; 1: 3-8. 8) Strasser F. Eating-related disorders in patients with advanced cancer. Support. Care Cancer 2003. 9) K. Zabłocka, J. Biernat: Wskaźniki biochemiczne zaburzeń stanu odżywienia w chorobach nowotworowych, Medycyna paliatywna w praktyce 2008; 2: 20-25. 10) Szczygieł B., Leczenie żywieniowe chorych na nowotwory, Journal of Oncology 2007; 1: 1-8. 11) Carreira MITD, Waitzberg DL. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. Clin Nutr 2003; 22: 235-239. 12) Chojnacki J. Dietetyka I żywienie kliniczne. Urban & partner Wrocław 2013, s. 181-192. 13) Jarosz J. Opieka paliatywna w onkologii. Polska Medycyna Paliatywna 2005, tom 4, nr 4 140.

Pacjenci doktora Google

Doktor Google zdobywa zaufanie coraz większej liczby pacjentów. Przed pojawieniem się internetu, mimo istnienia czasopism i książek medycznych, lekarz był głównym i najbardziej wiarygodnym źródłem informacji medycznych. Aktualnie dostępne dane wskazują, że około 40–80 % pacjentów (zależnie od metodyki badań i grupy badanej) uważa internet za podstawowe źródło wiedzy medycznej. Analizy przeprowadzone w 2012 r. przez Polskie Badania Internetu wskazują, że jest on podstawowym źródłem wiedzy z zakresu ogólnie pojmowanej sfery zdrowia dla 84% respondentów oraz pierwszym miejscem poszukiwania informacji w sytuacji doświadczania problemów zdrowotnych dla 43%.

Pojawiają się portale instruujące pacjentów, jak i dlaczego należy korzystać z dostępnych *on line* wyników najnowszych badań naukowych w dziedzinie medycyny. Jedną z wielu takich stron jest, mogąca być źródłem kontrowersji, <http://www.health-eating-politics.com/medical-knowledge.html>. Przedstawiono na niej argumenty świadczące o tym, że współcześnie korzystanie z informacji dostępnych *on line* jest niezbędne, ponieważ lekarze praktycy mogą nie dysponować aktualną wiedzą na temat najnowszych metod diagnostyki i leczenia. Autorzy zalecają pacjentom poszukiwanie informacji w Pubmed.

Oprócz stron z poradami pojawiają się również w sieci coraz bardziej rozbudowane algorytmy diagnostyczne. Przykładem jest „Doktor Medi”, <http://doktor-medi.pl/>,

z Wrocławia – stworzony w 2012 r. polski wirtualny lekarz. Jest to aplikacja dostępna w wersji przeglądarkowej i w wersji na urządzenia mobilne. Dzięki niej użytkownik może uzyskać poradę medyczną. Pacjent musi podać e-dane: wiek, płeć, wagę, wzrost oraz lokalizację dolegliwości. Później aplikacja, pracująca w oparciu o stworzoną przez lekarzy bazę danych, zadaje szereg pytań pomocniczych i stawia wirtualną diagnozę. Informacje zwrotne system generuje w oparciu o statystyczny model wnioskujący.

Korzystanie z internetu jako źródła wiedzy medycznej niesie za sobą zarówno korzyści, jak i niebezpieczeństwa. Plusem jest zwiększenie wiedzy pacjenta, co pozwala mu na bardziej świadome uczestniczenie w procesie leczenia. Zagrożenie

stanowi pojawianie się w sieci – między innymi na forach pacjenckich – błędnych informacji, za które nikt nie ponosi odpowiedzialności. Kolejnym minusem mogą być trudności we właściwej interpretacji dostępnych informacji.

Otwarta rozmowa z pacjentem na temat uzyskanych przez niego w internecie wiadomości pozwala na uniknięcie nieporozumień i potencjalnych konfliktów. Ta sytuacja wymusza zmianę sposobu komunikacji, a jednocześnie dowodzi ogromnego jej znaczenia we współczesnej medycynie. Nowy kształt relacji lekarz–pacjent, przypisywany internetowi, obrazuje koncepcja Wald’a i wsp., którzy – analizując obecną sytuację – określili ją jako triadę: pacjent–internet–lekarz.¹

Niezależnie od tych zmian, bezpośredni kontakt chorego z lekarzem nadal stanowi podstawowy element właściwego procesu diagnozowania i leczenia i determinuje skuteczność działań terapeutycznych, a właściwe porozumienie między lekarzem a pacjentem pozostaje w medycynie wartością, której nie zastąpi najlepiej napisany algorytm diagnostyczny.

Aldona Katarzyna Jankowska

*Klinika Pediatrii Hematologii i Onkologii CM UMK
Członek grupy roboczej Assessment w European
Association for Communication in Healthcare*

1 Wald HS, Dube CE, Anthony DC. Untangling theWeb – The impact of Internet use on health care and the physicianpatientrelationship. *Patient EducCouns*2007,68(3):218-24

Z ZUS-u

Dokumentacja medyczna jako dowód działania

Tytuł, trochę przewrotny, sugeruje, iż poświadczenie udzielenia świadczeń zdrowotnych w postaci historii choroby może być dowodem w sprawie. Faktycznie – można traktować dokumentację medyczną jako potwierdzenie realizacji procedury dla NFZ, dowód w postępowaniu sądowym lub prokuratorskim czy dokument „księgowy” będący jednym z elementów niezbędnych przy wypłacie zasiłku chorobowego, a nie tylko zapisem informacji o stanie zdrowia pacjenta.

ZASADY PRAWIDŁOWEGO PROWADZENIA DOKUMENTACJI

Zasady dotyczące rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej regulowane są za pomocą ustaw i rozporządzeń. Mówią one, iż wpisu do dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym. Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych zawiera: datę porady, dane z wy-

wiadu i badania przedmiotowego, rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, informacje o zleconych badaniach diagnostycznych lub konsultacjach, adnotacje o przepisanych zabiegach oraz produktach leczniczych wraz z dawkowaniem lub wyrobach medycznych (w ilościach odpowiadających zapisanym na receptach wydanych pacjentowi), oryginał lub kopię wyników diagnostycznych bądź konsultacji lub ich opis, informację o udzielonych świadczeniach zdrowotnych, o orzecznym okresie czasowej niezdolności do pracy oraz oznaczenie lekarza (tj. imię, nazwisko, tytuł zawodowy, posiadane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis).

Orzekanie o czasowej niezdolności do pracy jest dokumentowane w indywidualnej dokumentacji medycznej i obejmuje dane, o których mowa powyżej, ze wskazaniem okresu niezdolności do pracy i uzasadnieniem (m.in. rozpoznanie choroby oraz jej numeru statystyczny).

Podstawy prawne wskazują także na konieczność przeprowadzenia bezpośrednie-

go badania ubezpieczonego lub chorego członka rodziny w przypadku wystawiania ZUS-ZLA.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych ma prawo zażądać od lekarza, lekarza dentysty, felczera lub starszego felczera, który wystawił zaświadczenie lekarskie, udostępnienia dokumentacji medycznej dotyczącej ubezpieczonego stanowiącej podstawę wydania zaświadczenia lekarskiego lub udzielenia wyjaśnień i informacji w sprawie.

Marlena Ciesielska-Osuch

O autorce: Marlena Ciesielska-Osuch jest lekarzem chorób wewnętrznych oraz specjalistą medycyny pracy. Ma 20-letni staż pracy zawodowej. W Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych pracuje od 2003 roku – od stycznia 2014 pełni funkcję Głównego Lekarza Orzecznika.



Specjalizacje

Wydział Zdrowia – Kujawsko-Pomorskie Centrum Zdrowia Publicznego Kujawsko-Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Bydgoszczy, przygotował wykaz lekarzy/ lekarzy dentyistów, którzy uzyskali tytuł specjalisty w poszczególnych dziedzinach medycyny w sesji wiosennej 2014 r.

ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA

- lek. Anna Wyrębska pod kierunkiem lek. Edyty Romatowskiej

BALNEOLOGIA I MEDYCyna FIZYKALNA

- dr n. med. Radosław Seweryn Brukiewa pod kierunkiem dr. n. med. Roberta Szafkowskiego

CHIRURGIA DZIECIĘCA

- dr n. med. Agnieszka Ewa Szykanowska pod kierunkiem lek. Małgorzaty Pacholskiej
- lek. Hanna Małgorzata Urbańska pod kierunkiem dr. n. med. Przemysława Janika

CHIRURGIA OGÓLNA

- lek. Robert Mariusz Świgoński pod kierunkiem lek. Piotra Huberta
- lek. Oskar Maksymilian Troszczyński pod kierunkiem dr. n. med. Jerzego Becińskiego

CHIRURGIA STOMATOLOGICZNA

- lek. dent. Marcin Tomasz Chmielewski pod kierunkiem lek. stom. Marcina Kuffel
- lek. dent. Michał Piotr Ratajczak pod kierunkiem dr. n. med. Adama Zagierskiego

CHOROBY PŁUC

- lek. Joanna Bolewska-Bolewicz pod kierunkiem dr. n. med. Jarosława Sokołowskiego
- lek. Maciej Tomasz Brudnoch pod kierunkiem lek. Włodzimierza Grądzkiego
- lek. Aleksandra Ewa Gadzińska kierunkiem dr. n. med. Grzegorza Przybylskiego
- lek. Adam Tomasz Szczepanik pod kierunkiem dr n. med. Grażyny Jagiełło

CHOROBY WEWNĘTRZNE

- lek. Emilia Elżbieta Bogusławska pod kierunkiem lek. Dariusza Gajdy
- lek. Jolanta Izabela Dobber-Mazurkiewicz pod kierunkiem lek. Marcina Majera
- lek. Piotr Andrzej Grudewicz pod kierunkiem dr. n. med. Marka Bronisza
- lek. Anna Maria Kardymowicz pod kierunkiem dr. n. med. Marka Kretowicza
- lek. Katarzyna Kawalerska pod kierunkiem dr. n. med. Krzysztofa Pałgana
- lek. Katarzyna Krzyżewska pod kierunkiem lek. Lucyny Sobiłło-Pawlik
- lek. Joanna Maria Mielcuszna pod kierunkiem lek. Jacka Furgalskiego
- lek. Justyna Piotrowska-Fortuna pod kierunkiem lek. Iwony Gackowskiej
- lek. Agnieszka Maria Seklecka pod kierunkiem lek. Anny Szachty
- lek. Anna Dorota Słomska pod kierunkiem lek. Marka Suskiego-Hauznera
- lek. Agnieszka Maria Sobczyńska pod kierunkiem lek. Beaty Grabowskiej
- lek. Radosław Paweł Wieczór pod kierunkiem dr. n. med. Jacka Fabisiaka

DERMATOLOGIA I WENEROLOGIA

- lek. Joanna Wanda Zaremba pod kierunkiem dr. hab. n. med. Rafała Czajkowskiego

DIABETOLOGIA

- dr n. med. Andrzej Roman Brymora pod kierunkiem lek. Sławomira Badurka
- lek. Lidia Zofia Górka pod kierunkiem lek. Lucyny Sobiłło-Pawlik

ENDOKRYNOLOGIA

- lek. Magdalena Hilger pod kierunkiem prof. dr. hab. med. Romana Junika

GERIATRIA

- lek. Michał Radosław Jonczyk pod kierunkiem dr n. med. Jadwigi Główniczewskiej

GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA

- dr n. med. Marcin Jan Oplawski pod kierunkiem prof. dr. hab. med. Łukasza Wicherka
- lek. Czesław Bogusław Kępa pod kierunkiem prof. dr. hab. med. Marka Grabca
- lek. Tomasz Wojciech Kolossa pod kierunkiem prof. dr. hab. med. Marka Grabca
- lek. Paweł Igor Kozankiewicz pod kierunkiem prof. dr. hab. med. Marka Grabca

HEMATOLOGIA

- lek. Marcin Rymko pod kierunkiem dr n. med. Małgorzaty Całbeckiej

KARDIOLOGIA

- lek. Sergiusz Michał Sowiński pod kierunkiem dr. n. med. Jacka Gessek
- lek. Małgorzata Maria Troszczyńska pod kierunkiem lek. Wiesława Mazurka

MEDYCyna PALIATYWNA

- lek. Hanna Wojnerowicz-Matecka pod kierunkiem dr. n. med. Andrzeja Stachowiaka

MEDYCyna PRACY

- lek. Justyna Elwira Kalinowska pod kierunkiem lek. Anny Niemiętowskiej-Bazały

MEDYCyna RODZINNA

- lek. Dagmara Maria Gdaniec-Bering pod kierunkiem lek. Małgorzaty Smolskiej
- lek. Ilona Anna Kowalska-Rojtek pod kierunkiem lek. Beaty Mikołajczyk-Bartosz
- lek. Marta Kinga Opolska pod kierunkiem lek. Małgorzaty Szmyd-Szymańskiej
- lek. Daria Magdalena Pernal pod kierunkiem lek. Cezarego Strąkowskiego
- lek. Hanna Michalina Słomska-Kurzyna pod kierunkiem lek. Iwony Zabrzyńskiej
- lek. Monika Wiśłocka-Przybyła pod kierunkiem lek. Małgorzaty Waloszczyk

NEFROLOGIA

- lek. Rafał Bednarski pod kierunkiem dr n. med. Wirginii Tomczak-Watras
- lek. Ilona Maria Olszak-Szot pod kierunkiem dr. n. med. Romana Stankiewicza
- dr n. med. Dorota Elżbieta Śmigiel-Staszak pod kierunkiem prof. dr. hab. med. Jacka Manitusa
- lek. Joanna Wiechecka-Korenkiewicz pod kierunkiem dr. n. med. Pawła Stróżeckiego

NEONATOLOGIA

- lek. Małgorzata Górczyńska pod kierunkiem dr n. med. Hanny Streich

NEUROLOGIA

- dr n. med. Krzysztof Jerzy Nicpoń pod kierunkiem lek. Roberta Princa
- lek. Joanna Ozimińska pod kierunkiem dr. n. med. Grzegorza Krychowia
- lek. Łukasz Rzepiński pod kierunkiem dr. n. med. Sławomira Wawrzyniaka
- lek. Adam Wiśniewski pod kierunkiem dr. n. med. Piotra Rajewskiego

OKULISTYKA

- lek. Daniel Czerniak pod kierunkiem lek. Jacka Janusza
- lek. Marta Maria Simińska pod kierunkiem dr n. med. Agnieszki Łukaszewskiej-Smyk

ORTODONCJA

- lek. dent. Agnieszka Karolina Pękala pod kierunkiem lek. stom. Ewy Chmielewskiej

ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU

- lek. Tomasz Kilian pod kierunkiem lek. Macieja Jackowiaka
- lek. Sebastian Cychowski pod kierunkiem lek. Macieja Jackowiaka

OTORYNOLARYNGOLOGIA DZIECIĘCA

- lek. Katarzyna Joanna Amernik pod kierunkiem dr. n. med. Józefa Mierzwińskiego
- lek. Jerzy Wojciech Bruś pod kierunkiem dr. n. med. Józefa Mierzwińskiego

PEDIATRIA

- lek. Katarzyna Teresa Borucka pod kierunkiem dr. n. med. Bogusława Saksona
- lek. Katarzyna Deląg pod kierunkiem lek. Michała Kołodziejczaka
- lek. Anna Karolina Kleczka-Sowa pod kierunkiem dr. n. med. Ireny Nowak
- lek. Małgorzata Olga Konieczka pod kierunkiem dr. n. med. Olgierda Pileckiego
- lek. Matylda Marta Kramkowska pod kierunkiem lek. Barbary Iwaniszewskiej
- dr. n. med. Monika Anna Richert-Przygońska pod kierunkiem dr. hab. n. med. Sylwii Kołtan
- lek. Kamila Aneta Skóra pod kierunkiem dr. n. med. Ewy Hapyn
- lek. Katarzyna Stankiewicz-Sojka pod kierunkiem dr. n. med. Sabinny Langer-Wójcik
- lek. Marta Katarzyna Stolarczyk pod kierunkiem dr. n. med. Sabinny Langer-Wójcik
- lek. Paulina Anita Warnel pod kierunkiem dr. n. med. Ewy Hapyn
- lek. Grażyna Joanna Ziółkowska pod kierunkiem dr. n. med. Sabinny Langer-Wójcik

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA

- lek. Mariusz Marek Kuliński pod kierunkiem dr. n. med. Iwony Tomaszewskiej
- lek. Dariusz Piotr Lorek pod kierunkiem lek. Marka Stygi
- lek. Tomasz Stefan Wętkowski pod kierunkiem dr. n. med. Marka Bułatowicza

PSYCHIATRIA

- lek. Józefina Anna Rawska pod kierunkiem lek. Agnieszki Krzemieńskiej
- lek. Alicja Karolina Urbanowicz pod kierunkiem dr. n. med. Ewy Pilaczyńskiej-Jodkiewicz

RADIOLOGIA I DIAGNOSTYKA OBRAZOWA

- lek. Agnieszka Anna Malinowska pod kierunkiem lek. Sławomira Grynia

- lek. Marcin Piotr Kozłowski pod kierunkiem lek. Krzysztofa Kurkowskiego
- lek. Anna Izabela Nowak-Nowacka pod kierunkiem dr. n. med. Katarzyny Laskowskiej
- lek. Robert Piskow pod kierunkiem dr. n. med. Małgorzaty Stusińskiej
- lek. Karol Zaczyński pod kierunkiem dr. n. med. Jadwigi Szabo-Moskal

REHABILITACJA MEDYCZNA

- lek. Lucyna Barbara Jasudowicz pod kierunkiem lek. Agnieszki Staszewskiej
- lek. Magdalena Anna Oczó pod kierunkiem lek. Piotra Kasprzaka
- lek. Marta Magdalena Skwiercz-Lewandowska pod kierunkiem dr. n. med. Magdaleny Mackiewicz-Milewskiej

REUMATOLOGIA

- lek. Karol Kończak pod kierunkiem lek. Joanny Mykowskiej
- lek. Barbara Kościelniak pod kierunkiem lek. Joanny Mykowskiej
- lek. Rafał Andrzej Wojciechowski pod kierunkiem dr. n. med. Haliny Bilińskiej-Reszkowskiej

STOMATOLOGIA DZIECIĘCA

- lek. dent. Wioletta Krystyna Kalinowska pod kierunkiem lek. stom. Anny Marii Oleksiejuk
- lek. dent. Alicja Marta Kwiatkowska pod kierunkiem lek. stom. Olgi Brachy

STOMATOLOGIA ZACHOWAWCZA Z ENDODONCJĄ

- lek. dent. Monika Maria Zielińska-Woźniak pod kierunkiem lek. stom. Elżbiety Sapielak-Kiczyńskiej

UROLOGIA

- lek. Paweł Bartoszewski pod kierunkiem prof. dr. hab. med. Zbigniewa Wolskiego
- lek. Miłosz Karol Jasiński pod kierunkiem dr. n. med. Jerzego Siekiery
- lek. Cezary Tomasz Kobajto pod kierunkiem dr. n. med. Aleksandra Łapuć
- lek. Konrad Wojciech Lebedziński pod kierunkiem dr. n. med. Szymona Kwiatkowskiego
- lek. Paweł Marcin Niwiński pod kierunkiem dr. n. med. Jerzego Siekiery
- lek. Przemysław Wiśniewski pod kierunkiem dr. n. med. Piotra Jarczemskiego

Zapraszamy



do BIURA
RACHUNKOWO-PODATKOWEGO

- Specjalizujemy się w rozliczaniu podatkowym podmiotów świadczących **USŁUGI MEDYCZNE**.
- Nasze Biuro łączy **TRADYCYJNĄ KSIĘGOWOŚĆ Z NOWOCZESNYMI TECHNOLOGIAMI**, opartymi m.in. na komunikacji online/ e-mail/sms/tel.
- SZANUJĄC PAŃSTWA CZAS**, wychodzimy naprzeciw, dojeżdżamy i odbieramy dokumenty bezpośrednio u zainteresowanego.

BIURO RACHUNKOWE



Kancelaria Podatkowa
Brygida i Wspólnicy sp. z o.o.

e-mail: poczta_big@wp.pl
☎ 508303873 • 52 5243584
www.bigbiuro.pl
Bydgoszcz, ul. Szajnochy 11

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO

AM w Gdańsku, rocznik 1984–1990

Z okazji 25-lecia uzyskania dyplomu zapraszamy na zjazd, który odbędzie się na Zamku Gniew w dn. 13–14.06.2015. Rozpoczęcie spotkania w sobotę, 13.06, o godz. 15.00 obiadem w formie bufetu, w godz. wieczornych bal na dziedzińcu zamkowym oraz nocne zwiedzanie zamku. Koszt imprezy 400 zł/osoby – w tym obiad, bal i nocleg ze śniadaniem. Wpłaty na konto: 62 1050 1764 1000 0092 0358 2912 Elwira Stasiuk.

Zgłoszenia i szczegółowe informacje u organizatorek:

- Joanna Dombrowska-Kołodziejczyk, tel. 600 129 685, e-mail: asia_dombrowska@wp.pl
- Elwira Stasiuk, tel. 607 620 142, e-mail: elvic@wp.pl
- oraz na stronie www.zamek.gniew.pl

WYNAJMĘ GABINETY LEKARSKIE

przy ulicy **Jagiellońskiej 36a w Bydgoszczy**

(atrakcyjna lokalizacja, komfortowe warunki, cena do uzgodnienia).

Możliwość obejrzenia gabinetów na stronie www.gabinetymarinahouse.bydgoszcz.pl

Telefon: **602 753 233**



Rabba
aseptyka

Polimeryzacja podłóg

Większość producentów zaleca renowację co 6-12 miesięcy.

Zadzwoń a specjalista doradzi Ci, co można wykonać aby wygląd podłogi Twojego Gabinetu należącej o Twojej Praktyce.

www.rabba.pl e-mail: aseptyka@rabba.pl

+48 694 029 492

Niektóre prawa lekarza w Ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj.: Dz. U. 2012 r. poz. 159 ze zm.) wprowadza definicję pacjenta, wskazując, że jest to osoba zwracająca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny.

W ustawie zostały sformułowane następujące prawa pacjenta: do świadczeń zdrowotnych, do informacji, do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych, do tajemnicy informacji z nim związanych, do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych, do poszanowania intymności i godności pacjenta, do dokumentacji medycznej, do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza, do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, do opieki duszpasterskiej, do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.

Również lekarzowi zostały przyznane prawa. W artykule tym zostaną omówione niektóre z nich. Zgodnie z art. 5 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta *kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a w przypadku praw, o których mowa w art. 33 ust. 1 [prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami], także ze względu na możliwości organizacyjne podmiotu*. Przepis ten umożliwi ograniczenie, jednak nie całkowite wyłączenie, praw pacjenta w konkretnych przypadkach, czyli w sytuacji zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów. Jeśli chodzi o zagrożenie epidemiczne, zgodnie z Ustawą z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tj: Dz. U. 2013 r. poz. 947 ze zm.), pacjenta można poddać izolacji, kwarantannie w celu uniemożliwienia przeniesienia biologicznego czynnika chorobotwórczego na innych pacjentów. Kierownicy podmiotów leczniczych oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych są obowiązane do podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. Konieczność dbania o bezpieczeństwo zdrowotne pa-

cjentów może przykładowo ograniczać prawo pacjenta do kontaktów z innymi osobami w czasie jego pobytu na oddziale pooperacyjnym czy oddziale intensywnej terapii, gdyż specyfika tych oddziałów wymaga szczególnego zachowania, dbania o sterylność.¹

Po analizie kolejnych przepisów Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w art. 21 znajdujemy: *przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych² może być obecna osoba bliska³*. Osoba wykonująca zawód medyczny udzielająca świadczeń zdrowotnych pacjentowi może odmówić obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w przypadku istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta. Odmowę odnotowuje się w dokumentacji medycznej. Decyzja osoby wykonującej zawód medyczny o odmowie obecności osoby bliskiej powinna być podjęta w oparciu o czynniki obiektywne.

Jadwiga Jarząbkiewicz-Górniak
Radca prawny BIL



¹ E. Bagińska, M. Śliwka, M. Świdarska, M. Wałachowska, redakcja Mirosław Nesterowicz, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Instytut Problemów Ochrony Zdrowia sp. z o.o., Wydanie I, Warszawa 2009, str. 41–42.

² **Świadczenie zdrowotne** – działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania – *ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej* (tj: Dz. U. 2013 r. poz. 217).

³ **Osoba bliska** – małżonek, krewny pacjenta lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej (wnuki, dzieci, matka, ojciec, babcia dziadek, wnuki i dzieci jeśli nie są wspólne z małżonkiem, teść i teściowa, rodzice teściów), przedstawiciel ustawowy (matka, ojciec, przysposabiający, opiekun, kurator), osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta – *Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (tj: Dz. U. 2012 r. poz. 159 ze zm.) oraz *Ustawa z 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy* (tj. Dz. U. 2012 r. poz. 788 ze zm.).

MEDYCZNA ŚRODA



UNIwersytet MIKOŁAJA KOPERNIKA
COLLEGIUM MEDICUM
im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

XVI
edycja

w każdą środę o godz. 18.00 w Auli Collegium Medicum przy ul. Jagiellońskiej 13
Kontakt: tel. (52) 585 38 13, e-mail: promocja@cm.umk.pl • www.cm.umk.pl

04.02.2015	<i>Cukrzyca – co możemy zrobić, aby nie zachorować?</i> dr n. med. Jacek Chojnowski, Katedra i Zakład Balneologii i Medycyny Fizykalnej
11.02.2015	<i>Co kto ma w głowie, czyli nowoczesne metody obrazowania chorób mózgowia.</i> lek. Adam Lemanowicz, Katedra i Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej

Gabinety
dla lekarzy
do WYNAJĘCIA

w przychodni POZ
przy ul. Gajowej 17
w Bydgoszczy.

Kontakt tel.:

603 334 530



Lekarz dentysta – szczególne uwarunkowania

W ostatnich latach zarówno w doktrynie, jak i orzecznictwie szeroko dyskutowany jest aspekt zgody pacjenta na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Akcentuje się doniosłość autonomii jego woli, m.in. do decydowania o podejmowanych względem niego czynnościach leczniczych. Na szczególną uwagę zasługuje tu relacja, jaka powstaje pomiędzy pacjentem a lekarzem dentystą. O jej wyjątkowości decyduje specyfika leczenia stomatologicznego. Co do zasady, lekarz na każdym etapie kontaktu z pacjentem ma obowiązek starannego działania, a nie osiągnięcia rezultatu. W przypadku lekarzy dentystów obowiązek ów może jednak ulec zmianie. Dochodzi do tego przy wykonaniu określonej kategorii świadczeń stomatologicznych o charakterze estetycznym. Wykonując tego rodzaju czynności, lekarz dentysta staje się niejako gwarantem osiągnięcia oczekiwanego przez pacjenta rezultatu. Oznacza to sytuację, w której brak jest medycznej konieczności poddania się świadczeniu. Wówczas uzyskanie zgody jest w ocenie prawnej postrzegane znacznie szerzej niż w przypadkach czynności leczniczych ratujących życie lub zdrowie pacjenta.

W kontekście ewentualnej odpowiedzialności lekarza związanej z brakiem właściwej zgody pacjenta istotne znaczenie ma także forma wykonywania zawodu lekarza dentysty. Niezwykle często są to indywidualne praktyki stomatologiczne, gdzie ten sam lekarz jest osobą samodzielną podejmującą wszystkie czynności, począwszy od diagnozy, a skończywszy na informowaniu o wynikach leczenia. Nie jest jednym z członków zespołu – pracownikiem. W takim przypadku pozbawiony jest ochrony wynikającej z przepisów prawa pracy dotyczącej ograniczeń finansowych, zatem ponosi pełną odpowiedzialność z tytułu skutków powstania szkody w sferze prawnie chronionych dóbr i interesów pacjenta.

Nadto, codzienna praktyka lekarza dentysty wskazuje również na specyficzne przekonanie poszczególnych pacjentów, iż mają oni prawo do wpływania na merytoryczne aspekty kwestii medycznych w zakresie wykonywania określonych czynności, na zasadzie: „skoro płacę, to wymagam”. Bywa, że żądają usług niezgodnych z zasadami wiedzy i sztuki medycznej. W takich przypadkach lekarz musi zachować daleko idącą ostrożność i asertywność.

Opisane wyżej elementy powodują, iż nader istotna w relacji lekarz dentysta – pacjent staje się kwestia uzyskania odpowiedniej zgody na wykonanie czynności medycznych. Zagadnienie to regulują przepisy Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Zapisy tam zawarte normują wykonywanie świadczeń zdrowotnych i przewidują, że na każde z nich winna być udzielona zgoda. Tym samym należy podkreślić z całą mocą, iż nie jest wystarczające odebranie jednego oświadczenia o zgodzie, np. na ogólnie rozumiane leczenie o nazwie

„leczenie stomatologiczne” pacjenta. Termin „świadczenie zdrowotne” oznacza „w szczególności: badanie stanu zdrowia, rozpoznawanie chorób i zapobieganie im, leczenie i rehabilitację chorych, udzielanie porad lekarskich”. W odniesieniu do zawodu lekarza dentysty świadczenia te udzielane są „w zakresie chorób zębów, jamy ustnej, części twarzowej czaszki oraz okolic przyległych”. Jednocześnie dotyczą one całego układu stomatognatycznego, czyli zębów, przyzębia, błony śluzowej jamy ustnej, ślinianek, kości twarzoczaszki oraz stawu skroniowo-żuchwowego. Dotyczą badania zewnątrz – i wewnątrzustnego, badań dodatkowych, którymi najczęściej są zdjęcia rentgenowskie i tomografia komputerowa oraz zdjęcia fotograficzne, zabiegów z zakresu higieny i profilaktyki, leczenia chorób tkanek twardych i miękkich jamy ustnej, leczenia ortodontycznego, rekonstrukcji utraconych tkanek oraz rehabilitacji układu stomatognatycznego.

Dlaczego zgoda winna dotyczyć każdego z tych świadczeń? Wniosek ten wywodzi się z treści zapisu zawartego w art. 16 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Zgodnie z jego treścią pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji. Oznacza to, iż pacjent powinien być pytany o akceptację na wykonanie konkretnych świadczeń lub samodzielnych etapów całej złożonej procedury medycznej. W zakresie stomatologicznej opieki zdrowotnej owa zgoda powinna zatem dotyczyć: badania (w tym wykonania zdjęcia rentgenowskiego), znieczulenia oraz wyboru określonego sposobu leczenia. W tym ostatnim przypadku zgoda powinna dotyczyć konkretnej procedury na konkretnych zębach określonych numerycznie, np.: leczenia ubytków

próchnicowych twardych tkanek zębów, leczenia endodontycznego, usunięcia zęba, wykonania uzupełnienia protetycznego, wprowadzenia implantu czy leczenia ortodontycznego. Pacjent, wyrażając zgodę, aprobuje wówczas poszczególne etapy i czynności konieczne do udzielenia określonego świadczenia zdrowotnego, o których otrzymał odpowiednie informacje (tzw. plan leczenia). W ich zakresie winno mieścić się m.in. wskazanie proponowanych przez lekarza metod diagnostycznych lub leczniczych. Dopiero wówczas można przyjąć, że pacjent, wyrażając zgodę, objął swą aprobatą wymienione przez lekarza czynności lecznicze. Zgoda bowiem, ma stanowić akt woli człowieka rozeznanego w swej sytuacji zdrowotnej oraz w sposób uświadomiony akceptującego podejmowane względem niego działania lekarza.

Reasumując, właściwie wyrażona zgoda pacjenta jest warunkiem legalności podejmowanych przez lekarza czynności medycznych. Co istotne, w przypadku sporu na linii lekarz – pacjent to na lekarzu spoczywa ciężar udowodnienia, że otrzymał on „pełnoprawną” akceptację pacjenta na przeprowadzone procedury medyczne. Należy zatem podkreślić z całą mocą, że „ogólna” zgoda na leczenie stomatologiczne nie stanowi podstawy do wszelkich działań lekarza dentysty, a już w szczególności nie można jej „rozszerzyć” na zaawansowane procedury – zwłaszcza takie jak np. leczenie endodontyczne itd. W tych przypadkach zgoda winna mieć formę pisemną.

Justyna Straka – prawnik

Autorka pracuje w Kancelarii Prawniczej „Krislex” w Bydgoszczy, www.facebook.com/krislex.bydgoszcz, justyna.straka@krislex.pl

DO WYNAJĘCIA pomieszczenia
pod działalność medyczną – gabinety lekarskie,
gabinety zabiegowe, blok operacyjny
przy ul. Pestalozziego 7 (ALFA-MED) w Bydgoszczy.

Możliwość obsługi rejestracji, pomoc administracyjna,
indywidualne warunki najmu, parking dla pacjentów.

Zainteresowane osoby proszę o kontakt telefoniczny
pod numerem 600 262 738

**DOBRE PŁATNA PRACA
DLA LEKARZA DENTYSTY**

ZATRUDNIMY LEKARZY DENTYSTÓW
w NZOZ-ie oddalonym 60 km od Bydgoszczy.
Zapewniamy wynagrodzenie w wysokości
od 8 do 10 tys. zł oraz mieszkanie służbowe.



Kontakt: **508 975 111** lub **502 792 815**

Doktorze Aleksandrze Świtońskim

19 sierpnia 1924–
–25 maja 2014 r.



Aleksander Świtoński urodził się 19 sierpnia 1924 r. w Lesznie Wielkopolskim, w rodzinie mieszczańskiej. Po wojnie rozpoczął w 1946 r. studia na Akademii Medycznej w Poznaniu, by w następnym roku kontynuować je na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Gdańsku. Uczelnię tę ukończył w roku 1952. 1 marca 1952 r. rozpoczął swoją pierwszą pracę – w Szpitalu Miejskim na Oddziale Chirurgii. Obowiązujące w tamtych latach nakazy pracy spowodowały, że był zmuszony zatrudnić się jako lekarz brygady Powszechnej Organizacji „Służba Polsce” w Bytomiu. Po wielu staraniach, by być bliżej swego brata Stanisława, który pracował jako lekarz dentysta w Inowrocławiu, Aleksander Świtoński w październiku 1952 r. został młodszym asystentem na Oddziale Ortopedii Szpitala Ogólnego nr 1 w Bydgoszczy, pracując pod kierownictwem doktora Michała Grobelskiego.

W 1955 r. został kierownikiem Wojewódzkiej Poradni Ortopedycznej, a w 1958 – specjalistą z zakresu ortopedii i traumatologii. W 1962 r. awansował na stanowisko zastępcy ordynatora Oddziału Ortopedii. Od roku 1970 do 1976 był tam ordynatorem. W 1975 r. uzyskał stopień naukowy doktora nauk medycznych po obronie rozprawy doktorskiej w Akademii Medycznej w Gdańsku. Po otwarciu w 1979 r. nowego szpitala na bydgoskim Wzgórzu Wolności, nazwanego wówczas Szpitalem XXX-lecia PRL, pełnił w nim funkcję zastępcy ordynatora Oddziału Ortopedii, aż do emerytury, na którą przeszedł w 1995 r. Będąc już emerytowanym lekarzem, pracował nadal do 2000 r. w Wojewódzkiej Poradni Ortopedycznej i Wad Postawy, której był kierownikiem przez 30 lat, począwszy od 1955 r.

Doktor Aleksander Świtoński był aktywny również na polu naukowym. Publikował przede wszystkim w specjalistycznych periodykach „Chirurgia Narządów Ruchu” oraz „Ortopedia Polska”. Był nauczycielem wielu pokoleń lekarzy-ortopedów. Przez 25 lat prowadził zajęcia dydaktyczne w zakresie chirurgii urazowej i ortopedii zarówno dla lekarzy, jak i dla studentów medycyny. Za swą postawę zawodową został odznaczony m.in. Złotym Krzyżem Zasługi i Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski. Zmarł w Bydgoszczy 25 maja 2014 r.



Aleksander Świtoński z zespołem pielęgniarek Oddziału Ortopedii 1970 r.

Kochany Tato!

Jestem absolutnie przekonany, że nie rozstajemy się na zawsze. Teraz, gdy krąg Twego życia zamknął się, stałeś się wreszcie wolny. Przeżyłeś długie, pracowite, często również i ciężkie życie. Jako 17-latek straciłeś swoją Mamę, gdy miałeś 34 lata, odszedł Twój pierwszy, niespełna 2-letni synek, mój brat Andrzejek. Borykałeś się z wieloma problemami, na które napotykałeś podczas swoich przeszło 40 lat pracy ortopedy. Zawsze byłeś dla mnie wzorem pokonywania wszelkich przeszkód. Otaczałeś mnie i Mamę murem ochronnym, który był przez innych nie do zdobycia. Żyłem w przekonaniu, że jeśli cokolwiek pójdzie nie tak, Ty przywrócisz wszystkiemu właściwy ład i porządek. Imponowałeś mi, gdy często w nocy, po telefonie ze szpitala, musiałeś wyjeżdżać z domu, by ratować zdrowie i życie chorych. Jako mały chłopiec bardzo chciałem tam jechać razem z Tobą. Mówiłeś mi, że jeszcze za wcześnie, że nadejdzie czas, gdy będę robił to samo. Miałeś jak zwykle rację! To dzięki Tobie podjąłem trud bycia lekarzem.

Mimo, że bycie ortopedą stanowiło sens Twojego życia, to jednak zawsze znajdowałeś czas na letnie stawianie dziesiątek piaskowych babek na plaży, partie ping ponga na obiadowym stole i obronę rzutów karnych wykonywanych przeze mnie do bramki między dwoma drzewami w myślińskim lesie. Gdy dorastałem byłeś Tatą surowym, lecz sprawiedliwym. Docenić Twoją postawę mogłem dopiero wtedy, gdy sam stałem się ojcem. Kiedy przychodziło podejmować trudne decyzje, nikt z Rodziny nie miał wątpliwości, że Twój wybór będzie trafny. Byłeś precyzyjny, skrupulatny i świetnie zorganizowany. Powszechnie znane było również Twoje poczucie humoru. Te cechy pozwoliły Ci osiągnąć sukces zawodowy, jakim był szacunek chorych, ale również i innych lekarzy.

Ta mądra życiowa postawa stanowiła także fundament naszego szczęścia rodzinnego. Bo Rodzina była dla Ciebie świętością. Dawałeś nam poczucie bezpieczeństwa, które ukształtowało również mój charakter, stając się wzorcem rodzicielstwa, wzorcem, który próbowałem doścignąć, gdy na świecie pojawiły się moje dzieci. Byłeś dla mnie również symbolem dobrego lekarza: zawsze odpowiedzialnego, pracowitego, uczącego się całe życie i bezwarunkowo oddanego choremu. Do dziś spotykam osoby, które proszą, by Cię pozdrowić, mówiąc, że wiele lat temu je leczyłeś. Zawsze pada wówczas pytanie: „a co u Taty?”. Teraz będę mógł odpowiadać, że uzyskałeś spokój i nie mam wątpliwości, że nadal będziesz otaczać nas swoją opieką!

Doskonale wiesz, Tato, że miłość do Ciebie nie pozwoli nigdy nam się rozstać. Jestem częścią Ciebie i obiecuję przestrzegać Twojego Kodeksu Prawego Życia, który jest najpiękniejszym spadkiem, jaki mogłem po Tobie odziedziczyć.

Dr Maciej Świtoński



Doktor Aleksander Świtoński z synem, przed szpitalem Jurasza 1967 r.

Czwarte miejsce piłkarskiej drużyny BIL!

W Mielcu (22–23 listopada 2014) odbyły się jubileuszowe XX Mistrzostwa Polskiej Izby Lekarskiej w Halowej Piłce Nożnej. Drużyna reprezentująca Bydgoską Izbę Lekarską już od pięciu lat jest stałym uczestnikiem tych rozgrywek. Poziom zawodów jest zawsze wysoki, a rywalizacja zażarta. Wyjazd na Mistrzostwa jest znakomitą okazją propagowania piłki nożnej wśród lekarzy, a także promocji naszej Izby Lekarskiej. Daje zawodnikom okazję nawiązania nowych znajomości oraz oderwania się od codziennej rutyny.

W tym roku nasza drużyna intensywnie przygotowywała się do rozgrywek. Treningi odbywały się regularnie, kilka razy w tygodniu. Niestety, na tegoroczne Mistrzostwa wyjechać musieliśmy w okrojonym składzie. Części naszych kolegów zobowiązania zawodowe nie pozwoliły na towarzyszenie nam.

Mimo to z dumą możemy donieść, że w tym roku drużynie BIL Bydgoszcz udało się przywieźć puchar za zdobycie czwartego miejsca. W rozgrywkach znaleźliśmy się za następującymi drużynami: Przemyśl, Białystok (Klub PPMK 2) oraz Medyk Zabrze.



Reprezentacja Bydgoskiej Izby Lekarskiej. Od lewej strony, górny rząd: Bartosz Fiałek, Mateusz Kusiak, Tomasz Piotrowski, dolny rząd: Adrian Drabik, Dominik Dmytrak, Łukasz Sokołowski

Zawody mają charakter turnieju, w którym bierze udział 16 reprezentacji izb lekarskich z całej Polski. Reprezentacje podzielono na 2 grupy, w których drużyny grały w systemie każdy z każdym. Dwie najlepsze drużyny z każdej grupy awansowały do półfinału. Reprezentacja BIL Bydgoszcz w tej fazie wygrała 4 mecze, remisując 3 razy i zdobywając łącznie 15 punktów. Straciliśmy jedynie 3 bramki. W półfinale graliśmy z drużyną reprezentującą Przemyśl, która w tym roku była we wspaniałej dyspozycji i pokonała wszystkich przeciwników, pewnie zajmując I miejsce w Mistrzostwach. Mecze o trzecie miejsce także nie okazały się dla nas szczęśliwe, gdyż zmęczenie dało nam się już we znaki. Jednak emocje towarzyszące zawodom długo pozostaną w naszej pamięci, a ostateczne miejsce czwarte daje nadzieję na jeszcze lepsze rezultaty w kolejnych zawodach – w czerwcu 2015 r. w Częstochowie.

Nasze piłkarskie zmagania są możliwe dzięki wsparciu Bydgoskiej Izby Lekarskiej. Chcielibyśmy w tym miejscu serdecznie podziękować całemu zespołowi Bydgoskiej Izby Lekarskiej na czele z jej prezesem dr. n. med. Stanisławem Prywińskim.

Lekarzy, dla których pasją jest piłka nożna i którzy chcieliby spróbować swoich sił w reprezentacji BIL serdecznie zapraszamy na wspólne treningi!

Lek. Łukasz Sokołowski (tel. 692 968 509)

Mój jest ten kawałek podłogi!...

Gdy patrzę dziś, po 24 latach, na to wszystko i widzę, ile rzeczy po drodze spapraliśmy i nie wykorzystaliśmy, to muszę powiedzieć, że nie jestem zadowolony...

Lech Wałęsa



Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Do tej wypowiedzi Pana Prezydenta wprowadzę tylko jedną zmianę, a mianowicie ilość lat. Lat 25. I ja też nie jestem zadowolony!! Rok miniony to piękna jubileuszowa rocznica reaktywacji Izby Lekarskiej! O niej powinno być głośno!

A czym się skończyło? Jedną stroną z krótkimi wspomnieniami w naszym biuletynie i żalem wyrażonym przez Panią Wiceprezes, że kiedyś było tak pięknie, a obecnie marazm! Przyznam szczerze, że już w listopadzie ubiegłego roku spodziewałem się hucznych obchodów jubileuszu. Sądziłem, że sesja poświęcona naszym sukcesom (a takowe, zapewniam, istnieją!!), z zaproszonymi gośćmi (tu lista długa – Jego Eminencja Biskup, Pan Marszałek, Pani Wojewoda, Pan Prezydent Miasta, Profesorowie naszej uczelni), podkreśliłaby istnienie naszej korporacji zawodowej i jej znaczenie dla regionu! To właśnie to spotkanie winno być miejscem, gdzie wręcza się nagrody młodym adeptom sztuki medycznej za najlepiej zdany egzamin państwowy. To przy takiej okazji piękne trofeum „Cerebrum Medici” winno być wręczane Kolegom zasłużonym dla naszego środowiska.

No niestety, nic takiego się nie odbyło. Dlatego jestem niezadowolony i to bardzo!

Wiem, że zaraz usłyszę wyjaśnienie, że takie, a może jeszcze bardziej wykwintne, uroczystości wyprawiła Naczelna Rada Lekarska i uczyniła to przy współuczestnictwie rad okręgowych. Tak, ale uroczystości te odbyły się w Warszawie, a większość z nas dowiedziła się o nich post factum.

Co nie zmienia mojego przekonania, że miejscowi notabla ze świeczników niewiele wiedzą o Bydgoskiej Izbie Lekarskiej i jej istnieniu oraz działaniu. Szkoda, bo to była świetna okazja, aby tę wiedzę poszerzyć, a następna taka być może zaistnieje niestety dopiero za ćwierć wieku!

Trochę tu czuję także niezadowolonia z samego siebie! Udało mi się dzięki wspaniałej współpracy z kolegami z Piły i regionu bydgoskiego postawić tę naszą izbową lokomotywę na tory i nadać jej odpowiedni kierunek, ale nie udało mi się przekazać innym rozkładu jazdy w dążeniu do celu!

Mam tylko cichą nadzieję, że mostek kapitański ten cel dostrzeże i pokieruje właściwie naszą nawą. Być może wówczas usłyszę zdanie wieńczące występ jednego ze znanych kabaretów: „będzie Pan zadowolooony!”

Być może! Ale chwilowo nie jestem i daleko mi do dobrego samopoczucia, mimo trwającego karnawału.

Jak zawsze – Wasz

A. Martynowski

Gwizdkowa zabawa dla dzieci (13, 14 grudnia)...

...jak zwykle cieszyła się ogromnym zainteresowaniem. Święty Mikołaj obdarował w tym roku 300 dzieci podczas trzech świątecznych spotkań!



Na izbowej Wigilii (13 grudnia)...

...jak co roku seniorów lekarzy i lekarzy dentystrów przywitał prezes BIL Stanisław Prywiński. Zanim goście zasiedli do wigilijnego poczęstunku, wspólnie z izbowym chórem odśpiewali kolędy i wysłuchali informacji o postępach w budowie Domu dla Lekarza Seniora.



Spotkanie lekarzy seniorów

• 4 marca o godz. 14.30 doktor Maciej Borowiecki podzieli się z członkami Klubu swoimi *Wspomnieniami z wycieczki do Pekinu*.

PRACA

Zatrudnimy **lekarza dentystrę** w NZOZ-ie położonym 60 km od Bydgoszczy. Zapewniamy wynagrodzenie w wysokości od 8 do 10 tys. zł oraz mieszkanie służbowe. Kontakt: 508 975 111 lub 502 792 815.

NZOZ „Specjaliści” w Świeciu zatrudni **lekarza okulistę** do pracy w poradni okulistycznej jeden lub dwa razy w tygodniu. Tel. kontaktowy 52 331 0022 lub 664 654 880.

Prywatny gabinet stomatologiczny w Bydgoszczy podejmie współpracę z **lekarzem dentystrą** (tylko pacjenci prywatni). Kontakt: 604 796 594.

WOZ „GRYF-MED” sp. z o.o. w Bydgoszczy przyjmie **lekarza do pracy w POZ**. Bliższe informacje: tel. 52 3208720, biuro@gryfmed.bydgoszcz.pl

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Bydgoszczy zatrudni **lekarza orzecznika**. Niezbędne wymagania formalne to wykształcenie wyższe medyczne z tytułem specjalisty oraz minimum 5 lat pracy czynnego wykonywania zawodu lekarza. Pożądane specjalizacje to choroby wewnętrzne, medycyna rodzinna, ortopedia, reumatologia, neurologia, psychiatria. Osoby zainteresowane proszone są o kontakt z Głównym Lekarzem Orzecznikiem tel. 52 341 8040, 52 341 8058 lub za pomocą strony www.zus.pl

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Barcinie zatrudni **lekarza do pracy w POZ**. Kontakt 609 071 410 lub 609 071 402.

NZOZ Centrum Medyczne „Nad Brdą” zatrudni **lekarza laryngologa** (specjalistę lub w trakcie specjalizacji) oraz **lekarza do pracy w POZ**. Informacje pod nr tel. 52 5183470 lub osobiście NZOZ Centrum Medyczne „Nad Brdą” w Bydgoszczy, ul. Dworcowa 63 pok. 135.

Prywatny Gabinet Stomatologiczny w Żninie zatrudni **lekarza dentystrę**. Warunki pracy i godziny do uzgodnienia. Tel. 52 30 20 602, www.gocgoc-stomatologia.info.pl



BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

REDAKCJA e-mail: primum@bil.org.pl, agnieszka.banach@hipokrates.org, tel. 523 460 785

WYDAWCA: Bydgoska Izba Lekarska, 85-681 Bydgoszcz, ul. Powstańców Warszawy 11; telefony: 523 460 084, 523 460 780;

Red. naczelny: Agnieszka Banach-Dalke
Numer konta BIL: PKO BP II O/Bydgoszcz
95 102 014 750 000 830 200 191 197;
e-mail: bil@bil.org.pl; www.bil.org.pl

• Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej:
e-mail: rzecznik@bil.org.pl, tel. 523 461 257
• Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystrów:
lek. med. Wojciech Kosmowski tel. 605 550 017

RADA PROGRAMOWA: Przewodniczący: dr n. med. Wojciech Szczęsny; członkowie Rady: prof. Aleksander Araszkievicz, red. nacz. Agnieszka Banach, Teodora Bogdańska, lek. Mieczysław Boguszynski, dr n. med. Małgorzata Czajkowska-Malinowska, red. Magdalena Godlewska, dr n. med. Marek Jurgowiak, lek. dent. Marek Rogowski dr n. med. Zofia Ruprecht, dr n. med. Maciej Socha.
CZEKAMY na Państwa opinie, uwagi i propozycje! Przewodniczący Rady Programowej: Wojciech Szczęsny, tel. 602 395 654; redaktor naczelny: Agnieszka Banach tel. 696 016 262, agnieszka.banach@hipokrates.org; redaktor: Magdalena Godlewska, magodlewska@poczta.onet.pl
Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania i poprawiania materiałów oraz zmian w tytułach. Za treść reklam nie odpowiadamy. Nakład: 4000 egzemplarzy

■ DRUK: ABEDIK, Bydgoszcz tel. 523 700 710 ■ SKŁAD: MAGRAF s.c., Bydgoszcz tel. 523 791 435

BMW EfficientDynamics
Mniejsza emisja. Większa radość z jazdy.

BMW
Wypzedaże

www.bmw-
dynamicmotors.pl



Radość z jazdy



RADOŚĆ TO NAJWIĘKSZA ZALETA SUKCESU.

**OSTATNIE MODELE BMW Z ROCZNIKA 2014
W ATRAKCYJNEJ OFERCIE.**

Sukces to wolność wyboru własnej drogi. To satysfakcja z dobrze podjętych decyzji i radość ze wspólnych chwil z rodziną. My wiemy, co się dla Ciebie liczy i wiemy, że zrobisz wszystko, aby się tym cieszyć... więc nie zwlekaj. W salonach BMW czekają już ostatnie modele z rocznika 2014 w wyjątkowo atrakcyjnej ofercie. Sprawdź szczegóły już dziś.

Dealer BMW Dynamic Motors serdecznie zaprasza.



**BMW SERII 1 JUŻ ZA 884 PLN
NETTO MIESIĘCZNIE W OFERCIE
BMW COMFORT LEASE.**



**BMW SERII 2 ACTIVE TOURER JUŻ
ZA 1 096 PLN NETTO MIESIĘCZNIE
W OFERCIE BMW COMFORT LEASE.**



**BMW SERII 3 JUŻ ZA 1 345 PLN
NETTO MIESIĘCZNIE W OFERCIE
BMW COMFORT LEASE.**

Dealer BMW Dynamic Motors

ul. Olimpijska 8

87-100 Toruń

Tel.: +48 56 645 21 70

www.bmw-dynamicmotors.pl

Dealer BMW Dynamic Motors

ul. Fordońska 264

85-790 Bydgoszcz

Tel.: +48 52 339 51 10

www.bmw-dynamicmotors.pl

Wysokość miesięcznej raty leasingowej netto jest przykładowa i została obliczona przy założeniu następujących parametrów: oferta BMW Comfort Lease, opłata wstępna 25%, okres leasingu 36 miesięcy, średnioroczny deklarowany przebieg 15 000 km, gwarantowana wartość końcowa, waluta PLN. Niniejsza symulacja nie stanowi oferty w rozumieniu Art. 66 Kodeksu Cywilnego. BMW Comfort Lease jest oferowany w Polsce przez BMW Financial Services Polska Sp. z o.o.



Innovation
that excites

NOWA GAMA CROSSOVERÓW NISSANA W SPECJALNEJ OFERCIE DLA TWOJEJ FIRMY!



NOWY NISSAN QASHQAI
NIESAMOWITE WRAŻENIA Z JAZDY



NOWY NISSAN X-TRAIL
PODEJMIJ WYZWANIE

SPECJALNA OFERTA DLA TWOJEJ FIRMY:
RABATY DO 16 000 ZŁ / LEASING OD 102% / KREDYT 50/50 SUPER 0%

JUŻ DZIŚ ZAPISZ SIĘ NA JAZDĘ PRÓBNĄ

Autoryzowany Dealer Nissana Yama Sp. z o.o.

86-031 Osielesko, ul. Szosa Gdańska 28, tel. 52 360 53 10

 www.nissan.pl

Leasing od 102% to przykładowa suma opłat leasingowych dla przedsiębiorstw. Szczegółowe warunki leasingu oferowanego przez RCI Leasing Polska Sp. z o.o. dostępne u Autoryzowanych Dealerów Nissana. RRSO dla Kredytu 50/50: 0% dla następujących reprezentatywnych przykładów: okres finansowania: 12 mies., oprocentowanie 0%: Qashqai: cena: 87 518 zł, wpłata własna 43 759,00 zł, opłata przygotowawcza 0 zł. Rata kredytu po 12 miesiącach: 43 759,00 zł. X-Trail, cena 150 900 zł, wpłata własna 75 450,00 zł, opłata przygotowawcza 0 zł. Rata kredytu po 12 miesiącach: 75 450,00 zł. Całkowita kwota kredytu: Qashqai 43 759,00 zł, X-Trail: 75 450,00 zł, całkowita kwota do zapłaty: Qashqai: 43 759,00 zł, X-Trail 75 450,00 zł. Stan na dzień 31.10.2014. Kredyty oferowane są przez RCI Banque Spółka Akcyjna Oddział w Polsce i dostępne u pośredników kredytowych wykonujących czynności faktyczne związane z zawieraniem umów kredytowych na podstawie umowy z RCI Banque Spółka Akcyjna Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie. Zdjęcia są jedynie ilustracją. Dane i fakty podane w niniejszej reklamie służą wyłącznie celom informacyjnym i nie stanowią oferty zawarcia umowy. Oferta jest ważna dla umów podpisanych z klientami w okresie od dnia 01/11/2014 do dnia 31/12/2014. Nissan Qashqai: zużycie paliwa w cyklu mieszanym: 3,8–5,8 l/100 km, emisja CO₂: 99–134 g/km, Nissan X-Trail: 4,9–5,3 l/100 km, 129–139 g/km.