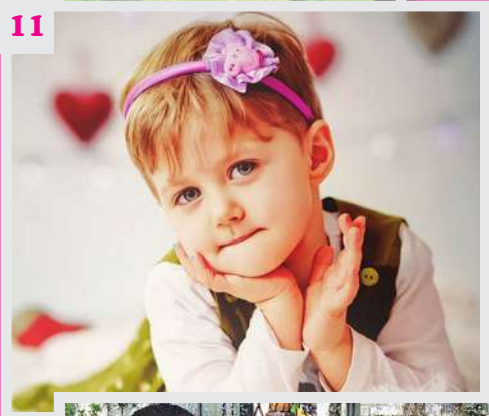




Primum

ISSN 2353-6055 Nr 6-7 (299-300) 2016

BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ





WYRUSZ W SWOJĄ PODRÓŻ

**CHODZISZ WŁASNymi DROGAMI?
WSIĄDŹ DO NOWEGO VOLVO V40.**

Volvo V40, tak jak Ty, wyróżnia się z miejskiego tłumu w dyskretny, wyszukany sposób. Odświeżony projekt grilla, wyjątkowe reflektory w kształcie młota Thora oraz nowe wzory obręczy przyciągają spojrzenia.

Nie tylko design zwraca uwagę w nowym Volvo V40. Zaawansowane rozwiązania technologiczne, takie jak system City Safety, tempomat adaptacyjny oraz poduszka bezpieczeństwa dla pieszego, pozwolą Ci czuć się bezpiecznie i komfortowo za kierownicą bez względu na warunki na drodze.

Wszystko po to, abyś mógł czerpać jak najwięcej przyjemności ze swojej podróży.



MADE BY SWEDEN

**Nowe Volvo V40
teraz już od 999 zł netto/mc.**



Oferta jest adresowana do przedsiębiorców. Podana rata leasingowa jest przykładowa. Szczegóły oferty dostępne na volvoeasy/lease.pl.

W zależności od wersji silnika zużycie paliwa w cyklu mieszanym wynosi od 3,4 do 5,9 l/100 km, emisja CO₂ od 82 do 137 g/km. Informacje o działaniach dotyczących odzysku i recyklingu samochodów wycofanych z eksploatacji na: www.volvocars.com

NORDIC MOTOR Sp. z o.o.
Autoryzowany Dealer Volvo

ul. Fordońska 307, 85-766 Bydgoszcz
ul. Szosa Lubicka 15, 87-100 Toruń

tel. 52 33 907 00
tel. 56 66 000 66

www.nordicmotor.dealervolvo.pl

XVII OTWARTE MISTRZOSTWA POLSKI LEKARZY W STRZELECTWIE MYŚLIWSKIM OSIE 2016

Zapraszamy do udziału w 17. edycji zawodów odbywających się pod patronatem NIL oraz BIL. Otwarcie **27 sierpnia o godz. 09.00**. Stanowiska treningowe dostępne 26 sierpnia od 14.00 do 20.00. Zawody rozgrywane będą w klasie otwartej indywidualnie oraz drużynowo (reprezentacje trzyosobowe izb lekarskich zgłoszone przed zawodami). Zawody zostaną rozegrane według regulaminu strzelań FITASC na czterech osiach śrutowych na 100 rzutków (na czterech przyjaznych dla zaczynających karierę strzelecką osiach parkurowych – compak sporting 25).

Turniej dobroczynny tradycyjnie dla dzieciaków leczonych w Szpitalu Uniwersyteckim im. Jurasza w Bydgoszczy w konkurencji duple trap – finał na dymnych rzutkach.

Informacje: jedmar@ozzl.org.pl

Noclegi 26/27.08.2016 z rabatem dla uczestników Mistrzostw w hotelu EVITA**** Tleń.

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Trzynastego i czternastego maja 2016 roku odbył się 13. Nadzwyczajny Krajowy Zjazd Lekarzy w Warszawie. Podjęto ważne uchwały; między innymi w sprawie regulaminu wewnętrznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej i sądów lekarskich oraz regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej. Uchwalono również stanowiska i apele dotyczące zmian w zasadach szkolenia specjalistycznego, wzrostu nakładów na ochronę zdrowia oraz ustalenia wysokości minimalnego wynagrodzenia lekarzy.

Zaapelowano do Ministra Zdrowia o przekazanie Naczelnej Izbie Lekarskiej zadań realizowanych przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, głównie w zakresie kształcenia specjalizacyjnego i doskonalenia zawodowego. Ważnym postulatem była jawność pytań i odpowiedzi z lekarskiego oraz lekarsko-dentystycznego egzaminu końcowego oraz państwowego egzaminu specjalizacyjnego. Delegaci zaapelowali, aby egzamin specjalizacyjny mógł być zdawany w trakcie ostatniego roku szkolenia specjalizacyjnego, a nie jak dotychczas tylko dwa razy w roku.

Po raz kolejny podjęto apel o zwiększenie nakładów na służbę zdrowia do co najmniej 6% PKB oraz o utrzymanie prawa podmiotów prywatnych do ubiegania się na równych zasadach z podmiotami publicznymi o środki publiczne przeznaczone na finansowanie świadczeń zdrowotnych. Postulowano, aby ustalić minimalne wynagrodzenia: dla lekarzy bez specjalizacji i stażystów – dwukrotność średniej krajowej, lekarzy z pierwszym stopniem specjalizacji – dwuipółkrotność średniej krajowej, a dla specjalistów – trzykrotność średniej krajowej.

Lekarze delegaci zaproponowali, żeby radykalnie uprościć system wystawiania e-zwolnień lekarskich oraz znieść przy wystawianiu recept obowiązek podawania poziomu odpłatności leku oraz ustalania jakichkolwiek okoliczności niemedycejskich, które wiązałyby się z odpowiedzialnością finansową lekarzy. Ważnym postulatem, o który od wielu lat ubiega się samorząd lekarski, jest umożliwienie zaliczenia do kosztów uzyskania przychodów wydatków poniesionych przez lekarza na doskonalenie zawodowe. Zaapelowano do rektorów uczelni medycznych o stosowanie tekstu przyrzeczenia lekarskiego zawartego w preambule Kodeksu Etyki Lekarskiej.

Analizując wygłaszane w dyskusji propozycje stwierdziłem, że treść ich zależała od posiadanej specjalizacji, formy zatrudnienia i zajmowanego stanowiska (ordynator, dyrektor, kierownik), posiadania lub nie podmiotu leczniczego. W jakim stopniu uda się te postulaty spełnić ministrowi Konstantemu Radziwiłłowi – pokaże czas.

Dr n. med. Stanisław Przywiński
Prezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej



Zdjęcie: NIL

Nasze DZIECI: okładka, s. 10, 12 i 13

1. Adam (5 lat) i Wiktor (3 lata) Wieczór; 2. Antosia (9 lat), Nikodem (2,5 m-ca) i Maks (7 lat) Przybylski; 3. Jakub Wilczyński (3 lata); 4. Nina (9 lat) i Olin (2 lata) Jeneralscy; 5. Agnieszka Duda (5,5 roku); 6. Basia Kozłowska (21 m-cy); 7. Adela Sadowska (4 lata); 8. Tymon Olewiński (5,5 roku); 9. Gabriela (10 lat) i Jan (6 lat) Tworkiewicz; 10. Jan Krzysztof Dzwoniarkiewicz (2 lata); 11. Malwina Biedka-Paluch (3 lata); 12. Tadeusz Gruszczczyński (4,5 roku); 13. Michasia (6 lat) i Igor (9 lat) Wiwatowscy; 14. Filip (4,5 roku) i Antonina (1,5 roku) Wileńscy; 15. Mateusz Drogowski (7 lat); 16. Krzysztof Warsiński (2 lata); 17. Tomek Kafarski (3 lata); 18. Olimpia Chodkiewicz (3 lata); 19. Szymon (5 lat) i Jakub (6 lat) Rutkowscy; 20. Bianka Pilarska (3,5 roku); 21. Sebastian Sokołowski (15 m-cy); 22. Kuba Bartoszewski (5,5 roku); 23. Maja Wiśniewska (4 lata); 24. Laura Banach (8 lat); 25. Lenka i Majeczka Brudnoch (4,5 roku); 26. Antoni Kuczyński (1 rok); 27. Agnieszka Włodarczyk (5,5 roku); 28. Franek (4 lata), Kinga (12 lat) i Janek (3 lata) Bigus; 29. Cecylia Ciesielska (3 lata); 30. Agata Romańska (9 lat); 31. Alicja Kamińska (6,5 roku); 32. Jaś (6 m-cy) i Zosia (2 lata) Długosz; 33. Ignacy Dalke (5 lat); 34. Natasza Nowak (5 lat); 35. Marcelina Marjańska (9 m-cy); 36. Martyna (5,5 roku) i Wojtuś (1,5 roku) Świerczyńscy; 37. Milenka (3,5 roku) i Miłosz (10 m-cy) Kucharscy; 38. Hania (1,5 roku) i Szymon (6 lat) Florek; 39. Iza Kozłowska (4 lata); 40. Izabela Sokół (2,5 roku); 41. Mateusz Górski (8,5 roku); 42. Emilka (ur. 28 maja 2016) i Samuel (2 lata) Mieczkowsky; 43. Krzysztof Kamiński (7 lat); 44. Julia (10 lat) i Bianka (7 lat) Tyszkowskie; 45. Maciej Gębski (21 m-cy); 46. Kuba (6 lat) i Filip (3 lata) Gawrońscy; 47. Ola (18 m-cy) i Zosia (3 lata) Czyżewskie; 48. Weronika Tomaszewska (11 m-cy); 49. Staś (7 lat), Jaś (4 lata) i Tosia (4 lata) Meller; 50. Staś Szymański (12 m-cy); 51. Weronika (5 lat) i Paweł (3,5 roku) Cemel; 52. Helena (10 m-cy) i Tomek (6 lat) Rogowscy; 53. Rafał (8,5 roku) i Michał (3,5 roku) Soboń; 54. Agata (6 lat) i Bruno (4 lata) Wasąg; 55. Zosia Zwolińska (1 rok); 56. Marysia (7,5 roku) i Basia (2,5 roku) Urbańczyk; 57. Mikołaj (6 lat), Maria (3 lata) i Marta (9 lat) Olechnicy; 58. Maja (1 rok) i Mikołaj (3,5 roku) Drabik; 59. Ewa (11 dni) i Karolina (2 lata) Szumne; 60. Tymoteusz (7 lat), Jakub (5 lat) i Zuzanna (3,5 roku) Bielińscy; 61. Natasza (2 lata 9 m-cy) i Krzysztof (13 m-cy) Grduszak



13 maja, w piątek rozpoczął się w Warszawie 13. Krajowy Zjazd Lekarzy. Trzynastek tego dnia było jednak o wiele więcej – prezes Maciej Hamankiewicz w 13 punktach podsumował działalność Naczelnej Izby Lekarskiej od poprzedniego Zjazdu, a minister zdrowia Konstanty Radziwiłł po swoim wystąpieniu, w którym naświetlił, czym zajmuje się resort zdrowia pod jego kierownictwem (40 minutowym – chyba najdłuższym, jakie kiedykolwiek wygłosił minister zdrowia na lekarskim zjeździe), odpowiedział na 13 pytań delegatów. Nadzwyczajny, dwudniowy, Zjazd zgromadził prawie 400 lekarzy z całej Polski. Bydgoską Izbę Lekarską reprezentowało 9 delegatów. Zjazdowi przyjrzelśmy się okiem 3 z nich. a.b.



Doktor Maciej Borowiecki



Nasi delegaci (od lewej): Stanisław Prywiński, Jerzy Rajewski, Paweł Białożyk, Hanna Śliwińska, Andrzej Kuliński, Radosława Staszak-Kowalska, Maciej Borowiecki, na zdjęciu nie widać Krzysztofa Gawła i Krzysztofa Dalke

To co, Koleżanki i Koledzy – w drogę?

Moim zdaniem najważniejszym wydarzeniem 13. Nadzwyczajnego Zjazdu Lekarzy była obecność Ministra Zdrowia Konstantego Radziwiłła. Z dwóch powodów. Po pierwsze dlatego, że był – co wcześniej nie cechowało ministrów zdrowia, a po drugie z powodu treści Jego wystąpienia.

Zaciekał mnie temat planów ministerstwa dotyczących publicznych jednostek ochrony zdrowia i finansowania całego systemu.

W skrócie:

- Powrót SPZOZ-ów (możliwość powstawania nowych, cofanie już dokonanych przekształceń),

- Możliwość zadłużania się SPZOZ-ów i obowiązek spłacania ich długów przez samorządy,

- Hasło: „publiczne pieniądze dla publicznych podmiotów”.

Zaskoczyło mnie to trochę, gdyż dr Konstanty Radziwiłł był dotychczas zwolennikiem prywatyzacji w ochronie zdrowia oraz równości podmiotów. Na Zjeździe przyznał, że w ciągu ostatnich kilku miesięcy zmienił poglądy.

Taka zmian będzie faworyzowała wszystkie SPZOZ-y, nawet te gorsze, a spowoduje upadek tych nowoczesnych i dobrych prywatnych jednostek. To kolejna radykalna zmiana kierunku organizacji i finansowania w ochronie zdrowia w naszej nowej, 27 letniej historii demokracji. Wcześniej zachęcano lekarzy: weźdźcie sprawy w swoje ręce. Wielu lekarzy rodzinnych zbudowało i wyposażyło własne przychodnie, wzięło kredyty.

Aktualnie pracują, płacą podatki, ZUS-y i spłacają kredyty. Jaką mają przyszłość przed sobą? Nieprzewidywalną!

Dziwią plany zniesienia reżimu finansowego dla SPZOZ-ów. Jeżeli będą mogły się zadłużać, to z pewnością to zrobią, obciążając społeczeństwo swoją niegospodarnością. Przykłady obserwujemy na co dzień. Pan Minister powoływał się na przykłady państw o budżetowym finansowaniu ochrony zdrowia: Wielka Brytania, Szwecja. Zapomniał jednak powiedzieć, że w tych krajach nieprzerwanie od ponad stu lat buduje się system, poprawiając, modyfikując, udoskonalając go, a nie burząc co kilkanaście lat.

Wyjeżdżający z Polski lekarze jako powód emigracji najczęściej podawali, poza przyczynami ekonomicznymi, brak stabilności i nieprzewidywalność systemu ochrony zdrowia w naszym kraju. To co, Koleżanki i Koledzy – w drogę?

Jerzy Rajewski

Zaskoczenia ministra Radziwiłła

Spotkaliśmy się po raz kolejny, „nadzwyczajnie”, bo problemów co niemiara – dotyczących kształcenia, klauzuli sumienia, wynagrodzeń, secesji stomatologów etc. Pojawiła się jednak dodatkowa nadzwyczajna okoliczność związana z powołaniem naszego kolegi, od lat związanego z samorządem lekarskim – Konstantego Radziwiłła na stanowisko Ministra Zdrowia. To duże wydarzenie i wielka nadzieja całego środowiska na wreszcie pozytywne rozwiązania w systemie opieki zdrowotnej. Muszę powiedzieć, że wszyscy z dużą uwagą oczekiwali na przybycie i słowa

nowego ministra. Spotkało nas tutaj wiele zaskoczeń, niestety nie wszystkie pozytywne.

Zaskoczenie pierwsze – minister zdrowia przyjeżdża na nasz zjazd osobiście i pozostaje na nim przez kilka godzin, gorąco dyskutując w przyjaznej atmosferze z delegatami (bardzo pozytywne).

Zaskoczenie drugie – minister zdrowia prezentuje wybrane aspekty zmian w zasadach funkcjonowania już teraz nie ochrony a służby zdrowia – skoordynowana opieka nad pacjentem (pozytywne), zmiany w zasadach kształcenia: powrót

stażu podyplomowego (bardzo pozytywne), zmiany w systemie szkolenia specjalistycznego, (jednak zbyt ogólne, żeby pozytywnie).

Zaskoczenie trzecie – minister zdrowia zapowiada kolejną rewolucję dotyczącą zasad finansowania systemu i odejście od komercjalizacji jednostek medycznych – *Trzeba przejść z realizowania zysku na rzecz realizowania misji* – mówi Radziwiłł. I tu spore zdziwienie i niepokój. Kolejny przewrót? Tyle razy już to przerabialiśmy i zawsze, jeśli coś mogło pójść nie tak, to poszło. Nie twierdzą, że obecny system jest idealny, bo nie jest, ale chyba wpadliśmy po raz kolejny w jakąś demagogiczną spiralę określać. Działanie dla zysku przez szpitale, samo

w sobie, nie przekreśla możliwości pełnienia misji. A jeśli tak jest, to tylko dlatego, że stworzono ku temu warunki, zależne właśnie od ministerstwa zdrowia: nieprawidłowa wycena świadczeń i zasad ich kontraktowania. I o tym właśnie w dyskusji mówił dr Zdzisława Szramik – *Dopóki mamy świadczenia deficytowe, dopóty nie będzie dobrze. Trzeba odkłamać system, panie ministrze!* To najbardziej moim zdaniem trafiająca w sedno puenta. Jeśli nie policzymy, ile co kosztuje

i na ile nas stać (koszyk) – bo na pewno nie na wszystko, to cała reszta pozostanie po prostu misją niemożliwą (ang. *mission impossible*).

Jednocześnie zatrzymanie możliwości finansowania ze środków publicznych leczenia w prywatnych podmiotach może jednak przynieść skutek odwrotny: nie umocnienie, ale dalsze osłabienie publicznej opieki zdrowotnej, które spowoduje jeszcze większe ograniczenieostęp-

ności do bezpłatnego leczenia. Ciekawe, czy pan minister jako właściciel Przychodni Medycyny Rodzinnej funkcjonował na zasadzie non profit? W końcu korzystał z publicznych pieniędzy! No cóż, czas pokaże, co za chwilę przyjdzie nam przeżywać w trakcie tych głębokich reform. Oczywiście: damy radę, ale czy w obecnej sytuacji to naprawdę będzie dobra zmiana?

Krzysztof Dalke

Mówiono nam: *bierzcie sprawy w swoje ręce...*

Jednym z punktów w programie Zjazdu była wizyta Ministra Zdrowia Pana Konstantego Radziwiłła, naszego samorządowego kolegi, przez dwie kadencje prezesa NIL. Wystąpienie ministra było długie, potem trwały jeszcze rozmowy w kularach. Jedną ze spraw, która szczególnie poruszyła wielu obecnych, była zapowiedź Ministra dotycząca zmiany sposobu finansowania opieki zdrowotnej.

Obecny system ubezpieczeniowy ma wiele mankamentów – wymaga zmian i te zmiany ciągle zachodzą, między innymi na skutek postulatów naszego środowiska. Nie dojdziemy do doskonałości, ale zmierzamy w dobrym kierunku. Natomiast Pan Minister zamierza zmienić system z opartego na ubezpieczeniach i rozdziale środków przez płatnika (obecnie oddział NFZ) na system budżetowy – gdzie płatnikiem będzie prawdopodobnie Urząd Wojewódzki. Tymczasem dla pacjenta, lekarza, dla instytucji, w której ten ostatni pracuje, nie ma znaczenia, kto tym płatnikiem będzie. Ważne jest to, żeby procedury były właściwie wycenione, a pacjenci, co ważne też dla płatnika, mieli wykonane procedury na najwyższym poziomie za najniższą cenę. Do tego można dążyć w każdym systemie. Nawet bardzo bogate kraje mają system ubezpieczeniowy, a nie budżetowy.

Zapowiedzi Pana Ministra są powrotem do tego, co już przerabialiśmy. W systemie mają pozostać tylko jednostki publiczne. Jeden z kolegów delegatów zapytał Ministra wprost: *Co z placówkami niepublicznymi?* Usłyszeliśmy odpowiedź, że zamówienia na świadczenia z publicznych środków będą kierowane do placówek publicznych lub non profit, a nie do tych, które wypracowują zysk (czytaj: niepublicznych), co nie jest chyba ruchem w dobrym kierunku. Uważam, o czym mówiłem też na Zjeździe, że po 26 latach od zmian ustrojowych widać, że powstanie placówek prywatnych przyczyniło się do poprawy standardów w ochronie zdrowia, wniosło element konkurencyjności, innowacyjności, poszerzyło bazę świadczeń.

Mówiono nam przed laty: *bierzcie swoje sprawy w swoje ręce*. I wiele koleżanek i kolegów lekarzy wzięło. Utworzyli miejsca

pracy dla siebie, innych osób, zaprzęgli do współpracy wiele różnych podmiotów, co rozbudowało rynek usług medycznych – i nagle mówi się im: *wam już dziękujemy, możecie zakończyć działalność*. Natomiast zapowiedzi Ministra budzą najgorsze skojarzenia z tym, co było kiedyś – centralnym sterowaniem, rozdziałem systemowym, który zresztą nie wiadomo, na czym się ma opierać.

Czy skierowanie środków publicznych tylko do placówek publicznych zmniejszy kolejki oczekujących? Raczej nie, bo pacjenci z prywatnych placówek przejdą do publicznych, już niewydolnych. Lekarze pracujący w prywatnych placówkach też nie zaczną nagle pracować w jednostkach publicznych, które automatycznie nie będą wykonywać większej ilości zabiegów. Nie wiadomo, co ze specjalizacjami osób, które z tego tytułu są zatrudnione w różnych formach w prywatnych jednostkach. Prywatne placówki utworzyły miejsca specjalizacyjne dla znacznej liczby osób, szczególnie w specjalnościach stomatologicznych. Tu trzeba dodać, że zakres zabiegów w ramach publicznych środków jest niewystarczający dla zrealizowania programu, bo znaczna ich część jest poza koszykiem.

Kryterium zysku, jakie przytoczył Minister – czyli tylko jednostki non profit – jest nedorzecznnością. Przecież każda placówka, również publiczna, jakiś zysk musi starać się wypracować, także po to, aby przeznaczyć go na potrzeby pacjentów. W przeciwnym wypadku nie będzie inwestować, popadnie w długi – chyba, że będzie otrzymywała środki od samorządu. Placówka prywatna również nie może przejeść zysku, bo szybko przestanie istnieć, musi łożyć na swój rozwój, inwestować w bazę, co przyczynia się do poprawy zakresu i jakości usług. Trzeba wspomnieć o tym, że może ona liczyć tylko na własne środki, w odróżnieniu od placówek publicznych, wspomaganych przez organ założycielski czy samorząd. Nie można się zgodzić także z tezą o wybiórczym traktowaniu świadczeń, wcale nie jest to regułą. Jest to raczej związane z wielkością kontraktu. A może należałoby właśnie wykorzystać np. niewielkie szpitale

do wykonywania mniej zaawansowanych procedur?

W zapowiedziach zmian widzę też niebezpieczeństwa. Np. jak w systemie budżetowym spłacić zadłużenie wielu placówek publicznych (np. Centrum Zdrowia Dziecka – ponad 300 mln, szpitala w Grudziądzu – 500 mln, łącznie w kraju ok. 70 mld zł.).

Aby dopuścić do systemu nieubezpieczonych (co wydaje się słuszną ideą) nie trzeba go diametralnie zmieniać. Można także obok niego stworzyć planowany, państwowy fundusz celowy na ich leczenie. Uwaga rządzących powinna się skupić na tym, że skoro wszyscy korzystamy z systemu ochrony zdrowia, to wszyscy powinni na niego się składać. Mam na myśli grupy, które nie wnoszą składek do systemu, np. rolników wielkohektarowych, podczas gdy inni wnoszą składek od każdej otwartej działalności gospodarczej (!).

Dodam, że delegaci skierowali do Prezesa Rady Ministrów apel, w którym zwrócili się o równe traktowanie obu sektorów – publicznego i prywatnego w ubieganiu się o środki publiczne przeznaczone na finansowanie świadczeń zdrowotnych.

Na Zjeździe pojawił się też temat zbyt małego wpływu lekarzy dentyistów na sprawy izbowe, np. obsadzanie stanowisk w oil i NIL. Chodziło o to, żeby lekarze dentyści byli wybierani głosami lekarzy dentyistów i dlatego (w związku z proporcją liczbową lekarzy dentyistów do lekarzy medycyny w samorządzie) np. w wyborach przeprowadzanych na zjazdach głos lekarza dentyisty w przypadku głosowania na lekarza dentyistę był liczony jako 4 głosy, zaś w przypadku głosowania lekarzy dentyistów na lekarzy jako 1 głos. Po drugie, sprawy dotyczące lekarzy dentyistów w samorządzie miałyby być reprezentowane przez lekarzy dentyistów. Te dwie kwestie zostały w głosowaniach odrzucone. Myślę, że ta sprawa wpłynęła na skutek niedomówień w Naczelnej Izbie Lekarskiej, bo w większości izb lekarskich współistnienie lekarzy i lekarzy dentyistów jest pozytywne i bezkonfliktowe, np. w jednej z izb prezesem jest lekarz dentyista wybrany także głosami lekarzy.

Paweł Białożyk

Ławeczka Profesora

W pobliżu fontanny „Potop” 15 maja zebrało się około 200 osób – rodzina, przyjaciele, znajomi, uczniowie i współpracownicy Profesora Zygmunta Mackiewicza. Byli też zapewne pacjenci, sąsiedzi i ci wszyscy, których los zetknął z Mistrzem. Imprezę swoją obecnością zaszczytili również przedstawiciele władz miasta oraz klubów Rotary (do jednego z nich należał Zygmunt Mackiewicz). Okazją było odświeżenie pomnika-ławeczki. Pomysłodawcą, a także spiritus movens owego wydarzenia był prof. Wojciech Zegarski, chirurg-onkolog, uczeń i przyjaciel Profesora. Wielkie zaangażowanie wykazało też Stowarzyszenie Odbudowy Bydgoskiej Fontanny „Potop”. Oprawę muzyczną zapewnił zespół EMBAND.

Trzeba przyznać, że poziom artystyczny pomnika jest bardzo wysoki. Profesor jest naprawdę sobą w tym spiżowym przedstawieniu, tak jakby przysiadł na chwilę w miejscu tak ważnym dla jego życia. Miejscu, które spaja je jakby klamrą. Oto z jednej strony szkoła, od której zaczął swe życie w Bydgoszczy, zaś z drugiej ostatnie dzieło – odbudowany „Potop”. Pamiętam, jak na otwarciu fontanny Profesor powiedział: *Koniec wieńczy dzieło, oddałem swój dług*. Nie, Panie Profesorze! To my ciągle spłacamy dług wobec Pana. My, którzy przybyliśmy w tę niedzielę, aby oddać hołd człowiekowi, którego wpływ na nasze życie jest nie do przecenienia. Uczniowie, pacjenci, przyjaciele. Ci, którzy mieli szczęście poznać Pana. Niech Pan patrzy na swoją Bydgoszcz, słucha szumu fontanny i muzyki, jaka jest grana wokół niej. Nikt bardziej na to nie zasługuje.

Wojciech Szczęsny



Profesor i uczniowie: od lewej prof. Wojciech Zegarski, dr n. med. Aleksander Olejarz, prof. Arkadiusz Jawień.

Fot. Zofia Ruprecht

Odświeżona przez prezydenta Rafała Bruskiego i prof. Wojciecha Zegarskiego, ordynatora Oddziału Klinicznego Chirurgii Onkologicznej Centrum Onkologii w Bydgoszczy, ławeczka profesora Zygmunta Mackiewicza – wybitnego lekarza, wieloletniego prezesa Stowarzyszenia Odbudowy Bydgoskiej Fontanny Potop, kosztowała 44 tys. zł. Pieniądze pochodziły z budżetu miasta, darowizny przekazanej przez żonę profesora, panią Jadwigę Mackiewicz oraz prywatnych darczyńców.

Projektantami i wykonawcami pomnika są twórcy Potopu – Jacek Guzera i Michał Pronobis.

Wcześniej (20 kwietnia) pamięć Profesora uczczono zasadzeniem drzewa w Poczcie Dębów w Alei Osolińskich. Dąb Profesora będzie rósł przy wcześniej zasadzonych drzewach, poświęconych m.in. Janowi Pawłowi II, Jerzemu Hoffmanowi, Andrzejowi Szwalbemu, Marianowi Rejewskiemu, Irenie Szewińskiej, Janowi Nowakowi-Jeziorańskiemu, Jerzemu Popiełuszcze, Tadeuszowi Mazowieckiemu, Felicji Gwincińskiej. Prof. Zygmunt Mackiewicz zmarł 8 października 2015, miał 84 lata.

a.b.



Doktor Józef Mierzwiński podczas operacji perlaka ucha środkowego, towarzyszy mu dr Fedir Yurochko z lwowskiego szpitala (organizator konferencji).

Po raz piąty we Lwowie...

...odbyła się Ukraińsko-Polska Konferencja Otolaryngologów Dziecięcych „Euro-Lor” (21 maja). Przyjechało na nią ok. 300 osób z całej Ukrainy, ale też z Białorusi i naszego kraju. Większość wykładowców stanowili laryngolodzy z Polski, także z Bydgoszczy – dr n. med. Józef Mierzwiński, dr. hab. n. med. Paweł Burduk, dr. n. med. Krzysztof Dalke. Nasi specjaliści podzielili się z medykami z Ukrainy nie tylko wiedzą. We lwowskim szpitalu dziecięcym wykonali też 4 pokazowe zabiegi operacyjne i przeprowadzili konsultacje. Po raz pierwszy do ekipy laryngologów dołączył urolog – Roger Mierzwiński, na co dzień pracujący w RPA. Przeprowadził m.in. laparoskopowe usunięcie nerki u dziecka, co na Ukrainie miało miejsce po raz pierwszy. Tamtejszym pacjentom bardzo zależało, by operował ich czy konsultował ktoś z Polski. Jedną z kobiet ze swoim dzieckiem za naszymi specjalistami przyjechała aż na... Cmentarz Łyczakowski – w szpitalu powiedziano jej, że właśnie go zwiedzają. Mały pacjent został zbadany na cmentarnej ławce, a diagnoza okazała się pomyślna.

a.b.



Medal dla Oddziału Noworodków i Wcześnieaków

Medale Kazimierza Wielkiego przyznawane są corocznie za szczególne zasługi dla Bydgoszczy i jej promowanie. W tym roku wręczono je podczas uroczystej Rady Miasta (19 kwietnia) zwołanej z okazji 670. rocznicy nadania Bydgoszczy praw miejskich.

Oddział Kliniczny Noworodków, Wcześnieaków z Intensywną Terapią Noworodka wraz z Wyjazdowym Zespołem „N” Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy jest ośrodkiem III stopnia referencyjności. Jest najlepiej wyposażonym oddziałem noworodkowym w województwie kujawsko-pomorskim. Dysponuje sprzętem i aparaturą medyczną najnowszej generacji oraz wysokospecjalistyczną, najnowocześniejszą w Polsce neonatologiczną karetką „N” do bezpiecznego transportowania noworodków m.in. ze skrajnym wcześniactwem, z masą ciała poniżej 1000 g, z wadami wrodzonymi lub niewydolnością oddechową. Ambulans jest wyposażony m.in. w aparaturę do leczenia tlenkiem azotu już w trakcie transportu pacjentów z ciężkim nadciśnieniem płucnym.

Oddział ma szerokie możliwości terapeutyczne – dysponuje inwazyjnymi aparatami do wspomagania oddechowego – nCPAP, aparaturą do wentylacji mechanicznej konwencjonalnej i oscylacyjnej, wentylacji tlenkiem azotu, aparatem do hipotermii, jak również diagnostyczne – dysponuje ultrasonografią z dopplerem, echokardio-

grafią, tomografią komputerową, rezonansem magnetycznym, elektroencefalografią, aparatem do przeskórnego pomiaru prężności tlenu i dwutlenku węgla w krwi. Intensywna Terapia Noworodka ma 13 kompletnie wyposażonych stanowisk do prowadzenia terapii dzieci wymagających intensywnego leczenia. W Oddziale diagnozuje się i leczy dzieci z wadami wrodzonymi we współpracy z Kliniką Chirurgii Dziecięcej Collegium Medium Uniwersytetu. Diagnostykę wrodzonych wad serca przeprowadzają pracujący w Oddziale neonatolodzy – echokardiografisci, co umożliwia natychmiastowe wdrożenie właściwego postępowania, a w najcięższych przypadkach przekazanie pacjentów do nadrzędnych ośrodków echokardiograficznych w Warszawie, Łodzi lub Poznaniu. Małych pacjentów konsultują również lekarze okulisci, Szpitala. W razie potrzeby wykonują zabiegi krioterapii lub laseroterapii w leczeniu retinopatii, często spotykanej u wcześniaków. Dzięki temu pacjenci nie muszą być transportowani i leczeni w Poznaniu, Warszawie czy Gdańsku.

Źródło: Biziel

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
Grygier i Wspólnicy sp. jawna

e-mail: poczta_big@wp.pl
☎ 508 303 873 • 525 243 584
www.bigbiuro.pl
Bydgoszcz, ul. Szajnochy 11

Bawiliśmy się świetnie!

W niedzielne przedpołudnie, 5 czerwca, Bydgoska Izba Lekarska zaprosiła dzieci do Family Parku. Było ich bardzo dużo, a więc spotkały się w dwóch grupach. Obiecaliśmy doskonałą zabawę i chyba się wywiązaliśmy... Już teraz zapraszamy za rok!



Fot. Luiza Donka

Gastroenterologia, hepatologia i żywienie dzieci – nowe kierunki

Z prof. dr hab. n. med. **Mieczysławą Czerwionką-Szaflarską** – organizatorem IX Ogólnopolskiego Zjazdu Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci (16–18 czerwca w Bydgoszcz) – rozmawia **Magdalena Godlewska**

► W trakcie Zjazdu – w którym uczestniczyło wiele ważnych dla gastroenterologii osób, m.in. zajmujący się alergią pokarmową prof. Roberto Berni Canani z Włoch, prof. Anna Węgrzyn-Nenow z USA czy prof. prof. Sybille i Berthold Koltzko z Niemiec – wielokrotnie zwracano uwagę, że manifestacja kliniczna wielu chorób, m.in. celiakii, bardzo się zmieniła. Jakie objawy towarzyszyły jej kiedyś, jakie teraz i skąd ta zmiana?

Dawniej celiakia dotyczyła małych dzieci, teraz choruje głównie młodzież i dorośli. Kiedyś dziecko miało przewlekłą biegunkę, duży brzuch i chude nóżki, dzisiaj, jeśli dzieci chorują, to ich wygląd nie odbiega od normy. Postać klasyczną zastąpiła postać niema celiakii. Mówiło się też, że przy celiakii występuje biegunka przewlekła, a teraz wiemy, że pacjent z celiakią może cierpieć na zaparcia stolca albo w ogóle nie mieć żadnych objawów żołądkowo-jelitowych. Wtedy sygnałem, że być może mamy do czynienia z celiakią, będzie np. opóźnione dojrzewanie płciowe, opóźniona miesiączka u dziewczynek, bezpłodność u mężczyzn, niskorosłość, współistnienie np. cukrzycy.

Obraz choroby trzewnej zmienił się, ponieważ na przestrzeni lat transformacji uległ schemat żywienia niemowląt i dzieci oraz model wprowadzania glutenu do diety.

► **Zmienia się też diagnostyka celiakii?**

Tak. Dzisiaj lekarz, który podejrzewa celiakię u swojego pacjenta, może zlecić badanie serologiczne na obecność przeciwciał przeciw transglutaminazie tkankowej. Jeśli wynik jest prawidłowy, powinien myśleć o innej jednostce chorobowej, jeżeli dodatni, skierować pacjenta do ośrodka zajmującego się celiakią.

W Katedrze i Klinice Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii możemy ocenić celiakię potencjalną. Wykonujemy badania genetyczne i dzięki temu jesteśmy w stanie powiedzieć, czy pacjent ma predyspozycję

do celiakii i jest możliwe, że zachoruje czy choroba mu nie grozi. A dodatnia genetyka i 10-krotnie przekraczające normę przeciwciała przeciwko transglutaminazie tkankowej jednoznacznie wskazują na celiakię i już nie ma potrzeby robić biopsji. Biopsja jelita cienkiego jest obecnie badaniem potwierdzającym podejrzenie celiakii. Jeśli genetyka jest dodatnia i przeciwciała są dodatnie, ale nie aż tak wysokie, robimy biopsję. Tak, diagnostyka poszła bardzo mocno do przodu.

► **A co z leczeniem? Wciąż jedynym sposobem jest dieta bezglutenowa?**

Mówi się o żywności modyfikowanej, o szczepionce, enzymach, ale póki co terapia się nie zmieniła, wciąż konieczna jest całożyciowa dieta bezglutenowa. Mam nadzieję, że kiedyś w celiakii będzie tak jak w hipolaktazji. Jeszcze niedawno konieczna była dieta bez mleka i produktów mlecznych, teraz wystarczy przed mlecznym posiłkiem wziąć kapsułkę laktazy i nie ma objawów popokarmowych. Wierzę, że również w celiakii terapia stanie się mniej uciążliwa.

► **Zmieniło się też w nieswoistym zapaleniu jelit. Kiedyś dotyczyło ono głównie dorosłych, teraz choruje coraz więcej dzieci.**

Tak. I jak celiakii internści uczyli się od nas, pediatrów, tak teraz my uczymy się nieswoistych zapaleń jelit od nich.

Zmieniła się też diagnostyka. Dzisiaj bada się kał na obecność kalprotektyny. Jest to badanie przesiewowe. Wynik dodatni świadczy o stanie zapalnym w jelitach, natomiast czy tło jest jak w nieswoistym zapaleniu jelit, czy takie jak np. w alergii pokarmowej – określa się na podstawie dodatkowych badań. Jeżeli chodzi o leczenie, to weszła terapia biologiczna, która jest ogromnie pomocna, szczególnie jeśli chodzi o dzieci. Leki nie są przeznaczone do leczenia ambulatoryjnego, ale staramy się, aby jedna z terapii biologicznych

była również możliwa do podania dzieciom w poradniach.

► **Ale zmian jest dużo więcej...**

To prawda, np. jeden z wykładowców Zjazdu – ekspert w dziedzinie mukowiscydozy prof. Jarosław Walkowiak, kierownik poznańskiej Kliniki Gastroenterologii Dziecięcej i Chorób Metabolicznych, wprowadził w Polsce nową, nieinwazyjną diagnostykę mukowiscydozy, która polega na badaniu kału na obecności elastazy. Bardzo zmieniło się też leczenie zaparć czynnościowych stolca u dzieci. Dawniej leczylimy je laktulozą, teraz stosujemy tylko makrogole.

Pojawiło się wiele nowości, standardów, rekomendacji. Dlatego tym bardziej cieszę się z obecności na Zjeździe dużej grupy lekarzy pierwszego kontaktu. Aktualizowanie wiedzy jest niezwykle ważne. Ten, kto zatrzymał się na wiedzy ze studiów albo egzaminu specjalizacyjnego, nie jest w stanie zająć się równie dobrze pacjentem, jak ten, kto jest na bieżąco.

► **Zdaniem sporej grupy uczestników ośrodek bydgoski podczas Zjazdu zdecydowanie się wyróżniał.**

Rzeczywiście i to bardzo dobrze, bo zawsze byliśmy jednym z wiodących ośrodków w kraju. Jeżeli chodzi o doniesienia zjazdowe, to na 128 zgłoszonych 22 wpłynęły z Katedry i Kliniki Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii oraz Zakładu Endoskopii i Badań Czynnościowych Przewodu Pokarmowego. To największej prac z jednego ośrodka, a trzy z nich zdobyły najwyższą punktację ze wszystkich nadesłanych. Były to prace autorstwa dr. Bartosza Romańczuka, dr hab. Anny Szaflarskiej-Popławskiej, prof. UMK, dr Moniki Parzęckiej i Eweliny Gawęł. Oprócz nich do prezentacji ustnej wybrane zostały jeszcze inne prace z kliniki: m.in.: dotycząca alergii pokarmowej praca dr Ingi Adamskiej z zespołem, praca pod kierunkiem dietetyczki mgr Martyny Rekowskiej i prace Studenckiego Koła Naukowego. A czynny udział w zjeździe to nie tylko prezentacje ustne czy plakatowe, ale również wykłady w sesjach pokarmowych.

To był bardzo ważny zjazd: dla naszego ośrodka, dla wszystkich gastroenterologów, ale także dla pediatrów i lekarzy rodzinnych.

Informacje o prof. Mieczysławie Czerwionce-Szaflarskiej w „Primum” nr 2/2015, str. 5.



Rabba
a s e p t y k a

Polimeryzacja podłóg

Większość producentów zaleca renowację co 6-12 miesięcy.

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

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

+48 694 029 492

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**

Wiemy jak wiele laboratoriów medycznych mają Państwo do wyboru, dlatego dziękujemy, że wybrali Państwo właśnie laboratoria Vitalabo.



ul. gen. J. Hallera 2 E, Bydgoszcz
www.vitalabo.com.pl

Podwójny Jubileusz

Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy obchodzi w tym roku podwójny jubileusz: 130-lecia Szpitala przy ul. Seminaryjnej 1 i 110-lecia Szpitala przy ul. Meysnera 9. Uroczystości rozpoczęła 15 maja br. msza dziękczynna w intencji pracowników i pacjentów w Kościele pw. Świętej Trójcy w Bydgoszczy.

Dalsze obchody odbyły się 16 maja w Filharmonii Pomorskiej. Jubileusz objęli patronatem honorowym: Wojewoda Kujawsko-Pomorski Mikołaj Bogdanowicz, Marszałek Województwa Kujawsko-Pomorskiego Piotr Całbecki, Prezydent Miasta Bydgoszczy Rafał Bruski oraz Ordynariusz Diecezji Bydgoskiej biskup Jan Tyrawa.

W obchodach uczestniczyło wielu zaproszonych gości, wśród nich – przedstawiciele władz wojewódzkich, samorządowych i miejskich, reprezentanci kościoła katolickiego, dyrektor Kujawsko-Pomorskiego Oddziału NFZ, członkowie rady społecznej Szpitala, dyrektorzy szpitali, rektorzy uczelni bydgoskich, postówie na Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, byli dyrektorzy Szpitala. Najliczniejszą grupę stanowili byli i obecni pracownicy Szpitala.

Witając wszystkich zaproszonych gości, dyrektor Szpitala Mariola Brodowska w sposób szczególny podkreśliła rolę i znaczenie historii obydwu Szpitali dla miasta i regionu. Zaznaczyła, że obchody jubileuszu są wyrazem szacunku wobec tradycji, uczą umiejętności czerpania z doświadczeń i podejmowania nowych zadań. Historia Szpitala to przede wszystkim ludzie, którzy go tworzyli i tworzą nadal. To setki miejsc pracy, które były i są dla nich miejscem spełnienia zawodowego.

Jubileusz 130-lecia Szpitala był wspaniałą okazją do uhonorowania zasłużonych

MEDALE PREZYDENTA RP ZA DŁUGOLETNIĄ SŁUŻBĘ

• **złoty:** Ciesielska Anna, Cieśliński Krzysztof, Czajkowska-Malinowska Małgorzata, Jagiełło Grażyna, Kozłowska Róża, Nowakowska Elżbieta, Przybylski Grzegorz, Siemiątkowska Krystyna, Wojcieszko Adam, Zubiel Marek;

• **srebrny:** Jesionka Paweł, Krukowska Anna, Kruza Katarzyna, Łaskawska-Szargęła Danuta, Szczepanik Adam, Trawicki Marek, Zielińska-Damska Janina.

i długoletnich pracowników Medalami za Długoletnią Służbę oraz odznakami honorowymi: „Za zasługi dla ochrony zdrowia”. Medale wręczał Wicewojewoda Kujawsko-Pomorski Józef Ramlaul.

Kolejnym punktem uroczystości była ceremonia uhonorowania dyrektor Marioli Brodowskiej złotym Medalem Za Długoletnią Służbę oraz najwyższym wojewódzkim odznaczeniem marszałkowskim – medalem „Unitas Durat Palatinatus Cuiaviano-Pomeraniensis”, który, w uznaniu zasług na rzecz rozwoju placówki i utrzymania przez nią wysokich standardów medycznych, wręczył Marszałek Województwa Piotr Całbecki.

Część oficjalną spotkania jubileuszowego zwińczył niezwykle film przygotowany specjalnie na tę okazję, w którym przedstawiono historię obu jednostek, zmiany jakim podlegały na przestrzeni lat, a także twórców Szpitala oraz ich dokonania.

Jubileusz to również czas na podziękowania i wyróżnienia dla osób, które przyczyniły się do rozwoju Szpitala, wytyczając drogę do współczesnej pulmonologii, jak również dla osób, które wspierają od wielu lat jego działalność. Dyrektor Szpitala Mariola Brodowska wręczyła tym osobom jubileuszowe statuetki oraz podziękowania.

Podsumowując uroczystość jubileuszową, pani dyrektor Mariola Brodowska złożyła podziękowania pracownikom Szpitala. Zarówno prekursorom, czyli pierwszym lekarzom-fizyjom, którzy wyszkolili wielu doskonałych specjalistów godnie kontynuujących ich dzieło, jak również wszystkim obecnym, którzy na przestrzeni lat swoim zaangażowaniem, trudem codziennej pracy przyczynili się do rozwoju cenionego w regionie i kraju ośrodka kompleksowego leczenia chorób układu oddechowego.

Na zakończenie zaprezentowany został projekt rozwoju Szpitala na najbliższe lata, który otworzy erę współczesnej pulmonologii na poziomie europejskim.

Zespół K-P Centrum Pulmonologii

WŁOCŁAWSKIE STOWARZYSZENIE LEKARZY STOMATOLOGÓW
ZAPRASZA NA KURS 25 CZERWCA 2016 W CIECHOCINKU



Porcelanowe i kompozytowe rekonstrukcje przednich oraz bocznych zębów

Wykładowca: profesor Jerzy Sokołowski – kierownik Zakładu Stomatologii Ogólnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Tematy wykładu to m.in.: Licówka czy korona protetyczna – trudny czy łatwy wybór? Licówki porcelanowe czy kompozytowe? Porcelanowe/kompozytowe rekonstrukcje zębów bocznych; Cementowanie adhezyjne czy tradycyjne?; Najczęstsze przyczyny niepowodzeń klinicznych.

Kurs organizuje – Włocławskie Stowarzyszenie Lekarzy Stomatologów pod patronatem Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej. Zapraszamy do hotelu „Austeria” w Ciechocinku ul. Bema 32. Początek szkolenia godz. 10.00.

Informacje i zgłoszenia: www.stomatologia.edu.pl. Tel. (54) 2315157, 694724871.

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**

Pakiet onkologiczny – rok później

Doświadczenia są lepsze niż obawy

W poprzednim „Primum” wpływ zmian spowodowanych wprowadzeniem pakietu onkologicznego na kondycję i funkcjonowanie placówki, w której są zatrudnieni, ocenili pracownicy Centrum Onkologii w Bydgoszczy. W tym numerze plusy i minusy pakietu przedstawiają lekarze z pierwszej linii frontu walki z chorobami nowotworowymi. O opinię zapytaliśmy dwoje lekarzy pierwszego kontaktu: Magdalenę Wysocką z Przychodni „Nad Wisłą” w Bydgoszczy (placówka wystawiła dotychczas 44 karty DiLO, głównie z powodu podejrzenia raka: piersi, jelita grubego, odbytnicy, nerki i prostaty) i Tadeusza Derezińskiego, dyrektora NZOZ-u „Esculap” w Gniewkowie (placówka wydała 40 kart, z czego Tadeusz Dereziński – 10, podejrzewając nowotwory: piersi, zwoju nerwowego, płuc, nerki i jelita grubego

KARTA DILO

Jeszcze przed wprowadzeniem pakietu onkologicznego wiele obaw wzbudzała konieczność wypełniania karty DiLO. Diabeł jednak nie okazał się aż taki straszny. *Myślałem, że proces wystawiania kart będzie bardziej czasochłonny i żmudny, ale nie jest aż tak źle. Drukujemy karty, kserujemy je, oryginał dajemy pacjentowi, a ksero wklejamy do dokumentacji. Wszystko przebiega dosyć sprawnie* – mówi Tadeusz Dereziński, dyrektor NZOZ-u „Esculap”. Ale przyznaje, że uproszczenie procedury raportowania do NFZ przyjąłby z zadowoleniem.

Na inny sposób ograniczenia czasu przeznaczanego na obsługę karty wpadła bydgoska Przychodnia „Nad Wisłą”. W placówce karty DiLO dla wszystkich pacjentów wypisuje jeden lekarz.

DIAGNOSTYKA

Wprowadzenie pakietu onkologicznego w bardzo niewielkim stopniu lub wcale nie wpłynęło na rodzaj i częstotliwość zleczanych przez placówkę badań. *Udzielamy 50 tys. porad rocznie, a kart DiLO wystawiliśmy dotychczas około 40. To zbyt mały odsetek, żeby się dało zauważyć różnicę* – wyjaśnia przyczynę Tadeusz Dereziński.

WSPÓŁPRACA ZE SZPITALAMI

Przychodni „Nad Wisłą” oraz NZOZ-owi „Esculap” współpracują z Centrum Onkologii i innymi szpitalami leczącymi pacjentów onkologicznych układa się w zasadzie bez zakłóceń. Owszem, zdarzało się, że pacjent został odesłany z powrotem, ale za każdym razem problem udawało się szybko zażegnać. Jak twierdzi Tadeusz Dere-

ziński, pacjenci gniewkowskiej placówki (kierowani głównie do bydgoskiego Centrum Onkologii) – *już następnego dnia po wystawieniu im karty DiLO zgłaszają się do szpitala, gdzie od razu są przechwytywani przez system. Jednak zastrzega: – Nie wiem, jak to wygląda już później, w kwestii dostępu do leczenia. Mam na myśli zwłaszcza radioterapię, na którą czeka się najdłużej w sytuacji, gdy pacjent nie mieszka w Bydgoszczy albo nie stać go na hotel.*

PLUS CZY MINUS

Magdalena Wysocka na pytanie, czy pakiet onkologiczny przyniósł korzyści POZ-om, odpowiada twierdząco i wskazuje na umożliwienie lekarzom pierwszego kontaktu kierowania pacjentów na szybką diagnostykę.

Pytany o to samo, Tadeusz Dereziński mówi: *Lekarz jest od tego, żeby ludziom nieść pomoc. W naszym zawodzie są rzeczy, które są przyjemne, radosne, spektakularne, ale też takie, które idą jak po grudzie, są trudne, denerwujące, a czasami głupie. Ale trzeba się w tym wszystkim odnaleźć i przez cały czas pamiętać, że „salus aegroti suprema lex”. Nie wolno o tym zapomnieć, bo to jest aksjomat. Kto ma z tym problem, musi odejść z zawodu.*

Na koniec zwraca uwagę na korzyści, jakie pakiet onkologiczny przynosi chorym. *Jeżeli przed pacjentem, który wymaga szybkiego działania, stawia się możliwość skrócenia jego ścieżki, to jest to dla niego wielka korzyść* – mówi – *Dlatego jako lekarza cieszy mnie sytuacja, że ludzie, którzy wymagają natychmiastowej diagnostyki są teraz diagnozowani, jak na polskie warunki, bardzo szybko.*

Magdalena Godlewska



Oczami pacjenta

Lekarze oceniają pakiet onkologiczny jako dobry i dobrze rokujący. Dziwne jest i smutne zarazem, że o ocenie decydują sami lekarze i osoby siedzące wyłącznie za biurkiem. Niestety, w oczach pacjenta pakiet onkologiczny nie jawi się w tak różowych barwach. Pomimo że obecny system ma swoje zalety, jest wiele czynników, które sprawiają, że pacjent czuje się zdezorientowany, zagubiony. W 2015 r. zdiagnozowano u mnie nowotwór złośliwy piersi, dlatego też śmiało mogę wypowiedzieć się na temat tej drugiej, raczej mniej przyjaznej, strony karty onkologicznej.

Podczas samobadania wyczułam w prawej piersi guzek. Z racji tego, że jestem młodą osobą – żaden z 3 badających mnie lekarzy nie podejrzewał niczego niewłaściwego. Podczas wykonywania badania palpacyjnego żaden nie wykrył niczego niepokojącego. Pomimo że wykluczenie najgorszego powinno być podstawą – nikt nie wykonał USG, na które w efekcie musiałam udać się prywatnie. Wyraz twarzy pani doktor, która wykonywała badanie, mówił już sam za siebie. Wiedziałam, że coś jest nie tak. USG wykazało mocno nieprawidłowe zmiany. Potrzebna była biopsja, której wynik brzmiał: *podejrzenie*

nie nowotworu złośliwego. Wynik odebrałam w kopercie i udałam się do domu. W tym momencie, oprócz pierwszego szoku, w mojej głowie pojawił się wielki znak zapytania – *Co robić dalej?* Jakim cudem wypuszcza się do domu pacjenta z takim wynikiem biopsji, nie informując, gdzie ma się udać i co zrobić?!

Następnego dnia, kierując się intuicją, udałam się do lekarza pierwszego kontaktu z prośbą o założenie karty onkologicznej. Lekarz odmówił założenia takowej, tłumacząc, że zakłada się ją w momencie diagnostyki,

a ja diagnostykę mam już za sobą. Z kolei w szpitalu ze zdziwieniem przyjęli brak karty i był to pierwszy moment, kiedy poczułam się mniej ważna niż karta onkologiczna. U lekarza onkologa szybko okazało się, że w celu potwierdzenia wyniku należy wykonać kolejną biopsję. I tu się rodzi pierwsze pytanie: Dlaczego w dobie wielkiego tsunami nowotworów piersi u kobiet w przypadku podejrzenia zmian w piersi nie wyklucza się najgorszego? I pytanie numer dwa: Dlaczego nie wykonuje się kompleksowych badań? Co to za profilaktyka, gdy wszędzie uświadamia się kobiety o konieczności samobadania! Ja to

robiłam, ale aż troje lekarzy (w tym jeden onkolog) zbagatelizowało sprawę. Jeśli specjalista nie zainteresował się moimi zmianami w piersi, to jak lekarz pierwszego kontaktu miałby być lepszy od niego?

W moim przypadku kolejnym etapem była biopsja mammotomiczna. Po badaniu założono mi bandaż i poinformowano, że mam go nosić do dnia następnego. To były wszystkie informacje, które uzyskałam. Nieświadoma niczego tuż po badaniu poszłam na siłownię. Po dwóch tygodniach – na odwrocie wyniku biopsji – wyczytałam szereg zaleceń i przeciwwskazań po tego typu badaniach. Dowiedziałam się np., że nie należy uprawiać aktywności fizycznej. Dlaczego więc pacjent jest narażony na taką szczątkowość informacji? Dlaczego nie ma konkretnych procedur informowania pacjenta o przebiegu zabiegu i zaleceniach przed i po?

Oczekiwanie na wynik trwało dwa tygodnie. Dla tych z zewnątrz – krótko, dla zainteresowanych – cała wieczność, a przecież w takiej chorobie liczy się każdy dzień. Rak złośliwy sutka. Ot, taka diagnoza.

Lekarz poinformował mnie o przyjętym trybie leczenia – obustronna mastektomia z jednoczasową rekonstrukcją, chemioterapia oraz 5-letnia terapia hormonalna. W takich momentach masz wrażenie, że cały twój świat się wali...

Wyznaczają ci terminy komisji lekarskiej oraz pobytów w szpitalu, a ty zastanawiasz się, jakim cudem z młodej dziewczyny stała się pacjentką centrum onkologii. Ale zanim się obejrzyz, chodzisz już po oddziale z drenem przyczepionym do pachy, a twoim głównym zmartwieniem jest obecność lub brak przerzutów. Jednak lekarzy to nie obchodzi. Wszystko zgodnie z procedurą.

Nikt nie zalecił rezonansu, aby wykluczyć przerzuty.

Czekała mnie chemioterapia. Wtedy udałam się do mojego chirurga onkologa na wizytę. Miałam mnóstwo pytań dotyczących przyszłego leczenia, chemioterapii i związanych z nią niedogodności. Ku mojemu zdziwieniu lekarz, zamiast rozwiać moje wątpliwości, zwyczajnie podziękował mi za współpracę. Jego rola w moim leczeniu się zakończyła, operacja wykonana, część chirurgiczna zakończyła się sukcesem, słowem – nic tu po nim. Poczłam się odrzucona i zagubiona – zupełnie jak na początku tej trudnej drogi. Lekarz, do którego zdążyłam się przyzwyczaić, któremu ufałam, który znał mnie i moje problemy – po prostu przestał być moim lekarzem.

Nie miałam pojęcia, na kogo trafię i kto się mną teraz zajmie. Umówiono mnie na chybił trafił do chemioterapeuty na wizytę. Nie chciałam na chybił trafił. Chciałam kogoś zaufanego, kogoś, kto mnie nie potraktuje jak setną osobę w kolejce. Chciałam, żeby ktoś ze mną porozmawiał zanim rozpocznie leczenie. Wystuchał, a nie tylko prze-

czytał, co ma napisane w karcie przebiegu choroby. Nie było kogoś takiego.

Zdecydowanie brakuje osoby, która koordynuje całe leczenie. Która spojrzy na pacjenta i jego konkretny przypadek. Odpowie na każde pytanie, niezależnie od etapu leczenia. Która będzie znać obawy i wątpliwości pacjenta. W razie potrzeby skieruje do psychologa, dietetyka, rehabilitanta. Przecież rak to nie grypa ani złamanie nogi. To śmiertelna choroba, a leczenie to walka. Jednak w Polsce – to samotna walka pacjenta, bo lekarz o nic nie musi walczyć, załatwia się procedurami, które wyłączają zdolność indywidualnego podejścia do konkretnego przypadku. Mój przypadek nie był szablonowy, a potraktowano mnie szablonowo.

Chemioterapia. To jest to słowo, które bałam się nawet wymówić na głos. Na samą myśl miałam ciarki. Jednak z pełnią nadziei udałam się na wizytę do chemioterapeuty, bo tak trzeba, bo chciałam być zdrowa. Stałam się przerażona przed drzwiami lekarza z nadzieją na słowa otuchy i wsparcie.

Otóż niestety moje oczekiwania dość mocno minęły się z prawdą. Chemioterapeuta nie ma zbyt wiele czasu, za drzwiami są dziesiątki osób, więc poświęca pacjentowi około 5 minut, zatapiając wzrok w wynikach badań. Przez wszystkie wizyty przed chemią ani razu mnie nie osłuchano, nie zważono, nie zapytano, jak się czuję.

Chemia to nie lek na grype. Przecież aż się prosi żeby chociażby sprawdzić, czy pacjent nie chudnie, nie ma zaburzeń pracy serca, upewnić się, że wszystko jest ok. Tego po prostu nie ma. Jest za to pośpiech i bezduszność. Jest masówka i poczucie, że jeśli coś jest nie tak – to nikt tego nie zauważy.

Po zakończeniu leczenia dezorientacja wcale się nie zmniejsza. Moje leczenie będzie trwało 5 lat (proszę zwrócić uwagę, że jestem młodą kobietą, która chce założyć rodzinę i mieć dzieci, a procedura leczenia jest taka, jak dla kobiet po 50. roku życia). Przez dwa lata będę przyjmować zastrzyki, przez 5 tamoxifen – lek, który ma wywołać w moim organizmie stan menopauzy. Czy w takim wypadku nie należałoby być pod opieką specjalisty, chociażby ginekologa? Nikt nie poinformował mnie o opcjach zabezpieczenia się przed niepłodnością. Na własną rękę szukałam informacji. Sama zrobiłam sobie badanie genetyczne, sama doprowadziłam do pobrania tkanki jajnika i jej zamrożenia w klinice w Warszawie. O takich opcjach nikt mnie nie poinformował. Jestem bardzo dociekliwym pacjentem, a co z resztą zagubionych kobiet?

Gdy przy ostatniej chemii zapytałam chemioterapeutę (bo tak naprawdę nie wiedziałam, komu zadać to pytanie), czy nie powinienam być pod opieką również specjalisty ginekologa, odpowiedział, że jeśli chcę, to może mi wypisać skierowanie do ginekologa. Poprosiłam. Podczas próby rejestracji do

ginekologa w Centrum Onkologii odmówiono mi, ponieważ nie choruję na nowotwór dróg rodnych. Udałam się więc na drugą stronę ulicy – do budynku Profilaktyki i Promocji Zdrowia. Tam z kolei nie było już terminów, a pierwszy wolny – za rok! Zwykły ginekolog w przychodni w ogóle nie chciał ze mną rozmawiać (twierdząc, że się nie zna) i skierował mnie do ginekologa-onkologa. Błędne koło!

Tak więc podczas trwania leczenia tamoxifenem nie mam już zapewnionej ŻADNEJ kompetentnej opieki ginekologicznej. Chemia zakończona, kontrola co 3 miesiące (ale nie ginekologiczna), a to, że dzień w dzień przez 5 lat będę przyjmować leki blokujące żeńskie hormony, nie ma znaczenia. Nikt tego nie kontroluje, nikt nad tym nie czuwa, co w kontekście zakładania rodziny i płodności w przyszłości budzi mój spory niepokój. Kolejny raz pacjent jest zostawiony sam sobie z poczuciem, że jeśli nie uda się prywatnie do lekarza, to nikt o niego nie zadba. Rodzi się więc pytanie, czy celem pakietu onkologicznego jest samo leczenie pacjenta, czy jego wyleczenie.

Podsumowując: nie ulega wątpliwości, że pakiet onkologiczny jest krokiem w stronę przyspieszenia terapii nowotworowej (zabiegu, chemioterapii i radioterapii). Jednak potem, pacjencie, radź sobie sam. Procedury są suche i bezduszne. Pacjent nie wie, że lekarz musi wykonać masę niemedycznych czynności, widzi tylko, że lekarz nie ma dla niego czasu. Coś tu zdecydowanie jest nie tak. Lekarz musi mieć dla pacjenta czas.

Najważniejszą wadą karty onkologicznej jest brak koordynatora całego leczenia, bez tego pacjent jest zagubiony i zdany na ślepy traf. Kolejną jest dezinformacja i brak informowania pacjenta odnośnie procedur. Brak standardowych badań przed podaniem chemioterapii oraz brak opieki specjalisty podczas leczenia hormonalnego – to kolejne negatywne strony karty onkologicznej. Do tej listy dodałbym także brak programów onkologicznych dla ludzi młodych. Zwłaszcza młodych kobiet w kontekście zachowania płodności podczas leczenia. To są sprawy, o których się nie mówi. Młode kobiety są leczone zgodnie z tymi samymi standardami, co kobiety 50-, 60- i 70-letnie. Nie informuje się ich o ryzyku ani możliwych opcjach zachowania płodności.

Słowem, pakiet onkologiczny widziany oczami pacjenta pozostawia wiele do życzenia. Co z tego, że statystyki mówią, że szybciej wykonuje się diagnostykę, hospitalizację oraz chemio- lub radioterapię. Jednak nie ma tam miejsca dla człowieka – pacjenta, który nie byłby zagubiony, lecz doinformowany i z godnością przeprowadzony przez całą, ale to całą drogę ku zdrowiu. Obecnie dobry pacjent to taki, który o nic nie pyta, jest pokorny i ślepo wierzy w medyczne procedury. A przecież pozytywny stan psychiczny człowieka może przyczynić się do poprawy komfortu leczenia i statystyki WYLECZEŃ.

Pacjentka



Audi
Przewaga dzięki technice



Nowe Audi A4 Avant. Poczuj zmianę.



Przywileje dla wymagających

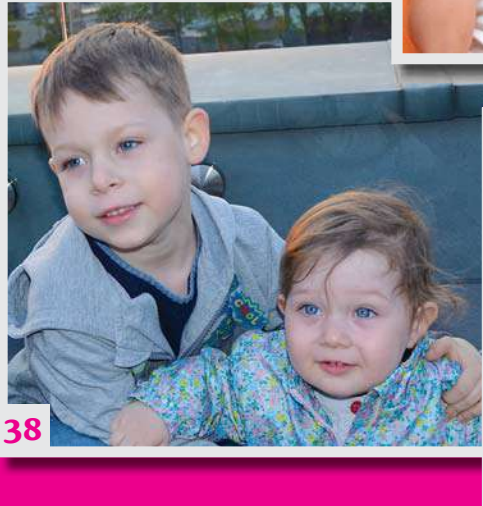
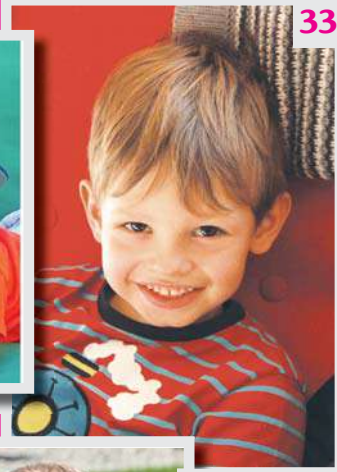
Dla najbardziej wymagających klientów stworzyliśmy wyjątkową ofertę. Modele Audi, które wyróżnia pionierska technika, szlachetna stylistyka oraz niezwykle bogate wyposażenie, są teraz dostępne w specjalnej ofercie skierowanej do lekarzy. Szczegóły w salonie. Zapraszamy.

Specjalna oferta dla lekarzy

Konarzewski

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

W zależności od wariantu i wersji zużycie paliwa w cyklu mieszanym: od 3,7 do 6,3 l/100 km, emisja CO₂: od 95 do 144 g/km. Informacje dotyczące odzysku i recyklingu pojazdów wycofanych z eksploatacji znajdują się na stronie www.audi.pl.





Początek ludzkiego życia – bioetyczne wyzwania i zagrożenia

Wartość życia ludzkiego, dylematy bioetyczno-medyczne zapłodnienia in vitro, naprotechnologia, etyczne i moralne trudności dotyczące badań prenatalnych oraz problemy etyczne związane z noworodkami urodzonymi na granicy przeżycia – to tylko niektóre z zagadnień, jakie poruszano podczas zorganizowanej już po raz piąty w ramach Bydgoskich Spotkań Bioetycznych ogólnopolskiej konferencji (Bydgoszcz, 2 kwietnia), która w tym roku odbywała się pod hasłem „Początek ludzkiego życia – bioetyczne wyzwania i zagrożenia”.

Jak podkreślił prof. Władysław Sinkiewicz, przewodniczący Komisji Bioetycznej Bydgoskiej Izby Lekarskiej, problemy bioetyczne są obecnie na całym świecie przedmiotem żywych debat, gdyż odkrycia w dziedzinie biologii i medycyny stwarzają nie tylko nowe wyzwania, ale i duże zagrożenia natury etycznej. Pomysłodawca spotkań uważa, że są one również okazją do stawiania fundamentalnych pytań.

Cechą wyróżniającą Bydgoskie Dni Bioetyczne jest to, że usiłuje się spojrzeć na problem również od drugiej, często przemilczanej w przekazywanych informacjach, strony, starając się podejmować tematykę obiektywnie, możliwie szeroko, ustami wybitnych ekspertów naukowych w swoich dziedzinach. Konferencje bioetyczne podejmują związane z ludzkim życiem problemy, których często nie obejmują ani programy nauczania studentów na uczelniach medycznych, ani lekarzy na studiach podyplomowych.

Milczącym nieobecny w debacie o należne sobie prawa jest ludzki embrion, człowiek w pierwszych stadiach swego istnienia. Jego uprawnienia rodzą się z trudem, są przemilczane albo wprost farnane w grze egoistycznych interesów różnych grup społecznych, politycznych czy ideologicznych. Wielopłaszczyznowa dyskusja naukowa jest szczególnie ważna, kiedy niejednokrotnie próbuje się narzucić pogląd, że nie ma żadnych wartości uniwersalnych, a prawo powinno być tylko wyrazem woli większości, otwarte na pluralizm światopoglądowy, kulturalny i polityczny.

Czy na przykład wartość poczętego życia ludzkiego można mierzyć jego jakością? Na to pytanie próbował odpowiedzieć ks. prof. Marian Machinek, naukowiec z Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie. Wykładowca zauważył, że dwa pojęcia użyte w tytule wystąpienia wskazują na dwie odmienne koncepcje normatywne w odniesieniu do życia istoty ludzkiej. Jedna zakłada, że wartość człowieka nie zależy od żadnych zewnętrznych okoliczności (przydatności i statusu społecznego, stanu zdrowia, stadium rozwoju) i jest tak dalece wyjątkowa w świecie istot żywych, że należy ją wyrazić odrębnym pojęciem: pojęciem godności. Prelegent przypomniał, że godność każdej istoty ludzkiej jest nienaruszalna. Dodał, że ta koncepcja jest szczególnie charakterystyczna dla etyki chrześcijańskiej, w której mówi się o świętości życia ludzkiego. W ra-

mach drugiej koncepcji dokonuje się pewnej daleko idącej modyfikacji pojęcia osoby ludzkiej. Status osoby nie jest tu związany z samym jej istnieniem, ale ze stopniem rozwoju i stanem zdrowia. Są zatem takie istoty ludzkie (należące do gatunku homo sapiens sapiens), które przestają być osobami (bo nieodwołalnie straciły charakterystyczne dla osób wyższe zdolności psychiczne) lub też jeszcze nimi nie są (bo nie osiągnęły jeszcze odpowiedniego stadium rozwoju). W związku z tym nie można im przypisać godności, która charakteryzuje osobę.

Według prof. Mariana Machinka, gdy taki pogląd zostaje odniesiony do ludzkiego embrionu, implikuje, że pełny status osobowy osiąga on jedynie w miarę wzrostu i stopniowego ujawniania cech ludzkich, a później osobowych. Czynienie takiej normatywnej cezury, jak zauważył wykładowca, oznaczałoby w praktyce rozpad rodziny ludzkiej na dwa typy istot: „jeszcze nie osób” oraz „już osób” i miałyby konsekwencje nie tylko w zakresie traktowania embrionów, ale także już urodzonych ludzi, którzy są obarczeni mniejszymi czy większymi defektami rozwojowymi.

Bioetyk dr hab. n. med. Marek Czarkowski przedstawił argumenty etyczno-medyczne dotyczące zapłodnienia in vitro. Powiedział, że za stosowaniem tej metody przemawia cały szereg racji etycznych. Każdy człowiek może pragnąć posiadać dziecko, a osoby niepełne mają prawo do korzystania z osiągnięć medycyny takich jak in vitro. Pojawienie się dziecka jest czynnikiem spajającym rodzinę i dzięki temu sprzyja trwałości związku. Niestety, obok argumentów za – jak podkreślił przewodniczący Ośrodka Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej – można przytoczyć szereg argumentów przeciw. Do najważniejszych należy zaliczyć zarzut szafowania ludzkim życiem. Dla ludzi okazujących szacunek i ceniących życie każdej istoty ludzkiej – tworzenie nadliczbowych zarodków i poświęcanie życia wielu istot ludzkich po to, by doprowadzić do urodzenia jednego człowieka, jest niedopuszczalnym, nieetycznym nadużyciem.

Dr Maciej Barcentewicz, dyrektor Instytutu Leczenia Niepłodności w Lublinie, w tytule swojego wykładu postawił pytanie: Dlaczego NaProTechnology? Swoją odpowiedź oparł na badaniach i liczbach. Podkreślił, że według Światowej Organizacji Zdrowia częstość występowania niepłodności jest znacznie mniejsza (1,9% kobiet w wieku

od 20 do 44 lat) niż przedstawiana za pośrednictwem mediów – 15–20 % populacji w Polsce. Stwierdził, że różnica ta wynika z ideologicznego, propagandowego i komercyjnego podejścia do leczenia niepłodności. Dominujący aktualnie algorytm postępowania z parami o obniżonej płodności oparty jest na technikach wspomagane go rozrodu (ART), w tym inseminacjach domacicznych i metodach zapłodnienia pozaustrojowego in vitro. Realna skuteczność procedur in vitro to tylko 3,21% (według danych brytyjskich na 3.806.699 dzieci na zarodkowym etapie istnienia poczętych metodami in vitro pomiędzy rokiem 1991 a 2006 urodziło się tylko 122.043). Prelegent wskazał, że skuteczność NaProTechnology rozumiana jako urodzenie dziecka po wyleczeniu niepłodności przez parę z uprzednio rozpoznaną niepłodnością małżeńską – według opublikowanych badań wynosi około 50%.

Profesor Anna Latos-Bieleńska skupiła się na etycznych i moralnych problemach badań prenatalnych z perspektywy lekarza genetyka. Na wstępie przypomniała podstawową zasadę etyki medycznej, która obowiązuje również w badaniach genetycznych – działanie dla dobra pacjenta. Prelegentka podkreśliła, że w zakresie diagnostyki prenatalnej wchodzi wszystkie badania – inwazyjne i nieinwazyjne – które można wykonać przed urodzeniem dziecka. Należy postawić sobie pytania: w jakim celu jest prowadzona diagnostyka prenatalna oraz czy interes dziecka i rodziców jest zbieżny. W przypadku metod inwazyjnych należy także wnikliwie rozważyć wskazania w każdym indywidualnym przypadku, ponieważ pobranie materiału biologicznego do badań genetycznych (kosmówka, płyn owodniowy, krew płodu) jest związane z ryzykiem powikłań, a nawet utraty ciąży. Profesor zauważyła, że współczesna genetyka stwarza również nowe, nieznanne wcześniej możliwości diagnostyki chorób genetycznych – metody te znajdują zastosowanie także w diagnostyce prenatalnej. Jednak należy pamiętać, że badania genetyczne mają dwa oblicza – mogą być zarówno dobrodziejstwem, jak i zagrożeniem. Głosem uzupełniającym wykład prof. Latos-Bieleńskiej było wystąpienie prof. Mariusza Dubiela z CM UMK, który poruszył ważne i często trudne etycznie aspekty badań przedimplantacyjnych.

Redaktor Bogumił Łoziński z Warszawy, mówiąc o bioetyce początków ludzkiego życia w polskiej debacie publicznej, zauważył, że toczy się ona intensywnie od 2007 r. i ma związek z zapowiedzią finansowania in vitro z budżetu państwa. Dodał, że owa debata odbywa się przede wszystkim na płaszczyźnie religijnej, filozoficznej i prawnej, ale także emocjonalnej. Środowiska opowiadające się za zakazem aborcji odwołują się w tej kwestii do nauczania Kościoła. Z kolei zwolennicy in vitro kwestionują fakt, że połączenie komórki jajowej i plemnika jest początkiem ludzkiego życia. Według dziennikarza w dialogu na takiej płaszczyźnie porozumienie jest niemożliwe, bo dla ludzi niewierzących powoływanie się na nauczanie Kościoła jest nie do przyjęcia. Uwagę zwraca również kompletny brak w debacie publicznej poważnego głosu naukowców. Po- →

Pytania kandydatów do oddania krwi



Regularni dawcy krwi na ogół są zorientowani w sprawach dotyczących przeciwwskazań do oddawania krwi, zasad postępowania przed i po oddaniu, jak i przywilejów im przysługujących, np.: odznaki z tytułu ilości oddanej krwi czy bezpłatnych przejazdów komunikacją miejską.

■ Często jednak wielokrotni dawcy napotykać w zakładzie pracy na trudności w uzyskaniu dnia wolnego z tytułu oddania krwi. Lekarz wskazuje wówczas odpowiednie przepisy, które regulują ten od dawna istniejący problem. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z 15 maja 1996 r. **krwiodawcy przysługuje w dniu oddania krwi pełnopłatny dzień wolny od pracy.**

■ Do często występujących należą pytania dotyczące przyjmowania leków hipotensyjnych, o których wspominałam w jednym z wcześniejszych artykułów – jako o przeciwwskazaniu do oddania krwi.

■ Dawcy pytają również, ile wynoszą okresy „odczekania” po takich zabiegach jak: gastroscopia, zabieg operacyjny czy przekłu-

cie ciała. Po wszystkich wymienionych zabiegach, aby oddać krew lub jej składnik, należy **odczekać 6 miesięcy.**

■ Dawca, który 2 lutego powrócił z Tanzanii, gdzie przebywał 2 tygodnie w okolicach Kilimandżaro, a przed wyjazdem oddawał krew, pytał, czy musi odczekać 6 miesięcy, czy może wcześniej zgłosić się do oddania. Okazało się jednak, że Zjednoczona Republika Tanzanii znajduje się na liście krajów endemicznego występowania malarii. W związku z tym, zgodnie z obowiązującymi przepisami, po powrocie do kraju obowiązuje 12 miesięcy przerwy, zatem dawca może się zgłosić dopiero po 1 lutego 2017 r.

Chciałabym w tym miejscu dodać, że kierownik działu krwiodawców sprawdza rejony zagrożenia epidemiologicznego na całym świecie i sporządza informacje w formie mapek dla lekarzy kwalifikujących we wszystkich miejscach poboru. Obowiązkiem lekarza jest zadanie pytania dawcy, czy przebywał na terenie zagrożonym epidemiologicznie. Jest to jeden z licznych elementów składających się na bezpieczeństwo krwi.

Danuta Boguszyńska

O autorce: lek. med. Danuta Boguszyńska jest specjalistą w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej. Przez 50 lat pracy zawodowej związana była z krwiodawstwem. Pełniła funkcję dyrektora Wojewódzkiej Stacji Krwiodawstwa oraz zastępcy dyrektora ds. medycznych Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolęcznictwa. Była konsultantem regionalnym i wojewódzkim w zakresie krwiodawstwa i krwiolęcznictwa. Obecnie na emeryturze.



LEKARSKI SPORT



VI Memoriał Szachowy im. prof. Romana Bugalskiego

Kolejna edycja turnieju szachowego poświęconego pamięci znanego lekarza, mikrobiologa i pasjonata szachów prof. R. Bugalskiego odbyła się 21–22 maja. Tym razem zawody zorganizowane zostały w Zespole Szkół nr IX w Bydgoszczy. Dzięki przychylności i wsparciu dyr. Mirosława Chojeckiego – 60 uczestników grało w lepszych warunkach lokalowych niż w poprzednich latach w Bydgoskiej Izbie Lekarskiej.

Po zwyciężonej walce trzech najlepszych zawodników uzyskało po 4,5 pkt (na 5 możliwych). Zwyciężył Jarosław Żebracki, przed Maciejem Szulgaczem (obaj z PKS „Wiatrak” Bydgoszcz), a trzeci był Michał Tarkowski z MKS EMDEK Bydgoszcz.

Wśród Lekarzy najlepszy okazał się Maciej Kiełbratowski z Koszalińskiej Izby Lekarskiej – 4.0 pkt, a wśród członków BIL – Maciej Borowiecki (3.0 pkt). Należy podkreślić wysoką lokatę Marty Belki z Collegium Medicum, która zdobyła 4.0 pkt i była najlepsza wśród studentów.

Zwraca uwagę liczny udział dzieci i młodzieży, wśród których w grupie do lat 10 najlepszym okazał się Szymon Podlewski (3,0 pkt), a w grupie do lat 12 – Olaf Bartoszewski – Reiski (3,5 pkt).

Dzięki finansowemu wsparciu BIL i CM najlepsi uczestnicy turnieju otrzymali nagrody pieniężne, a wszyscy nagrody rzeczowe. Turniej bezbłędnie przeprowadził sędzia państwowy Mariusz Stoppel.

Maciej Borowiecki



Lekarze pływali w Dębicy

Po raz kolejny Dębica w woj. podkarpackim stała się areną zmagania najlepszych lekarzy pływaków z całej Polski. Na słynnej dębickiej pływalni rozegrano w kwietniu br. XII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Pływaniu. Na starcie zameldowała się blisko setka zawodników, reprezentujących aż 19 izb lekarskich z całego kraju.

Zawodnicy rywalizowali w 32 konkurencjach indywidualnych i sztafetowych, zarówno na dystansach sprinterskich (50 m), jak i dłuższych (800 m kobiet i 1500 m mężczyzn). Uczestnicy klasyfikowani byli indywidualnie oraz drużynowo. Rywalizację drużynową zdominowała najliczniejsza na imprezie ekipa gospodarzy – OIL w Rzeszowie.

Zdaniem Adriana Kowalskiego, lekarza stażysty ze SU nr 2 im. J. Bizuela, zawody stały na bardzo wysokim poziomie. *Pływalnia o wymiarach olimpijskich, sędziowie, profesjonalny pomiar czasów i wreszcie wysoki poziom prezentowany przez zawodników – wszystko to sprawiało – mówi zawodnik Bydgoskiej Izby Lekarskiej – że czuliśmy się jak zawodowi pływacy na wielkiej imprezie.* I dodaje: *Żatuję tylko, że byłem jedynym reprezentantem naszej izby.* Na koniec zachęca do udziału w przyszłorocznych zawodach w Dębicy i – ponieważ na co dzień trenuje triathlon – w organizowanych przez Bydgoszcz Triathlon w lipcu br. II Mistrzostwach Polski Lekarzy w Triathlonie.

W ramach XII MPLWP zorganizowana została także Konferencja Naukowa pt. „Postępy w Medycynie Sportowej”. Honorowy patronat nad Konferencją objął Prezes NRL dr M. Hamankiewicz.

adek

→ twierdzone niejednokrotnie dowody naukowe, że zarodek jest od początku poczęcia istotą ludzką, nie są znane szerokiej opinii publicznej.

Wydarzenie naukowe, które odbyło się w sali audytorijnej Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy, zostało zorganizowane

przez: Bydgoską Izbę Lekarską, II Katedrę Kardiologii Collegium Medicum UMK, Studenckie Towarzystwo Naukowe CM UMK, Fundację „Wiatrak” oraz Fundację na Rzecz Rozwoju Kardiologii. Należy nadmienić, że Bydgoska Izba Lekarska – jako jedyna w Polsce – organizuje w ramach Bydgoskich

Dni Bioetycznych regularnie od kilku lat konferencje naukowe z zakresu bioetyki, a materiały z konferencji są publikowane w formie naukowej monografii, a później dostępne na stronie internetowej BIL

Władysław Sinkiewicz

Zapiski z Alaski

część druga

Wyprawa na Denali

30 maja 1998 r., sobota. Docieramy do małej miejscowości Talkeetna w Narodowym Parku Denali, a w niej do placówki rangersów (strażników Parku) i po odprawie i kontroli otrzymujemy zezwolenie na wspinaczkę. W Talkeetna Air Taxi uzgadniamy przerzut wyprawy małutkimi awionetkami na lodowiec Kahiltna, u stóp Denalil, na wysokość 2200 m.

31 maja, niedziela. Czekamy na możliwość wylotu. W górach podobno wyjątkowo paskudna pogoda. Szwajcarzy, Niemcy, Amerykanie, Japończycy, Francuzi, Anglicy, no i my – całe to towarzystwo łączy sennie po okolicy, czekając na sygnał wylotu. Nici. Zmarnowany dzień.

1 czerwca, poniedziałek. Niespodziewanie, pomimo marnej pogody, startujemy kolejno wraz z bagażem 3 samolocikami. W dole tundra. Kiedy zbliżamy się do gór, Denali, mający początkowo przyzwoite rozmiary, zaczyna puchnąć zastraszająco i wkrótce przesłania już wszystko. No tak: z obozu bazowego pod Everestem do szczytu jest nieco ponad 3000 m w pionie. Tu, z bazy na lodowcu, do szczytu mamy w pionie cztery kilometry. Co za ogrom. Grań podszczytowa dymi śnieżnym pyłem. Łądujemy lekko pod górkę. Odprawa w bazie. Dostajemy płytkie plastikowe sanki, trochę dodatkowego sprzętu i paliwo do piecyków. Pakujemy drobiazgi do plecaków, a resztę – łopatę do śniegu, szablę śnieżną, rakiety (niezbędne tu do poruszania się po głębszym śniegu) i pozostałe badziewie – ładujemy każdy na swoje sanki. Tu nie ma tragarzy i te 4000 m różnicy wysokości i dwadzieścia kilka kilometrów trasy trzeba przeczłapać samemu. Plecak jakiś ciężki, sanki napakowane po brzegi, całość wygląda naprawdę marnie jak na dzień dobry. Do tego jeszcze kopny śnieżek, który miejscami zapada się wzruszająco. Chichot, jaki napada mnie na widok Jurka Tillaka ruszającego chwiejnie ze swoimi 60 kg ładunku, zamiera mi na ustach, kiedy startuję z kolei

ze swymi 58. Miejsce chichotu zajmuje postękiwanie i nieładne wyrazy.

2 czerwca, wtorek. Siedzimy w obozie I. Zakorkowało nas. Śnieżek gęściutki, a jakże, wiaterek, owszem, widoczność prawie zero. Pięknie. Czekamy. Cały dzień z głowy.

3 czerwca, środa. Śnieżku dosypuje bardzo żwawo. Zimno. Widoczność kilka metrów, ale startujemy z Ryśkiem Kowalewskim do obozu II. Dochodzimy na wysokość 3000 m., ale zaczyna się śnieżny sztorm. Znajdujemy jakiś dołek, bo nieźle wieje, rozbijamy w nim namiot, wskakujemy do śpiworów i za chwilę nasz MSR, podłany obficie paliwem, mruży w małutkim przedśionku uspokajająco i przyjaźnie.

4 czerwca, czwartek. Biała kottłowani. Co godzinę odkopujemy namiot. Szkoda słów. Dzień stracony.

5 czerwca, piątek. Przekonujemy się nawzajem, że nieco przycicha, zbieramy graty i pchamy się w te masy świeżego śniegu. Widoczność mizerna, ale tu się nikt z nas jak dotychczas niczego nie napatrzył. Przed nami wyłania się z bieli grupa Szwajcarów, którzy też mieli dość beczynności. Świetnie wyposażeni, związani w dwa zespoły linowe, poruszają się jak na filmie szkoleniowym. Za nimi człapie jeszcze paru niezidentyfikowanych optymistów, a na końcu my. Po żmudnym muleniu dochodzimy w ślimaczym tempie na wysokość 3400 m. Wygrzebujemy swój grajdół w śniegu, namiocik, gotowanie, leniwe pogaduszki, przysypianie. Wieje przez całą noc.

6 czerwca, sobota. Rano też wieje z takim zapałem, jakby nigdy dotychczas nie wiało. Czas leci, a my czekamy. Gdzieś nad nami Motocyklowe Wzgórze, nad nim śnieżno-lodowa bałucha, nazwana wdzięcznie Wiewiórka, a jeszcze wyżej trawersik do uroczego miejsca zwanego Windy Corner. Wszystko to pięknie, tylko że nic nie widać. Szwajcarzy wkopali się w śnieg w sąsiedztwie. Mają nasłuch radiowy, łączyność z rangersami i informacje pogodowe. Rangersi twierdzą ponoć, że tak uparcie wrednej po-

gody nie było tu już dawno, a to przecież i tak nie Seszele. No i czekamy. Dzień na straty.

7 czerwca, niedziela. Pogoda parszywa, ale innej tu nie widzieliśmy, więc na siłę startujemy do obozu w kotle, na 4300 m. Do Wiewiórki jeszcze jako tako. Na Wiewiórce widzimy nagle czyste niebo, ale rozpoczyna się lodowaty huragan. Krzyś Królikowski i Piotrek Tomala, wspinający się przed nami, zdobywają z tępyim uporem metr po metrze, ale wiatr jest za silny. Widzę, jak Piotrek wychyla się ku przodowi i trwa wyprostowanym ciałem skośnie nad lodem jak skoczek narciarski nad nartami, leżąc na strumieniu powietrza, ale nie może zrobić już następnego kroku. Wychładzamy się błyskawicznie, pomimo odpowiednich ubiorów. Dosyć. Biwakujemy, bo jak nie schowamy się gdzieś, to będzie marnie. Szukamy niemrawo jakiejś osłony. Japończyk, który czyni to samo, pada nagle na lód i popychany wiatrem zaczyna zsuwać się i pełznąć na czworakach w kierunku lodowego uskoku, który nam też wpadł w oko. Chce tu chyba zabiwakować i coś tam pokrzykuje, pewnie klnie po japońsku. Niedaleko niego i my staramy się przykleić nasz namiot do lodowo-śnieżnej ścianki, ale wiatr i tak wściekle wyszarpuje nam go z rąk. Trzymamy go mocno, a jeden z nas wskakuje do środka i wreszcie jakoś go rozbijamy. Jest mały, więc we czwórkę ciasno, ale można się poratować. Owijamy się, czym kto może. Każdy dygocze i postępuje we własnym rytmie. Wiatr przenika wszystko i szarpie namiotem, który trzęsie się mocniej od nas. Mamy nadzieję, że nie trzaśnie, i poczciwy namiot wytrzyma.

Po pewnym czasie, już mniej zmarznięci, ale zdrętwiali, ruszamy dalej. Kiedy jesteśmy już nieco wyżej, wiatr zmienia taktikę. Już nie napiera na nas z jednego kierunku, ale wieje na przykład w twarz i nagle uderza w plecy. Lina wyczynia istne harce. Wygina się w powietrzu w jakiś dziwny łuk i szarpie nas, obydwu Ryśków, raz w prawo, raz w lewo. Powoli pniemy się po zalodzonej stoku ku Windy Corner. Usiłując utrzymać równowagę, tańcząc chwilami na twardym lodzie jakiegoś idiotycznego hopaka, tylko raki zgrzytają. Nagle widzę, jak Rysiek, uderzony niespodziewanie przez wiatr, który zmienił nagle kierunek, wali się na lód. Wybieram luz, partner asekuruje się ostrzem czekana, hamując zsuwanie się po stoku, a kiedy wstaje, widzę jego zacięty grymas i twarz we krwi. Kiedy mijamy Windy Corner, wiatr trochę odpuszcza. Wchodzimy w około 150-metrowy pas szczeliny. Wszystko zawiane; żadnych śladów, ale Rysiek lekko i pewnie przeprowadza nas przez ten parszywy odcinek, a kilkadziesiąt metrów dalej trafiamy na wkopane głęboko w śnieg namioty. Obok, pod jakąś zasypaną śniegiem płachtą, biwakują nasi koledzy, Jurkowie – Wieluński i Tillak oraz Andrzej Perepeczo. W tym huraganie usiłovali też rozbić namiot, ale wyrwał się im z rąk jak żywy i poszybował gdzieś przed siebie. Wysokość 4100. Dosyć. Biwakujemy. →

Bydgoscy studenci medycyny dadzą szansę Nepalowi

Z POMOCĄ W PLECAKACH DO WSI PISKAR

W sierpniu bieżącego roku sześciuosobowa grupa studentów Collegium Medicum w Bydgoszczy, z plecakami pełnymi opatrunków i leków, ruszy w samo serce Nepalu – do Doliny Kathmandu. Cel ich wyprawy nie jest przypadkowy. Jak relacjonuje Karol Cadel-ski (od red.: uczestnik wyprawy do Nepalu w 2015 r.), po trzęsieniu ziemi życie w większych miastach powoli wraca do normy. Uprzątnięto co większe kawałki gruzu, mieszkańcy wrócili do uszkodzonych domów, zakładów pracy i szkół. Inaczej przedstawia się sytuacja na wsiach, gdzie pomoc humanitarna wprawdzie dotarła, jednak była niewspółmierna do poniesionych strat. Jedną z takich wiosek jest Piskar. Większość tamtejszych zabudowań zamieniono się w gruzu, w tym budynek przychodni – Health Post, który teraz został zastąpiony namiotem. Opiekę medyczną nad 5-tysięczną wioską sprawuje jedyny w tej okolicy przeszkolony sanitariusz – Amanraj Pariyar. Wyposażenie jego namiotu medycznego pozostawia wiele do życzenia. Obok starej kozetki, na której przeprowadza drobne zabiegi chirurgiczne, opatruje rany, bada pacjentów i przyjmuje rodzące kobiety, stoi stary regał z niewielkim zapasem leków i materiałów opatrunkowych, które są dostarczane co jakiś czas przez rząd i organizacje pozarządowe. Leczy się tutaj tylko najbardziej podstawowe choroby, Health Post jest miejscem pomocy doraźnej.

CZY POLACY DADZĄ SZANSĘ NEPALCZYKOM?

Opowieść o Nepalu i wiosce Piskar oraz o prośbie, jaką wystosował Amanraj Pariyar poruszyła już wiele serc. W krótkim czasie zebrała się grupa wolontariuszy zaangażowanych w projekt „Szansa dla Nepalu”. Choć do Nepalu pojedzie ich sześcioro, to zaangażowanych jest kilkanaście osób. Zorganizowanie pomocy medycznej dla mieszkańców Nepalu jest dużym wyzwaniem i przedsięwzięciem, ale wolontariusze „Szansy dla Nepalu” mogą pochwalić się już małymi sukcesami. Dzięki największym stacjom radiowym i telewizyjnym o projekcie usłyszała cała Polska. Projekt „Szansa dla Nepalu” wsparło także Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy



Chorób Zakaźnych, które ufundowało szczepionki dla wolontariuszy, oraz Matopat, przekazując na rzecz projektu 2 palety materiałów opatrunkowych.

Grupa młodych medyków wylatuje do Kathmandu na początku sierpnia. Na miejscu chcą kupić najpotrzebniejsze leki i odporny na warunki atmosferyczne wojskowy namiot, w którym wspomniany ośrodek zdrowia mógłby się mieścić. Oprócz dostarczenia pomocy materialnej, studenci zaangażują się w edukację prozdrowotną mieszkańców i uczniów szkoły w Kathmandu.

MEDYCINA NA WYSOKIM POZIOMIE

Potrzeby są ogromne, wymagania duże, ale jest i wielkie zaangażowanie i nadzieja na zebranie potrzebnych funduszy i dostarczenie pomocy do wsi Piskar. **Młodość rządzi się swoimi prawami**, stąd też ich optymizm i intensywne przygotowania na to, co czeka ich w Nepalu i Himalajach – bo będzie to dosłownie medycyna na wysokim poziomie.

Monika Sypniewska

www.nepal2016.com

www.facebook.com/SzansaDlaNepalu

Monika Sypniewska jest studentką IV roku kierunku lekarskiego oraz wolontariuszką projektu „Szansa dla Nepalu”.

→ **8 czerwca, poniedziałek.** Bez przerwy jakaś ogłupiająca burza śnieżna. Kiedy to się wreszcie skończy? Musimy czekać. Następnego dnia stracony. Szwajcarzy mają już dość; zrezygnowali i schodzą. Chcą wrócić tu za rok. No tak... a mnie pozostało już tylko kilka dni, bo 16 czerwca mam samolot z Anchorage, najwcześniej z całej naszej ekipy. Jeżeli od jutra nie zacznie się dłuższy okres pogody, będę musiał zostawić przyjaciół i też schodzić. Ładnie.

9 czerwca, wtorek. Jeeest! Pogoda! Niesamowite! Żeby tylko chciała wytrzymać choć ze cztery, pięć dni! Pakujemy się z Rysiem, zwijamy wszystko piorunem i prujemy z nową werwą do obozu w kotle. Rozbijamy namiot pod masywem szczytowym. Stąd jeszcze tylko skok na 5200, a następnego dnia na szczyt.

10 czerwca, środa. Pogoda jest, ale zranienia twarzy Ryska nie wyglądają dobrze. Jest porozbijany i musi choć trochę odpocząć. Andrzej jest gotów iść ze mną. No to potrzebna nam tylko prognoza od rangerów. Ale, cóż – jest zła. Mniej więcej półtorej doby pogody, później załamanie. No i cześć... Nie dam rady w dwóch dniach na szczyt i na sam dół, na łądownisko. Zabrakło

kilku dni. Zawijam się w śpiwór w pieskim nastroju. Może jeszcze jutro okaże się...

11 czerwca, czwartek. Prognoza potwierdzona. Ostatnie godziny pogody. Nie ma czasu na rozważania i żale. Żegniam się. Schodzę. Przez pas szczelin i Windy Corner towarzyszą mi Andrzej i Jurek Tillak. Pod Motocyklowym Wzgórzem żegnamy się. Oni – do góry, ja – w dół i to szybko. Oni będą czekać na pogodę i swoją szansę wejścia na szczyt, doczekają się i wejdą wraz z Krzyśkiem, Piotrkim i Ryśkiem, ale po dalszych pięciu dniach. Schodzę. Mam prawie 15 kilometrów trasy zejściowej po lodowcu. Ruszam z nadzieją, że nie będę musiał czekać zbyt długo na łądownisku na ewakuację. Po kilku kilometrach pogoda szybko pogarsza się. Nie wieje, nie śnieży, tylko widoczność spada do zera. Nie widzę wyciągniętej ręki. Whiteout. W sam raz dla samotnego łazęgi na lodowcu, bez asekuracji... Schodzę po omacku, na wyczucie, bo pamiętam dość dobrze konfigurację terenu, jako że przygotowywałem dla uczestników szczegółowe informacje – rysunki poszczególnych odcinków trasy, wszelkie pułapki i wredniejsze miejsca. Tyle że każdej szczeliny nie da się wyrysować. Wra-

żenia w tym mleku wręcz surrealistyczne. Któryś ze wspinaczy opowiadał mi później w Air Taxi, że w whiteout, w którym też się znalazłem, czułem się jak we wnętrzu piłeczki ping-pongowej. Tak czy inaczej zląłem te kilkanaście kilometrów jak po sznurku, potwierdzając stare porzekadło o tym, kto to ma szczęście. Po drodze wlałem (dosłownie) na chłopa-ków z amerykańskiej wyprawy uniwersyteckiej, biwakujących w tym mleku grzecznie i cierpliwie. Ich leader nie mógł nijak zrozumieć, że muszę koniecznie schodzić i patrzył na mnie wzrokiem psychiatry, mającego do czynienia z bardzo poważnym, a zaniedbanym przypadkiem. A może tylko mi się wydawało; w takiej marnej widoczności...

Kiedy zacząłem zbliżać się do łądowniska widoczność poprawiła się nieco. Po dwóch dobach czekania na warunki „lotne” doczekałem się startu. 15 czerwca wieczorem dotarłem do Anchorage. Zgodnie z planem; tylko że plan był do kitu, bo nie przewidział tych pogodowych problemów i w efekcie zabrakło 5 dni.

Ryszard Długolecki

Chirurg, uczestnik wypraw w góry wysokie, tłumacz literatury anglojęzycznej.

MAZDA6

PIĘKNO I DYNAMIKA



Stworzyliśmy samochód, z którego jesteśmy dumni. Zarówno we wnętrzu jak i linii nadwozia uchwyciliśmy to, co najważniejsze. Połączyliśmy piękno i dynamikę. Poznaj nasz sposób myślenia i sprawdź co jeszcze zrobiliśmy inaczej na filozofiamazdy.pl

NORDIC MOTOR Sp. z o.o.
www.mazda.bydgoszcz.pl

ul. Fordońska 307
85-766 Bydgoszcz
tel. 52 339 07 33

Mazda. Przełamujemy konwencje.

W zależności od wersji samochodu średnie zużycie paliwa oraz emisja CO₂ wynoszą odpowiednio: od 4,2 do 6,4 l/100 km oraz od 108 do 150 g/km. Samochód jest wyposażony w układ klimatyzacji zawierający fluorowany gaz cieplarniany [HFC-134A] o współczynniku ocieplenia globalnego powyżej 150. Informacje dotyczące odzysku i recyklingu samochodów wycofanych z eksploatacji znajdziesz na www.mazda.pl

Wojciechu Szkudlińskim

(3.04.1942–5.02.2016)



5 lutego br. pożegnaliśmy naszego kolegę i przyjaciela – lekarza stomatologa Wojciecha Szkudlińskiego. Poza najbliższą rodziną żegnali go koledzy i koleżanki stomatolodzy, przyjaciele, znajomi, a także ogromne rzesze pacjentów, z którymi w czasie swojej długiej pracy zawodowej spotykał się w gabinecie stomatologicznym. Jego śmierć była dla nas wszystkich zaskoczeniem, odszedł od nas po krótkiej i burzliwej chorobie.

Wojciech Szkudliński urodził się 3 kwietnia 1942 r. w Poznaniu. Studiował na Wydziale Stomatologicznym Akademii Medycznej w Poznaniu, dyplom uzyskał 24 grudnia 1966 r. 1 lutego 1967 r. podjął pracę w Miejskiej Przychodni Obwodowej w Inowrocławiu. W latach 1970–1972, po powołaniu do wojska w ramach okresowej służby wojskowej, ambulansem dentystycznym objeżdżał jednostki wojskowe na terenie Pomorskiego Okręgu Wojskowego. Po odbyciu służby wojskowej powrócił do Inowrocławia i kontynuował pracę w ZOZ Inowrocław w Przychodni Rejonowej w Tucznie, a po przekształceniach w służbie zdrowia otworzył gabinet prywatny w Tucznie i w ramach NFZ przyjmował tam pacjentów do końca życia. Jednocześnie po powrocie do Inowrocławia w 1972 r. rozpoczął pracę w Spółdzielni Lekarzy Specjalistów „Sanitas” w Inowrocławiu, gdzie pracował do ostatnich dni. Przepracował dokładnie 49 lat – całe swoje zawodowe życie spędził na Kujawach.

Dotychczas to tylko suche fakty – ale kim był dr Wojciech Szkudliński? Jakim był człowiekiem?

Praca w gabinecie stomatologicznym była jego zawodem, ale i pasją. Do pacjentów odnosił się z szacunkiem, życzliwością i wyrozumiałością. Potrafił rozwiać niepokoje i lęki nawet najbardziej strachliwych – jego powiedzonko *czy pożegnał się Pan z rodziną?* – było przysłowiowe, łagodziło atmosferę i rozwiewało niepokoje pacjentów, którzy najczęściej wybuchali śmiechem. O sobie mówił: *jestem zwykłym wyrwęzłem*, a miał w sobie to coś, co czyniło go profesjonalistą.

Był człowiekiem nietuzinkowym – interesował go świat: przyroda, zwierzęta, zabytki, kultura innych krajów. Zawsze z aparatem fotograficznym dokumentował odwiedzane miejsca. Z licznych podróży zagranicznych przywoził laski, które namiętnie kolekcjonował.

Był brydżystą, grono jego kolegów od karcianego stolika spotykało się systematycznie prawie od 50 lat.

Był sportowcem, za młodych lat czynnie uprawiał koszykówkę, w którą rekreacyjnie grał do końca życia. Jeździł na nartach po stokach Polski i Zachodniej Europy. Gra w tenisa ziemnego była jego następną namiętnością.

Jego opoką była rodzina. Uważał, że to ona stanowi o wszystkim – o zwycięstwach i porażkach całego życia. Miał szczęście – miał same zwycięstwa.

W maju 2016 r., po 50 latach pracy, miał odnowić dyplom lekarza stomatologa w czasie uroczystego spotkania na Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Bardzo cieszył się z tego spotkania, ale niestety nie doczekał tej chwili. Zawsze był pełen energii, uśmiechnięty, przyjacielski, życzliwy ludziom, niezależnie od pochodzenia i statusu społecznego. Odszedł od nas człowiek prawy, kochający życie w pełnym tego słowa znaczeniu.

Wojtku, żegnamy Cię pogrążeni w żalu i smutku

Koleżanki i Koledzy stomatolodzy

Mój jest ten kawałek podłogi!...

Na początku jest chaos.

Po nim koniec.

Władysław Grzeszczyk



Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Kończąc ostatni mój „kawałek podłogi”, w myślach moich pojawił się chaos, a w wyniku tegoż zaistniało postanowienie, że to już koniec! Koniec z filozofami! Koniec z cytatami, a nawet z takimi pytaniami zadawanymi przez sepleniącego syna ojcu trzymającemu książkę w ręku: *cy Tata cyta cytaty Tacyta?* (To takie skromne nawiązanie do minionego Dnia Dziecka i propagowanie czytelnictwa wśród braci lekarskiej!).

Koniec! I tu pytanie: Koniec, no dobrze, ale co dalej? Czymże ty, człowieku, będziesz zanudzać Czcigodnych Czytelników naszego periodyku? Przecież wystarczy, że nuda nas raczą na co dzień dziennikarze, i to z jednej, jak i drugiej strony. Nuda wyłazi z ekranu telewizora, tym bardziej teraz, w sezonie ogórkowym. Nuda, no może nieco mniejsza, sączy się na falach eteru!

No to co mi zostaje? Chyba tylko propagowanie sięgnięcia po dobrą i lubianą książkę. Tam bowiem też, jak w życiu, panuje fikcja, ale jest to fikcja tolerowana, a jak ona nam nie odpowiada, to odkładamy książkę na półkę, czego z fikcją, tą w życiu codziennym, uczynić się nie da!

Przyznaję, że chętnie sięgam po „czytadła”, aczkolwiek już wzrok nie ten, a literki coraz mniejsze, no i utrzymanie książki w rękach sprawia mi coraz większą trudność!

Pora, abym w tym „kawałku” postawił kropkę i powiedział: KONIEC!

Ale to nie jest koniec, to nawet nie jest początek końca, to dopiero koniec początku! To nie moje słowa, to słowa wyjęte z ust Winstona Churchilla. No i masz, a miało nie być cytatów, ale nie wytrzymałem, bo przecież ten jest taki ładny i kryje w sobie zapowiedź nowych początków!

Kłaniam się pięknie i życzę udanych wakacji.

Jak zawsze Wasz

A. Martynowski

Zapraszamy

• We wrześniu (7 września, godz. 14.30) gościem **lekarzy seniorów** będzie dr n. med. Paweł Rajewski. Wygłosi wykład pt. „Wirusowe zapalenie wątroby – czy nadal stanowi zagrożenie?”.

• Komisja Socjalna zaprasza lekarzy do Grudnia 2016 r. W planach zwiedzanie miasta. **Wycieczka** odbędzie się **17 września 2016 r.** W planach zwiedzanie miasta. Wpłaty (70 zł) w administracji Przychodni „Gdańska”, Gdańska 88–90.

Zjazd Absolwentów

Zapraszamy wszystkich Absolwentów Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Poznaniu, **rocznik 1975–1981 na spotkanie „35 lat minęło”, w dniu 15 października 2016 roku o godz. 16.00.** Miejsce spotkania: Restauracja Hotel Meridian’s, Poznań ul. Litewska 22. Wszystkie informacje i zapisy na stronie www.absolwenci1981-poznan-am.pl

Jerzy Harasymczuk

ZAPOWIADAMY!

Lekarz i prokurator

Minister Sprawiedliwości Zbigniew Ziobro wydał rozporządzenie, na mocy którego w prokuraturach regionalnych utworzone zostaną samodzielne działy do spraw błędów medycznych. Powołane będą specjalne zespoły prokuratorów wyznaczonych wyłącznie do tej kategorii przypadków, tzw. zespoły medyczne.

Pomysł budzi ogromne kontrowersje w środowisku lekarskim, szerzej o tym temacie w następnym wydaniu cyklu „Lekarz w gąszczu paragrafów”.

PRACA

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Bydgoszczy nawiąże współpracę z lekarzami w celu przeprowadzania konsultacji oraz wydawania opinii specjalistycznych w ramach umowy o dzieło (osoby fizyczne lub działalność gospodarcza). Poszukujemy **laryngologa, reumatologa, pulmonologa, stomatologa**. Osoby zainteresowane proszone są o kontakt z Głównym Lekarzem Orzecznikiem tel. 52 3418040 lub 52 3418058.

Nowo powstające centrum medyczne w ścisłym śródmieściu Bydgoszczy zatrudni: **dermatologów, lekarzy medycyny estetycznej, stomatologów**. Korzystne warunki finansowe. CV proszę przysyłać na adres: biuro@artmed.pl.

Prywatne gabinety stomatologiczne w Chojnicach z dużą bazą pacjentów zatrudnią lekarza **dentystę**. Oferujemy dobre warunki finansowe, nowoczesny sprzęt, praca na cztery ręce, radiowizjografia, mikroskop. Możliwość noclegu. Tel. 606 254 626 lub e-mail: gabinet@lux-dent.net.

Nawiążę współpracę z lekarzem **dentystą** w ramach kontraktu z NFZ w okolicach Bydgoszczy. Tel. 606 900 344.

NZOZ Nasza Przychodnia w Kcyni poszukuje **lekarza do pracy w POZ**. Zapewniamy atrakcyjne wynagrodzenie, mieszkanie służbowe. Kontakt: tel. 502 624 355 lub pprusak@op.pl.

Nowoczesna przychodnia stomatologiczna w Bydgoszczy zatrudni lekarza **dentystę** – profesjonalne wyposażenie, dobre warunki pracy. Kontakt: 604 796 594.

Przychodnia Górzyskowo sp. z o.o. zatrudni do podstawowej opieki zdrowotnej 2 lekarzy posiadających **specjalizację** w dziedzinie **medycyny rodzinnej, chorób wewnętrznych** (uprawnienia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej). Proponowany termin zatrudnienia: od zaraz. Rodzaj zatrudnienia: do uzgodnienia, możliwość zawarcia umowy o pracę. Warunki płacy i płacy do uzgodnienia. Oferty zawierające CV prosimy kierować na adres e-mail: przychodnia@gorzyskowo.pl lub kontaktować się z dyrektorem Przychodni – tel. 696 052 906, e-mail: dyrektor@gorzyskowo.pl.

Klinika Stomatologii Estetycznej i Chirurgii ALFA-MED w Bydgoszczy poszukuje do współpracy: lekarza **stomatologa, technika dentystrycznego** oraz **asystentki stomatologicznej**. Osoby zainteresowane prosimy o kontakt telefoniczny pod numerem: 600 262 738.

NZOZ w Chełmży k. Torunia zatrudni lekarzy **medycyny rodzinnej** lub **internistów** do pracy w POZ (możliwość mieszkania służbowego), tel. 606 653 951.

Klinika dermatologii i kosmetologii laserowej mieszcząca się w centrum Bydgoszczy podejmie współpracę z **dermatologiem** oraz **specjalistą medycyny estetycznej**. Tel. 792 077 044

Podmiot leczniczy zatrudni **lekarza medycyny pracy** na terenie Bydgoszczy. Tel. 792 077 044.

Ośrodek **Nasz Lekarz**, specjalizujący się w kompleksowym prowadzeniu **badania klinicznych**, otworzył nową placówkę, zlokalizowaną w **Bydgoszczy**.

Realizujemy projekty badawcze od I do IV fazy wszystkich specjalności medycznych.

Lekarzy zainteresowanych współpracą zapraszamy do kontaktu!

dr hab. n. med. Sławomir Jeka
Dyrektor Ośrodka, Tel: +48 606 453 300



Nasz Lekarz
Ośrodek Badań Klinicznych

Nasz Lekarz
Klinika Wident
ul. Szubińska 93-95
85-312 Bydgoszcz

+48 (52) 321 59 16
bydgoszcz@naszlekarz.com.pl
www.naszlekarz.com.pl

BMW BusinessDrive

Biznes napędzany radością

BMW serii 5
Limuzyna

www.bmw-dynamicmotors.pl



Radość z jazdy



W TWOIM NAJLEPSZYM INTERESIE.

**BMW SERII 5 JUŻ ZA 149 900 PLN
W OFERCIE DLA BIZNESU*.**

Sprawdź ofertę na www.radoszczjazdy.pl/biznes

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

* BMW 518d Limuzyna Fleet Edition z silnikiem wysokoprężnym o pojemności 2 litrów i mocy 150 KM. Cena brutto. Oferta ważna przy zakupie minimum dwóch samochodów. Zużycie paliwa w cyklu miejskim: 5,4 [5,3] l/100 km, pozamiejskim: 4,0 [4,1] l/100 km, mieszanym: 4,5 [4,5] l/100 km. Emisja CO₂: 119 [119] g/km.

NOWE **BALENO** ŁĄCZY PRZECIWIENSTWA



od **43 900 zł**

Celem japońskich inżynierów było stworzenie idealnego hatchbacka. Takiego, który nie uznaje kompromisów. W nowym Suzuki Baleno przeciwieństwa przyciągają się: przestrzeń oraz styl, eco i osiągi, rozsądek oraz emocje. Już nie musisz wybierać, z nowym Baleno możesz mieć wszystko! Nowe Baleno. Łączy przeciwieństwa.

Yama Sp. z o.o.

Toruń, ul. Sieradzka 14, tel. 56 650 67 25

Bydgoszcz (Osielska), ul. Szosa Gdańska 28, tel. 52 360 53 25

www.yama.suzuki.pl

Zużycie paliwa oraz emisja CO2 w cyklu mieszanym: od 4,0 do 4,9 l/100 km i od 94 do 115 g/km w zależności od wersji. Informacja o recyklingu: www.suzuki.pl.



SUZUKI

Way of Life!

baleno.suzuki.pl