

Primum

ISSN 2353-6055 Nr 10 (315) 2017

BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ





P R Z E D S T A W I A M Y

PRZYSZŁOŚĆ BEZPIECZEŃSTWA



Nowe Volvo XC60

Prezentujemy Ci nowe Volvo XC60. Poznaj nowe wcielenie słynnego szwedzkiego SUV-a, lidera sprzedaży segmentu PREMIUM. Połączyliśmy w nim wyrefinowane skandynawskie wzornictwo i ekskluzywnie wnętrze. Wykorzystaliśmy najnowocześniejsze technologie, które działają tak intuicyjnie, że niemal niezauważalnie. Wszystko po to, aby każda Twoja podróż była przyjemnością. Wszystko po to, aby zadbać o Ciebie i Twoich pasażerów. Oto nowe Volvo XC60 – przyszłość bezpieczeństwa.

MADE BY SWEDEN

W zależności od silnika zużycie paliwa w cyklu mieszanym wynosi od 2,1 do 7,7 l/100 km, emisja CO₂ od 49 do 176 g/km. Informacje o działaniach dotyczących odzysku i recyklingu samochodów wycofanych z eksploatacji na: www.volvocars.pl

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
 VolvoNordicMotor

W NUMERZE

WYBORY DO SAMORZĄDU VIII KADENCJI	2
INFORMUJEMY	3
PAKIET ONKOLOGICZNY OKIEM LEKARZA PRAKTYKA.....	5
LEKARZE O SZCZEPIENIACH	6
KONFERENCJE	
Ponad 1500 anestezjologów w Bydgoszczy	10
Medalowa konferencja we Lwowie	10
NOWE W NAUCE	
Czy znajdziemy lek na długowieczność?	12
ZGODA PACJENTA NA ZABIEG MEDYCZNY – UWAGI PRAKTYKA	14
KĄCIK KRWIODAWSTWA	
Postępy w diagnostyce konfliktu serologicznego	16
RADCA PRAWNY BIL INFORMUJE	17
Z ZUS-u	18
LEKARSKI SPORT	18
FELIETON	19
PIGUŁKA	20

Okładka: Namibia, fot. Zbigniew Kula

Primum

REDAKCJA

e-mail: primum@bil.org.pl
tel. 52 346 07 85

WYDAWCA: Bydgoska Izba Lekarska,
85-681 Bydgoszcz, ul. Powstańców Warszawy 11;
telefon: 523460084, 523460780;
Red. naczelny: Agnieszka Banach-Dalke
Numer konta BIL: PKO BP II O/Bydgoszcz
95102014750000830200191197;
e-mail: bil@bil.org.pl; www.bil.org.pl

• Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej;
e-mail: rzecznik@bil.org.pl, tel. 523461257
• Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyków;
dr n. med. Wojciech Kosmowski. Kontakt: 605550017

RADA PROGRAMOWA:

przewod.: dr n. med. Wojciech Szczęsny; członkowie
Rady: prof. Aleksander Araszkiewicz, red. nacz. Agnieszka
Banach-Dalke, red. Teodora Bogdańska, lek. Mieczysław
Boguszyński, dr n. med. Marek Jurgowiak,
lek. dent. Marek Rogowski, dr n. med. Zofia Ruprecht,
dr n. med. Hanna Śliwińska.

CZEKAMY na Państwa opinie, uwagi i propozycje!
Przewodniczący Rady Programowej:
Wojciech Szczęsny, tel. 602395654;
redaktor naczelny: Agnieszka Banach-Dalke
tel. 696016262, agnieszka.banach@hipokrates.org;
redaktor: Magdalena Godlewska,
magodlewska@poczta.onet.pl

Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania i poprawiania
materiałów oraz zmian w tytułach. Za treść reklam nie
odpowiadamy.

Nakład: 4200 egzemplarzy

■ DRUK: ABEDIK, Bydgoszcz
tel. 523700710

■ SKŁAD: MAGRAF s.c., Bydgoszcz
tel. 523791435

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

W październiku wchodzi w życie reforma służby zdrowia, której jednym z głównych zadań jest zwiększenie dostępności usług medycznych i skrócenie czasu oczekiwania chorych na diagnostykę i leczenie. Zadanie wydaje się być bardzo trudne. W jednym z wywiadów minister zdrowia Konstanty Radziwiłł postawił tezę, że chorzy w Polsce chcą być leczeni przez specjalistów. Opinia ta moim zdaniem jest słuszna. Część chorych wręcz żąda skierowań do specjalisty, a lekarzy rodzinnych uważa za urzędników wypisujących skierowania. Żądania te często są spełniane – z różnych powodów: z obawy przed oskarżeniami o błąd w sztuce, dla świętego spokoju, z braku możliwości wykonania szerszego panelu badań dodatkowych. W wielu przypadkach lekarze rodzinni z własnej, nieprzymuszonej woli kierują chorych do kolegów z inną specjalizacją lub do szpitala, aby ograniczyć koszty diagnostyczne. Kierując do szpitala lub poradni specjalistycznej – bardzo często nie zadają sobie trudu zebrania dokładnego wywiadu i nie badają chorego, tłumacząc się brakiem czasu. Celowo w tej wyliczance nie umieściłem pozycji: trudności w postawieniu właściwego rozpoznania, co powinno być głównym powodem skierowania na konsultację do lekarza specjalisty i zastosowania ewentualnego leczenia. W zależności od rodzaju terapii, chory po konsultacji i leczeniu powinien powrócić, w celu kontynuacji zaleconego leczenia, pod opiekę lekarza specjalisty medycyny rodzinnej. Opisany algorytm postępowania niestety nie jest realizowany z powodów, które wyżej wymieniałem, i jeżeli tych powodów się nie zlikwiduje systemowo, to trudno będzie oczekiwać szybkiego skrócenia kolejek.

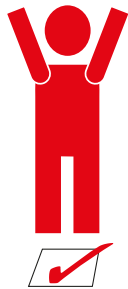
Tłok, a nawet tłum chorych w szpitalnych izbach przyjęć, szpitalnych oddziałach ratunkowych i klinikach ratunkowych, szczególnie w godzinach wieczornych i nocnych, najczęściej jest związany z niewydolnością podstawowej opieki zdrowotnej. Wielogodzinne oczekiwanie chorych i ich rodzin często generuje niezadowolenie i frustrację wśród oczekujących, jak i udzielających pomocy pracowników medycznych. Lekarze rezydenci, w obawie przed odpowiedzialnością i błędem, zlecają badania dodatkowe, które można by było z powodzeniem wykonać ambulatoryjnie. Paradoksem jest to, że doświadczony i starszy kolega lekarz specjalista medycyny rodzinnej, posyłając w trybie pilnym chorego do szpitala, posilkuje się później opinią i badaniami dodatkowymi zleconymi przez młodszego i mniej doświadczonego kolegę rezydenta pracującego w SOR.

Z moich obserwacji i wielu lat pracy wynika, że często dobrze zebrany od chorego i członków rodziny wywiad chorobowy oraz zgodne ze sztuką medyczną badanie przedmiotowe pozwoliłyby na postawienie właściwego rozpoznania i zastosowanie skutecznego i szybkiego leczenia. Mogę mnożyć przypadki, w których dla postawienia właściwego rozpoznania i wytyczenia kierunku dalszej diagnostyki wystarczyło zbadanie chorego per rectum, zbadanie piersi, węzłów chłonnych pachwinowych, pachowych czy szyjnych, badanie jamy brzusznej, opukiwanie i osłuchiwanie klatki piersiowej itd. Tę prawdę powinien znać każdy student medycyny i każdy lekarz! Dlaczego więc nie stosuje tych zasad w praktyce? Kierujący nie wysiła się, pisząc wstępne rozpoznanie kliniczne. Na skierowaniach umieszcza kody ICD-10 Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób z literką R, czyli – objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych gdzie indziej nie sklasyfikowane lub Z – czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia. Rozpoczęcie diagnostyki od badań dodatkowych, bez rzetelnego wywiadu i badania przedmiotowego jest błędem w sztuce i zwiększa koszty, z których największe może ponieść chory. Mam nadzieję, że przyczyną opisanych wyżej zjawisk jest przemęczenie lekarzy i pielęgniarek, których z roku na rok jest coraz mniej. W związku z ostatnim zdaniem nasuwa się pytanie: Czy jeszcze pamiętamy nazwiska polityków i menedżerów ochrony zdrowia, którzy na początku przemian ustrojowych w latach dziewięćdziesiątych twierdzili, że za dużo jest lekarzy, pielęgniarek oraz akademii medycznych? Czy również pamiętamy, że – szerząc argumentem likwidacji Akademii Medycznej w Bydgoszczy – przekształcono ją w Collegium Medicum i wcielono do toruńskiego UMK?



Zdjęcie: NIL

Dr n. med. Stanisław Prywiński
Prezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej



do 31 października

do 31 grudnia

Głosowanie
w rejonach wyborczychII tura wyborów
– w przypadku wyboru mniej niż 50% delegatów

WAŻNE DLA LEKARZY, KTÓRZY NIE ODDALI GŁOSU KORESPONDENCYJNIE

NR REJONU WYBORCZEGO	REJON WYBORCZY	MIEJSCE GŁOSOWANIA	TERMIN GŁOSOWANIA
Rejon nr 1	Szpital Uniwersytecki nr 1 w Bydgoszczy	Sala konferencyjna Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy	23.10.2017 r. godz.: 10:00-12:00
Rejon nr 2	Szpital Uniwersytecki nr 2 w Bydgoszczy	Sala narad (poziom -1) Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 w Bydgoszczy	17.10.2017 r. godz.: 10:00-12:00
Rejon nr 4	Wojewódzki Szpital Dziecięcy w Bydgoszczy	Sala Malinowa budynek C Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy	10.10.2017 r. godz.: 12:00-14:00
Rejon nr 6	Centrum Onkologii w Bydgoszczy	Sala konferencyjna nr 1072 Centrum Onkologii w Bydgoszczy	18.10.2017 r. godz.: 10:00-12:00
Rejon nr 8	SP Wielospecjalistyczny ZOZ MSW w Bydgoszczy	Sala konferencyjna (5 piętro) SP Wielospecjalistycznego ZOZ MSW w Bydgoszczy	20.10.2017 r. godz.: 10:00-12:00
Rejon nr 13	Powiat bydgoski	Bydgoska Izba Lekarska	16.10.2017 r. godz.: 13:30-14:30
Rejon nr 14	Inowrocław	Mała sala konferencyjna Szpitala Wielospecjalistycznego im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu	12.10.2017 r. godz.: 10:00-12:00
Rejon nr 18	Świecie	Sala Szkoły Rodzenia Nowego Szpitala w Świeciu ul. Wojska Polskiego 126	11.10.2017 r. godz.: 10:00-12:00
Rejon nr 19	Tuchola	Sala konferencyjna Szpitala Tucholskiego Sp z o.o. ul. Nowodworskiego 14-18	24.10.2017 r. godz.: 10:00-12:00
Rejon nr 20	Żnin	Świetlica Pałuckiego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. ul. Szpitalna 30	25.10.2017 r. godz.: 10:00-12:00
Rejon nr 21	Lekarze dentyści z Bydgoszczy	Hala „Łuczniczka” ul. Toruńska 59, Bydgoszcz	19.10.2017 r. godz.: 9:30-10:30
Rejon nr 22	Lekarze dentyści z powiatów: inowrocławskiego, mogileńskiego, żnińskiego	Hala „Łuczniczka” ul. Toruńska 59, Bydgoszcz	19.10.2017 r. godz.: 10:00-11:00
Rejon nr 23	Lekarze dentyści z powiatów: bydgoskiego, nakielskiego, tucholskiego, sępoleńskiego, świeckiego	Hala „Łuczniczka” ul. Toruńska 59, Bydgoszcz	19.10.2017 r. godz.: 10:30-11:30
Rejon nr 24	Lekarze rodzinni	Bydgoska Izba Lekarska	05.10.2017 r. godz.: 18:00-19:00
Rejon nr 25	Lekarze i lekarze dentyści stażyści z całego obszaru działania BIL	Bydgoska Izba Lekarska	16.10.2017 r. godz.: 14:45-15:45
Rejon nr 26	Lekarze i lekarze dentyści emeryci i renciści z miasta Bydgoszczy	Bydgoska Izba Lekarska	04.10.2017 r. godz.: 14:50-15:50
Rejon nr 27	Klub Lekarza Seniora	Bydgoska Izba Lekarska	04.10.2017 r. godz.: 13:45-14:45

II Ogólnopolska Konferencja Naukowa „Komunikacja w medycynie”

● Warszawa 27–28.10.2017

Na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym odbędzie się konferencja naukowa dotycząca komunikacji medycznej. Będzie to czas interdyscyplinarnej dyskusji osób zajmujących się różnorodnymi aspektami problematyki relacji i porozumienia z pacjentem oraz okazja do wymiany doświadczeń i rozmowy o dobrych praktykach komunikacyjnych w Polsce i na świecie. Organizatorami konferencji są: Polskie Towarzystwo Komunikacji Medycznej, Zespół Języka Medycznego Rady Języka Polskiego PAN, Zakład Bioetyki i Humanistycznych Podstaw Medycyny WUM oraz Europejskie Stowarzyszenie Studentów Medycyny EMSA Warszawa. W programie tegorocznej konferencji są m.in. wykłady zaproszonych gości, specjalistów z dziedzin medycyny i hu-

manistyki: prof. Elizabeth Rider (Uniwersytet Harvarda), prof. Tomasza Pasierskiego (WUM) i prof. Joanny Jurewicz (UW), a także obrady w sesjach tematycznych. Uczestnicy konferencji będą mogli zdobyć praktyczne umiejętności i rozwinąć przydatne w pracy klinicznej kompetencje komunikacyjne podczas warsztatów prowadzonych m.in. przez Zbigniewa Kowalskiego (o trudnych sytuacjach w kontakcie z pacjentem) oraz Edytę Pałkę (o przekazywaniu niepomysłnych wiadomości w medycynie). Organizatorzy serdecznie zapraszają do udziału w konferencji: pracowników opieki zdrowotnej, młodych lekarzy i studentów kierunków medycznych oraz wszystkich zainteresowanych tematem komunikacji w medycynie. **Szczegółowe informacje oraz formularz rejestracyjny znajdują się na stronie: www.komunikacja.wmedycynie.wum.edu.pl.**

Młodzi lekarze strajkują!

„Głodujemy, bo mamy dość śmierci na dyżurach i patologicznych metod zapewniania braków kadrowych. Oczekujemy realnych zmian – wszyscy wiemy, jakie te zmiany powinny być. Czas na czyny – bo czyny mówią same za siebie” – mówią lekarze z Porozumienia Rezydentów OZZL. Na 2 października zapowiedzieli swoją akcją protestacyjną. Część medyków ma przystąpić do głodówki. Ci, którzy nie wezmą w niej udziału albo pójdą na urlop, albo oddadzą krew, w ten sposób zyskując dzień wolny, co ma utrudnić pracę placówkom medycznym, które bazują na rezydentach.

Młodzi lekarze domagają się „realnych działań rządu, a nie pozornych ruchów, które poprawią sytuację w publicznym systemie. Żądamy zmian, które doprowadzą do wzrostu dostępności leczenia i diagnozowania pacjentów oraz poprawy warunków pracy dla pracowników ochrony zdrowia. Jesteśmy głodni zmian w ochronie zdrowia! Dlatego po



setkach spotkań z politykami, po manifestacjach, po przygotowaniu obywatelskiego projektu ws. warunków zatrudnienia w ochronie zdrowia oraz zebraniu blisko ćwierć miliona podpisów szykujemy się do zaostrożenia formy protestu. Polscy lekarze

łakną normalności! I wspólnie będą o nią walczyć” – zapowiadają.

Protest Porozumienia Rezydentów OZZL wspierają inni pracownicy ochrony zdrowia zrzeszeni w Porozumieniu Zawodów Medycznych.

Agnieszka Banach

Dodatkowe pieniądze dla naszego województwa

NFZ

9 mln 696 tys. zł otrzymał Kujawsko-Pomorski Wojewódzki Oddział NFZ zgodnie z zarządzeniem prezesa Funduszu w sprawie zmiany planu finansowego na rok 2017. Pieniądże zostaną przekazane ośrodkom na kolejne operacje zaćmy i endoprotezoplastyki. „Liczymy na to, że pozwolą skrócić kolejki oczekujących – mówi Barbara Nawrocka, rzeczniczka NFZ i dodaje – Dodatkowe ponad 3 mln zł, które otrzymaliśmy na operacje zaćmy wiosną tego roku, zmniejszyły kolejkę (stabilną) o ponad 1640 osób, a średni czas oczekiwania jest krótszy o prawie 60 dni”.

Fundusz dokonał podziału zastrzyku finansowego w następujący sposób: 67% środków zostało przekazane na wszczęcie endoprotez, a 33% na operacje usunięcia zaćmy. „Aneksy zwiększające otrzymało 13 z 18 świadczeniodawców wykonujących operacje zaćmy. Pozostali albo mieli niewykonania (np. Jurasz), albo deklarowali, że nie są w stanie wykonać większej liczby zabiegów – informuje Nawrocka – Podobnie było z endoprotezoplastyką. Z 15 świadczeniodawców aneksy zwiększające otrzymało 11 placówek. Reszta albo miała niewykonania (np. Jurasz) albo nie była w stanie przeprowadzić większej ilości zabiegów.” a.b.

Co dalej z bydgoskim in vitro?

Sąd przyznał rację wojewodzie



Urząd Miasta Bydgoszcz



Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki

Wojewódzki Sąd Administracyjny w Bydgoszczy ocenił, że wojewoda kujawsko-pomorski Mikołaj Bogdanowicz słusznie uchylił uchwałę bydgoskiej rady miasta w sprawie refundacji in vitro.

Przypomnijmy, że Rada Miasta w marcu zdecydowała o poparciu dla bydgoskiego in vitro. Dzięki przyjętemu wtedy programowi jeszcze w tym roku 50 par mogłoby skorzystać z leczenia, do którego dopłacałoby miasto. Docelowo miasto przez 3 lata miało pomagać 100 parom rocznie.

Jednak w maju nieważność podjętej przez miasto uchwały „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego – in vitro dla mieszkańców Bydgoszczy w latach 2017-2020” stwierdził wojewoda Bogdanowicz. Według niego uchwała „w sposób istotny naruszyła prawo” (o czym szerzej

pisaliśmy w „Primum 5–6/2017). Zarzuty wojewody dotyczyły m.in. tego, że program polityki zdrowotnej został opracowany przez osoby zewnętrzne, a nie przez gminę, do czego obliguje ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz tego, że po ocenie projektu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w dokumencie dokonywano zmian, co powinno skutkować ponownym jego opiniowaniem.

Spawa z inicjatywy miasta trafiła do WSA, który we wrześniu uznał rację wojewody.

Miastu pozostało teraz tylko ewentualne złożenie skargi kasacyjnej do Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie. Takie rozwiązanie oznacza jednak kolejne miesiące oczekiwań na nie wiadomo czy przychylną decyzję sądu.

Agnieszka Banach

Przychodzi WENA do lekarza

Ogólnopolski Konkurs Literacki
im. Profesora Andrzeja Szczeklika Edycja VII



Jury: Anna Dymna, Waldemar Hładki, Ewa Lipska, Bronisław Maj, Maria Szczeklika, Jarosław Wanecki

W konkursie może wziąć udział każda osoba mająca tytuł lekarza lub lekarza dentysty.

Prace konkursowe będą przyjmowane w 3 kategoriach:

- Poezja
- Proza
- Felieton (kategoria dla biuletynów okręgowych izb lekarskich)

Termin nadsyłania prac konkursowych w kategoriach Poezja i Proza do 28 lutego 2018 roku, wyłącznie pocztą elektroniczną na adres: wena@mp.pl. Kategoria Felieton ma odrębny regulamin.

Prosimy o zapoznanie się z regulaminem konkursu dostępnym na stronie internetowej: www.mp.pl/wena

Informacji udziela: Anna Wierzchowska-Woźniak, tel. 12 2934268, e-mail: wena@mp.pl

Z tytułem „Medicus Nobilis”

Polskie Towarzystwo Lekarskie uhonorowało Ryszarda Długotęckiego – lekarza, członka Bydgoskiej Izby Lekarskiej, tłumacza „Hamleta”, „Makbeta” i sonetów Szekspira, uczestnika wypraw wysokogórskich, fotografa, tegorocznego zdobywcę Medalu Jerzego Sulimy-Kamińskiego – tytułem Medicus Nobilis. Jest to wyróżnienie przyznawane co najwyżej dwóm lekarzom rocznie.

Ponieważ nadawanie tytułu powinno odbywać się w sposób niezwykle uroczysty – tytuł nadaje prezes ZG PTL w obecności co najmniej dwóch członków prezydium, zwracając się do wyróżnianego lekarza słowami: „Ego te nomine Medicus Nobilis” oraz wkładając mu na palec srebrny sygnet z logo PTL i napisem „Medicus Nobilis”, a sekretarz ZG PTL osobie wyróżnionej wręcza dyplom w wersji łacińskiej i polskiej – nastąpi ono na Zamku Królewskim w Warszawie podczas Gali PTL, 6 października 2017 r.

mg



Fot. Facebook

Lekarz podpisał się na Długiej

Profesor Wojciech Zegarski to kolejny lekarz, który odstąpił swój autograf w Alei Bydgoskich Autografów. Wcześniej ten zaszczyt spotkał też profesora Marka Harata (2010 r.), dr n. med. Małgorzatę Czajkowską-Malinowską (2012 r.), dr n. med. Zbigniewa Pawłowicza (2014), profesora Zbigniewa Włodarczyka (2015 r.).

W tym roku obok profesora Zegarskiego laureatami Bydgoskich Autografów zostali: artysta fotograf Jerzy Riegel oraz wioślarski duet mistrzyń olimpijskich – Magdalena Fularczyk-Kozłowska i Natalia Madaj.



Prof. Wojciech Zegarski (w środku) podczas zabiegu PIPAC

Profesor Wojciech Zegarski jest specjalistą chirurgii ogólnej oraz onkologicznej. Urodził się 15 kwietnia 1954 r. w Gdyni. Studiował w Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie. Z Bydgoszczą związany jest od 1979 r., kiedy to rozpoczął staż podyplomowy w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym. Jest uczniem prof. Zygmunta Mackiewicza – w 1980 r. u rozpoczął pod jego nadzorem staż specjalizacyjny z zakresu chirurgii ogólnej w Klinice Chirurgii Ogólnej i Naczyń II Wydziału Lekarskiego AMG z siedzibą w Bydgoszczy (obecnie Collegium Medicum). Profesor pracuje w bydgoskim Centrum Onkologii, gdzie kieruje Oddziałem Klinicznym Chirurgii Onkologicznej. Jest kierownikiem Katedry Chirurgii Onkologicznej na Wydziale Nauk o Zdrowiu. Wojciech Zegarski jest uznanym w kraju twórcą modelowych rozwiązań w zakresie nowoczesnych metod leczenia, diagnostyki i monitorowania pacjentów z rakiem jelita grubego. Został wyróżniony jako twórca wiodącego w kraju ośrodka referencyjnego, tzw. „Rectal Cancer Unit” cechującego się najwyższym stopniem implementacji nowoczesnych technik laparoskopowych, małoinwazyjnych i z zakresu elektrochirurgii w Polsce. W ośrodku w ostatnich 15 latach w zakresie tylko samej chirurgii raka jelita grubego wykonano około 5000 zabiegów z czego 10% stanowiły zabiegi wykonane z wykorzystaniem nowoczesnych i innowacyjnych technik małoinwazyjnych.

Laureatów Bydgoskich Autografów, jak co roku, wyłoniła kapituła wyróżnienia (29 sierpnia), na której czele stoi prezydent miasta Rafał Bruski. Członkami Kapituły Autografów są przedstawiciele uczelni publicznych działających na terenie Bydgoszczy, lokalnych mediów oraz bydgoskiego samorządu, a także od tego roku laureaci ubiegłorocznych Bydgoskich Autografów.

Odstąpienie tabliczek (których autorem jest artysta rzeźbiarz Michał Kubiak – ubiegłoroczny laureat) z podpisami tegorocznych wyróżnionych – odbyło się 23 września w ramach Święta Ulicy Długiej.

a.b.

Zapraszamy na zebranie naukowo-szkoleniowe

▶ Oddział Kujawsko-Pomorski Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii zaprasza na zebranie naukowo-szkoleniowe, które odbędzie się **19 października o godzinie 18:30** w restauracji „Gerwazy” (Bydgoszcz, ul. Gajowa 2).

▶ Program:

• „Zespół jelita nadwrażliwego – standardy postępowania”, prof. dr hab. n. med. Krystian Andrych, Katedra i Klinika Gastroenterologii i Hepatologii, Gdański Uniwersytet Medyczny,

• „Program transplantacji wątroby w Bydgoszczy: rola gastroenterologa i zespołów wielodyscyplinarnych”, prof. dr hab. n. med. Maciej Stupski, Klinika Chirurgii Wątroby i Chirurgii Ogólnej, UMK w Toruniu, Szpital Uniwersytecki nr 1 w Bydgoszczy,

• Dyskusja po każdym wykładzie.

▶ Spotkanie otwarte dla wszystkich lekarzy BIL zainteresowanych tematami spotkania

Dr n. med. Zbigniew Kula

Never ending story czyli opieka zdrowotna plus

Kiedy pod koniec lipca czytałam i słuchałam o wnioskach Najwyższej Izby Kontroli dotyczących funkcjonowania pakietu onkologicznego, przecierałam oczy i zastanawiałam się ...czy moja szklana kula była taka przenikliwa, czy struktury państwa, w tym postowie, cierpią na jakieś zaniki pamięci. . .

Już w lutym 2015 r. w opublikowanym w „Primum” artykule „Pakiet onkologicznego chaosu” wskazywałam główne zagrożenia. Przypomnę na co zwracałam uwagę:

- na sposób rozliczania karty onkologicznej, tj. w szczególności przekroczeń wyznaczonych terminów poszczególnych etapów postępowania,
- generowanie dodatkowych wizyt, tj. otwieranie i zamykanie kolejnych etapów postępowania,
- zmuszenie lekarzy do stosowania się do wymogów NFZ, a nie zaleceń i wytycznych medycznych,
- konsylium dla wszystkich pacjentów, a nie tylko dla skomplikowanych i nieoczywistych przypadków
- obciążenie biurokracją personelu medycznego
- niekonstytucyjny podział pacjentów na uprzywilejowanych, tzn. tych z kartą, i pozostałych, w domyśle – gorszych.

Czy naprawdę więc musiały minąć aż 2 lata i 6 miesięcy, aby potwierdzić sygnalizowane i zgłaszane zagrożenia?

Duże centra onkologiczne popadły w kłopoty finansowe – w dużej mierze spowodowane skomplikowaną procedurą rozliczania świadczeń wykonanych w ramach karty DiLO. Jedną z częstszych przyczyn niekorzystnego finansowania to przekroczenie terminów, bardzo często będące skutkiem opóźnień powstałych na etapach przed zgłoszeniem się do centrum. Druga – to brak lepszego rozliczenia procedur, które nie potwierdziły obecności nowotworu.

Podzielono pacjentów na uprzywilejowanych, tj. tych z zieloną kartą, i na tych bez. W mojej opinii godzi to w podstawowe prawa obywatela, czyli równy dostęp do tych samych świadczeń medycznych. Zgodnie z art. 68 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej: *Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.*

Spójrzmy na wnioski z kontroli NIK (7 z11):

Wniosek 1: Różnicowanie terytorialne w zakresie udzielanych świadczeń raczej nie wymaga komentarza. W jednych regionach jest świadczeniodawców więcej, w innych mniej. Może warto patrzeć na system w skali makro i myśleć o przyszłości, a nie tylko bilansować wyniki tu i teraz?

Wniosek 2: *Część świadczeniodawców nierzetelnie realizowała obowiązki wynikające z pakietu onkologicznego, dotyczące m.in. zapewnienia terminowości, koordynacji leczenia onkologicznego i dokumentowania poszczególnych etapów procesu leczniczego – czytamy.*

No cóż, jakoś umknął fakt, iż pakiet onkologiczny to eksperyment na żywym organizmie i do momentu wdrożenia nie były znane wszystkie rozporządzenia i mechanizmy rozliczeń i kodowania poszczególnych etapów postępowania. Nie przeszkolono też ludzi, najważniejszego ogniwa systemu, co czynniki decyzyjne stale i z uporem pomijają.

Wniosek 3: *Wprowadzenie pakietu onkologicznego skróciło wprawdzie czas oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych*

w przypadku zachorowania na wybrane nowotwory złośliwe w porównaniu do pozostałych pacjentów przyjmowanych w trybie planowym, lecz nie wszyscy pacjenci kwalifikujący się do pakietu uzyskali świadczenia w jego ramach.

Komentarz – patrz art.68 Konstytucji RP.

Wniosek 4: *Wprowadzenie pakietu onkologicznego nie doprowadziło do istotnej poprawy kompleksowości i jakości udzielanych świadczeń.*

Bez zmian systemowych, tj. przede wszystkim inwestycji w LUDZI (szkolenia, płace, godziny pracy), lepiej nie będzie, bowiem zmiany będą tylko wirtualne, bez wpływu na poprawę całości systemu. Zmiany wybranych aspektów mają charakter działań wyłącznie pijarowskich, ich celem jest pokazanie sukcesu aktualnie rządzących, nie wpływają na CAŁOŚĆ (koszt nieistotny, ważny tylko wydźwięk polityczny).

Wniosek 5: *Wprowadzenie pakietu onkologicznego i zniesienie limitów na te świadczenia nie doprowadziło do istotnego zwiększenia nakładów na leczenie onkologiczne.*

To było wiadomo już w 2014 r.! Każda niezgodność terminów, składu konsyliów, brak wszystkich wymaganych badań zamienia marchewkę, czyli: zapłacimy lepiej, na kijek: niestety przykro nam, ale dostaniesz mniej, tj. 70% wartości danej procedury. Dotyczy to także sytuacji, gdy wykonane procedury wykluczyły obecność raka! W takich warunkach raczej trudno oczekiwać wczesnej i skutecznej wykrywalności.

Wniosek 6: *W 2015 r. jedynie 10,9% wartości świadczeń udzielonych pacjentom kwalifikującym się, z uwagi na rozpoznanie, do pakietu onkologicznego w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej zostało rozliczonych w jego ramach, zaś 89,1% na dotychczasowych zasadach, tj. w ramach umów objętych limitami.*

W ramach limitu zasady gry były jasne, wycena procedur była stała. Poza tym komentarz jak we wniosku 5.

A wiele sytuacji klinicznych nie było przewidzianych w pakiecie! Zabrakło czasu na szkolenia i dyskusję ze środowiskiem. Ważniejszy był doraźny sukces ekipy rządzącej.

Wniosek 7: *Proces opracowywania projektu nowelizacji ustawy o świadczeniach i rozporządzeń wykonawczych wprowadzających pakiet onkologiczny nosił znamiona działań mających na celu jedynie spełnienie formalnego wymogu przeprowadzenia konsultacji społecznych.*

Ten punkt w zasadzie nie wymaga komentarza. Może jeden, podsumowujący: **ciągle pomija się rolę ludzi tworzących system, czyli profesjonalistów. Bez dobrej diagnozy żadne zmiany korekcyjne (doraźne) nie poprawią sytuacji, ani w onkologii, ani w całym systemie.**

Minęły 2 lata, a nowa ekipa tworzy kolejną iluzję, czyli sieć szpitali. Ale to już temat na kolejną polemikę.

MD

(dane autora znane redakcji)





Osoba posiadająca rzetelną wiedzę

Z dr n. med. Iwoną Sadowską-Krawczyńską – specjalistką w dziedzinie neonatologii i epidemiologii, starszym asystentem na Oddziale Klinicznym Noworodków, Wcześnieiaków z Intensywną Terapią Noworodka z Wyjazdowym Zespołem Karetki „N” Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy – rozmawia Magdalena Godlewska

► **Ruchy antyszczepionkowe zyskują w Polsce coraz szersze zwoleńników – rośnie liczba rodziców, którzy rezygnują ze szczepienia swoich dzieci. Czy ten trend widoczny jest również u Państwa?**

Rzeczywiście coraz częściej spotykamy się z niezgodą rodziców na wykonanie szczepień obowiązkowych u ich dzieci. Do niedawna na naszym Oddziale było to zjawisko bardzo rzadkie – kilka przypadków na rok. Natomiast ostatnio ten problem lawinowo narasta. Badania ankietowe przeprowadzone przeze mnie w tym roku na terenie całej Polski (na potrzeby marcowej konferencji Polskiego Towarzystwa Wakcynologii „Szczepienia na dobry początek”) wykazały, że 4,7% polskich neonatologów i pediatrów nigdy nie spotkało się z odmową szczepienia, 18,6% spotyka się z tym zjawiskiem bardzo rzadko (raz na 1000), 67,4% – raz na 100, a 9,3% – raz na 10 przypadków.

Niestety, obawiam się, że sytuacja gwałtownie się pogarsza i – jak wynika z rozmów z moimi kolegami w innych ośrodkach w kraju – dzieje się tak prawie wszędzie...

► **Część rodziców odmawiających zaszczepienia dziecka nie sprzeciwia się szczepieniom w ogóle, a jedynie niektórym rodzajom szczepionek, np. skojarzonym, pochodzącym od**

określonych producentów czy przeciwko konkretnej chorobie. Jak to wygląda na Pani Oddziale?

Na oddziałach neonatologicznych zdrowym, donoszonym noworodkom podajemy dwa szczepienia: przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B i przeciwko gruźlicy. W przypadku odmowy – zazwyczaj dotyczy ona obu tych szczepień.

Kolejne szczepienia realizujemy w grupie wcześniaków, które długo przebywają na naszym Oddziale, nawet kilka miesięcy. Tu odmowa jest bardzo, bardzo rzadka. Rodzice naszych pacjentów, których droga do dojrzałości i zdrowia była długa i często powikłana różnymi problemami zdrowotnymi, zdają sobie sprawę, że szczepienia mogą je uchronić przed wieloma ciężkimi chorobami zakaźnymi. Poza tym rodzice wcześniaków zazwyczaj mają już do nas zaufanie i wierzą, że chcemy dla ich dzieci jak najlepiej.

► **Jak personel Oddziału postępuje w przypadku odmowy zaszczepienia? Przekonuje? Grozi karami finansowymi?**

Cały nasz personel – zarówno lekarze, jak i pielęgniarki z oddziału noworodków, ale i ginekolodzy-położnicy – sprzyja szczepieniom. Warto podkreślić, że budowanie zaufania do szczepień zaczyna się od okresu prenatalnego. Już na etapie planowania ciąży, a następnie w jej

Do Ministra Zdrowia

Izba w sprawie wzrostu aktywności ruchów antyszczepionkowych



Jesteśmy zaniepokojeni wzrostem aktywności ruchów antyszczepionkowych w naszym kraju. W naszej ocenie jest to wynikiem braku należytej edukacji zarówno wśród lekarzy, jak i pacjentów. Apelujemy do Ministra Zdrowia o podjęcie zdecydowanych działań w kierunku promocji obowiązkowych szczepień profilaktycznych i rzetelnej wiedzy na ich temat. Sytuacja pozostawienia lekarzy samym sobie wobec agresji pseudonaukowych działań ruchów antyszczepionkowych nie powinna mieć miejsca. Lekarze realizujący rozporządzenie w sprawie szczepień profilaktycznych są narażeni na bezpośrednie ataki przeciwników szczepień i oskarżani o działanie na szkodę dzieci.

Jako środowisko lekarskie oczekujemy ze strony Pana Ministra Zdrowia podjęcia radykalnych działań w celu promocji należytej wiedzy na temat szczepień.

Stanowisko nr 3/VII/17 Okręgowej Rady Lekarskiej Bydgoskiej Izby Lekarskiej z 14 września 2017 r. podpisane przez sekretarza ORL BIL dr. n. med. Paweł Białożyka oraz prezesa ORL BIL dr. n. med. Stanisława Prywińskiego.



Odra

Błonica

Czarna ospa

Tęžec

— przeciwnikiem szczepień nie będzie

toku, o szczepieniach powinniśmy pamiętać i je realizować. Na naszym terenie w tym roku prof. dr hab. n. med. Marek Grabiec, prezes Oddziału Kujawko-Pomorskiego PTGP, zorganizował dla członków towarzystwa spotkanie, które dotyczyło właśnie szczepień. To była bardzo ważna inicjatywa i, mam nadzieję, że takich spotkań będzie więcej.

► **Również wśród lekarzy, prawdopodobnie także z „Bizie-la”, są przeciwnicy szczepień. Zdarza się, że informują, a nawet próbują przekonywać do swoich poglądów pacjentów. W jaki sposób reagują w takiej sytuacji koledzy lekarze?**

Myślę, że takie osoby, niestety są, ale ja ich osobiście nie znam. Nie jest to powszechny problem. Tutaj również najważniejsza jest edukacja. Osoba posiadająca rzetelną wiedzę, wiedzę opartą na faktach, przeciwnikiem szczepień nie będzie.

Jeśli miałabym zareagować, to po pierwsze starałabym się porozmawiać, wytłumaczyć i rozwiązać wątpliwości. Ponadto pamiętać musimy, że zgodnie z prawem szczepienia są obowiązkowe i to prawo również nas dotyczy. Tutaj nie ma miejsca na osobiste rozterki i poglądy.

► **A jak, według Pani, wyglądałby optymalny sposób postępowania w takich sytuacjach – jak powinien reagować zarząd placówki medycznej, izby lekarskie?**

Powtórzę: przede wszystkim trzeba edukować i przypominać, że zgodnie z obowiązującą ustawą o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi – szczepienia dla osób mieszkających w naszym kraju są obowiązkowe. Osoby zarządzające mogłyby ewentualnie wyciągnąć konsekwencje w stosunku do takich pracowników. Widzę tu również miejsce dla izb lekarskich, ale głównie w aspekcie edukacji, a nie karania.

► **Jednym słowem, nisko ocenia Pani skuteczność przeciwdziałania zachowaniom antyszczepieniowym – zarówno wobec lekarzy, jak i nielekarzy – poprzez karanie, a więc zabiegi typu: nakładanie kar finansowych, poprawa skuteczności ich ściągania, występowanie do sądów o ograniczenie lub pozbawienie opiekunów odmawiających szczepienia dzieci praw rodzicielskich, zawieszenie prawa wykonywania zawodu, nieprzyjmowanie niezaszczepionych dzieci do żłobków, przedszkoli, szkół?**

Tak. Sądzę, że lepszą metodą jest przekazywanie rzetelnej wiedzy o szczepieniach niż karanie. Zazwyczaj nie zgadzają się na szczepienia rodzice bardzo troskliwi. Powinniśmy z nimi rozmawiać, cierpliwie odpowiadać na pytania i starać się rozwiązać wszelkie wątpliwości. Jednak to wymaga, aby wiedza personelu medycznego, zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek i położnych, była aktualna i bardzo dokładna. Przeciwnicy szczepień często cytują badania i są przekonani o swojej racji. Konieczna jest ciągła edukacja w tym zakresie.

Jestem wielką zwolenniczką promocji zdrowia, szeroko pojętej edukacji społeczeństwa. To najtańsza i bezpieczna metoda poprawiająca stan zdrowia społeczeństwa, ciągle, niestety, za mało wykorzystywana. Rzetelna edukacja buduje zaufanie do szczepień. Jak w wielu dziedzinach i tu prawidłowa komunikacja lekarz-pacjent może zdziałać cuda. Musimy pamiętać, że model paternalistyczny w medycynie to przeszłość. Teraz pacjenci chcą być naszymi partnerami w podejmowaniu decyzji dotyczących ich stanu zdrowia i jest to dobry trend.

Natomiast uważam, że powinno się rozważyć zakaz przyjmowania niezaszczepionych dzieci do żłobków, przedszkoli i szkół. Te dzieci zagrażają innym, tj. tym, które nie mogą być szczepione z powodu chorób, np. niektórych zaburzeń odporności.

► **Wielu rodziców pozbyłoby się negatywnego nastawienia do szczepień, gdyby kalendarz szczepień był bardziej zindywidualizowany, dopasowany do konkretnego dziecka.**

Indywidualny kalendarz szczepień jak najbardziej, ale kto ma go realizować... Tu zaczyna się problem. Lekarz w rejonie nie zawsze ma na to czas, a czasami wymagane jest wsparcie poradni o sprawach szczepień. Tylko takich poradni prawie nie ma...

► **Co decyduje o przewadze systemu szczepień obowiązkowych nad systemem dobrowolnego szczepienia?**

Myślę, że możemy to rozpatrywać na kilku płaszczyznach. Po pierwsze finansowej: szczepienia obowiązkowe są bezpłatne i to dla wielu z naszych pacjentów jest bardzo ważne. Po drugie – w sytuacji procedur obowiązkowych istnieją rozwiązania systemowe, które pomagają realizować nakazane procedury i personel wie, że brak realizacji tego obowiązku może nieść za sobą kary finansowe również dla personelu. Po trzecie – jednak obowiązkowość szczepień powoduje, że odsetek zaszczepionych osobników jest wysoki w społeczeństwie, a to bardzo ważne dla zahamowania lub zmniejszenia krążenia drobnoustroju w środowisku. Polska może poszczycić się wysoką wyszczepialnością społeczeństwa, tak więc obecny system działa skutecznie.

Dr n. med. Iwona Sadowska-Krawczyńska – pediatra, specjalistka w dziedzinie neonatologii oraz epidemiologii, adiunkt w Katedrze Położnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, starszy asystent na Oddziale Klinicznym Noworodków, Wcześnieiaków z Intensywną Terapią Noworodka z Wyjazdowym Zespołem Karetki „N” Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr Jana Bizieła w Bydgoszczy. Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego konferencji Polskiego Towarzystwa Wakcynologii „Szczepienia na dobry początek” (Bydgoszcz, marzec 2017)

O tym, czy szczepić, czy nie, powinien decydować tylko lekarz!

STANISŁAW PRYWIŃSKI

Rosnąca popularność ruchów antyszczepionkowych wynika z niskiej świadomości ludzi. Niezgoda na szczepienia obowiązkowe świadczy o niezrozumieniu i nieznanomości zasad funkcjonowania polityki zdrowotnej. To zaprzeczenie osiągnięć medycyny. Przecież dzięki szczepionkom wiele chorób zostało zlikwidowanych, chociażby ospa prawdziwa, której epidemie zabierały miliony ludzi, a teraz przeciw niej się nawet nie szczepi, bo zniknęła całkowicie. Podobnie jest z chorobą Heinego-Medina. W dzieciństwie miałem jeszcze kolegów z porażeniami kończyn, to było dramatyczne, a obecnie dzięki masowym szczepieniom nie widzimy już skutków tej choroby wokół nas. W głowie mi się nie mieści, jak można nie szczepić!

Nie szczepiąc, powodujemy zagrożenie. Rozumiem, że ludzie obawiają się powikłań poszczepiennych. One są – jak w przypadku każdego leku. Istnieją też przeciwwskazania do szczepień wskazujące, w jakich stanach chorobowych nie należy szczepić dzieci. Pamiętajmy, że niezaszczepienie większej populacji ludzi grozi wystąpieniem epidemii chorób, które zostały wyćpione. W tym momencie narażamy na śmierć również wiele innych osób, chociażby te, które z powodów zdrowotnych nie mogły zostać zaszczepione.

Uważam, że o tym, czy szczepić czy nie, może decydować tylko lekarz! To podstawowa zasada. Należy pamiętać, że wolność wyboru, na co tak chętnie powołują się ruchy antyszczepionkowe, kończy się wtedy, gdy występuje zagrożenie życia dla pozostałej części populacji czy możliwość epidemii. Wolność jednej jednostki nie może szkodzić drugiej. Zresztą warto sobie zadać pytanie, czy świadomość człowieka jest na tyle duża, że jego pojęcie wolności jest wolnością rzeczywistą, czy ogranicza ją poziom wiedzy, którą jednostka dysponuje. Uważam, że to niemożliwe, by wszyscy posiadali wiedzę na temat szczepień na poziomie akademickim, dlatego w tych sytuacjach, gdy chodzi o zdrowie i życie, wolność powinna być ograniczona, stąd obowiązek szczepień.

Niedawno, w lipcu, Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zaapelowało do Ministra Zdrowia o podjęcie prac legislacyjnych zmierzających do wprowadzenia obowiązku przedstawienia przed przyjęciem do

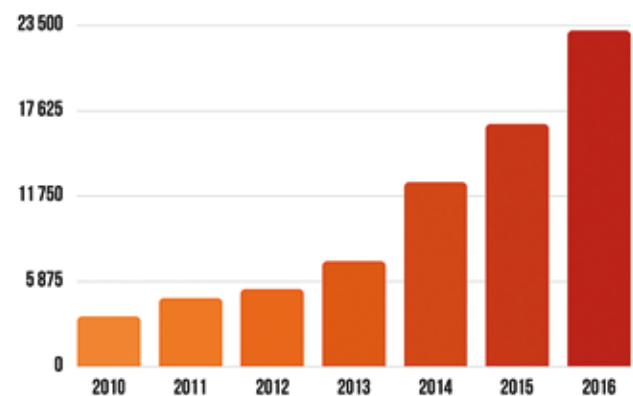
żłobka, przedszkola i szkoły zaświadczenia potwierdzającego wykonanie u dziecka szczepień obowiązkowych. Uważam, że tak powinno być, bo nieszczepione dziecko stwarza zagrożenie – nie tylko dla siebie, ale też dla innych dzieci, z którymi się kontaktuje. Jeżeli rodzic na szczepienie się nie zgadza, a dziecko powinno być zaszczepione i nie ma co do tego przeciwwskazań, lekarz powinien zgłosić to wojewódzkiemu inspektorowi sanitarnemu, a ten tę sprawę dalej poprowadzi.

Wiem, że zdarzają się lekarze przeciwni szczepieniom, którzy do tego przekonują też swoich pacjentów. Jestem ciekawy, czy zgłaszali kiedyś jakieś, dotyczące ich, działania niepożądane? Taki jest przecież obowiązek. Uważam, że ci lekarze powinni być odpowiednio zdyscyplinowani. Jeżeli, mimo rozmów, swojej postawy nie zmieniają, ich sprawą powinien zająć się rzecznik odpowiedzialności zawodowej. Wyżej wymienione działanie oznacza przecież, że nie postępują oni zgodnie z obowiązującą wiedzą medyczną, czyli nie postępują tak jak powinien postępować lekarz. Apeluje, by takie przypadki do ORZOZ zgłaszać!

(not. a.b.)

Liczba osób uchylających się od obowiązkowych szczepień

W latach 2010-2016



Zapobiegajmy nieszczęściu – zamiast walczyć z jego przerażającymi skutkami

JERZY RAJEWSKI

Obserwujemy w Polsce niepokojący wzrost popularności tzw. ruchów antyszczepionkowych. Nawet te z nich, które twierdzą, że chodzi tylko o dyskusję o niepożądanych odczynach poszczepiennych (NOP), szczycą się na swoich stronach internetowych wzrastającą liczbą niezaszczepionych dzieci. To odwrócenie się społeczeństwa, a nawet pojedynczych lekarzy, na całym świecie od wiedzy i obiektywnych wyników badań naukowych (EBM) wymaga zastanowienia i dyskusji – dlaczego? Dlaczego zdobywają popularność zabobony, teorie spiskowe i poglądy wyssane z palca, pochodzące od grupy ludzi o niejasnych intencjach i niezrozumiałych dla naukowców emocjach?

Debata na ten temat jest trudna, bo przypomina rozmowę piekarza z elektronikiem na temat naprawy telewizora. Dwie strony – jedna opierająca się na EBM, druga emocjonalna i protestująca – to za mało. Więcej światła na ten problem społecznego, bo z pewnością nie naukowo-medycznego, mogłyby rzucić poglądy socjologów, psychologów i historyków. Losy nauki w rozwoju ludzkości przebiegają jak sinusoida. W przebiegu jej amplitudy obserwujemy czasy starożytne z ich kwitnącą Persją, kulturą grecką, a następnie średniowiecze ze Świętą Inkwizycją, potem oświecenie. Może taki jest naturalny przebieg historii ludzkości? Raz hołdowanie nauce, wiedzy i kulturze,

a potem całkowita ich negacja? Czy czeka nas okres odwrotu od zdobyczy naukowych?

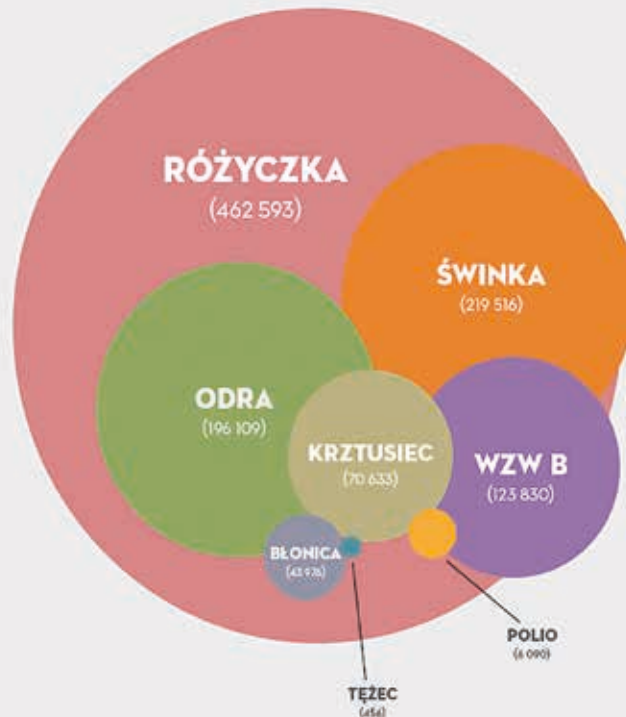
W tej dyskusji brakuje także udziału środowisk uniwersyteckich. To przecież one są winne kształceniu lekarzy, którzy przez szczepienia „czynią z dzieci cyborgi, powolne manipulacji rządów i niezdolne do samodzielnego i niezależnego decydowania o własnym życiu”. Między innymi takie właśnie opinie można było usłyszeć na konferencji pn. „Szczepienia XXI wieku” zorganizowanej w Warszawie 27 sierpnia br. Wystarczy mieć maturę, aby wiedzieć, że

LICZBA ZACHOROWAŃ W POLSCE
W WYBRANYM ROKU PRZED
ROZPOCZĘCIEM SZCZEPIEŃ I OBECNIE (2016)
* DATA WPROWADZENIA OBOWIĄZKOWYCH SZCZEPIEŃ

PRZED ROZPOCZĘCIEM SZCZEPIEŃ

OBECNIE (2016)

	PRZED	OBECNIE	SZCZEPIONKA*
RÓŻYCZKA	462 593	1146	2004
ŚWINKA	219 516	1978	2004
ODRA	196 109	132	1975
WZW B	123 830	47*	1996
KRZTUSIEC	70 633	6856	1961
BŁONICA	43 976	0	1961
POLIO	6 090	0	1959
TĘŻEC	456	12	1961



Zródło: Kostrzewski J., Magdziak W., Naruszewicz-Lesiuk D.: Choroby Zakaźne i ich zwalczanie na ziemiach polskich w XX wieku. Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2001. *Wirusowe zapalenie wątroby: typu b - ostre

wyłączane tam opinie miały charakter pseudonaukowy. A prezentowali je między innymi naukowcy z tytułami profesorskimi. Może uniwersytety, które nadały te tytuły, powinny pomyśleć o ich weryfikacji?

Do debaty powinno włączyć się również Ministerstwo Zdrowia. Przecież to rząd polski swoim autorytetem (aktami prawnymi) firmuje program szczepień profilaktycznych. A tutaj jakby się bał jednoznacznie potępienia ruchów antyszczepionkowych, które ewidentnie obniżają poziom zdrowia polskiego społeczeństwa.

W sprzeczności z tym milczeniem stoją działania rządu poszerzające jednak zakres czynnej profilaktyki chorób poprzez wprowadzanie nowych szczepień obowiązkowych. Widoczne też są działania Głównego Inspektora Sanitarnego (GIS) w postaci wprowadzenia szczepień przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby (WZW) typu B dla grup dorosłych, którzy mieli kontakt z WZW C.

Z punktu widzenia lekarza praktyka realizującego program szczepień profilaktycznych w małym mieście – problem rezygnacji ze szczepień jest zjawiskiem incydentalnym. Zdarzają się trudne rozmowy, po których najczęściej postanawiamy wspólnie o realizacji szczepień zgodnie z kalendarzem lub planujemy je indywidualnie. Średnio raz w roku dochodzi do sytuacji, że rodzice nie wyrażają zgody na szczepienie swojego dziecka – mimo przekazania im informacji o ryzyku, jakie niesie jego niezaszczepienie, które jest wielokrotnie większe niż to związane ze szczepieniem i rodzi konsekwencje nie tylko dla dziecka, ale i innych osób. Na skutki braku szczepień, np. przeciwko pneumokokom szczególnie narażone są wcześniaki i osoby starsze. Po ich wprowadzeniu zmniejszyła się zachorowalność zakończona hospitalizacją, jak

i śmiertelność z powodu inwazyjnej choroby pneumokokowej starszych dorosłych.

Można zaobserwować zmniejszone zainteresowanie społeczne troską o zdrowie. Dotyczy to nie tylko szczepień, ale również programów zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Profilaktyka chorób układu krążenia (ChUK), chorób odżytoniowych (POCHP) czy raka szyjki macicy nigdy wcześniej nie była na tak niskim poziomie.

Wydaje się jednak, że ruchy antyszczepionkowe są modne w dużych miastach. Najwięcej przeciwników szczepień jest wśród osób wykształconych i „oczytanych w internecie”. Dla innych jest oczywiste, że Ministerstwo Zdrowia działa w trosce o ich dzieci. Teorie spiskowe znajdują poparcie bardzo wąskiej grupy ludzi chłonnych pseudonowości.

Niestety, nawet wśród lekarzy można zaobserwować takich, którzy nie promują szczepień profilaktycznych, a nawet są im przeciwni. Dziwne, że oni sami swoje dzieci szczepią! Dalszy rozwój procesów społecznych negujących profilaktykę chorób zakaźnych drogą szczepień może być niezwykle ryzykowny dla społeczeństwa. W erze dobrobytu zapomnieliśmy już o epidemiach dziesiątkujących ludzkość na świecie w epoce przed wprowadzeniem szczepień profilaktycznych. W akcję propagującą szczepienia powinni włączyć się nie tylko lekarze, ale rząd, naukowcy, celebryci i media publiczne. Zapobiegajmy nie-szczęściu zamiast potem walczyć z jego przerażającymi skutkami.

Lek. med. Jerzy Rajewski jest specjalistą medycyny rodzinnej, właścicielem NZOZ „Rodzina” w Koronowie, prezesem Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Kolegium Lekarzy Rodzinnych.

Ponad 1500 anesteziologów w Bydgoszczy!

KATARZYNA WAWRZYNAK

19. Międzynarodowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii przeszedł już do historii, ale bardzo gorące wspomnienia pozostały.

1517 uczestników, znakomity garnitur wykładowców, zarówno z polskich klinik, katedr i oddziałów, jak i z całego świata (ponad 40) – Europy, Stanów Zjednoczonych, Kanady, Izraela, Japonii, Korei. To tylko liczby, ale trafnie obrazują rangę tego wydarzenia. Wykłady, warsztaty praktyczne wpisują się idealnie w filozofię szkolenia ustawicznego lekarzy naszej specjalizacji. To doskonała sposobność do wymiany doświadczeń ze światowymi autorytetami. To pierwsze tak duże wydarzenie w naszym mieście, które zostało objęte honorowym patronatem m.in. marszałka województwa kujawsko-pomorskiego, prezydenta miasta Bydgoszczy, władz UMK i CM UMK oraz dyrekcji Szpitala Uniwersyteckiego nr 1, którego Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii była współorganizatorem.

Wykłady dotyczące zagadnień związanych z codzienną praktyką kliniczną anesteziologa –

m.in. leczenia pozaustrojowego w intensywnej terapii, leczenia nerkozastępczego, pozaustrojowego podtrzymania funkcji wątroby, diagnostyki i leczenia sepsy, intensywnego leczenia chorych po urazie wielonarządowym, monitorowania dynamiki układu krążenia, zagadnień związanych ze znieczuleniem chorych z wysokim ryzykiem wystąpienia powikłań, z leczeniem bólu ostrego, reanimacją i resuscytacją, mikrobiologią i zakażeniami – zawierały wysoce merytoryczne informacje, które będą miały wpływ na jeszcze lepsze prowadzenie procesu diagnostyczno-leczniczego u naszych pacjentów. Zarówno tych, u których prowadzimy znieczulenia do chirurgicznych procedur zabiegowych, jak i tych krytycznie chorych z oddziałów intensywnej terapii, gdzie doświadczenie kliniczne specjalistów intensywnej terapii musi być wsparte o wszechobecne na naszych od-

ziałach aparaturę medyczną, wpisującą się w globalny trend w medycynie, jakim jest kurs czy też dyskurs technokratyczny.

Zjazd z jednej strony wpłynął na zwiększenie integralności, a z drugiej wpłynęło na rozwinięcie potencjału naszego środowiska, za co, w imieniu pracowników Katedry i Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy, CM UMK w Toruniu, członków Komitetu Organizacyjnego i Naukowego 19. Międzynarodowego Zjazdu Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, bardzo dziękuję wszystkim życzliwym i oddanym naszej specjalności osobom.

Dr hab. n. med. Katarzyna Wawrzyniak jest kierownikiem Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. Jurasza.



Medalowa konferencja we Lwowie

Laryngolodzy z Polski, jak co roku, wsparli swoich ukraińskich kolegów i we wrześniowy czas (we Lwowie bardzo słoneczny i gorący) przyjechali podzielić się z nimi wiedzą i doświadczeniem podczas szóstej Polsko-Ukraińskiej Konferencji „Eurolor”. Ponad 10-godzinny dzień wykładów przyciągnął tłumy, które pozostały na sali do samego końca, co u nas jest raczej niespotykane.

AGNIESZKA BANACH

Na konferencję, której głównymi tematami były: diagnostyka i leczenie niedosłuchu u dzieci oraz chirurgia endoskopowa w leczeniu zapalenia zatok przynosowych u dzieci, przyjechało ok. 300 osób z całej Ukrainy, którym udało się „załapać na miejsce”. Zainteresowanie wykładami naszych lekarzy było bowiem bardzo duże. Trudno się dziwić. Ukraińscy lekarze, jeżeli nie jeżdżą po świecie, mają marne

szanse na uzyskanie naprawdę dobrego wykształcenia. Krajowe uczelnie nie są najwyższych lotów, a późniejsze szkolenie specjalizacyjne można nazwać szczątkowym – laryngologiem dziecięcym zostaje się po 1,5 roku, „dorostym” po dwóch latach, podczas gdy u nas nauka trwa nawet 6 lat.

Warto tu podać skład polskiego zespołu naukowego: dr hab. n. med. Marcin Szymański z Lublina, profesor Wiesław Konopka z Łodzi, dr hab. n. med. Jarosław Szydłowski z Poznania, doktor Wojciech Domka z Rzeszowa i – jak co roku – z Bydgoszczy dr n. med. Józef Mierzwiński i dr n. med. Krzysztof Dalke (zabrakło dr. hab. n. med. Pawła Burduka, który w ostatniej chwili swój wykład musiał odwołać).

W przeddzień konferencji, co też już jest tradycją, bydgoscy specjaliści przeprowadzili dwa pokazowe zabiegi w szpitalu dziecięcym OHMADIT we Lwowie – Józef Mierzwiński reoperację ucha środkowego z powodu perlaka u 10-letniego chłopca, a Krzysztof Dalke operację endoskopową nosa i zatok z powodu przewlekłego zapalenia zatok u 14-letniego chłopca. Sala operacyjna lwowskiego szpitala nie przypomina naszych, ale jak przyznają polscy specjaliści zmiany na lepsze widać każdego roku –



Doktor Dalke podczas zabiegu (z lewej), obok organizator konferencji Fedir Yuroczko

w tym np. wreszcie pojawił się jednorazowy sprzęt (wprawdzie finansują go pacjenci, jak prawie wszystko w tamtejszej medycynie, ale zawsze). Lekarzy z Polski zaskoczyło coś jeszcze – po raz pierwszy mieli możliwość zobaczyć pacjenta z tężcem. To podobno nie jest rzadkość na Ukrainie. W Polsce dzięki powszechnym szczepieniom na szczęście tak, chociaż ruchy antyszczepionkowe starają się, by tak nie było.

W tym roku bydgoscy laryngolodzy zostali też za swe zaangażowanie nagrodzeni – doktorów Mierzwińskiego i Dalke specjalnym medalem uhonorował mer Lwowa Andrij Iwanowycz Sadowy. Odznaczenia wręczono podczas konferencji.



Medal Mera Lwowa

Fot. J. Mierzwiński



Radość z jazdy



PRZESTRZEŃ NIE TYLKO DLA BIZNESU. NOWE BMW SERII 5 TOURING.

ZA 199 900 PLN BRUTTO W OFERCIE DLA BIZNESU*.

Dealer BMW Dynamic Motors

ul. Olimpijska 8

Toruń

tel.: +48 56 645 21 70

www.bmw-dynamicmotors.pl

Dealer BMW Dynamic Motors

ul. Toruńska 272A

Bydgoszcz

tel.: +48 52 339 51 10

www.bmw-dynamicmotors.pl

* Oferta dotyczy modelu BMW 520d Touring. Cena brutto. Zużycie paliwa w cyklu miejskim: 5,6 l/100 km, pozamiejskim: 4,6 l/100 km, mieszanym: 4,9 l/100 km. Emisja CO₂: 129 g/km. Zdjęcie przedstawia model BMW 530d xDrive, którego oferta dostępna jest u Dealerów BMW. Szczegóły oferty na www.bmw.pl

Czy znajdziemy lek na długowieczność?

MAREK JURGOVIK

Enklawą długowiecznych Europejczyków jest Francja. Obecnie żyje w tym kraju 21 tys. stulatków, a rekordzistką długości życia pozostaje nadal – zmarła w 1997 r. – Francuzka Jeanne Calment. Przeżyła w dobrej kondycji 122 lata i 164 dni (wiek udokumentowany). W Polsce mamy ponad 4 tys. stulatków i ich liczba rośnie. Czy dzięki osiągnięciom nauki i medycyny będziemy w stanie przesunąć jeszcze dalej granice długowieczności? Czy starość może być równoznaczna z dobrym zdrowiem?

Gdy w marcu 2016 r. przedstawiciele Księgi Rekordów Guinnessa odwiedzili najstarszego wówczas człowieka na świecie, Yisraela Kristala, miał on wówczas 112 lat i 178 dni, a urodził się w roku 1903 w Łodzi. Wtedy, na początku XX wieku, oczekiwana długość życia mężczyzny w Polsce wynosiła zaledwie 45 lat. A dzisiaj – w krajach wysoko rozwiniętych – wynosi już nieco ponad 80. Według danych WHO z 2015 r. Polska jest poza pozycją 40 wśród państw z najwyższą średnią długością życia. Kobiety w naszym kraju dożywają średnio 81, a mężczyźni 73 lat. Dla ostudzenia emocji warto podkreślić, że mimo iż przybywa osób obchodzących 100. urodziny, to tylko jedna osoba na 10 tys. dożywa magicznego pułapu 100 lat, a pięć na sześćdziesięciu stulatków stanowią kobiety. Niemniej badacze zajmujący się biogerontologią, bazując na statystykach (!), twierdzą, że pierwsza osoba, która na Ziemi osiągnie 150 lat życia, już się urodziła.

Jeden z czołowych biogerontologów Amerykanin Matt Kaeberlain (University of Washington) twierdzi, że postęp, jaki obserwujemy w badaniach nad starzeniem, spowoduje, że w ciągu najbliższych 40–50 lat uda się wydłużyć ludzkie życie w dobrym zdrowiu nawet o 25–50%. To istotne zastrzeżenie, gdyż kluczowym jest połączenie długiego życia z dobrym zdrowiem człowieka osiągającego zaawansowany wiek. Prognozy Kaeberlaina mogą się ziścić, a przemawiają za tym liczne osiągnięcia biogerontologów wykazujące, że dysponujemy już technikami i środkami farmakologicznymi, dzięki którym możemy ingerować w przebieg procesów starzeniowych, a poprzez to osiągać efekt w postaci dłuższego życia osobniczego.

Wczasopismach „Nature” i „Science” (2014) opublikowano wyniki badań wykazujące, że tradycyjna transfuzja krwi – starszemu osobnikowi przetoczono krew osobnika młodego – pozwala poprawić sprawność fizyczną i stan zdrowia biorcy, jak również, dzięki nowym komórkom macierzystym, jakie pojawiły się w organizmie starszego osobnika, przynosi efekt w postaci polepszenia pracy mózgu. Komórki macierzyste dały początek nowym neuronom, wzrosła liczba połączeń synaptycznych, a osobnik z tak zregenerowanym mózgiem szybciej się uczył. Wprawdzie eksperyment dotyczył myszy, ale sporo obserwacji poczynionych w badaniach zwierząt możemy rozpatrywać w odniesieniu do organizmu człowieka. Co ciekawe, u uczestniczących w eksperymencie myszy korzystne zmiany dotyczyły także hipokampu, który uszkodzany jest u osób cierpiących na chorobę Alzheimera, więc opisywane badania mogą mieć znaczenie dla opracowania w przyszłości skutecznych leków przeciwalzheimerowskich. W innych badaniach uzyskano też efekt w postaci poprawy węchu u starych myszy z przetoczona krwią osobników młodych, a korzystny wpływ na zmiany w mózgowiu zwierząt mogą wywierać

Każdy pragnie żyć długo, ale nikt nie chciałby starości.

Jonathan Swift (1667–1745)

Nie jest zaś prawdopodobne, by natura, która wszystkie poprzednie okresy życia doskonale przeprowadziła, niby akt pięknej sztuki, zlekceważyła, jak niewprawny poeta, jego akt ostatni.

Cycon „Katon Starszy o starości”

– jak podają badacze – także obecne we krwi osobników młodszych liczne związki chemiczne i biomolekuły. Również we krwi człowieka znajduje się szereg związków chemicznych wpływających na aktywność genów, a poprzez to na pracę licznych tkanek, w tym mózgu. Zatem następnym krokiem powinny być badania prowadzone już na ludziach. Niemniej pamiętać należy o sporej różnicy między człowiekiem a gryzoniami, dotyczącej tempa i charakteru metabolizmu, grup krwi, a także gatunkowo-specyficznej długości życia (mysz żyje 2 lata, a metabolizm zwierzęcia jest 40-krotnie szybszy niż człowieka).

Nie tylko, jak się okazuje, krew może mieć właściwości regeneracyjne. Podobne jak z krwią efekty uzyskano w badaniach dotyczących jajników. Z opublikowanych badań zespołu japońskiego (zespół badawczy Noriko Kagawa, jednej z tokijskich klinik) wynika, że gdy starym samicom myszy przeszczepiono jeden, bądź oba jajniki pobrane od osobników młodych, odzyskiwały one nie tylko płodność, ale żyły nawet o 40% dłużej. Inne badania (prowadzone w Utah State University) natomiast wykazały, że stare osobniki z przeszczepionymi młodymi jajnikami charakteryzują się wyższą odpornością na infekcje, a ich metabolizm jest bardziej korzystny.

Aco ze środkami farmakologicznymi jako eliksirem młodości? Okazuje się, że co najmniej kilka leków, choć zatwierdzonych do stosowania u ludzi z innych wskazań, działa również na mechanizmy komórkowe, ingerencja w które pozwala na przedłużenie życia. Niektóre z tych specyfików, jak już udowodniono, mają zdolność przedłużania średniego i maksymalnego czasu życia u myszy i innych zwierząt laboratoryjnych. W roku 2016 rozpoczęto pierwsze badania kliniczne sprawdzające, czy lek metformina, popularny w leczeniu cukrzycy – spowalnia starzenie u ludzi. Skądinąd wiemy od dawna, że osoby chore na cukrzycę starzeją się w tempie szybszym niż ludzie zdrowi (m.in. glukoza modyfikuje białka – glikacja białek). Metformina, jak wykazały badania epidemiologiczne, ma działanie przeciwnowotworowe – osoby przyjmujące ten specyfik rzadziej zapadają na nowotwory złośliwe. Metformina korzystnie wpływa na pracę układu sercowo-naczyniowego. Ponadto, jak wynika z badań brytyjskich (2014), osoby starsze chorujące na cukrzycę, a przyjmujące metforminę żyją o 15% dłużej niż grupa kontrolna osób niechorujących. Żyły też dłużej od pacjentów chorych przyjmujących inne leki – pochodne sulfonylomocznika, co sugeruje, że nie samo leczenie cukrzycy odpowiada za obserwowany efekt, a właśnie stosowanie w terapii metforminy. Sam mechanizm molekularny takiego działania metforminy nie jest do końca jasny, niemniej wiadomo, że ma ona wpływ na działanie insuliny i działa hamująco na szlak biochemiczny mTOR.

Trzeba mieć predyspozycje genetyczne, ale i prowadzić właściwy styl życia, aby w zdrowiu osiągnąć bardzo zaawansowany wiek.



Israel Kristal (urodzony 15 marca 1903, zmarł 11 sierpnia 2017)

Gdy w roku 2001 zauważono, że głodzone komórki drożdży żyją dłużej (Valter Longo, University of Southern California), stwierdzono, że za efekt ten odpowiada kaskada procesów molekularnych zwana mTOR. Tak nazywany jest też kluczowy enzym tego szlaku regulującego metabolizm komórkowy. Podobne efekty jak głodzenie wywołuje specyfika znana jako rapamycyna (izolowana z bakterii glebowych). Kiedy dochodzi do aktywacji mTOR, komórka metabolizuje intensywnie, a kiedy mTOR zostaje zablokowany, np. przez rapamycynę lub poprzez głodzenie, metabolizm komórkowy spowalnia. Ma to wpływ na długość życia komórek. Wiadomo obecnie, że głodzenie i restrykcja kaloryczna są czynnikami wydłużającym życie zwierząt laboratoryjnych. Ponadto rapamycyna znalazła obecnie zastosowanie jako immunosupresant i lek przeciwnowotworowy. Gdy myszom zaaplikowano rapamycynę (ośrodku badawcze w USA – San Antonio w Tekasie i Ann Arbor w Michigan oraz Bar Harbor w Maine) mysie samice żyły 13% dłużej, a samce o 9% dłużej. Problemem ze stosowaniem przeciwstarzeniowym rapamycyny jest jednak to, że silnie osłabia ona działanie układu odpornościowego. Nie wiadomo zatem, czy uzyskane w warunkach laboratoryjnych efekty mogłyby zaistnieć poza laboratorium. Niemniej warto w tym kontekście wspomnieć o badaniach przeprowadzonych w Danii, które wykazały, że zdrowi stułatkowie charakteryzowali się obniżoną aktywnością mTOR.

Wydaje się, że idealny farmakologiczny eliksir młodości to jednak wciąż marzenie trudne do zrealizowania. Przy tym pamiętać należy o tym, że starzenie nie jest chorobą i rozpatrywane musi być jako efekt szeregu procesów molekularnych przebiegających na poziomie subkomórkowym, a także wyższych poziomach organizacji życia. I poszukujemy specyfików mających wpływ na przebieg tych procesów. A potencjalnych kandydatów do grona takich eliksirów testuje się obecnie całkiem sporo. Akarboza, lek stosowany przeciwko cukrzycy, znacząco przedłuża życie mysim samcom. Lek hormonalny alfa-estradiol, także spowalnia starzenie. Czynniki stosowane w terapii nowotworów mogą być potencjalnie wykorzystywane do usuwania ze starzejącego się organizmu komórek, których funkcjonowanie jest zaburzone i mogą być potencjalnym zagrożeniem dla całego organizmu. Wśród specyfi-



Jeann Calment jako 122 latka

ków, które mogą likwidować takie zestarzałe uszkodzone komórki (na drodze apoptozy), są brane pod uwagę dwa mające zastosowanie jako leki przeciwko nowotworom – dasatynib i nawitoklaks oraz kwercetyna, będąca naturalnym flawonoidem o działaniu antyoksydacyjnym (obecna w skórkach jabłek i kaparach). Ponadto badane są sirtuiny, enzymy usuwające z organizmu szereg toksycznych metabolitów (w tym wolne rodniki) oraz regulujące metabolizm komórkowy.

Sami teorii wyjaśniających mechanizmy starzenia znanych jest kilkanaście, a każda starzenie opisuje jako efekt szeregu zmian molekularnych zachodzących w czasie życia komórek i organizmów. I przecież nie chodzi w tych poszukiwaniach o wyeliminowanie z naszego życia starzenia i śmierci – te wpisane są nie tylko w naszą ontogenezę, ale i filogenezę całego świata organizmów wielokomórkowych żyjących na Ziemi. Chodzi w tym wszystkim o takie poznanie mechanizmów odpowiadających za starzenie i możliwości ingerencji w nie, aby ostatni z etapów naszego życia uczynić coraz dłuższym (wydłużyć się tylko ten etap naszego życia osobniczego!) i przebiegającym w dobrym zdrowiu. A jakie są granice naszej długowieczności? Może odpowiedzi na to pytanie nie należy w ogóle poszukiwać?

Do przeczytania:

- Bannister C.A. i in., *Can People with Type 2 Diabetes Live Longer than Those Without? A Comparison of Mortality in People Initiated with Metformin or Sulphonylurea Monotherapy and Matched, Non-Diabetic Controls*. *Diabetes, Obesity and Metabolism* t.16, 11, listopad 2014;
- Lamming D.W. i in., *Rapalogs and mTOR inhibitors as Anti-aging Therapeutics*, *Journal of Clinical Investigation* t.123, 3, marzec 2013;
- Jurgowiak M., Oliński R. *Proces starzenia – przegląd aktualnych teorii i poglądów*, *KOSMOS* t.47, 1, 1–11, 1998;
- Nadolski K., *Pociąg do wieczności*, *Wiedza i Życie* nr 5, maj 2017.

Notka o autorze:

Dr n. med., jest członkiem Rady Programowej „PRIMUM”, sekretarzem Rady Programowej Centrum Nowoczesności „Młyn Wiedzy” w Toruniu, pracownikiem Katedry i Zakładu Biochemii Klinicznej Collegium Medicum UMK.



termedia zaprasza



27–28 października 2017 r. **INTERDYSCYPLINARNE OBLICZA CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ**

Rak żołądka, ERAS Session, technologie przyszłości w chirurgii onkologicznej, czerniak, mięsaki, nowotwory neuro-endokrynne, chirurgia wątroby, rak odbytnicy, rak piersi – to tylko wybrane tematy, które zostaną uwzględnione w programie konferencji „Interdyscyplinarne oblicza chirurgii onkologicznej”. Warto zwrócić uwagę na zaproszone grono światowych autorów. Jednym z nich jest twórca wiodącego w Europie ośrodka kolorektalnego, pomysłodawca i pionier techniki CME – Complete Mesocolic Exscision – **prof. Werner Hohenberger** z Niemiec. Swoją wykład wygłosi także **prof. Olivier Glehen** z Francji – twórca grupy badawczej Big Renape – projektu dotyczącego całościowej, wielośrodkowej oceny leczenia pacjentów z rakowatością otrzewnej i techniki HIPEC. Uczestnicy będą także mogli wysłuchać wystąpienia twórcy projektu badania KLASS, jednego z najczęściej cytowanych autorów w zakresie małoinwazyjnych technik chirurgii raka żołądka. Jest nim **prof. Hyung-Ho Kim** z Korei Południowej. Szczegółowy program na: www.termedia.pl

TERMEDIA sp. z o.o. • ul. Kleeberga 2 • 61-615 Poznań • tel./faks +48 61 656 200 • e-mail: szkolenia@termedia.pl • www.termedia.pl

Zgoda pacjenta na zabieg medyczny – uwagi praktyka

ANNA WRONCZEWSKA

Problem zgody pacjenta nierzadko staje się tematem dyskusji w gabinetach lekarskich, a warto wiedzieć, że był on też wielokrotnie rozstrzygany przez sądy wszystkich instancji. Przyjęta i utrwalona linia orzecznicza wskazuje, iż aby zgoda pacjenta miała skutek prawny, musi być dobrowolna i poinformowana¹. Wyrażenie zgody na zabieg medyczny wiąże się ze zrozumieniem i akceptacją ryzyka oraz przyjęciem tego ryzyka przez pacjenta. Sprawy braku poinformowanej zgody pacjenta stosunkowo często trafiają na wokandę, pomimo szczegółowych unormowań ustawowych, tj. art. 31 i 34 ustawy o ZLiLD² oraz art. 9 ustawy o PPIRPP³. **Warto pamiętać, że w przypadku sporu sądowego to zawsze lekarz musi udowodnić, iż zgoda została odebrana i podpisana przez pacjenta oraz spełnia dwa warunki: była uświadomiona i dobrowolna.**

Tradycyjny pogląd, według którego to lekarz decyduje o metodzie leczenia, znajduje oparcie w art. 6 KEL, który głosi, że *lekarz ma swobodę wyboru w zakresie metod postępowania, które uzna za najskuteczniejsze*. Może to prowokować lekarza do zachowania paternalistycznego, kiedy lekarz wie więcej, bowiem jest profesjonalistą, i sam podejmuje decyzję, co jest lepsze dla pacjenta. Z kolei w art. 13 ust. 1 KEL czytamy, że: *obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia*. Nadto w art. 13 ust. 3 znajdziemy zapis: *lekarz powinien poinformować pacjenta o stopniu ewentualnego ryzyka zabiegów diagnostycznych i leczniczych i spodziewanych korzyściach związanych z wykonaniem tych zabiegów, a także o możliwościach zastosowania innego postępowania medycznego*. Natomiast informacja powinna być udzielona pacjentowi w sposób przystępny.

Problem świadomej zgody pacjenta wywołuje od wielu lat dyskusje i spory w naszym środowisku. Wątpliwości budzi zarówno zakres informacji, w tym informacja o alternatywnych metodach leczenia, jak i sposób jej przekazania. Jest to o tyle istotne, że w wielu orzeczeniach sądy zwracały uwagę na dostosowanie informacji do poziomu percepcji pacjenta, wskazując, że powinna ona uwzględniać jego stan psychiczny i wrażliwość, jak również, że należy zawrzeć w niej to wszystko, co rozsądna osoba, będąc w sytuacji pacjenta, powinna usłyszeć od lekarza, aby móc podjąć świadomą decyzję co do proponowanej metody leczniczej (wyrok SN z 8 lipca 2010r., II CSK 117/10⁴, wyrok SA w Gdańsku z 28 listopada 2012r., V Aca 826/12⁴).

Zakres informacji uzależniony jest także od tego, czy jest to zabieg ze wskazań bezwzględnych czy względnych. W przypadku zabiegów ratujących życie lekarz nie powinien udzielać informacji o wszystkich możliwych następstwach, a wyjaśnić cel i rodzaj zabiegu oraz zwykle następstwa procedury. Nadmiar informacji na temat bardzo rzadkich powikłań może bowiem prowadzić do odmowy leczenia oraz wpłynąć negatywnie na psychikę pacjenta (wyrok SN z 1 kwietnia 2004 r., II CK 134/03⁶, wyrok SN z 9 listopada 2007 r., V CK 220/07⁷). Niestety, przedmiotem ciągłych dyskusji i sporów w środowisku lekarskim i prawniczym pozostaje próba obiektywnego określenia następstw: typowych – częstych i nietypowych – rzadkich, jaki i często stosowana sentencja: *co rozsądna osoba, będąca w sytuacji pacjenta, powinna od lekarza usłyszeć*⁸.

Zakres informacji, których przedstawienie poprzedza podjęcie przez pacjenta świadomej i objaśnionej zgody, obejmuje również dane dotyczące alternatywnych metod leczenia. W przypadku gdy w danym ośrodku leczniczym te metody nie są dostępne, a w innym tak, lekarz powinien o nich pacjenta poinformować. Powstaje jednak pytanie, szczególnie

istotne w czasach globalizacji, jakich metod leczenia dotyczy obowiązek informowania chorego przez lekarza. Czy tylko finansowanych ze środków publicznych? Czy także tych dostępnych komercyjnie? A może wreszcie metod dostępnych w UE lub w ogóle na świecie? Czy również badań klinicznych? Jest to ważki problem codziennej praktyki medycznej, zwłaszcza w przypadku limitowanych procedur medycznych. Zgodnie z art. 4 ustawy o ZLiLD: *lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością*. W tym jednym artykule wskazuje się na obowiązek postępowania zgodnego ze wskazaniami wiedzy, a jednocześnie podkreśla się wykonywanie zawodu dostępnymi metodami.

Zatem zgoda na zabieg medyczny musi być wyrazem rozeznanego stanowiska uświadomionego i dobrze poinformowanego pacjenta (wyrok SA w Łodzi z 18 września 2013 r., I Aca 355/13⁹). Wybór metody leczenia, nawet jeżeli w naszej opinii nie jest on optymalny, należy do pacjenta i musimy jego decyzję uszanować. Jest to o tyle trudne dla nas, lekarzy, ponieważ mamy świadomość, że w procesie decyzyjnym bierze udział z jednej strony profesjonalista, a z drugiej laik, a siła głosu nieprofesjonalisty ma moc decyzyjną. Powstaje zatem pytanie, czy tak szerokie poszanowanie dla autonomii pacjenta jest w istocie działaniem mającym na celu rzeczywistą ochronę jego interesu, czy tylko uznaniem prawa pacjenta do samostanowienia.

¹ M. Świdwerska. Zgoda pacjenta na zabieg medyczny, Toruń 2007 r.

² ZLiLD – Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry z 5 grudnia 1996 r.

³ PPIRPP – Ustawa o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta z 6 listopada 2008 r.

⁴ LEX nr 602677

⁵ LEX nr 131325131

⁶ LEX nr 355344

⁷ LEX nr 494157

⁸ M. Nesterowicz, Prawo Medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych, Warszawa 2017 r. s.291–292.

⁹ M. Nesterowicz, PIM 2015, nr 2, s.194–200.

O autorze:

Doktor Anna Wronczewska jest starszym asystentem na Oddziale Klinicznym Brachyterapii Centrum Onkologii w Bydgoszczy.

www.nowoczesneubezpieczenia.pl

OC dla lekarzy

firmowe

dom i mieszkanie

samochód

tel. 601 672 659

Agencja Ubezpieczeniowa Czajkowski

PRZEWAGA
PRZEZ JAKOŚĆ

VITALABO
Laboratoria Medyczne

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

Konferencja naukowo - szkoleniowa



UNIWERSYTET
MIKOŁAJA KOPERNIKA
W TORUNIU
Wydział Nauk o Zdrowiu
Collegium Medicum w Bydgoszcy



Ostre stany kardiologiczne w codziennej praktyce

z okazji 15- lecia Kliniki Kardiologii
w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr. J. Biziela w Bydgoszcy



18 listopad 2017 r. o godz. 10⁰⁰

Sala audytoryjna CM UMK przy ul. Jagiellońskiej 13-15 w Bydgoszcy

Pod patronatem:

- Prof. Andrzeja Tretyna Rektora UMK,
- Mikołaja Bogdanowicza Wojewody Kujawsko - Pomorskiego,
- Piotra Calbeckiego Marszałka Województwa Kujawsko - Pomorskiego,
- Rafała Bruskiego Prezydenta Miasta Bydgoszcy,
- Dr. Zbigniewa Sobocińskiego Przewodniczącego Rady Miasta Bydgoszcy
- Prof. Aleksandra Gocha Konsultanta Wojewódzkiego w Dziedzinie Kardiologii

We współpracy:



WOJEWODA
KUJAWSKO-POMORSKI
Mikołaj Bogdanowicz



MARSZAŁEK WOJEWODZTWA
KUJAWSKO-POMORSKIEGO
Piotr Calbecki



PROGRAM:

Część 1. Przewodniczący prof. Grzegorz Grześk

- | | | |
|------------------------------------|---|------------------------------|
| 10 ⁰⁰ -10 ⁰⁵ | Otwarcie Konferencji | - prof. Grzegorz Grześk |
| 10 ⁰⁵ -10 ²⁵ | Rozwój Kardiologii w Szpitalu im. dr J. Biziela w Bydgoszcy
- znaczenie dla mieszkańców Bydgoszcy i regionu kujawsko - pomorskiego | - prof. Władysław Sinkiewicz |
| 10 ²⁵ -10 ⁴⁵ | Wystąpienia okolicznościowe | |
| 10 ⁴⁵ -11 ¹⁰ | Przerwa kawowa | |

Część 2. Przewodniczący prof. Władysław Sinkiewicz

- | | | |
|------------------------------------|--|-------------------------------------|
| 11 ¹⁰ -11 ³⁰ | Rola echokardiografii w ostrych stanach kardiologicznych | - dr med. Jan Błazejewski |
| 11 ³⁰ -11 ⁵⁰ | Ostra niewydolność serca - co nowego w farmakoterapii? | - dr med. Małgorzata Dobosiewicz |
| 11 ⁵⁰ -12 ¹⁰ | Rola kardiologii interwencyjnej w ostrych stanach kardiologicznych | - dr med. Wojciech Balak |
| 12 ¹⁰ -12 ³⁰ | Rola elektroterapii w ostrych stanach kardiologicznych | - dr hab. med. Przemysław Mitkowski |
| 12 ³⁰ -13 ⁰⁰ | Dyskusja | |

Postępy w diagnostyce konfliktu serologicznego

DANUTA BOGUSZYŃSKA

Jednym z licznych zadań pracowni serologicznych badań konsultacyjnych regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa jest diagnostyka konfliktu serologicznego między matką i płodem. Organizacja badań polega na tym, że do pracowni kierowane są kobiety ciężarne, u których wykryto przeciwciała nieregularne. Pracownia ustala ich swoistość i w przypadku wykrycia alloprzeciwciał odpornościowych do antygenów krwinek czerwonych, które mogą być przyczyną niszczenia krwinek płodu, wykonuje badania diagnostyczne konfliktu serologicznego. Obejmują one: potwierdzenie swoistości przeciwciał, oznaczenie miana przeciwciał oraz badanie fenotypu krwinek ojca dziecka. Swoistość przeciwciał kontroluje się w czasie ciąży, ponieważ istnieje ryzyko uodpornienia matki innymi antygenami krwinek płodu. Częstotliwość badań określa lekarz prowadzący ciążę.

Do niedawna określenie grupy krwi płodu możliwe było wyłącznie z materiału pobranego za pomocą amniopunkcji, a więc w sposób inwazyjny. Ostatnie osiągnięcia Instytutu Hematologii i Transfuzjologii pozwalają na wykonanie nieinwazyjnego badania grupy krwi płodu z próbki krwi matki, u której występują przeciwciała do antygenów D, c, E, K. W wolnokrążącym DNA płodu w osoczu matki możliwe jest oznaczenie allelu kodującego dany antygen. Wynik badania wykaże, czy płód oddziedziczył po ojcu antygen, do którego skierowane są przeciwciała obecne u matki. W przypadku innej niż wymienione swoistości - ustalenie genotypu grupy krwi płodu możliwe jest tylko z materiału pobranego w amniopunkcji.

Badania genotypowania wykonuje Zakład Immunologii Hematologicznej i Transfuzjologicznej Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie, natomiast typowaniem kobiet do badań zajmują się pracownice serologiczne badań konsultacyjnych centrów. W dokumentacji badań Pracowni Serologicznej Badań Konsultacyjnych RCKiK w Bydgoszczy znajduje się dwukrotnie opisany przypadek pacjentki, u której podczas ciąży w 2012 i 2016 r. wykryto obecność alloprzeciwciał odpornościowych anty-K z układu Kell o mianie 32 w PTA. Ze względu na fakt, że ojciec dziecka posiada fenotyp K+, próbki krwi pacjentki i ojca dziecka przesłano do Zakładu Immunologii Instytutu Hematologii z prośbą o oznaczenie genu kodującego antygen płodu (K). Zarówno w badaniu ze stycznia 2013, jak i października 2016 r. metodą real-time PCR w osoczu nie wykryto allelu KELL. Wyniki badań wskazują, że płód jest z dużym prawdopodobieństwem K ujemny. Pacjentka dwukrotnie urodziła zdrowe dzieci. Aktualnie badanie powyższe – obecnie w trakcie opracowywania naukowego - wykonywane jest w Pracowni Genetyki Komórek Krwi i Chimeryzmu nieodpłatnie.

O autorce: lek. med. Danuta Boguszyńska jest specjalistką w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej. Przez 50 lat pracy zawodowej związana była z krwiodawstwem. Pełniła funkcję dyrektorki Wojewódzkiej Stacji Krwiodawstwa oraz zastępcy dyrektora ds. medycznych Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa. Była konsultantką regionalną i wojewódzką w zakresie krwiodawstwa i krwiolecznictwa. Obecnie na emeryturze.



Ośrodek Nasz Lekarz, specjalizujący się w kompleksowym prowadzeniu badań 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
Klinika Wident
ul. Szubińska 93-95
85-312 Bydgoszcz

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

Udostępnianie dokumentacji medycznej

część pierwsza

Ustawa z 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 26 kwietnia 2017 r. poz. 836), która weszła w życie 11 maja 2017 r., wprowadziła istotne zmiany dotyczące między innymi dokumentacji medycznej.

W pierwszej kolejności należy wskazać, że zmieniona została zasada wyrażona w art. 23 ustawy, iż pacjent ma prawo dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych oraz że dane zawarte w dokumentacji medycznej podlegają ochronie określonej w tej ustawie i przepisach odrębnych.

Wprowadzono natomiast modyfikacje co do kręgu podmiotów, którym należy udostępnić dokumentację, oraz sposobów jej udostępnienia. W dalszym ciągu podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych ma obowiązek udostępnić dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu oraz osobie upoważnionej przez pacjenta. Natomiast **uzupełniono zapis dotyczący udostępniania dokumentacji pacjenta po jego śmierci**. Poprzednie brzmienie ust. 2 art. 26, zgodnie z którym po śmierci pacjenta prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia, powodowało literalną wykładnię, iż osobie tej przysługuje jedynie prawo wglądu do dokumentacji, ale już nie prawo żądania jej wyciągów, odpisów, kopii czy wydruków. Jak wyjaśniono w uzasadnieniu do projektu nowelizacji, nie było to intencją ustawodawcy. **Po zmianie przepis stanowi, że po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili jego zgonu była jego przedstawicielem ustawowym, obejmuje to zatem wszelkie formy udostępniania, o których niżej.**

Do kręgu podmiotów uprawnionych do dokumentacji dodano **■ rzecznika praw pacjenta, a także ■ osoby wykonujące zawód medyczny upoważnione przez podmioty tworzące** w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej (podmiot tworzący – podmiot albo organ, który utworzył podmiot leczniczy w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jednostki budżetowej albo jednostki wojskowej) **w zakresie niezbędnym do sprawowania nadzoru nad podmiotem leczniczym niebędącym**

przedsiębiorcą, inne niż lekarze, pielęgniarki i położne, **■ osoby wykonujące zawód medyczny w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia, jak i procedury użytkowania innych certyfikatów jakości, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia, oraz członków zespołów kontroli zakażeń szpitalnych, o których mowa w art. 14 ustawy z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, w zakresie niezbędnym do wykonywania ich zadań.**

W zakresie sposobu udostępniania ustawodawca usunął budzący krytykę przepis o obowiązku wydania oryginału dokumentacji na żądanie każdego organu lub podmiotu uprawnionego, co skutkowało niejednokrotnie bezpowrotną utratą tegoż oryginału. **Teraz oryginał za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu należy wydawać wyłącznie na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w wypadku, gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta.** Tę ostatnią klauzulę należy chyba rozumieć w ten sposób, że w sytuacji, gdy czas potrzebny na sporządzenie odpisów, wyciągów itp. spowodowałby groźną dla życia lub zdrowia pacjenta zwłokę, wtedy należy wydać oryginał. W innych przypadkach pacjent, osoba przez niego upoważniona czy przedstawiciel ustawowy pacjenta nie mają już prawa żądania oryginału dokumentacji. Wyjątek, z oczywistych względów technicznych, dotyczy zdjęć rentgenowskich na kliszy, są one udostępniane za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po ich wykorzystaniu.

Inny sposób udostępnienia dokumentacji, oprócz omawianego wyżej – przez wydanie oryginału, to udostępnienie do wglądu, w tym także baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych albo w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć. Zapis o możliwości robienia notatek i zdjęć stanowi pożądaną zapewne przez pacjentów i inne osoby uprawnione novum, być może pozwoli na zmniejszenie liczby wniosków o wydanie kopii dokumentacji. Nowością jest też

udostępnianie dokumentacji w miejscu udzielania świadczeń, a nie tylko w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń.

Udostępnienie dokumentacji jest możliwe też tak jak dotychczas: ■ przez sporządzenie wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku, ■ za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, ■ na informatycznym nośniku danych. Dodano także, iż dokumentacja medyczna prowadzona w formie papierowej może być na żądanie pacjenta lub innych uprawnionych organów lub podmiotów udostępniona przez sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) i przekazanie za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej lub na informatycznym nośniku danych, jeżeli przewiduje to regulamin organizacyjny podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.

Ustawodawca po nowelizacji zawarł także w art. 3 ustawy definicje pojęć: wyciągu, odpisu i kopii, co miało rozstrzygnąć dyskusję na ten temat, inna sprawa, czy definicje te są trafione. Według ustawy: *wyciąg* to skróty dokument zawierający wybrane informacje lub dane z całości dokumentacji medycznej; *odpis* to dokument wytworzony przez przepisanie tekstu z oryginału dokumentacji medycznej z wiernym zachowaniem zgodności co do treści z oryginałem, a kopia to dokument wytworzony przez odwzorowanie oryginału dokumentacji medycznej, w formie kserokopii albo odwzorowania cyfrowego (skanu).

Za udostępnianie dokumentacji medycznej – przez sporządzenie wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku na informatycznym nośniku danych oraz przez sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) i przekazanie za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej lub na informatycznym nośniku danych – podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może pobierać opłatę w wysokości przez siebie ustalonej, nie wyższą niż opłata maksymalna, ale maksymalną wysokość opłaty obniżono w stosunku do jednej strony kopii, obejmując tym także jedną stronę wydruku, do wysokości 0,00007 (było 0,0002) przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale ogłaszanego przez prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” na podstawie art. 20 pkt. 2 ustawy z 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 887, z późn. zm.), począwszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło ogłoszenie. Przy tym rozstrzygnięto jednoznacznie, że opłata maksymalna zawiera także ewentualny podatek VAT.



Jadwiga
Jarząbkiewicz-Górniak
Radca prawny BIL

Od 1 lipca 2018 r. lekarze upoważnieni do wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby albo konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny będą **zobligowani do wystawiania tych zaświadczeń wyłącznie w formie dokumentu elektronicznego** podpisanego kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez ZUS.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych przygotowuje się do kampanii informacyjnej wspomagającej wejście w życie nowelizacji przepisów ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. W celu sprecyzowania form i zakresu kampanii informacyjnej **niezbędne jest uzyskanie od przedstawicieli środowiska lekarskiego oraz administracji placówek opieki zdrowotnej informacji o tym, jak elektroniczna forma zwolnień lekarskich jest przyjmowana przez pacjentów oraz przez samych lekarzy i osoby odpowiedzialne za organizację pracy w placówkach.** Ważna jest także ocena, **czy funkcjonalność portalu PUE w zakresie wystawiania zaświadczeń lekarskich jest wystarczająca**, zwłaszcza w porównaniu z funkcjonalnością aplikacji gabinetowych.

Każdy lekarz, który już obecnie chciałby wystawiać ZUS ZLA w formie dokumentu elektronicznego podpisanego kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP poprzez Platformę Usług Elektronicznych (PUE), z pominięciem aplikacji gabinetowej, może osobiście zgłosić się na salę obsługi klientów w każdej terenowej jednostce ZUS w celu założenia profilu na PUE, bezpłatnego profilu zaufanego ePUAP i konfiguracji kont.

Jeżeli byłaby konieczność założenia profilu dla większej liczby lekarzy w miejscu pracy (np. przychodni, szpitalu), po uprzednim umówieniu spotkania możemy udać się z mobilnym sprzętem w celu obsłużenia lekarzy w miejscu ich pracy. Prosimy wówczas o kontakt z numerem telefonu: 52 3418172 – Ewa Kłoniccka, 52 3418397 – Justyna Kiełczyńska.

Ponadto przy zakładaniu profilu na PUE można skorzystać z:

■ pomocy pracowników ZUS z Centrum Obsługi Telefonicznej (konsultanci są dostępni w dni robocze: pon.–pt., w godz. 7.00–18.00):

- pod numerem telefonu 22 5601600 (koszt połączenia według umowy klienta z operatorem telekomunikacyjnym)
- za pośrednictwem e-maila: cot@zus.pl
- przez komunikator Skype na stronie: www.zus.pl pod [zus_centrum_obsługi_tel](http://www.zus.pl)
- przez czat na stronie: www.zus.pl

■ instrukcji na www.zus.pl oraz ulotek dostępnych w salach obsługi klientów w placówkach ZUS.

Zachęcam do skorzystania z powyższych form kontaktu – przekazane przez lekarzy informacje pomogą wdrożyć rozwiązania i narzędzia ułatwiające nam wystawianie elektronicznych ZLA.

Marlena Ciesielska-Osuch

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



Marcin Gierach z synami

Lekarskie zmagania

Na XV Igrzyskach Lekarskich w Zakopanem (06-09 września) reprezentowałem razem z rodziną Bydgoską Izbę Lekarską. Łącznie udało nam się zdobyć 12 medali: 1 złoty, 6 srebrnych i 5 brązowych. Żona zajęła drugie miejsce w skoku w dal, syn Wojtek – pierwsze w tenisie stołowym i drugie w biegu na 60 m, syn Jakub – drugie miejsce w tenisie stołowym i trzecie w biegu na dystansie 60 m, a ja – drugie miejsce w skoku w dal, w rzucie oszczepem i w biegu na 200 m oraz trzecie w biegu na dystansie 100, 1500 i 5000 m oraz w rzucie dyskiem.

Igrzyska były bardzo dobrze zorganizowane – uczestnicy mogli startować w wielu konkurencjach, podzielonych na kategorie wiekowe. W przyszłym roku również zamierzamy reprezentować naszą izbę na lekarskich igrzyskach. Zachęcamy również innych lekarzy i lekarzy dentyistów do wzięcia udziału w tej imprezie.

Po Igrzyskach pojechaliliśmy do Wrocławia, gdzie po przebiegnięciu piątego maratonu (wcześniej Poznań, Dębno, Warszawa i Kraków) zdobyłem Koronę Maratonów Polskich.



Marcin Gierach

Zapraszamy na brydża!

Bydgoska Izba Lekarska planuje zorganizować **turniej brydża sportowego par**. Przewidywany **termin zawodów – 25 listopada 2017 r.** Do udziału zapraszamy wszystkich pracowników ochrony zdrowia. Na zwycięzców czekają nagrody. **Zgłoszenia par przyjmujemy do 31 października 2017 r.** Obowiązuje wpisowe (na cele organizacyjne) w wysokości 100 zł od pary.

Rozegranie turnieju uwarunkowane jest liczbą zgłoszonych par, stąd wyznaczony termin zgłaszania udziału w turnieju. Dalsze informacje wkrótce.

Kontakt: Michał Heimann, BIL, tel.: 52 3460780 lub 52 3460084, e-mail: m.heimann@hipokrates.org



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**

WYNAJMĘ GABINET LEKARSKI

W BYDGOSZCZY OSIEDLE BŁONIE

Zainteresowane
osoby proszę o kontakt
pod numerem telefonu

695 027 171

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

Mój jest ten kawałek podłogi!...

*Dopóki ziemia kręci się,
dopóki jest tak czy siak,
Panie, ofiaruj każdemu z nas,
czego mu w życiu brak...*

Butał Okudźawa



Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Piszę te słowa w pierwszych dniach września, po powrocie z Kaszub. Do tej pięknej krainy jechałem w tydzień po kataklizmie, który przetoczył się przez nasz region. Widok, który towarzyszył mi przez dziesiątki kilometrów, prawie od początku drogi aż do jej końca, był porażający. Wyrwane z korzeniami drzewa wzdłuż drogi, złamane jak zapałki kikuty sosen, a inne pochylone ku ziemi pod kątem prawie 45 stopni, zaś poszycie lasu zawałone potamanymi gałęziami. Te drzewa nie umarły stojąc! Zostały zniszczone przez brutalny żywioł!

W tym miejscu szlag mnie trafia, jak słyszę słowa wysoko postawionego urzędnika państwowego, że nie będzie on wysyłał wojska do sprzątania liści ze ścieżek rowerowych. Ze swojej strony proponowałbym temu panu (celowo to słowo piszę z małej litery), aby ruszył swoje cztery litery i przejechał tę drogę, którą ja musiałem przebyć. No cóż, arogancja władzy nie pozwoli mu przyznać się do niefortunnej wypowiedzi i przeprosić za wypowiedziane słowa. Panie, ofiaruj jemu, czego mu w życiu brak!

No to teraz z innej beczki! Mamy nowy rok szkolny i tzw. reformę w szkolnictwie. Nie jestem w stanie przewidzieć, jakie efekty ona przyniesie, ale przypuszczam, że za kilkanaście lat będziemy znosić żniwo jej niedostatków. Że tak będzie, to utwierdziła mnie w tym przekonaniu wypowiedź naukowca zajmującego się fizyką i matematyką. Otóż on stwierdził, że tegoroczni maturzyści zaczynali edukację, kiedy Internet był raczkujący, a o smartfonach i tabletach nikt nie słyszał. Zdaniem jego programy szkolne działają tylko na zasadzie przeczytaj i zapamiętaj do następnego testu. Nie wybiegają one na te kilkanaście lat naprzód i nie uczą samodzielnego myślenia.

Swoimi myślami już tak daleko nie sięgam, ale ze smutkiem dowiedziałem się, że z listy lektur szkolnych znikają takie nazwiska jak Bułhakow, Lem, a nawet były zakusy na Żeromskiego. Nie wiem, może doczekam także i takich czasów, że i Słowacki nie będzie mile widziany. Dlatego też pragnę ocalić od zapomnienia fragment jego wiersza „Przy kościółku”:

*Przy klasztoru,
Mój kaczorku,
Świętość,
Wziętość,
Nadętość.*

Panie, podaruj każdemu z nich, czego im w życiu brak!

No i zrobiono się politycznie i już widzę grono moich adwersarzy, którzy moje wypowiedzi niezgodne z ich przekonaniami kładą na karb mojej starości. Tu przepraszam – cytując Andrzeja Poniedziałkiego, to nie jestem stary, tylko jestem obiektem zabytkowym dobrze zakonserwowanym!

Panie ofiaruj mi to, czego mi w życiu brak!

Kończę jak zwykle, mimo wszystko Wasz

A. Martynowski

Spotkanie Lekarzy Seniorów!

- **4 października** gościem lekarzy seniorów będzie dr n. med. Stanisław Prywiński z wykładem „Leczenie przepuklin brzusznych”.

4 października dla lekarzy seniorów członków rejonów wyborczych nr 26 i 27, o ile nie zagłosowali korespondencyjnie – będzie również okazją do osobistego oddania głosu w wyborach delegatów na okręgowy zjazd lekarzy. W rejonie 26. można będzie głosować od 15.50 do 15.50, a w rejonie 27. – między 13.45 a 14.45.

- **8 listopada** wykład pt. „Witamina D – lek XXI wieku” wygłosi dr. n. med. Paweł Rajewski.

Tego samego dnia w godzinach 14.00–15.00 lekarze seniorzy będą mogli skorzystać z bezpłatnych szczepień przeciwgrypowych w siedzibie Bydgoskiej Izby Lekarskiej.

Zapraszamy!

PRACA

Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny zatrudni **lekarzy do pracy w pomocy doraźnej (pediatra, internista)** lub w trakcie specjalizacji). Kontakt: 784 050 229.

Przychodnia rodzinna „KRAJNA ZDROWIE MD” w Nakle nad Notecią zatrudni **lekarza do pracy w POZ** (preferowany lekarz rodzinny lub lekarz **chorób wewnętrznych**). Oferujemy: atrakcyjne wynagrodzenie, spokojne warunki pracy, praca na prostym systemie informatycznym. Kontakt: e-mail przychodnia@krajna-zdrowie.naklo.pl lub telefonicznie 52 3855303 (prosić kierownika Przychodni).

„Przychodnia Gdańska” spółka z o.o. w Bydgoszczy zatrudni od zaraz: **lekarza rodzinnego, internistę** lub w trakcie specjalizacji do pracy w Poradni Ogólnej, lekarza **dentystę**, lekarza **okulistę** lub lekarzy w trakcie specjalizacji. Curriculum vitae prosimy składać w „Przychodni Gdańska”, ul. Gdańska 88-90, 85-021 Bydgoszcz, adres e-mail: przychodniagdanska@scs.com.pl, tel. 52 3211451.

Pallmed sp. z o.o. prowadząca NZOZ Dom Sue Ryder w Bydgoszczy, ul. Roentgena 3,

zatrudni **lekarza do opieki domowej**. Warunki pracy i płacy do uzgodnienia. Kontakt: rekrutacja@domsueryder.org.pl

NZOZ Wielospecjalistyczna Przychodnia „Bartodzieje” sp. z o.o., ul. Koszalińska 7 w Bydgoszczy zatrudni **lekarza POZ** na pełen etat. Atrakcyjne warunki pracy i płacy. Przychodnia podejmie też współpracę z **lekarzem specjalistą** z zakresu **otolaryngologii i medycyny pracy**. Warunki płacy i pracy do uzgodnienia. Zainteresowane osoby prosimy o kontakt: tel. 52 3758605 lub 609 185 860, mail: biurobartodzieje@scs.com.pl

NZOZ KADENTAL zatrudni **lekarza dentystę**. NFZ i pacjenci prywatni. Kontakt: 793 108 057

Prywatne Centrum Medyczne w Bydgoszczy poszukuje do współpracy **lekarzy specjalistów** lub/i **osób po 3. roku specjalizacji** w dziedzinach: **endokrynologii, alergologii, gastroenterologii, neurologii, neurochirurgii, ginekologii i położnictwa, pediatrii, chirurgii dziecięcej, kardiologii dziecięcej, neurologii dziecięcej, endokrynologii dziecięcej, urologii dziecięcej**. Zapewniamy pracę w prężnie rozwijającej się placówce, w miłym gronie specjalistów. Dysponujemy nowoczesnymi aparatami ultrasonograficznymi, echokardiograficznymi. Współ-

pracujemy z laboratorium diagnostycznym. Kontakt: 500 872 900 lub e-mail: biuro@re-gomed.pl

Klinika Supradent w Jeleniej Górze zatrudni młodego i ambitnego **lekarza dentystę**. Oferujemy: wsparcie merytoryczne i finansowe w rozwoju zawodowym, dedykowaną asystentkę, pracę na cztery ręce, najlepsze materiały, bardzo dobre warunki finansowe. Tylko prywatni pacjenci. Kontakt: tel. 667 751 989 lub praca@supradent.com.pl

Klinika Implantologii i Chirurgii Alfa-Med w Bydgoszczy poszukuje do współpracy **lekarza dentystę**. Osoby zainteresowane prosimy o kontakt z numerem 600 262 738. Informacje o klinice www.alfa-med.pl.

NZOZ Medicus sp. z o.o. w Nakle nad Notecią zatrudni **lekarza do pracy w Poradni Stomatologicznej** – warunki do uzgodnienia. Telefon kontaktowy 600 036 534

Nowoczesna klinika w Bydgoszczy zatrudni **lekarzy dentystów**. Jeśli ważne są dla Ciebie rozwój i miła atmosfera, zapraszamy do współpracy. Zapewniamy nowoczesny sprzęt – mikroskop, laser, pantomograf – oraz elastyczne godziny pracy. Zainteresowane osoby prosimy o kontakt drogą mailową: praca@klinikadentalone.pl lub pod nr tel.: 604 349 019.

Klinika stomatologiczna w centrum Bydgoszczy podejmie współpracę z **lekarzem dentystą**. Warunki pracy do uzgodnienia. Osoby zainteresowane prosimy o kontakt telefoniczny: 604 796 594.

Dyżury członków ORL BIL



Prezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej – dr n. med. **Stanisław Prywiński**

• czwartek 14.00–15.00 • kontakt: stanislaw.prywinski@bil.org.pl

Wiceprezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej – dr n. med. **Radosława Staszak-Kowalska**

• co druga środa 13.30–14.30

Wiceprezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej – lek. dent. **Andrzej Kuliński**

• co druga środa 14.15–15.15

Sekretarz Bydgoskiej Izby Lekarskiej – dr n. med. **Paweł Białyżyk**

• czwartek 15.00–16.00

Skarbnik Bydgoskiej Izby Lekarskiej – lek. **Krzysztof Gawel** w dni posiedzeń Prezydium

lub ORL: czwartki od 11:30–12:30, wtorki 13.00–14.00 • kontakt: kgawelort@gmail.com

Porady prawne

Radca prawny Bydgoskiej Izby Lekarskiej – mec. **Jadwiga Jarząbkiewicz-Górniak**

udziela bezpłatnych porad prawnych lekarzom i lekarzom dentystom, członkom BIL,

związanych z działaniem samorządu oraz wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentysty:

- w poniedziałki w siedzibie BIL w godzinach 14.00–15.00 w biurze Izby • od poniedziałku do piątku w godzinach 10.00–15.00 telefonicznie pod nr (52) 322 33 94 w kancelarii prawnej

SPRZEDAM
bardzo mało używane

**NARZĘDZIA
STOMATOLOGICZNE**

tel. **695 146 963**

Przedstawiamy zupełnie
NOWĄ MAZDĘ CX-5,
SUV-a stworzonego z Jinba Ittai.
Unikalna sylwetka zaprojektowana
według sztuki KODO
i technologia SKYACTIV łączą się,
żeby razem stworzyć perfekcyjną harmonię
między kierowcą i samochodem.

Oto Jinba Ittai.

Filozofia Mazdy.

DRIVE TOGETHER

人馬一体



zoom-zoom

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

ul. Fordońska 307
85-766 Bydgoszcz

tel. 52 339 07 33
www.mazda.bydgoszcz.pl



W zależności od wersji samochodu średnie zużycie paliwa oraz emisja CO₂ wynoszą odpowiednio: od 5,0 do 7,1 l/100 km oraz od 132 do 162 g/km. Samochód jest wyposażony w układ klimatyzacji zawierający fluorowany gaz cieplarniany [R1234YF] o współczynniku ocieplenia globalnego powyżej 150. Informacje dotyczące odzysku i recyklingu samochodów wycofanych z eksploatacji znajdziesz na www.mazda.pl



Klasa C 160 – zużycie paliwa (średnio) – 5,5 l/100 km, emisja CO₂ (średnio) – 127 g/km.

Klasa C. Cała moc wyboru.

Twoja droga to Twój wybór. Skręcisz w lewo, pojedziesz prosto czy zawrócisz? Najważniejsze, że wybierzesz idealny samochód, którym ją pokonasz. Nowoczesny design i zachwycająca moc Klasy C Limuzyny. Tylko teraz, korzystając z oferty na Klasę C 160 i C 200 d Limuzynę, **zyskujesz 10 996 PLN brutto** i płacisz atrakcyjną ratę miesięczną!

Klasa C 160 Limuzyna z atrakcyjnym pakietem wyposażenia

1 418 PLN netto/m-c*

- wpłata własna tylko 5% (Lease&Drive 1%)
 - automatyczna skrzynia biegów 9G-TRONIC
-

Sprawdź również ofertę specjalną dla Klasy C 200 d Limuzyna.

*Rata miesięczna netto dla Klasy C Limuzyny w wersji silnikowej C 160 w programie finansowania Lease&Drive 1% dla przedsiębiorców (wpłata wstępna: 5% ceny netto pojazdu, okres umowy: 36 miesięcy, przebieg średnioroczny: 25 000 km), gwarantowana wartość końcowa. Oferta Mercedes-Benz Leasing Polska Sp. z o.o. Zdjęcia nie przedstawiają modelu z pakietem wyposażenia dostępnym w niniejszej ofercie.

Mercedes-Benz

The best or nothing.

