



# Primum

ISSN 2353-6055 nr 02 (331) 2019  
BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ





DRIVE TOGETHER

# MAZDA CX-5

PRAWDZIWY SILNIK. PRAWDZIWE EMOCJE



Gdy chcesz zjechać z utartej trasy, dobrze mieć pewność, że sercem Twojego samochodu jest prawdziwy, niezawodny silnik.

Zgodnie z filozofią projektową Mazdy zawsze poszukujemy rozwiązań tam, gdzie inni zdają się ich nie dostrzegać.

Dzięki rightsizingowi nasze dynamiczne i trwałe silniki, skonstruowane w technologii SKYACTIV, cechuje długa żywotność i wysoka kultura pracy. Charakteryzują się również bardzo dobrym stosunkiem mocy do pojemności.

Mazda CX-5 z silnikiem benzynowym SKYACTIV-G 2.5 o mocy 194 KM zapewnia odpowiednio dużą moc, kiedy jej potrzebujesz, oraz niskie zużycie paliwa podczas spokojnej jazdy - dzięki zastosowaniu systemu dezaktywacji cylindrów.

Kiedy zachowasz istotę tego, co najważniejsze - zrozumiesz, że przed Tobą rysują się nieograniczone możliwości.

Poznaj je za kierownicą Mazdy CX-5 i poczuj intuicyjną jedność kierowcy z samochodem.

**NORDIC MOTOR BYDGOSZCZ**

ul. Fordońska 307 | tel. 52 339 07 33 | [www.mazda.bydgoszcz.pl](http://www.mazda.bydgoszcz.pl)

W zależności od wersji samochodu średnie zużycie paliwa oraz emisja CO<sub>2</sub> (na podstawie WLTP) wynoszą odpowiednio: 5,9-8,3 l/100 km i 154-192g/km. Samochody Mazda są wyposażone w układ klimatyzacji zawierający fluorowany gaz cieplarniany o współczynniku ocieplenia globalnego powyżej 150. Informacje dotyczące odzysku i recyklingu samochodów wycofanych z eksploatacji znajdują się na [mazda.pl](http://mazda.pl)



## Szanowne Koleżanki i Koledzy!

W biejącym roku może dojść do uchwalenia nowelizacji podstawowej dla naszego środowiska ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry. Po miesiącach intensywnej pracy zespołu powołanego przez ministra zdrowia, którego zasadniczy trzon stanowią działacze samorządu lekarskiego pod przewodnictwem dr. Jarosława Bilińskiego, powstał dokument rekomendujący wiele kluczowych zmian. Dotyczą one kształcenia lekarzy w oparciu o stały moduł dla wszystkich, a następnie personalizowany, kończący się Państwowym Egzaminem Modułowym (PEM). Nabór kandydatów na szkolenie specjalizacyjne odbywałby się poprzez listę rankingową, a podstawą uzyskania tytułu specjalisty byłby pozytywny wynik Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego (PES), bazującego na 500 tysiącach ogólnodostępnych pytań.

Projekt zakłada zmianę katalogu specjalizacji, specjalizacji szczegółowych (podspecjalizacji) i wprowadzenie umiejętności lekarskich, potwierdzonych uzyskaniem certyfikatu (wydawanego przez uprawnione instytucje). Projekt porusza kwestię finansowania i postuluje zarobki dla lekarza w trakcie kształcenia modułowego w wysokości 2,5 średniej krajowej, a w przypadku specjalizacji deficytowej – na poziomie 2,7 średniej krajowej. Lekarz rezydent podczas kształcenia podyplomowego miałby otrzymywać uposażenie równe 2 średnim krajowym, a po uzyskaniu tytułu specjalisty jego zarobki wzrosłyby do 3 średnich krajowych. Projekt reguluje również czas pracy lekarza w odniesieniu do kodeksu pracy i kwestii dyżurów lekarskich oraz czasu specjalizacji (wykluczenie wydłużania okresu specjalizacji z powodu wcześniejszego zakończenia pracy po dyżurze). Podane problemy to tylko wybrane nowelizacje, które zaproponował zespół dr. Bilińskiego. Należy życzyć całemu środowisku lekarskiemu, aby propozycje zostały przyjęte przez Ministerstwo Zdrowia i nie uległy deformacji w dalszym procesie legislacyjnym.

Nowy rok to nie tylko dyskusja i tworzenie nowego, lepszego systemu opieki zdrowotnej i pracy lekarzy, ale i wyzwania ekonomiczne. Wzrost cen energii elektrycznej może pogorszyć finanse placówek medycznych, szczególnie szpitali. Jak ogłosiła ostatnio lecznica warszawska – Szpital Bródnowski – rachunki z tytułu zużycia energii elektrycznej wzrosną o 311%! Z tego, co wiem, wycena procedur medycznych od dłuższego czasu nie ulega istotnej zmianie i nie uwzględnia wzrastających kosztów działalności szpitali.

Finanse, a właściwie zła kondycja finansowa, to niestety bolączka województwa kujawsko-pomorskiego. Od paru lat powtarza się ten sam scenariusz – trudności z otrzymywaniem zapłaty za tzw. nielimitowane procedury medyczne (onkologiczne, kardiologiczne, położnicze). Jak można prowadzić racjonalną organizację pracy szpitali – uwzględniając także konieczność wymiany kosztownej, ulegającej zużyciu aparatury medycznej, nie mówiąc o remontach lub rozwoju działalności medycznej – przy niskim i niepewnym jej finansowaniu!?

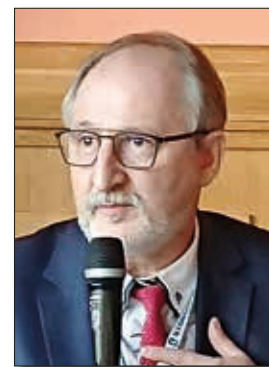
Niestety na tym nie koniec szpitalnych bolączek. Pod koniec ubiegłego roku, w trakcie posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej, zwracałem uwagę na złą sytuację finansową personelu pomocniczego: pielęgniarek, techników RTG, laborantów, fizyoterapeutów, sekretarek medycznych, dietetyczek. Informowałem, że wprawdzie szpital lekarzem stoi, ale jest to system naczyń połączonych i bez wyżej wymienionych osób nie można zapewnić efektywnej pracy. Postulowałem bliższą współpracę naszego samorządu z reprezentacją personelu pomocniczego. Niestety, z uwagi na mnogość problemów własnych moje nawoływania nie dały szczególnego efektu. W tym czasie był prowadzony protest w szpitalu, gdzie jestem zatrudniony. Przebiegał on cicho, można rzec niezauważalnie, jeżeli nie liczyć plakatów informacyjnych i czarnych koszulek. A teraz w pewnym kraju mamy żółte kamizelki, na moim oddziale zabrakło sekretarek, a w zakładzie radiologii techników RTG i nasza praca została istotnie ograniczona. Co się stało? Wybuchł „dziki” strajk? I tak, i nie. Oficjalnie strajku nie ma, ale nagle wszyscy się pochorowali. Rozumiem desperację pracowników medycznych, ale – powiem to z naciskiem – nie rozumiem lekarzy, którzy wystawili zwolnienia. Nie jest to absolutnie opinia polityczna ani skierowana przeciwko protestującym „chorym”, ale uważam za niewłaściwe wykorzystywanie lekarzy w sporach społecznych. Apeluję więc do Państwa, aby nie angażować się w takie działania. Policjanci, nauczyciele i inne profesje mają swoje organizacje związkowe, samorządowe i to ich powinnością jest walczyć, zgodnie z prawem, o regulacje pozwalające godnie wykonywać swój zawód.

Jednak żeby nie kończyć minorowo, chcę Państwa zaprosić na tradycyjny, karnawałowy bal lekarza. Tym razem przygotowaliśmy dla wszystkich uczestników niespodziankę. Zmieniamy formułę i miejsce zabawy. Mam nadzieję, że będzie to udane spotkanie towarzyskie!

W nowym, 2019 roku życzę Państwu dużo radości i szczęścia!

Dr n. med. Marek Bronisz

Prezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej



### W NUMERZE

Co zostanie z CM? .....	2
Informujemy .....	3, 5, 6, 7
Jestem dumny z tego szpitala rozmowa z prof. Januszem Kowalewskim .....	4
Biało-czerwony szlak wokół Annapurny .....	8
Lekarski sport .....	9
Barcelona! .....	10
90 lat Doktora Tadeusza Widerkiewicza .....	12
Radca prawny BIL informuje .....	13
Konferencje, warsztaty .....	14, 15, 19
Wspominamy doktora Edwarda Latosa .....	16
Uważność i medycyna .....	18
Felieton .....	19
W pigułce .....	20

Okładka: obraz Tadeusza Widerkiewicza

# Primum

REDAKCJA: e-mail: [primum@bil.org.pl](mailto:primum@bil.org.pl) • tel. 52 346 07 85

WYDAWCA: Bydgoska Izba Lekarska, 85-681 Bydgoszcz, ul. Powstańców Warszawy 11; telefony: 52 3460084, 52 3460780;

Numer konta BIL: PKO BP II O/Bydgoszcz, 95102014750000830200191197; e-mail: [bil@bil.org.pl](mailto:bil@bil.org.pl); [www.bil.org.pl](http://www.bil.org.pl)

• Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej: dr n. med. Elżbieta Narolska-Wierciewska, e-mail: [rzecznik@bil.org.pl](mailto:rzecznik@bil.org.pl), tel. 52 3461257

• Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystry: dr n. med. Wojciech Kosmowski. Kontakt: 605 550 017

#### RADA PROGRAMOWA:

Członkowie Rady: prof. Aleksander Araszkiewicz, red. nac. Agnieszka Banach-Dalke, red. Teodora Bogdańska, lek. Mieczysław Boguszynski, red. Magdalena Godlewska, dr n. med. Stanisław Prywiński, lek. dent. Marek Rogowski, dr n. med. Zofia Ruprecht.

CZEKAMY na Państwa opinie, uwagi i propozycje! Redaktor naczelna: Agnieszka Banach-Dalke, [agnieszka.banach@hipokrates.org](mailto:agnieszka.banach@hipokrates.org); redaktor: Magdalena Godlewska, [magodlewska@poczta.onet.pl](mailto:magodlewska@poczta.onet.pl)

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

Nakład: 4310 egzemplarzy

DRUK: ABEDIK, Bydgoszcz tel. 52 370 0710 ■ SKŁAD: MAGRAF s.c., Bydgoszcz tel. 52 3791435

# Co zostanie z CM?

Uniwersytet Mikołaja Kopernika pracuje nad swoim statutem. Tymczasem... pracownicy naukowemu Collegium Medicum ostrzegają, że proponowane przez uczelnię zapisy są dla ich jednostki bardzo niekorzystne. „Jeżeli CM sprowadzimy do proponowanej przez UMK pozycji, to de facto przestaje istnieć. Traci całą swoją autonomię, o której nienaruszalności nas zapewniano, gdy w 2004 r. staliśmy się częścią UMK” – mówią nam nieoficjalnie.

## AGNIESZKA BANACH

Trzy lata temu władze UMK ponownie przekonywały CM, że nikt mu autonomii nie zabierze. Działo się to na kanwie wydarzeń związanych ze zbieraniem podpisów pod projektem obywatelskim dotyczącym powołania uniwersytetu medycznego w Bydgoszczy na bazie obecnego Collegium. Podpisało się pod nim ponad 160 tysięcy osób! Projekt na razie utknął w Sejmie. Ostatnio, w listopadzie zeszłego roku, po 2 i pół roku zwłoki, zajęły się nim połączone sejmowe Komisje – Edukacji, Nauki i Młodzieży oraz Zdrowia, które zarekomendowały jego odrzucenie. Kiedy projekt trafi pod obrady Sejmu, do tej pory nie wiadomo...

Wróćmy do 2016 r. Przeciwny idei powołania uniwersytetu medycznego w Bydgoszczy prof. Andrzej Tretyn, rektor UMK, obiecywał wtedy, że autonomia uczelni zostanie nawet poszerzona – przypomina środowisko bydgoskie. Tymczasem – wskazują pracownicy naukowemu z CM – nowy statut UMK „uderzając w integralność CM, ją likwiduje”.

Czy zdaniem toruńskiej uczelni przekształcenie CM w Kolegium Nauk Medycznych – „międzywydziałową jednostkę organizacyjną, której zadaniem jest koordynacja działalności naukowej lub artystycznej oraz kształcenie doktorantów w szkołach doktorskich” (co czytamy w projekcie statutu) – a także likwidacja funkcji prorektora oznaczają likwidację integralności uczelni? Na to

pytanie do chwili zamknięcia numeru UMK nam nie odpowiedziało.

Projekt statutu zakłada powołanie czterech równorzędnych Kolegiów – Nauk Humanistycznych, Teologicznych i Artystycznych, Nauk Społecznych, Nauk Medycznych oraz Nauk Ścisłych i Przyrodniczych. Kolegium ma kierować rada kolegium. Jedną z jej kompetencji jest „koordynowanie działalności naukowej w ramach dziedzin naukowych i artystycznych”. W statucie brakuje natomiast zapisów bardzo istotnych dla specyfiki trójwydziałowego CM, które dotyczyłyby działalności dydaktycznej, badawczej i leczniczo-usługowej w dziedzinie medycyny, farmacji i ochrony zdrowia – zauważa bydgoskie środowisko.

Tworzone przez UMK zapisy nie przewidują istnienia funkcji prorektora ds. Collegium Medicum. Oznacza to likwidację odrębnej administracji, co zagraża m.in. działalności inwestycyjnej CM. Za to w projekcie pojawia się prorektor ds. klinicznych, który ma jedynie sprawować pieczę nad sprawami szpitali uniwersyteckich oraz działalnością kliniczną prowadzoną w Uniwersytecie. „Na całą resztę w naszym kolegium będzie miało wpływ już UMK...” – obawiają się przedstawiciele CM.

Na razie projekt statutu jest konsultowany i nikt oficjalnie nie chce komentować zawartych w nim zapisów. UMK ma zamiar uchwalić go na posiedzeniu senatu w lutym. Jak nas poinformowano, do projektu zgłoszono bardzo dużo poprawek. Czy zostaną przez UMK wzięte pod uwagę – nie wiadomo (zapytaliśmy o to rzeczownika instytucji, ale do dnia zamknięcia gazety nie odpowiedział).

## Czekamy na Państwa opinie!

Chcielibyśmy Państwa zaprosić do dyskusji na temat przyszłości Collegium Medicum. Jak Państwo ją widzicie? Czy uczelnia medyczna powinna pozostać w strukturach UMK i funkcjonować na takich samych zasadach jak do tej pory – co w odniesieniu do nowego statutu UMK wydaje się raczej niemożliwe... Czy może Collegium Medicum powinno przekształcić się w Kolegium Nauk Medycznych i być jednym z czterech równorzędnych w strukturze toruńskiego Uniwersytetu? A może uczelnia medyczna powinna zacząć funkcjonować samodzielnie – jak przed połączeniem z UMK w 2004 r.? Jakie jest Państwa zdanie w tej sprawie?

Redakcja Primum  
primum@bil.org.pl; agnieszkapress@gmail.com

*Bydgoskie Towarzystwo Lekarskie  
Oddział Regionalny PTL*

*z głębokim smutkiem przyjęło wiadomość  
o śmierci*

**Doktora Edwarda Latosa**

*naszego wieloletniego, zasłużonego Kolegi*

*Rodzinie i bliskim wyrazi współczucia  
składa*

Zarząd i członkowie BTL

Z głębokim smutkiem i poczuciem ogromnej straty  
przyjeliśmy wiadomość o śmierci

**Doktora Edwarda Latosa**

*nestora bydgoskiej pediatrii*

w latach 1959–1991 dyrektora Wojewódzkiego  
Szpitala Dziecięcego im. Józefa Brudzińskiego,  
honorowego Członka

Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

*Z wyrazami głębokiego współczucia  
dla całej Rodziny  
w imieniu samorządu lekarskiego*

*dr. n. med. Marek Bronisz  
prezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej*





## Biziel buduje i remontuje

**Wyremontowany, rozbudowany i wyposażony w nowy sprzęt medyczny Szpitalny Oddział Ratunkowy. Zmodernizowane Kliniki – Kardiologii oraz Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych. Remont Kliniki Ortopedii, a w dalszej kolejności Chirurgii Ogólnej i Neurochirurgii oraz pomieszczeń diagnostyczno-zabiegowych. I największa inwestycja – budowa nowego szpitalnego budynku. Wygląda na to, że Szpital Uniwersytecki nr 2 wreszcie wkracza w XXI wiek.**

### AGNIESZKA BANACH

#### Kapitalny remont SOR-u

Przed końcem roku zakończyły się prace na tzw. pierwszej linii lecznicy, czyli na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym. Kapitalny remont trwał 1,5 roku. Dotychczasowe pomieszczenia zostały zmodernizowane, a oddział dzięki zabudowie niewykorzystywanego patio powiększono o prawie 800 m kw. Do tej pory SOR zajmował 1052 m kw.

Wartość przedsięwzięcia współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego to 4 435 555,99 zł – z czego 435 tys. zł pochodziło ze środków własnych szpitala. W ramach funduszy unijnych oddział został też wyposażony. Pierwszy raz w 2010 r., kiedy dzięki wsparciu UE zakupiono sprzęt za ponad 8 mln zł (prawie 7 mln z UE). Zakupiono wtedy między innymi nowoczesny tomograf, aparaty RTG, dzięki czemu pacjenci nie muszą być teraz przewożeni na specjalistyczne badania do innych jednostek szpitalnych. W grudniu 2018 r. zakończono doposażanie zmodernizowanego oddziału. Za prawie 3 mln zł (2487471,39 zł – UE, 438 965, 55 zł – dotacja celowa MZ) zaku-

piono aż 85 sztuk różnego rodzaju sprzętu medycznego – m.in. USG, respiratorów, endoskopów do trudnych intubacji, kardiomonitorów, stołów zabiegowych.

Od stycznia wyremontowany i świetnie wyposażony SOR ma nowego szefa. Kieruje nim lek. Jakub Nożewski.

#### Nowe projekty

„Kolejny projekt realizowany przez szpital dedykowany jest chorobom układu kostno-stawowo-mięśniowego oraz położnictwu i ginekologii. Jego wartość to prawie 13 mln zł (od red. prawie 11 mln to środki UE, reszta MZ). Zaczynamy od remontu ortopedii – informuje Wanda Korzycka-Wilińska, dyrektor Biziele – 4 grudnia przekazaliśmy plac budowy. Prace mają zostać zakończone do końca maja 2019 r.”

Remont ortopedii ma kosztować trochę ponad 2 mln zł. Oddział będzie miał ponad 752 m kw. powierzchni. Zajmie prawie całe 3. piętro szpitala. Kubatura ortopedii wzrosnie, ale liczba łóżek się zmniejszy. Wszystko dlatego, że szpital musi dostosować się do obowiązujących norm warunkujących liczbę pacjentów, którzy mogą przebywać na określonej powierzchni. Na jednej sali znajdują się trzy łóżka chorych.

„W tej chwili mamy 40 łóżek, po remoncie zostanie ich 37. Sytuacja będzie ciężka, bo mamy bardzo dużo pacjentów – martwi się doktor Waldemar Weiss, ordynator Kliniki Ortopedii. – Już teraz nie jest łatwo. Cały czas mamy zajęte nawet korytarze. Na operacje u nas czeka prawie 3 tys. osób. Na same endoprotezy stawu biodrowego i kolannowego – 1300 osób. Co oznacza, że kolejka jest na około 6 lat...To niewyobrażalne! Pacjent, który przychodzi do nas po tak długim okresie oczekiwania, jest w o wiele gorszym stanie niż gdy się zgłaszał. – I dodaje – Niestety, chociaż tak miało być, w obecnym systemie pacjent nie jest nośnikiem pieniędzy. Dodatkowo finansowanie dziedziny ortopedii w naszym województwie jest na jednym z najniższych poziomów w kraju”.

Oprócz ortopedii na remont czeka jeszcze chirurgia oraz neurochirurgia (łączy koszt do ok. 3 mln zł) – ma być wykonany do 2020 r.

W ramach projektu finansowanego przede wszystkim przez Unię zaplanowano także zakup sprzętu medycznego – 57 sztuk nowoczesnej aparatury o wartości ponad 7 mln zł. 45 pozycji już zakupiono. Najwięcej na Oddział Kliniczny Noworodków, Wcześniaków z Intensywną Terapią Noworodka (26 szt. za ponad 2,3 mln zł). Dodatkowe wyposażenie dostała też Klinika Położnictwa, Chorób Kobiecty i Ginekologii Onkologicznej – 19 szt. za ponad 1,7 mln zł.

Nowy sprzęt otrzyma też ortopedia i dwa oddziały, które będą remontowane jako kolejne – ponad 3 mln zł.

Cały projekt ma zostać zrealizowany do czerwca 2020 r.

#### Od września rusza budowa

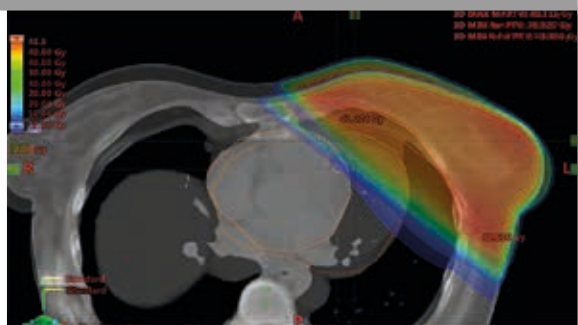
W ramach wieloletniego planu inwestycyjnego powstaje także nowy szpitalny budynek – w budżecie państwa zarezerwowano na niego 361 mln złotych (o czym pisaliśmy w „Primum” nr 317/318). „Będzie 6-piętrowy, z łądowiskiem na dachu, blokiem operacyjnym z salami hybrydowymi, usytuowana zostanie tu hematologia, foniatria, anestezjologia i intensywna terapia, otolaryngologia, rehabilitacja, centralna sterylizacja, sale dydaktyczne dla studentów – mówi dyrektor Korzycka-Wilińska. – Właśnie wybraliśmy firmę projektową. Ma 60 dni na przygotowanie projektu budynku. Do początku września musimy go zaakceptować. Potem pozostanie wyłonienie wykonawcy.”

Całość ma być gotowa do 2024 r.

## DIBH chroni serce

Bydgoskie Centrum Onkologii wdrożyło u osób z nowotworem lewej piersi nową metodę radioterapii. Deep Inspiratory Breath Hold jest techniką polegającą na napromienianiu pacjentek podczas głębokiego wdechu. Zwiększenie objętości płuc powoduje odsunięcie napromienianej piersi od przedniej ściany serca, co pozwala zmniejszyć dawkę promieniowania pochłanianą przez mięsień sercowy. Inicjatorami i realizatorami wdrożenia metody są dr n. med. Tomasz Wiśniewski z Zakładu Radioterapii oraz fizyki z Zakładu Fizyki Medycznej.

źródło CO



# Jestem dumny z tego szpitala

Z profesorem Januszem Kowalewskim – dyrektorem Centrum Onkologii im. prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy – rozmawia Magdalena Godlewska



Prof. J. Kowaleski (pierwszy z prawej) na sali operacyjnej

► Według tegorocznego rankingu Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia i „Rzeczpospolitej” bydgoskie Centrum Onkologii pozostaje najlepszym szpitalem onkologicznym w kraju. Jednak ogromna większość placówek – w tym CO – w obecnej edycji zdobyła mniej punktów niż w poprzedniej, co przypisuje się poszerzeniu ankiety o nowe pytania. Jakich kwestii dotyczyły?

Przede wszystkim antybiotyków. Pytano między innymi, czy wdrożyliśmy program Koncyliacji Lekowej. Jego celem jest obniżenie u chorych ryzyka wystąpienia niepożądanych działań leków. Według twórców programu ma się to odbywać m.in. dzięki odnotowaniu przez farmaceutę klinicznego w trakcie przyjmowania pacjenta na oddział wszystkich stosowanych przez niego dotychczas leków i sprawdzeniu, czy nie dojdzie do interakcji między nimi a lekami zleconymi w szpitalu. U nas lekarz, zbierając w szpitalu wywiad, zawsze pyta o leki przyjmowane do tej pory. A kiedy pacjent przechodzi z oddziału na oddział, informacja o stosowanych lekach idzie razem z nim. Tak więc koncyliacja lekowa jest w CO prowadzona, tyle że nie w sensie instytucjonalnym, nie na odrębnych drukach, w oddzielnym systemie. Udzieliłem więc negatywnej odpowiedzi. Z tego co wiem, żaden szpital tego programu nie wdrożył.

Kolejne pytanie dotyczyło udziału szpitala w badaniu PPS Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków. My nie uczestniczyliśmy w tym programie, ponieważ wiąże się on z dużymi obciążeniami. To też pewnie obniżyło nam sumę punktów. Jeżeli będzie

jeszcze można do niego przystąpić, przystąpimy.

pozytywnie odpowiedzieliśmy na pytania, czy gromadzimy dane o zużyciu antybiotyków, czy w szpitalu wdrożono zasady prewencji antybiotykooporności i zasady profilaktyki antybiotykowej. To są rzeczy podstawowe, które od lat stosuje się u nas i myślę, że w większości szpitali.

Przy ocenie brano też pod uwagę procent zaszczepionych wśród personelu medycznego. Jeżeli chodzi o grypę, to żaden szpital nawet się nie zbliżył do 8 proc. Nasz wynik to 6,5 proc.

► W kategorii placówek zabiegowych, wielospecjalistycznych i onkologicznych Centrum Onkologii uplasowało się na 2 miejscu (na 6. pozycji w obszarze Zarządzanie, na 4. za Jakość opieki i 19. za Opiekę medyczną). Które z branych pod uwagę przez CMJ elementów, najbardziej zaważyły na tak wysokiej ocenie?

Nie umiem udzielić jednoznacznej odpowiedzi na to pytanie. W ankiecie, którą Centrum Monitorowania Jakości przesyła jesienią do wszystkich szpitali, jest 250–270 pytań. Wiadomo, że łącznie można zdobyć 1000 punktów, ale odpowiadający nie wie, ile może maksymalnie uzyskać za konkretne pytanie. Moim zdaniem wartość punktowa poszczególnych pytań nie może być identyczna. Np. twierdząca odpowiedź na pytanie, czy w szpitalu jest e-kiosk, powinna być wyceniona dużo niżżej niż na pytanie, czy na każdej sali operacyjnej jest ciąg jednokierunkowy.

Pytania dotyczą dosłownie wszystkiego. Liczby sal operacyjnych, wykonywanych zabiegów, łóżek na OIOM-ie, lekarzy i pielęgniarek (mamy 350 pielęgniarek – więcej niż łóżek!). Są pytania o łączną wartość budynków (u nas to prawie 300 mln zł), o to, czy we wszystkich pomieszczeniach jest system dźwiękowego ostrzegania na wypadek pożaru, powodzi itd. (tak), czy były kontrole stacji sanitarno-epidemiologicznej, straży pożarnej itp. i jakie dostaliśmy zalecenia (u nas zaleceń istotnych nie było, bo nie było takiej potrzeby), jaką kwotę szpital przeznaczył na naprawy i serwis urządzeń (my przeznaczyliśmy 15 mln zł, głównie na serwis aparatów do napromieniania) i czy mamy stół umożliwiający operowanie pacjentów o wadze powyżej 150 kg (mamy).

Nie wiadomo też, która odpowiedź na dane pytanie będzie najwyższej punktowana. Zazwyczaj można się domyślić. Jednak nie zawsze. Weźmy pytanie o średnią wiek pielęgniarek i lekarzy. W CO to 43 lata dla pielęgniarek i 46 dla lekarzy. Ale nie wiem, czy nie byłoby lepiej, gdyby średnia wynosiła odpowiednio 35 i 38 lat. Wyżej punktowana jest młodość czy doświadczenie? A może to środek jest optymalny – osoba jeszcze młoda, ale już bardzo doświadczona?

Nie tylko nie orientujemy się, które pytania i odpowiedzi są najwyższej punktowane, ale też, o co będą nas pytać w przyszłym roku. Również w tej edycji pojawiły się nowe pytania. M.in. o to, czy możemy leczyć chorych, którzy są uczuleni na lateks (tak – dysponujemy też rękawiczkami, które nie mają w składzie lateksu), czy jest w placówce system pozwalający pacjentowi przywołać pomoc z każdego miejsca w szpitalu, np. z toalety, restauracji (tak), czy w pomieszczeniach szpitalnych znajdują się powierzchniowo przeciwbakteryjne (zainwestowaliśmy ponad 30 tysięcy w zainstalowanie we wszystkich miejscach, w których przebywają chorzy o najniższej odporności, czyli na intensywnej terapii, w salach pooperacyjnych, w sali wybudzeń, uchwyt, klamki i blaty z tzw. miedzi przeciwbakteryjnej).

Tak więc nie jestem w stanie odpowiedzieć, które z wprowadzonych przez nas rozwiązań zostały ocenione przez CMJ najwyższej. Wychodzi na to, że dbamy o jakość dla samej jakości, a nie żeby wypaść dobrze w rankingu.

► Bydgoskie Centrum Onkologii znane jest z szeregu inicjatyw poprawiających skuteczność i dostępność diagnostyki i leczenia. Teraz pracuje Pan nad utworzeniem w szpitalu kolejnych, po Breast Cancer Unit, ośrodków narządowych. Dlaczego to takie ważne?

Sądzę, że ośrodki narządowe to przyszłość onkologii. Badania naukowe wykazały, że chorzy, którzy są w nich leczeni, żyją dłużej niż osoby poddawane terapii w ośrodkach niedysponujących takim kom-



pleksowym ujęciem danej choroby nowotworowej.

W szpitalu funkcjonuje już Breast Cancer Unit, czyli ośrodek wielospecjalistyczny kompleksowego leczenia raka piersi na każdym etapie tej choroby, począwszy od profilaktyki, przez wnikliwą diagnostykę, wszystkie metody leczenia skojarzonego, ewentualną amputację, możliwość rekonstrukcji, rehabilitację, opiekę psychologiczną, a potem follow up, czyli długofalowy monitoring pacjenta.

W planach mamy również powołanie ośrodków leczenia raka płuca, stercza i jelita grubego. Oddział Kliniczny Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów, na którym pracuję, stara się o utworzenie Lung Cancer Unit, czyli modelowego ośrodka diagnostyki i leczenia raka płuca. Jesteśmy już gotowi do certyfikacji. Zdecydowaliśmy się na certyfikację niemiecką. Aby uzyskać taki tytuł zgodnie z niemieckimi standardami, muszą być spełnione określone wymogi – na oddziale powinni być torakochirurdzy, dwóch pulmonologów, muszą być wykonywane procedury typu bronchoskopia, biopsja przezoskrzelowa czy ocena parametrów oddechowych przed operacją. W ciągu roku powinno się wykonywać powyżej 200 resekcji. I trzeba mieć dostęp do skojarzonego leczenia, zaplecza diagnostycznego, rehabilitacji i możliwość obserwacji pacjenta po leczeniu.

Utworzenie ośrodka narządowego zwiększa również dostępność leczenia – certyfikat gwarantuje zniesienie limitów świadczeń w zakresie leczenia nowotworu danego narządu na pięć lat.

### ► Jest Pan również rzecznikiem szerokiego stosowania chirurgii małoinwazyjnej...

Chirurgia małoinwazyjna to mój drugi cel. Jest bardzo korzystna dla pacjenta – po 2–3 dniach wychodzi do domu, ma znacznie mniejsze ryzyko powikłań, mniej go wszystko boli, dużo szybciej jest zdolny do następnych cykli leczenia. Operacje tego typu więcej kosztują, bo te specjalne urządzenia jednorazowe, których się używa w trakcie operacji, są droższe niż zwykła nitka czy podwiązka, ale jesteśmy to naszym chorym winni i od tego nie ma odwrotu, na to pieniądze muszą się znaleźć. Od jakiegoś czasu operujemy laparoskopowo również nowotwory płuca.

Od marca zeszłego roku dysponujemy również radioterapią stereotaktyczną, nazywaną też radiochirurgią. Ponieważ precyzja napromieniania jest tutaj ogromna, możemy napromieniać jedynie ogniska nowotworowe, np. w mózgu, płucu czy wątrobie, oszczędzając okoliczne tkanki. Dzięki temu jesteśmy w stanie stosować dużo większe dawki. Radioterapia stereotaktyczna niszczy guzy tak, jakby chirurg pojedynczo je wycinał.

### ► Planujecie Państwo również rozbudowę pracowni cytostatyków...

To konieczne, żeby móc zapewnić większą liczbę porcji leków do chemioterapii. Leki te przygotowywane są dla konkretnego pacjenta na bieżąco. Obecnie chorzy, po pobraniu krwi i zakwalifikowaniu przez lekarza, czekają na podanie chemii często kilka godzin.

Staramy się też przenieść ciężar chemioterapii do ambulatorium – żeby tam, gdzie to możliwe, chory, który dostaje wlew, nie był przywiązany do szpitalnego łóżka. Niech spędzi tu tylko tyle czasu, ile jest niezbędne, i wraca do domu, do bliskich, gdzie będzie się czuł bardziej komfortowo.

W przypadkach, które na to pozwalają, przechodzimy na chemioterapię podskórną, tak jest np. w przypadku herceptyny w raku piersi. Efekt leczniczy jest ten sam, co przy wlewach dożylnych, ale czas podania dużo krótszy. Kilka minut, a nie godzin.

### ► A co zdaniem Pana najbardziej przyczynia się do skuteczności leczenia i popularności Centrum wśród pacjentów – dostęp do najnowszych zdobyczy medycyny, kadra medyczna, warunki pobytu na oddziałach, stosunek do pacjenta?

Wszystko to, co Pani wymieniła. Ale najważniejsze, żeby zająć się pacjentem, jeżeli się do nas zwróci. Nie należy go odsyłać, nawet jeżeli jest z daleka.

Najistotniejsza jest ciągłość leczenia. Jak chory wychodzi z gabinetu w Centrum Onkologii, wie, co robić dalej, jaki będzie jego następny ruch – czy ma iść do innego gabinetu, czy jest zdrowy i nie potrzebuje tu więcej przychodzić, czy ma zrobić jeszcze dodatkowe badania i przyjąć za tydzień, a może wymaga kolejnej wizyty za 6 miesięcy. Ważne, że ma zaczerpienie, nie jest zawieszony w próżni.

Pacjent, który trafi tutaj, do tego systemu, jest tu przypisany i wie od początku do końca, co, kiedy i dlaczego. Jestem dumny z tego szpitala, serce tu zostawiłem.



## Nasze szpitale w setce najlepszych

**Kujawsko-Pomorskie ma 11 placówek w pierwszej setce najlepszych lecznic w kraju, co sprawia, że jest drugim województwem (po pomorskim) pod względem jakości lecznictwa szpitalnego** – wynika z rankingu opracowanego przez rządowe Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia we współpracy z dziennikiem „Rzeczpospolita”.

- Centrum Onkologii w Bydgoszczy (2. miejsce, najlepszy polski szpital)
- Wojskowy Szpital Kliniczny w Bydgoszczy (15. miejsce)
- Szpital Eskulap w Osielesku (17. miejsce)

- Wojewódzki Szpital Dziecięcy w Bydgoszczy (22. miejsce, zwycięstwo w kategorii szpitali pediatrycznych)
- Szpital Uniwersytecki im. Jurasza w Bydgoszczy (29. miejsce)
- Szpital Uniwersytecki im. Bizuela w Bydgoszczy (41. miejsce)
- Bydgoski Szpital MSWiA (43. miejsce)
- Szpital Miejski w Bydgoszczy (47. miejsce)
- Szpital im. Błażka w Inowrocławiu (67. miejsce)
- Wojewódzki Szpital Zespolony w Toruniu (76. miejsce)
- Szpital Miejski w Toruniu (85. miejsce)

# Robotowe operacje urologiczne

JACEK SZYPERSKI



## O robocie

Zaprojektowany przez amerykańskich inżynierów system robotowy da Vinci zrewolucjonizował prowadzenie najbardziej precyzyjnych operacji chirurgicznych. Umożliwia operowanie w trudno dostępnych miejscach ciała, wykonując polecenia chirurga w absolutnie dokładny sposób. Chirurgia raka prostaty jest jednym z głównych zastosowań tego systemu, ale znajduje on także swoje miejsce w leczeniu innych schorzeń urologicznych, takich jak: guzy nadnerczy, nerek i pęcherza moczowego.

„Nasz ośrodek, jako jeden z niewielu w Polsce, od niedawna dysponuje zrobotyzowanym systemem chirurgicznym da Vinci, a co najważniejsze stanowimy doświadczoną kadrę urologów-chirurgów współpracującą z międzynarodowym zespołem specjalistów w tej dziedzinie. 17 listopada 2018 r. przeprowadziliśmy pierwszą w Bydgoszczy robotową prostatektomię radykalną” – podkreśla dr Jacek Szyperski, specjalista urolog FEBU, dyrektor Szpitala Świętego Łukasza w Bydgoszczy.

## Różnice między tradycyjną chirurgią a laparoskopią i systemem chirurgicznym da Vinci

W tradycyjnej chirurgii otwartej, aby dotrzeć do chorego narządu, lekarz musi wykonać rozległe cięcie skóry, tkanki podskórnej, mięśni i innych tkanek, które pozwoli mu uzyskać odpowiedni dostęp do okolicy operowanej. Im większe cięcie, tym niższy komfort pacjenta po operacji, dłuższy czas powrotu do zdrowia oraz mniej zadowolający efekt kosmetyczny.

Przełomem w rozwoju chirurgii było wprowadzenie techniki laparoskopowej, dzięki której unikamy rozległego cięcia chirurgicznego, a dostęp do operowanej okolicy uzyskujemy poprzez wprowadzenie do jamy brzusznej kamery i specjalnych narzędzi przez małe, 5–10 mm otwory. Przebieg operacji jest obserwowany i kontrolowany na ekranie monitora. Kluczowym elementem zabiegu jest precyzyjne usunięcie nowotworu oraz wykonanie operacji tak, aby nie uszkodzić okolicznych struktur. Jest to szczególnie ważne w przypadku usuwania nowotworu prostaty, gdzie zależy nam na zachowaniu dobrego trzymania moczu po operacji oraz powrotu wzdwołów prącia. Cel ten osiągamy dzięki ogromnemu doświadczeniu, doskonałej znajomości anatomii i precyzyjnemu wglądowi w pole operacyjne, które w technice laparoskopowej zapewnia wprowadzona do jamy brzusznej kamera HD, 3D, 4K.

Kolejnym etapem rozwoju technik małoinwazyjnych było zastosowanie w medycynie współczesnych zdobyczy high-tech. System robotowy da Vinci to dołączenie do laparoskopii wysokiej technologii umożliwiającej precyzyjne, liczone w milimetrach, ruchy narzędzi oraz całkowite wyeliminowanie drżenia dłoni chirurga. System ten jest szczególnie użyteczny podczas precyzyjnego preparowania tkanek z intencją zaoszczędzenia kluczowych struktur, w przypadku usuwania raka prostaty – odpowiedzialnych za zachowanie dobrego trzymania moczu oraz wzdwołów prącia. Zastosowanie robota da Vinci zmniejsza ograniczenia związane z tradycyjnymi metodami leczenia. To technika pozwalająca na niespotykaną dotąd precyzję. Zabiegi robotowe są przeprowadzane specjalnie zaprojektowanymi narzędziami, które charakteryzują się mniejszymi rozmiarami niż te używane tradycyjnie. Zaawansowana technologia umożliwia niespotykaną wizualizację jamy brzusznej, umożliwiając operatorowi lepszą orientację w polu operacyjnym.

Technologia robotyczna w medycynie umożliwia przeprowadzenie prostatektomii radykalnej i innych zabiegów w najmniej inwazyjny sposób spośród obecnych metod leczenia. Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów zachorowalność na raka gruczołu krokowego stale rośnie. Rak prostaty to drugi co do częstości nowotwór powodujący zgon wśród mężczyzn. W Polsce z tego powodu umiera ponad 4000 osób rocznie.

## Zespół specjalistów

Urologi Szpitala Świętego Łukasza w Bydgoszczy, ściśle współpracujący z zespołem Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy, to aktualnie bardzo dojrzały i doświadczony team, do którego dołączyli najlepsi specjaliści z Europy, m.in. min. prof. Ignacio Moncada Iribarren z Madrytu. Są to urologi z ogromnym, wieloletnim doświadczeniem w diagnostyce, chirurgii minimalnie inwazyjnej, w tym chirurgii endoskopowej, laparoskopowej i zautomatyzowanej chirurgii robotowej da Vinci. Są oni pionierami tych technologii w Polsce i w regionie.



Od lewej: lek. med. Jacek Szyperski, dr n. med. Piotr Jarzemski, dr n. med. Sławomir Listopadzki

Jak zaznacza koordynator Oddziału Urologii Szpitala Świętego Łukasza w Bydgoszczy dr n. med. Sławomir Listopadzki, urolog FEBU, około 2500 operacji radykalnego usunięcia raka prostaty metodami minimalnie inwazyjnymi świadczy o niezwyklej doświadczeniu i dojrzałości naszego zespołu, a współpraca z ekspertami w zakresie onkologii, radioterapii i medycyny wewnętrznej oraz rehabilitacji pozwala zaoferować optymalne leczenie dobrane indywidualnie do pacjenta z rakiem urologicznym, zapewniając w ten sposób najlepszy z możliwych wyników leczenia onkologicznego.

Dokończenie →



BILETY JUŻ W SPRZEDAŻY

# BAL

na 100 par!



Na tegoroczny karnawałowy bal  
Bydgoskiej Izby Lekarskiej  
zapraszamy Państwa  
do hotelu **FOCUS PREMIUM „POD ORŁEM”**

Obiecujemy dobrą muzykę  
– zagra dla nas **JAZZ BAND JÓZEFA ELIASZA**  
i zabawę – bal poprowadzi **ANDRZEJ GAWROŃSKI**  
znany w Bydgoszczy organizator  
wielu wydarzeń kulturalnych.  
Zapewniamy wykwintny poczęstunek.  
Liczba miejsc jest mocno ograniczona,  
bo możemy ugościć **TYLKO 100 PAR!**

**23 LUTEGO 2019 ROKU!**

**Cena biletu: 200 zł/osobę**

## Świątecznie i radośnie...



Fot. M. Świątkowska

...Tak właśnie było na tegorocznym gwiazdkowym spotkaniu lekarzy seniorów (8 grudnia).

Licznie przybyłych lekarzy powitał w siedzibie Izby prezes BIL – dr n. med. Marek Bronisz, składając życzenia zdrowia i pomyślności w imieniu Okręgowej Rady Lekarskiej i własnym, oraz przewodnicząca Komisji Socjalnej doktor Elżbieta Sikora-Buszko.

Potem było... poetycznie i śpiewająco, dzięki występowi lek. dentysty Doroty Spychalskiej, a następnie naszego chóru. W tej świątecznej atmosferze – przy opłatku, popłynęły wzajemne dobre życzenia i rozmowy przy pięknie nakrytych stołach i różnych na nich pysznościach.

*Dokończenie ze strony 6.*

Pierwszą laparoskopową radykalną prostatektomię w Bydgoszczy wykonaliśmy w 1999 r. w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr. Jana Bizuela, jako pierwsi w Polsce. W ciągu ostatnich 20 lat doskonalenia techniki zespół przeprowadził kilka tysięcy różnych rodzajów zabiegów laparoskopowych, specjalizując się szczególnie w laparoskopowej radykalnej prostatektomii. W kursach szkoleniowych organizowanych przez zespół Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy uczestniczyła większość urologów zajmujących się laparoskopią w Polsce.

Dr n. med. Piotr Jarzemski, kierownik Kliniki Urologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy, przewodniczący Sekcji Endourologii i ESWL Polskiego Towarzystwa Urologicznego, podkreśla: „Zrobotyzowany system chirurgiczny da Vinci jest uważany za najlepszy układ robota chirurgicznego, który dzisiaj istnieje. Jest to rewolucja w dziedzinie operacji pozwalająca na prowadzenie zabiegów z najwyższą precyzją. Radykalna prostatektomia w przypadku raka prostaty to jedno z głównych zastosowań systemu, ale jest on również z powodzeniem używany do usuwania innych nowotworów urologicznych, szczególnie guzów nerek i nadnerczy. Bardzo się cieszę, że urządzenie takie jest dostępne w Bydgoszczy, w ośrodku niezmiernie zastrzeżonym dla rozwoju innowacji we współczesnej urologii”.

Dzięki rozwojowi nowoczesnych metod wczesnej diagnostyki oraz doskonałym technikom operacyjnym – jak zabiegi laparoskopowe oraz te z zastosowaniem robota da Vinci, który jest rozwinięciem i udoskonaleniem techniki laparoskopowej – jesteśmy w stanie wyleczyć z nowotworu prostaty większość chorych. Połączenie naszego ogromnego doświadczenia z najnowocześniejszą technologią pozwoli na uzyskanie jeszcze lepszych wyników onkologicznych i czynnościowych u operowanych chorych. Podstawą sukcesu jest to, by każdy pacjent był traktowany indywidualnie a nie rutynowo. Dysponując wielospecjalistycznym zespołem lekarskim oraz dostępnością do wszystkich metod diagnostyki i terapii, możemy zaprojektować leczenie spersonalizowane zapewniające najlepsze możliwe do osiągnięcia u danego chorego efekty. Kluczem do tego jest doświadczenie i odpowiedzialny dobór optymalnego sposobu leczenia dla konkretnego pacjenta i danej sytuacji klinicznej. Zapewnić to może jedynie odpowiednio dobrany zespół doświadczonych specjalistów mający dostęp do wszystkich nowoczesnych technologii, w tym systemów robotowych da Vinci, tak jak ma to miejsce w Szpitalu Świętego Łukasza w Bydgoszczy.

**O autorze:** lek. med. Jacek Szyperski – specjalista urolog FEBU, chirurg – jest dyrektorem Szpitala Świętego Łukasza w Bydgoszczy





# Biało-czerwony szlak wokół Annapurny

Dobrym duchem wyjazdu w Himalaje był Zbyszek, który jest zakochany w Nepalu. Pomyślałem, że zaproponowany przez niego trekking wokół Annapurny to dobry pomysł na urlop i oderwanie się od codziennej pracy. A potem – że to może być moje osobiste przeżywanie setnej rocznicy niepodległości Polski.

## JERZY RAJEWSKI

Przygotowania do wyjazdu, zaplanowanego na październik 2018 r., trwały od stycznia, a bilety na samolot kupiliśmy już w lutym. Wydawało się, że mamy tyle czasu! Jak zwykle potem wszystko było prawie na ostatnią chwilę: uzupełnianie sprzętu górskiego, ubezpieczenia, wymiana pieniędzy, leki na drogę, szukanie najlepszego parkingu przy lotnisku itp.

Szczęśliwie w dniu wyjazdu cała grupa stawiała się na lotnisku. Długi lot minął bez problemów. No prawie! Przed wylądowaniem w Katmandu krążyliśmy pół godziny nad stolicą Nepalu. Do dziś nie wiemy dlaczego. Po krótkich formalnościach na lotnisku już witaliśmy się z naszym przewodnikiem Rajanem.



*Ze Zbyskiem na szlaku*

Trekking wokół Annapurny klasycznie zaczyna się w miejscowości Besi Shahar. Jednak większość turystów, tak jak my, pokonuje pierwszy odcinek (do Chyamche) samochodami terenowymi. Droga piaszczysto-kamienista wije się wśród wysokich skał i przepaścistych dolin. Momentami strach było patrzeć w dół.

Prawdziwy trekking rozpoczął się nazajutrz. Już pierwszego dnia, w drodze do Danakyu, po prawej stronie otwiera się widok na zaśnieżone Manaslu – grupę ośmiotysięcznika. Drugi dzień trekkingu obfitował w ciekawe wydarzenia. Tego dnia weszliśmy powyżej najwyższe-

go szczytu w Polsce, powyżej Rysów. Na kamieniach przy szlaku, ku naszemu zaskoczeniu, pojawiły się małe rysunki polskiej, biało-czerwonej flagi. Okazało się, że w ten sposób oznakowany jest główny szlak wokół Annapurny!

W jednej z wiosek, podczas przerwy na herbatę, mieliśmy okazję delektować się zapachem medycznej marihuany, która w Nepalu rośnie zwykle przy drodze. Kilka kilometrów dalej, tuż przed noclegiem w Chame, nagle za zakrętem drogi pojawiła się monumentalna wschodnia ściana Annapurny II. Zaparło nam dech w piersiach. Większość najwyższych szczytów pasma Annapurny będzie nam towarzyszyć przez następnych kilka dni wędrówki. Począwszy od wyniosłej Annapurny II podziwiamy: Annapurnę IV, Annapurnę III, Ganggapurnę i Khangsar Kang, wszystkie znacznie powyżej 7000 m n.p.m.

W ciągu kilku następnych dni dotarliśmy do Manang i tym samym przekroczyliśmy wysokość 3500 m n.p.m. Tu powinniśmy się zatrzymać w celu lepszej aklimatyzacji. Wybraliśmy opcję aklimatyzacji w drodze do bardzo wysoko położonego jeziora Tilicho. Dwa dni szliśmy do Tilicho Base Camp na wysokości 4150 m n.p.m., skąd mieliśmy rozpocząć wspinaczkę nad Tilicho Lake. W nocy zaczął sypać śnieg, co o tej porze roku jest rzadkością. Wyruszamy o godz. 5:15, tylko po kawie. Na szczęście śnieg już nie pada. Bezchmurne niebo odkryło błyszczące gwiazdy, a myśli poszybowały gdzieś daleko, do



*Marihuana medyczna rośnie przy drodze*



kraju. Słońce nie zdążyło nas rozgrzać. Przed przełęczą Tilicho La (4990 m n.p.m.) niebo zasnuły ciężkie chmury. Nad jeziorem wiatr zmroził nasze twarze na sople lodu. Mimo hipnotyzującego piękna Tilicho Lake uciekamy szybko w dół. Tam, gdzie jest nieco ciepłej.

**K**olejne dni to powrót na główny szlak Annapurny, oznakowany biało-czerwonymi flagami namalowanymi na kamieniach. Dochodzimy do High Camp (4925 m n.p.m.). Następnego dnia zamierzamy stąd wyruszyć na przełęcz Thorung La. Nocując na tak dużej wysokości, odczuwamy niedobór tlenu. Tutaj jest go mniej o około 40% niż na poziomie morza. Na przełęcz będzie go jeszcze mniej, ale zamierzamy być tam jedynie kilka chwil. Przed nami najdłuższy do przebycia odcinek trekkingu. Mamy do pokonania różnicę poziomów wynoszącą 1716 m. Na szczęście w dużej części trasa prowadzi w dół.

Tym razem wychodzimy jeszcze wcześniej, bo o godz. 4:30. Z powodu zimna ubrani jesteśmy w kilka warstw odzieży technicznej. Droga do przełęczki błyszczą światłami czołówek. Razem z nami idzie kilkadziesiąt osób. Jedni wyszli wcześniej, a inni dopiero po nas. Wyglądamy jak lśniący wąż. Słońce wyłania się powoli gdzieś znan Manaslu (8163 m n.p.m.) i oświetla łańcuch Annapurny. Za kolejnym wzniesieniem pojawia się Thorung La Pass (5416 m n.p.m.), najwyższy punkt naszej wyprawy. Na przełęcz rozwieszonych jest tak wiele flag modlitewnych, że wyglądają jak olbrzymi namiot. Jesteśmy bar-

dzo zmęczeni i bardzo szczęśliwi. Robimy kilka pamiątkowych fotografii i ruszamy dalej.

Za przełęczą rozciąga się szeroki płaskowyż o księżycowym krajobrazie. Otaczają nas surowe skały, bez odrobiny roślinności. Po kilku godzinach wędrówki po lewej stronie ukazuje się kolejny ośmiotysięcznik – Dhaulagiri (8172 m n.p.m.). Pod tym względem trekking wokół Annapurny jest wyjątkowy – mamy szansę zobaczyć trzy ośmiotysięczniki: Annapurnę, Manaslu i Dhaulagiri.

Późnym popołudniem widzimy w dole Muktinath (3700 m n.p.m.). Miasteczko jest ważnym centrum religijnym. Tutaj obok siebie, w pełnej zgodzie, funkcjonują miejsca kultu wyznawców hinduizmu i buddyzmu. Po ostatnich dniach trudnego wspinania zażyliśmy na pyszny i obfity obiad. Po kawie wsiadamy do autobusu i zjeżdżamy do Jomson (2720 m n.p.m.). Końcowy odcinek trekkingu zmienił się drastycznie w ostatnich latach z powodu budowy drogi. Szlak został zniszczony przez maszyny. Szkoda! Z drugiej strony dla Nepalczyków to droga do lepszego i wygodniejszego życia. Następnego dnia po kilkugodzinnej podróży docieramy do Pokhary, gdzie zamykamy naszą pętlę wokół Annapurny. Ten szlak już zawsze będzie mi się kojarzył z biało-czerwoną flagą i 100-leciem naszej niepodległości.

**A**w naszych głowach rysują się kolejne himalajskie wyprawy...  
Dziękujemy, Zbyszku!



## Lekarze na korty!

Na krajowym podwórku lekarze są tenisowo jedną z silniejszych grup zawodowych. Pierwsze w historii lekarskiego sportu mistrzostwa Polski w tenisie ziemnym odbyły się w 1991 r. w Olsztynie. W 1999 r. powstało Polskie Stowarzyszenie Tenisowe Lekarzy z siedzibą w Olsztynie, które organizuje każdego roku kilka turniejów, w tym letnie i halowe mistrzostwa Polski.

W turniejach tych może zagrać każdy lekarz i lekarz dentyista posiadający dyplom i obywatelstwo polskie. Istnieje możliwość zostania członkiem PSTL, co gwarantuje m.in. niższe wpisowe na turnieje oraz obecność w rankingu. W ostatnich letnich mistrzostwach Polski lekarzy pod patronatem PSTL w Zielonej Górze wzięło udział 126 zawodników. Na potwierdzenie tezy o dominacji lekarzy w tenisie należy wspomnieć, że w czerwcu tego roku, już drugi raz z rzędu w Poznaniu odbył się trójmecz tenisowy lekarze-prawnicy-architekci. Po raz drugi bezkonkurencyjni okazali się lekarze. W tym roku PSTL będzie obchodził 20-lecie istnienia, dlatego historia zatoczy koło i kolejne letnie MP odbędą się w Olsztynie. Natomiast równolegle z Wimbledonem 2019 lekarze zagrają turniej na 4 kortach trawiastych w Michałowku koło Łowicza. Właścicielem kortów jest internista i wielki miłośnik tenisa Wojciech Pietrzak. Przed Wimbledonem trenowali u niego m.in. Iga Świątek i Kamil Majchrzak, a on sam został odznaczony przez PZT podczas Narodowego Dnia Tenisa w Warszawie w podziękowaniu za promocję polskiego tenisa. Wszystkich lekarzy i lek. dentyistów zapraszamy do udziału w turniejach organizowanych przez Polskie Stowarzyszenie Tenisowe Lekarzy w 2019 r. Więcej informacji na stronie PSTL.org.

Marcin Pokrzywnicki, sekretarz PSTL



Zapraszamy do udziału!

## Memoriał Szachowy im. prof. Romana Mariana Bugalskiego



Dziewiąta edycja turnieju szachowego o Puchar Prezesa Bydgoskiej Izby Lekarskiej dr. n. med. Marka Bronisza odbędzie się w dniach 30–31 marca 2019 r. w Zespole Szkół nr 9 im. Bydgoskich Olimpijczyków, w Bydgoszczy przy ul. Cichej 59.

Zapisy na turniej będą przyjmowane do 26 marca br. przez p. Kazimierza Jurkiewicza (tel. 600 980 333), na [www.chessarbiter.com](http://www.chessarbiter.com) oraz e-mailowo przez sędziego p. Mariusza Stoppela ([mariusz.stoppel@gmail.com](mailto:mariusz.stoppel@gmail.com)). Turniej organizowany jest dla uczczenia pamięci znanego mikrobiologa i wielkiego pasjonata szachów – prof. Romana Mariana Bugalskiego i ma na celu też popularyzację gry w szachy w środowisku medycznym, akademickim oraz wśród młodzieży szkolnej.

Regulamin turnieju jest dostępny na stronie Bydgoskiej Izby Lekarskiej: [www.bil.org.pl](http://www.bil.org.pl)

Maciej Borowiecki



Barcelona jest jednym z najciekawszych europejskich miast, dlatego ogromna liczba zwiedzających już nikogo nie dziwi. Oprowadzam turystów od 2012 r., dlatego mogę śmiało powiedzieć, że popularność tego miasta stale rośnie. Latem miałam okazję pokazać nowoczesną i średniowieczną Barcelonę sympatycznym lekarzom z Bydgoszczy, którzy zainspirowali mnie do napisania do „Primum” paru słów o stolicy Katalonii. Przesyłam im serdecznie pozdrowienia!



## EWA AGATA NOWAK

Uważa się, że hiszpański system medyczny jest jednym z najlepszych na świecie. Opieka medyczna dostępna jest dla wszystkich mieszkańców, mają do niego prawo również imigranci. Państwo pokrywa niemal połowę kosztów leków na receptę oraz koszty świadczonych usług. Średnia życia w Hiszpanii wynosi 83 lata i jest jedną z najwyższych w Unii.

**Hiszpania to kraj bardzo otwarty.** Kiedy wybierasz się do swojego lekarza, niewykluczone, że przywita cię pocałunkiem w oba policzki, tym bardziej, jeśli bywasz u niego od lat. Zapyta, co słyhać u małżonka/małżonki i wymieni z tobą opinie na temat dzielnicowych aktualności. Warto dodać, że dwa buziaki to tutaj standard i dotyczy to wszystkich. I wcale nie musisz kogoś znać dobrze, aby witać się w ten sposób. Jeśli zostaniesz przedstawiony komuś w Hiszpanii, to licz się z tym, że twoja polska zona komfortu w tym

względnie zostanie naruszona. To jeden z tych zabawniejszych obyczajów.

### **CAP, czyli centrum pierwszego kontaktu – odpowiednik polskiej przychodni.**

W hiszpańskich przychodniach kolejki do lekarza pod względem opóźnień nie różnią się niczym od naszych, polskich. Jeśli chodzi o specjalistów, to i tu czas oczekiwania na wizytę wynosi często od kilku tygodni do kilku miesięcy. Z tego powodu wiele osób wybiera rozwiązanie, jakim jest prywatne ubezpieczenie. Średnia opłata za takie ubezpieczenie – 50 euro miesięcznie, daje prawo do korzystania z usług lekarzy różnych specjalizacji oraz pokrywa koszty wybranych zabiegów.

W przypadku leczenia kobiet i sektora ginekologicznego ciekawostką jest to, że zanim, jeśli w ogóle, przyjmie cię ginekolog, pierwszego badania dokona położna. Jeśli zajdzie taka potrzeba, poprosi o konsultację ginekologa, a jeśli nie, to – następną proszę!

Odwiedzając swojego lekarza, czy to w sektorze publicznym, czy prywatnym, nie ma również potrzeby zwracać się do niego nazbyt oficjalnie. Bardzo szybko przejdziecie na ty, co w Hiszpanii jest dość powszechne. Przekraczając próg gabinetu, lekarz zwróci się więc do ciebie najprawdopodobniej słowami: *Hola Carmen, que hay? – Witaj Carmen, co nowego?* Na co wypadłoby odpowiedzieć: *Muy bien Mercedes, aquí andamos – Doskonale Mercedes, jakoś leci.*

Do grona osób które trafiają do Barcelony poniekąd służbowo, zaliczają się też pracownicy związani z sektorem medycznym. Nie tylko lekarze, ale też sprzedawcy sprzętu medycznego. W 2019 r. na barcelońskie targi związane z branżą medyczną przyjadą tu między innymi dermatolodzy, onkolodzy, urolodzy, psychiatry i inni specjaliści. I jest bardzo prawdopodobnie, że wielu z nich, korzystając z kilku wolnych chwil, choć na chwilę zamieni się w przemierzających miasto turystów. No



cóż, Barcelona kusi swym bogactwem. Wystarczy przejść się po rozległej dzielnicy Eixample i zadrzeć głowę do góry, by podziwiać budowle największego w Europie muzeum modernizmu na otwartym powietrzu!

### Salud! – Na zdrowie!

Wydaje się, że stan zdrowia Hiszpanów, jak i opieka medyczna znajduje się na dość wysokim poziomie. Jednak nie zawsze tak było. Jeśli cofniemy się w czasie, odkryjemy zaskakujące fakty na temat zdrowia ludzi, którzy przebywali na tych terenach jeszcze na długo przed założeniem miasta. Wiemy na przykład, że jedni z pierwszych mieszkańców obszaru obecnej Barcelony na długo przed założeniem miasta dożywali góra 40 lat. Naukowcy zbadali, że bardzo powszechny był u nich problem próchnicy, zwyrodnienia stawów oraz anemie i guzy. Ale uwaga! – już wtedy próbowano sobie radzić z guzami, stosując o zgrozo... trepanację czaszki! W Barcelonie odnaleziono kości 3 osób, u których próbowano przeprowadzić ten zabieg. Rzecz dzieła się między 4500 a 4000 lat przed naszą erą, więc zgaduję, że powodzenie tego typu praktyk nie było wieńczone sukcesem zbyt często. Wiadomo – rozwój sztuki lekarskiej to proces długi, skomplikowany i z całą pewnością dość bolesny dla wielu chorych. Dawni medycy starali się sobie radzić z przypadkościami na różne, czasem szalone sposoby, np. umieszczając rozgrzany do czerwoności pręt w wiadomym miejscu, celem usunięcia hemoroidów!

### Do dziś zachowały się ślady

po miejscach, gdzie z mniejszym lub większym powodzeniem radzono sobie z chorobami. Piękny modernistyczny szpital Sant Pau, zaprojektowany przez Domenecha i Muntanera jest jednym z takich miejsc. Jego początki sięgają roku 1401, kiedy ówczesne władze miasta poleciły zastąpić kilka mniejszych szpitali jednym dużym. Nowy szpital nazwano Hospital de Santa Creu (Szpital Świętego Krzyża). To w nim w 1926 r. zmarł słynny kataloński architekt Antonio Gaudí. Co ciekawe, trafił do niego poniekąd anonimowo, uznano go bowiem za bezdomnego, niefortunnie potrąconego na ulicy przez tramwaj. Słynny architekt nie miał przy sobie żadnych dokumentów, a jedynie garść orzechów, nie nosił się również zbyt modnie, zarzucając na plecy wystużony płaszcz, dlatego początkowo wzięto go za osobę bezdomną.

Średniowieczny szpital zamknięto wkrótce po śmierci Gaudiego – ale bynajmniej nie z tego powodu! W Katalonii od dawna trwała już rewolucja przemysłowa, tysiące ludzi zjeżdżało do miasta w poszukiwaniu pracy i lepszego życia. Szybko rosła liczba mieszkańców zmusiła władze miejskie do zburzenia średniowiecznych murów (poł.

XIX w.) celem rozbudowania miasta oraz do postawienia większego i nowocześniejszego szpitala, który mógłby sprostać stale rosnącemu wzrostowi demograficznemu. Projekt nowej placówki medycznej zlecono znanemu architektowi Lluísowi Domenech i Muntaner. Budowa pod jego nadzorem trwała od 1902 do 1913 r. Od 1920 r. rozbudową wcześniejszej wersji szpitala zajął się jego syn – Pere Domenecha i Rora.

Modernistyczny, mieniący się kolorami oryginalny szpital liczy 27 pawilonów – wszystkie połączone ze sobą podziemnymi tunelami, którymi szybko i sprawnie przewożono się pacjentów z jednej części szpitala do innej. Został zaprojektowany tak, aby być możliwie samowystarczalnym. W projekcie znalazły się więc ulice, budynki ze zbiornikami wody, kościół, a nawet klasztor. Ale nie tylko...



Sagrada Família

Nowością zastosowaną, przez Domenecha w szpitalu był projekt ogrodu. Warto wspomnieć, że rzecz dzieła się w czasach, kiedy ogrody uważane były za coś raczej zbędnego na terenach ośrodków leczniczych, ale Domenech rozumiał jak wielki wpływ może mieć zieleń na samopoczucie pacjentów. Ogród miał być optymistycznym akcentem w miejscu, gdzie chorzy ludzie musieli radzić sobie ze swoimi przypadkościami.

Przepiękne główne wejście do szpitala, ustawione jest pod kątem 45 stopni w stosunku do słynnego kościoła Sagrada Família, oddalonego o niespełna kilometr. Architekt zastosował takie rozwiązanie najprawdopodobniej dlatego, aby wykorzystać wiejący znad morza wiatr, który ułatwiać miał wietrzenie budynków znajdujących się na terenie szpitala.

Budynki i pawilony przyozdobione są pięknymi rzeźbami zaprojektowanymi przez

samemu architektowi. Najczęściej pojawiającą się rzeźbą jest ta przedstawiająca Anioła Stróża – na terenie szpitala można go zobaczyć pod postacią mężczyzny, kobiety lub dziecka.

Wystarczy zbliżyć się do głównego wejścia szpitala, aby przekonać się jak wiele pracy włożono w jego projekt. Płytki ceramiczne zdobiące budynki pomalowane zostały ręcznie – rozjaśniając poszczególne pawilony oraz nadając całości sporą dawkę witalności – wszystko to zamierzone. Kolory, ale również inne wspomniane elementy, pełnią tutaj ważną funkcję terapeutyczną.

Nie należy się więc dziwić, że obok fasady Bożego Narodzenia bazyliki Sagrada Família czy Pałacu Muzyki Katalońskiej, modernistyczny szpital Sant Pau y Santa Creu znalazł się na światowej liście UNESCO.

Dziś, w unowocześnionej i ponownie rozbudowanej formie, szpital z powodzeniem nadal funkcjonuje, przyjmując codziennie setki pacjentów.

### Cofnijmy się jednak o kilkadziesiąt lat wstecz.

Na terenie obecnej dzielnicy Raval, stosunkowo blisko wybudowanego później średniowiecznego szpitala, wciąż dostrzec można pozostałości XII-wiecznej kaplicy Sant Llatzer, która przez długi czas funkcjonowała jako szpital dla trędowatych. Trąd wzbudzał w ludziach ogromny lęk i niechęć. Jak wiele innych chorób i tę uznawano za karę za grzechy. Trędowatych wykluczano ze wspólnot i rodzin, tracili większość praw – jak np. prawo do zawierania małżeństw. Ostatecznie zdecydowano, aby chorzy na trąd byli przymusowo umieszczani w leprozoriach. Ale w średniowieczu Barcelonę nawiedziła jeszcze straszniejsza zaraza. Czarna śmierć wybuchła w mieście w 1348 r. i według niektórych szacunków w jej wyniku zmarło nawet do 60 procent społeczności.

Jeśli już mowa o zarazkach, tych jesiennych – mniej niebezpiecznych, acz bardzo męczących, to podobno absynt, podawany w najstarszym barze w Barcelonie, jest w stanie skutecznie je zabić! Bar nazywa się Marsella i zaczął swoją działalność w 1820 r. Będąc w Barcelonie koniecznie zajrzyjcie, a na pewno zaskoczy was swoim oryginalnym wystrojem!

**O autorce:** Ewa Agata Nowak od lat zajmuje się oprowadzaniem turystów po Barcelonie. Prowadzi również bloga na temat Barcelony i Katalonii, gdzie każdy znajdzie praktyczne informacje dotyczące przyjazdu do Barcelony [www.Happy-Barcelona.pl](http://www.Happy-Barcelona.pl)





# Doktorowi Tadeuszowi Widerkiewiczowi...

...z wyrazami szacunku i podziękowaniem  
za lata trudnej pracy w medycynie przemysłowej  
i na stanowiskach kierowniczych w bydgoskim  
lecznictwie – w 90. rocznicę urodzin...



T. Widerkiewicz

Jako dyrektor Państwowego Szpitala Klinicznego, jak wielu na podobnie niełatwych stanowiskach, spotykałem się i z ludzką życzliwością, i obojętnością, a czasem, jak to w życiu, z niechęcią. W gronie najbliższych współpracowników w dyrekcji szczęśliwie przeważało zrozumienie. Znajdowałem je m.in. u dr. Tadeusza Widerkiewicza, zastępcy dyrektora ds. leczenia PSK. Tadzio, w moim przekonaniu, reprezentuje typ dawnego doktora, kiedy, co pamiętam z lat młodości, dominowała zawodowa lojalność, dyskrecja i koleżeństwo.

Tadeusz Widerkiewicz urodził się 4 stycznia 1929 r. w Kokocku, pow. Chełmno. Rodzice mieli tam gospodarstwo rolno-ogrodnicze. Przed wojną ukończył w Bydgoszczy 4 klasy szkoły powszechnej. We wrześniu 1940 r. został wraz z rodzicami i rodzeństwem wysiedlony do Generalnego Gubernatorstwa, do niewielkiego miasteczka Limanowa. Po ukończeniu w 1943 r. 7. klasy, pracował w rafinerii jako uczeń w zawodzie tokarza. Po powrocie z wysiedlenia ukończył w Bydgoszczy I Państwowe Gimnazjum i Liceum Ogólnokształcące przy placu

Wolności. Studia odbył na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Poznaniu. Dyplom otrzymał w 1953 r. i wrócił do Bydgoszczy.

Pracował na różnych stanowiskach. Głównie zajmował się problematyką z zakresu profilaktyki, medycyny pracy i organizacji ochrony zdrowia. W latach 1953–1968 kierował Zakładem Higieny Pracy w Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej. Dodatkowo specjalizował się w Wojewódzkim Szpitalu Obserwacyjno-Zakaźnym (uzyskał specjalizację I<sup>o</sup>). W latach 1968–1973 był dyrektorem Wojewódzkiej Przychodni Przemysłowej. Przez 13 lat pełnił obowiązki specjalisty wojewódzkiego w tej dziedzinie. Odbywał kursy specjalistyczne w Instytucie Medycyny Pracy w Zabrzu i Łodzi oraz Czechosłowacji. Jako stypendysta WHO trzy miesiące szkolił się w medycynie pracy i chorób zawodowych w London School of Hygiene and Tropical Medicine. W 1973 r. przeszedł do pracy w administracji służby zdrowia jako zastępca dyrektora Wydziału Zdrowia i Opieki Społecznej. W styczniu 1983 r. został dyrektorem Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego, a po jego likwidacji i powstaniu Akademii Medycznej objął stanowisko zastępcy dyrektora w Państwowym Szpitalu Klinicznym i pełnił je do przejścia na emeryturę w 1999 r. Posiada specjalizację II<sup>o</sup> z medycyny przemysłowej i organizacji ochrony zdrowia oraz I<sup>o</sup> w chorobach wewnętrznych.

Jubilat ma również swoje prywatne pasje. Kocha muzykę poważną. Bywa w filharmonii i operze bydgoskiej. Codziennie poprzez kanał „Mezzo” NC+ słucha muzyki w wykonaniu znakomitych wirtuozów. Jego drugą pasją jest malarstwo. A zaczęło się już w dzieciństwie. Z inspiracji ojca zainteresował się rysunkiem. W czasie okupacji niemieckiej, po wysiedleniu do Limanowej, rodzina znalazła schronienie w willi należącej do artysty malarza Maksymiliana Brożka, ucznia Jacka Malczewskiego. Tam kilkunastoletni Tadeusz, korzystając z pomocy i podpatrując M. Brożka, zaczął malować farbami olejnymi. W zaciszu domowym tworzy do dziś. Miał też wystawę w Bydgoskiej Izbie Lekarskiej. Pasjonuje się również fotografią. W domowym archiwum przechowuje tysiące zdjęć z podróży zagranicznych.

Lek. med. Mieczysław Boguszyński



T. Widerkiewicz



# Elementy prawidłowej recepty

**18 kwietnia 2018 r. weszły w życie zmiany przepisów dotyczących sposobu wystawiania i realizacji recept. Część z wprowadzanych zmian ma na celu wyłącznie umocowanie oraz doprecyzowanie zasad wystawiania i realizacji recept w postaci elektronicznej, a niektóre modyfikują zasady wystawiania i realizacji recept.**

W tym samym dniu weszło również w życie Rozporządzenie ministra zdrowia z 13 kwietnia 2018 r. w sprawie recept, które zostało wydane na podstawie art. 96 a ust. 12 Ustawy z 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (dalej Prawo farmaceutyczne), i które zmieniło sposoby podpisywania wystawionych przez lekarzy recept.

Zgodnie z art. 96 a Prawa farmaceutycznego prawidłowo wystawiona recepta powinna zawierać w szczególności następujące informacje:

1. dane dotyczące pacjenta (m.in. imię albo imiona i nazwisko, adres, datę urodzenia pacjenta);
2. dane dotyczące podmiotu, w którym wystawiono receptę lub osoby, która wystawiła receptę *pro auctore* albo receptę *pro familiae*;
3. **dane dotyczące osoby wystawiającej receptę albo odpis recepty:**
  - **imię lub imiona i nazwisko osoby wystawiającej receptę,**
  - **kwalfikację zawodowe osoby wystawiającej receptę, w tym posiadany tytuł zawodowy,**
  - **identyfikator pracownika medycznego, o którym mowa w art. 17 c ust. 5 Ustawy z 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia,**
  - **numer telefonu do bezpośredniego kontaktu z osobą wystawiającą receptę;**
  - **podpis;**
4. dane i nazwę dotyczące przepisanej substancji leczniczej, środka spożywczo specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego oraz jego dawkowanie i ilość produktu;
5. dane dotyczące daty realizacji recepty.

Do 18 kwietnia 2018 r. obowiązywało Rozporządzenie ministra zdrowia z 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich (obecnie zastąpione Rozporządzeniem ministra zdrowia z 13 kwietnia 2018 r. w sprawie recept).

Zmiana dotychczasowego rozporządzenia w sprawie recept lekarskich związana była z koniecznością ujednoczenia treści recept wystawianych przez upoważnione podmioty.

Zgodnie z treścią § 3 ust. 1 pkt 7 Rozporządzenia ministra zdrowia z 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich, recepta powinna być zawierająca dane osoby uprawnionej, a więc imię i nazwisko oraz numer prawa wykonywania zawodu.

W związku z wejściem w życie 12 grudnia 2015 r. Ustawy z 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw, zmianie uległa definicja osoby uprawnionej do wystawiania recept na leki, środki spożywczo specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych przysługujące świadczeniobiorcom. W związku z powyższym, od 12 grudnia 2015 r. osobami uprawnionymi są osoby posiadające prawo wykonywania zawodu medycznego, które na podstawie przepisów dotyczących wykonywania danego zawodu medycznego, są uprawnione do wystawiania recept zgodnie z ww. ustawą, Prawem farmaceutycznym oraz zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne (nowa definicja osoby uprawnionej zawarta została w art. 2 pkt 14 Ustawy z 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych).

Obecnie więc osobami uprawnionymi do wystawiania recept, oprócz lekarzy są również m.in. pielęgniarki czy położne.

Zatem dotychczasowy stan prawny prowadził do rozbieżności w treści wystawianych recept w zakresie oznaczania osoby upoważnio-

nej do jej wystawienia. Ze względu na rozszerzenie kręgu osób uprawnionych do wystawiania recepty, samo podanie imienia, nazwiska oraz numeru prawa wykonywania zawodu nie pozwalało na ustalenie, jaki tytuł zawodowy posiada osoba wystawiająca daną receptę. Powyższe ma istotne znaczenie, ponieważ m.in. pielęgniarka nie jest uprawniona do wystawiania recept w takim samym zakresie jak lekarz.

Rozporządzenie ministra zdrowia z 13 kwietnia 2018 r. w sprawie recept, które zastąpiło dotychczasowe Rozporządzenie ministra zdrowia z 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich, reguluje, co powinno znaleźć się na prawidłowo wystawionych receptach i w tym zakresie odsyła do art. 96 a ust. 1 pkt 3 Prawa farmaceutycznego.

Przepis art. 96 a ust. 1 pkt 3 lit. b ustawy Prawo farmaceutyczne stanowi, że recepta zawiera m.in. dane z zakresu kwalifikacji zawodowych osoby wystawiającej receptę, w tym posiadanego przez nią tytułu zawodowego. Prawidłowe nazewnictwo w zakresie tytułów naukowych zostało natomiast uregulowane w Rozporządzeniu ministra nauki i szkolnictwa wyższego z 27 września 2018 r. w sprawie studiów. Zgodnie z § 31 pkt 1-3 rozporządzenia, absolwentom jednolitych studiów magisterskich:

- a) na kierunku lekarskim nadaje się tytuł zawodowy „lekarz”;
- b) na kierunku lekarsko-dentystycznym nadaje się tytuł zawodowy „lekarz dentysta”;
- c) na kierunku weterynaria nadaje się tytuł zawodowy „lekarz weterynarii”.

Prawidłowym oznaczeniem tytułu zawodowego osób legitymujących się powyżej wskazanym wykształceniem jest więc użycie sformułowania zawartego w rozporządzeniu. Analogiczne oznaczenia powinny więc zostać zamieszczone na receptach.

Zgodnie z brzmieniem art. 96 a ust. 1 pkt 3 lit. b Prawa farmaceutycznego na receptie zamieszcza się dane dotyczące kwalifikacji zawodowych osoby wystawiającej receptę, w tym jej tytułu zawodowego. Tytuł zawodowy, określony zgodnie z przywołanym powyżej rozporządzeniem, stanowi więc jedynie element oznaczenia kwalifikacji osoby wystawiającej receptę. Należy z tego wywnioskować, że posługiwanie się przez np. lekarza pieczęcią, która zawiera oznaczenie tytułu zawodowego, np. „lekarz”, wraz z dodatkowym oznaczeniem kwalifikacji (np. informacje dotyczące specjalizacji) jest prawidłowe. Mając na uwadze racjonalność stosowania przedmiotowego przepisu, zgodnie z art. 96 a ust. 1 pkt 3 lit. b Prawa farmaceutycznego jest zapisanie przedmiotowego oznaczenia w formie skrótu „lek.”.

Natomiast oznaczenia tytułu zawodowego wyłącznie poprzez wskazanie specjalizacji, z pominięciem oznaczenia faktycznego tytułu zawodowego, należy uznać za problematyczne i niezgodne z obowiązującymi przepisami. Należy przede wszystkim zwrócić uwagę na powtarzalność nazw specjalizacji pomiędzy grupami zawodowymi. Przykładowo, zarówno lekarz, jak również pielęgniarka mogą być specjalistą w dziedzinie anestezjologii, geriatry, pediatrii lub psychiatrii – nazwy tych specjalizacji są identyczne lub bardzo zbliżone dla obu grup zawodowych. Powyższe wyłącza zatem jednoznaczność zawartej na receptie informacji w przedmiocie tytułu zawodowego osoby ją wystawiającej.

Natomiast posłużenie się jedynie oznaczeniem tytułu naukowego osoby wystawiającej jest nieprawidłowe, ponieważ nie zawiera danych wymaganych powołanym przepisem i przez wzgląd na możliwość uzyskania tytułu naukowego, np. doktora nauk medycznych, bez konieczności posiadania tytułu zawodowego lekarza, nie spełnia funkcji prawidłowego oznaczenia kompetencji osoby wystawiającej receptę.

**Reasumując, wprowadzone w kwietniu 2018 r. zmiany wymagają, by prawidłowo wystawiona recepta była opatrzona przez lekarza odpowiednim tytułem zawodowym, jak np. „lekarz”.**

**Przedmiotowe oznaczenie może być uzupełnione o wskazanie specjalizacji osoby wystawiającej receptę – np. lekarz specjalista w dziedzinie endokrynologii.**



# Anestezjologia interdyscyplinarna

*Największe osiągnięcia ludzkości tworzone są w rozmowie,  
a jej największe niepowodzenia są skutkiem braku rozmowy.*

S. Hawking

**Interdyscyplinarna dyskusja ekspertów nad wybranymi zagadnieniami w celu promowania konsyliów lekarskich w większej skali i podkreślenie potrzeby holistycznego podejścia do pacjenta stanowią przewodnią ideę cyklu konferencji naukowo-szkoleniowych „Anestezjologia Interdyscyplinarna” organizowanych przez Katedrę i Klinikę Anestezjologii i Intensywnej Terapii CM UMK we współpracy z jednostkami CM UMK oraz innymi polskich uczelni.**

W 2018 r. zorganizowano cztery spotkania:

- *Transplantologia – punkt widzenia anestezjologa, chirurga i prawnika* (14 czerwca),
- *Protokół nowoczesnej opieki okołoopeacyjnej ERAS – w teorii i praktyce – punkt widzenia anestezjologa i chirurga* (18 września),
- *Terapia endowaskularna udaru mózgu – punkt widzenia anestezjologa, neurologa, radiologa interwencyjnego i prawnika* (5 października),
- *Pacjent z zaburzeniami endokrynologicznymi – punkt widzenia anestezjologa, endokrynologa, radiologa i chirurga* (6 grudnia).

Konferencję pt. „**Terapia endowaskularna udaru mózgu – punkt widzenia anestezjologa, neurologa, radiologa interwencyjnego i prawnika**” poświęcono metodzie leczenia mającej związek ze zmniejszeniem występowania deficytów neurologicznych i innych odległych następstw udaru mózgu, powrotem pacjenta do pełnej sprawności i obniżeniem kosztów leczenia szpitalnego oraz pozaszpitalnego. Leczenie trombolityczne, coraz częściej stosowane, posiada jednak liczne ograniczenia, stąd też zainteresowanie metodami mechanicznej trombektomii naczyń wewnątrzczaszkowych w leczeniu przyczynowym udaru mózgu.

Organizatorem konferencji – pod honorowym patronatem Collegium Medicum UMK, Polskiego Towarzystwa Udaru Mózgu i Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego – była Katedra i Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii we współpracy z Kliniką Neurologii oraz Katedrą i Zakładem Radiologii i Diagnostyki Obrazowej Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza CM UMK.

Referaty wygłosili eksperci reprezentujący Szpital Uniwersytecki nr 1 im. A. Jurasza w Bydgoszczy CM UMK i Uniwersytet Medyczny w Lublinie:

- *Znieczulenie do zabiegu i leczenie w OIT po trombektomii* – dr hab. n. med. Wojciech Dąbrowski, Katedra i I Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Uniwersytet Medyczny, Lublin
- *Trombektomia – punkt widzenia neurologa* – dr n. med. Joanna Wojczal, Klinika Neurologii, Uniwersytet Medyczny, Lublin

- *Trombektomia – pierwsze doświadczenia radiologa* – dr hab. n. med. Zbigniew Serafin, prof. UMK, dr n. med. Przemysław Ratajczak, Katedra i Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza CM UMK, Bydgoszcz
- *Aspekty prawne leczenia interwencyjnego udaru mózgu* – dr n. med. Joanna Wojczal, Klinika Neurologii, Uniwersytet Medyczny, Lublin
- *Aktualne standardy diagnostyki i terapii udaru niedokrwiennego mózgu* – dr hab. n. med. Grzegorz Kozera, Klinika Neurologii, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza CM UMK, Bydgoszcz
- *ABCDEF w intensywnej terapii neurologicznej – proste?* – dr hab. n. med. Katarzyna Wawrzyniak, Katedra i Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza CM UMK, Bydgoszcz

Tematem przewodnim konferencji zorganizowanej 6 grudnia 2018 był „**Pacjent z zaburzeniami endokrynologicznymi – punkt**

**widzenia anestezjologa, endokrynologa, radiologa i chirurga”.**

Konferencję – pod honorowym patronatem prorektor ds. Collegium Medicum prof. dr hab. med. Grażyny Odrowąż-Sypniewskiej i Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego – zorganizowała Katedra i Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii we współpracy z Katedrą Endokrynologii i Diabetologii, Katedrą i Zakładem Radiologii i Diagnostyki Obrazowej, Katedrą Urologii, Katedrą i Zakładem Diagnostyki Laboratoryjnej Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu.

Referaty wygłosili specjaliści reprezentujący ośrodki uniwersyteckie w Bydgoszczy i Poznaniu:

- *Wykład wprowadzający: Jak rozpoznać kto nie rokuje przeżycia na intensywnej terapii?* – prof. dr hab. n. med. Krzysztof Kusza, Poznań; dr Marcin Schiller, Bydgoszcz
- *Pacjent z zaburzeniami endokrynologicznymi leczony na oddziale intensywnej terapii – punkt widzenia endokrynologa* – prof. dr hab. n. med. Roman Junik, Bydgoszcz
- *Radiologiczny aspekt incidentaloma nadnerczy* – dr hab. n. med. Zbigniew Serafin, prof. UMK, Bydgoszcz
- *Znaczenie incidentaloma nadnerczy w praktyce chirurgicznej* – dr hab. med. Maciej Ślupski, Bydgoszcz; dr Karolina Horbacka, Bydgoszcz
- *Zabieg adrenalectomii – punkt widzenia urologa* – prof. dr hab. n. med. Tomasz Drewna, Bydgoszcz
- *Laboratoryjny aspekt diagnostyki guzów chromochłonnych nadnerczy* – dr hab. n. med. Anna Stefańska, Bydgoszcz
- *Dyskusja i podsumowanie Konferencji* – dr hab. n. med. Katarzyna Wawrzyniak, Bydgoszcz

Katedra i Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii CM UMK realizuje prawie 16 tysięcy znieczuleń rocznie podczas procesu diagnostyczno-leczniczego prowadzonego przez wszystkie kliniki i oddziały. Jedną z grup znieczulanych chorych stanowią pacjenci z zaburzeniami endokrynologicznymi.

Prof. Roman Junik, kierownik Katedry i Kliniki Endokrynologii i Diabetologii CM UMK omówił endokrynologię stanów nagłych, m. in. specyfikę funkcji tarczycy, nadnerczy i przysadki u pacjentów w stanach krytycznych. Ponadto została przedstawiona diagnostyka i leczenie stanów nagłych w endokrynologii, m. in. przełomu tarczycowego, hipometabolicznego, nadnerczowego, hipokalcemicznego (przytarczycowego) i guzów chromochłonnych nadnerczy.

**Incidentaloma nadnercza – epidemiologia, etiologia i diagnostyka.** Kolejną grupę pacjentów stanowią chorzy, u których przypadkowo wykryto guza nadnercza. Etiologię i diagnostykę *incidentaloma* nadnerczy przedstawiła dr Katarzyna Krzyżewska z Katedry i Kliniki Endokrynologii i Diabetologii CM UMK. Diagnostyka obrazowa *incidentaloma* została scharakteryzowana przez prof. Zbigniewa Serafina, kierownika Katedry i Zakładu Radiologii i Diag-

## Incidentaloma nadnercza

**Guz (≥ 1 cm)**

**Wykryty niespodziewanie**

w badaniach w innych przyczyn niż diagnostyka choroby nadnerczy

**Bezobjawowy**

pacjent może mieć choroby nie związane uprzednio z obecnością guza nadciśnienie tętnicze cukrzyca otyłość

**Dwa kroki diagnostyczne**

**Obrazowanie**

czasem wystarczy do decyzji o zabiegu, najczęściej pilnym

**Badania hormonalne**

decyzja „II rzutu” o zabiegu, najczęściej planowym

**Operować czy obserwować?**

**Złośliwy czy łagodny?**

**Pierwotny czy przerzutowy?**

**Wydzielający czy niewydzielający?**

Autor: dr Katarzyna Krzyżewska



nostyki Obrazowej CM UMK, zaś laboratoryjny aspekt diagnostyki guzów chromochłonnych nadnerczy przedstawiła dr hab. n. med. Anna Stefańska z Katedry i Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej CM UMK.

**Operować czy obserwować?** Dr hab. med. Maciej Słupski, kierownik Kliniki Chirurgii Wątroby i Chirurgii Ogólnej CM UMK, analizując dyskusyjny problem kliniczny, podkreślił znaczenie *incidentaloma* w praktyce chirurgicznej w oparciu o zaprezentowane przypadki kliniczne. Prof. dr hab. med. Tomasz Drewa, kierownik Katedry i Kliniki Urologii Ogólnej i Onkologicznej CM UMK, prezentując film edukacyjny, przedstawił technikę zabiegu laparoskopowej adrenalectomii. Znaczenie stwierdzenia *incidentaloma* nadnercza, diagnostyka, leczenie, korzyści

oraz ryzyko dla pacjentów kwalifikowanych do zabiegów operacyjnych, w tym onkologicznych, stanowiło przedmiot interdyscyplinarnej dyskusji prelegentów i uczestników.

**Jak rozpoznać, kto nie rokuje przeżycia na OIT?** W swoim wystąpieniu prof. Krzysztof Kusza, kierownik Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii i Leczenia Bólu Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu zwrócił uwagę na czynniki związane z przewidywaniem ryzyka zgonu u poszczególnych chorych w OIT oraz trudności z tym związane, m.in. z powodu ograniczeń stosowania zalecanych skal oceny ciężkości stanu pacjentów i skal oceny rokowania w oddziałach intensywnej terapii. W trafności oceny rokowania podkreślono znaczenie doświadczenia zawodowego i współpracy z zespołem pielęgniarskim.

Rola zespołowej i interdyscyplinarnej współpracy w procesie diagnostyczno-terapeutycznym oraz osobisty wkład prelegentów zostały podkreślone w rozpoczęciu i podsumowaniu konferencji, których dokonała dr hab. Katarzyna Wawrzyniak, kierownik Katedry i Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii CM UMK.

Organizatorzy dziękują patronom, prelegentom i uczestnikom dotychczasowych konferencji i zapraszają do udziału w kolejnych spotkaniach.

*Dr hab. med. Katarzyna Wawrzyniak,  
Katedra i Klinika Anestezjologii i Intensywnej  
Terapii CM UMK  
Dr n. med. Aleksandra Woderska-Jasińska,  
Klinika Transplantologii i Chirurgii Ogólnej  
Szpital Uniwersytecki nr 1  
im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy*

Warsztaty w



## Jak przekazać dokładnie to, co chcemy

**W grudniu miałam przyjemność brać udział w warsztatach doskonalenia kompetencji miękkich, zorganizowanych przez Bydgoską Izbę Lekarską, prowadzonych przez Jerzego Rzędowskiego – autora książek i artykułów traktujących o wystąpieniach publicznych, nauczyciela i wykładowcę. Szkolenie było okazją do poznania i przećwiczenia metod radzenia sobie w trudnych sytuacjach podczas kontaktu z pacjentem i jego rodziną. Forma warsztatów pozwoliła w pełni zrozumieć omawiany zakres, a także poczuć na własnej skórze, jak proste jest stosowanie zasad, dzięki którym rozmowa z pacjentem jest przyjemna dla obu stron, a porozumienie się – znacznie łatwiejsze.**

**Jak przekazać dokładnie to, co chcemy.** Szkolenie rozpoczęło się od przedstawienia podstawowych informacji na temat komunikacji z innymi ludźmi. Na przekazywanie wiadomości może wpływać wiele elementów zaburzających ten proces, między innymi generalizacja (uogólnienie, spłaszczenie komunikatu i zubożenie go o szczegóły), deformacja (przekształcenie przekazu) i redukcja (zmniejszenie ilości przekazywanych informacji w danym komunikacie). Konsekwencją występowania tych mechanizmów jest zmiana pierwotnego komunikatu w inny. Sposobem, by ograniczyć wpływ tych zjawisk na proces porozumiewania się, jest uważne wsłuchiwanie się w słowa drugiego człowieka w czasie rozmowy oraz jak najrzetelniejsze odtworzenie pierwotnego komunikatu.

Innym sposobem zwiększającym ilość przyswajanych informacji, a w konsekwencji stopień świadomości dotyczący danego zagadnienia jest wykorzystanie najistotniejszych dla danego człowieka zmysłów. Zakłada on zintensyfikowanie odbioru informacji w sytuacji, gdy odbiorca ma możliwość poznania zagadnienia zarówno podczas słuchania o nim, jak i zobaczenia go lub dotknięcia. Fakt ten może zostać wykorzystany na przykład podczas przedstawiania pacjentowi metody diagnostyki bądź leczenia.

**Modele relacji lekarz – pacjent.** W trakcie szkoleń poznaliśmy również dwa podsta-

wowe modele relacji między pacjentem a lekarzem. Pierwszy, czyli relacja paternalistyczna, zakłada, że lekarz traktowany jest jako główne i rzetelne źródło informacji, a zadaniem pacjenta jest wysłuchiwanie zaleceń i stosowanie się do nich. Rolą lekarza jest podejmowanie samodzielnych decyzji o wyborze najlepszego sposobu terapii. Pacjent nie ma świadomego wpływu na proces leczenia. Drugi model – relacja partnerska zakłada, że droga do wyleczenia jest dla lekarza i pacjenta celem osiąganym we współpracy. Relacja ta stawia kompetencje lekarza i doświadczenia pacjenta na równi, umożliwiając pacjentowi samodzielne podejmowanie decyzji dotyczącej proponowanego sposobu leczenia, zwiększając w ten sposób wpływ chorego na proces terapii.

**Zasady komunikacji.** Omówione zostały także podstawowe, choć nie zawsze oczywiste, zasady komunikacji. Jedną z nich jest potrzeba pozostawienia pacjentowi możliwości zadawania pytań dotyczących wszystkich aspektów procesu leczenia bądź poproszenie go, by powtórzył na głos przekazane przez nas informacje dotyczące wyników badań, zdiagnozowanej choroby i dalszego leczenia. Pozwala to choremu dokładniej zrozumieć stan, w jakim się znajduje, oraz zweryfikować wiedzę na temat chorób, które go dotyczą, co ułatwia mu stosowanie się do wydanych przez nas za-

leceń, a w konsekwencji łatwiejsze, zarówno dla niego, jak i personelu, odzyskanie zdrowia bądź komfortu.

**Trudne sytuacje.** Kolejnym poruszonym aspektem było doskonalenie umiejętności przekazywania trudnych wiadomości pacjentom i ich rodzinom. Naszym celem w tej sytuacji jest przekazanie rzetelnych informacji. Szczerość i zachowanie taktu umożliwią wykonanie tego w taki sposób, aby pacjent czuł się rozumiany i wspierany przez personel na każdym etapie leczenia. Następnym zagadnieniem była szeroko pojęta asertywność. Rozpoczęliśmy od zdefiniowania tego terminu oraz omówienia, jak ważna jest asertywność w codziennych kontaktach z innymi. Ćwiczenia praktyczne pozwoliły na poznanie metod radzenia sobie w sytuacji wywierania presji na personel szpitala bądź przychodni. Doświadczenie prowadzącego pozwoliło na zdefiniowanie asertywności jako wolności, czyli naszego wyboru i prawa do wymagania od innych respektowania naszych potrzeb.

Najbardziej zaciekawitym dla mnie **elementem komunikacji z pacjentem w procesie diagnostyczno-leczniczym** – pozwalające na zwiększenie jego wiedzy i świadomości na temat leczenia, a w konsekwencji zaangażowania się w proces decydowania o jego przebiegu. Zaproponowaną metodą, by osiągnąć ten cel, jest między innymi wykorzystanie odręcznych, prostych rysunków i schematów, aby zobrazować choremu kolejne etapy procesu. Wydaje się to dobrym sposobem, by pacjentowi, często bez wykształcenia medycznego, tak wytłumaczyć, skomplikowane metody terapii.

Szkolenie pozwoliło poznać mechanizmy komunikacji, które posłużą poprawie relacji z pacjentem i innymi ludźmi. Wiedza nabyta w czasie warsztatów z pewnością przyczyni się do zredukowania stresu w sytuacjach trudnych, poprzez możliwość wdrożenia poznanych metod radzenia sobie w sprawach konfliktowych.

*Justyna Cieślak*



## *Doktor Edward Latos*

*(18 marca 1922–29 grudnia 2018)*

**Dr Edward Latos, nasz Tata, urodził się w Koronowie 18 marca 1922 r. jako drugi spośród siedmiorga dzieci Wiktorii (z domu Pankanin) i Maksymiliana Latosów. Ojciec Taty miał w Koronowie wytwórnię powozów, którą w 1884 r. założył Jan Latos, dziadek Taty. Tata uzyskał papiery czeladnika, co w czasie okupacji niemieckiej pomogło mu przeżyć obóz w Potulicach.**

Szkolę powszechną ukończył w Koronowie, gimnazjum w szkole z internatem w Tucholi (w 1938 r., tzw. mała matura). Dalszą edukację w liceum w Tucholi przerwał wybuch wojny. Za nieprzyjęcie tzw. III grupy (volkslisty) został więziony z całą rodziną w obozie w Potulicach. Po wojnie, w 1945 r., zdał maturę i rozpoczął studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Poznańskiego, przemianowanym potem na Wydział Lekarski Akademii Medycznej. Po trzecim roku studiów poznał Urszulę Balzer, naszą Mamę. Rodzice byli kolegami z roku, pobrali się po zakończeniu studiów w 1950 r. i osiedlili w Bydgoszczy. Podjęli pracę w Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym, zostali pediatrami. Byli ordynatorami, a Tata w latach 1959-1991 pełnił funkcję dyrektora Szpitala.

Urodziłam się w 1952 r. (mój brat Tomasz 12 lat później) i dobrze pamiętam okres, kiedy rodzice byli młodymi lekarzami. Zawsze bardzo dużo ze sobą rozmawiali, najwięcej o medycynie – omawiali trudne przypadki, radzili się siebie nawzajem, od początku byli niezwykle zaangażowani w sprawy pacjentów. Oboje z bratem bardzo lubiliśmy przysłuchiwać się rozmowom rodziców i wiele mądrości zapadło nam w pamięć. Do dziś pamiętam słowa Taty: „medycyna uczy pokory” i okoliczności, w jakich padły, miałam wtedy 5 albo 6 lat i jest to pierwsze zapamiętane przeze mnie zdanie dotyczące medycyny.

Oboje rodzice stawiali nam wysokie wymagania. Z oczywistych względów więcej czasu naszemu wychowaniu poświęcała Mama. Wymagała prawdomówności i bezwzględnej uczciwości. Oboje rodzice uważali, że drugorzędne, jaka jest ocena ludzi – najważniejsze, jaka jest ocena Boga.

Mama po pracy poświęcała czas mnie, a potem bratu, Tata miał szeroką prywatną praktykę. Szybko stał się znanym i cenionym pediatrą i nawet wiele lat po przejściu na emeryturę był wszędzie rozpoznawany i serdecznie witany. Oboje z bratem i bra-

tową niezliczenie wiele razy słyszeliśmy: „dr Latos uratował mi życie”. Tata leczył kilka pokoleń bydgoszczan, wielu jego pacjentów to późniejsze znane osobistości. Tata nie miał gabinetu lekarskiego, chodził na wizyty do domu pacjenta. Uważał, że pediatra powinien zobaczyć chore dziecko w jego otoczeniu, zwracał uwagę na warunki, w jakich dziecko mieszka, gdzie stoi łóżeczko, zdarzało się, że zalecał przemeblowanie mieszkania. Zwracał uwagę na najdrobniejsze szczegóły, oglądał np. łyżeczki, którymi rodzice odmierzali porcje mleka w proszku. Matki zakładały zeszyt, do którego Tata wpisywał zalecenia, każdy Taty pacjent miał zatem prowadzoną w ten sposób historię choroby. Następnego dnia po wizycie matki przychodziły z tymi zeszytami (zawsze było to między 15.30 a 16.00) do nas do domu, Tata pytał, jaki jest stan dziecka i w razie potrzeby korygował leczenie, uzupełniając wpis w zeszyt. Wiemy od byłych pacjentów, że zeszyty te są do dziś przechowywane z pietyzmem w ich rodzinach.

Tata miał znakomitą pamięć, pamiętał większość swoich pacjentów. Miałam wrażenie, że w niemal każdym domu w Bydgoszczy kogoś leczył, bo kiedy wymienialiśmy jakiś adres, zaraz słyszeliśmy, że chodził do pacjenta w tym domu lub sąsiednim.

Trzeba pamiętać, że medycyna była wówczas zupełnie inna niż obecnie. Poza rtg nie było metod obrazowania, badania laboratoryjne były bardzo podstawowe, o wszystkim decydował zatem kunszt lekarza, jego intuicja lekarska poparta wiedzą i doświadczeniem. I Tata to wszystko miał. Rodzice małych pacjentów mieli do niego wielkie zaufanie i sama obecność zawsze uśmiechniętego Taty działała na nich kojąco. Wiemy na pewno, że Tata nie brał honorarium, kiedy widział, że rodzina jest uboga, a nawet zostawiał pieniądze rodzicom, żeby mieli za co kupić leki. Oboje rodzice, Tata, podobnie jak zmarła 21 lat temu Mama, byli naprawdę wzorem lekarza. Kiedy prowadzili szczególnie trudnych pacjentów, mówili nam o tym i prosili, żebyśmy się w intencji ich wyzdrowienia modlili. Wywiązywaliśmy się z tego skrupulatnie i dopytywaliśmy potem, czy nasza modlitwa pomogła. Niektóre takie przypadki pamiętam do dziś.

Tata był znakomitym organizatorem służby zdrowia, wizjonerem, miał nowatorskie pomysły. Rozbudował Szpital,



zwiększył liczbę łóżek (kiedy obejmował stanowisko dyrektora, Szpital liczył 180 łóżek, w 1990 r. – 280), od podstaw zbudował sieć poradni specjalistycznych, laboratoria specjalistyczne, archiwum, bibliotekę, internat dla pielęgniarek, salę wykładową, poprawił opiekę nad hospitalizowanymi dziećmi poprzez poszerzenie działalności szkoły i przedszkola.

Na szczególną uwagę zasługuje wprowadzony przez Tatę system szkolenia pediatrów. Zapewniał on przygotowanie zarówno do pracy w szpitalu, jak również w lecznictwie otwartym. W czasie, gdy Tata był dyrektorem, przez Szpital przewinęło się około 800 stażystów, specjalizację I stopnia z pediatrii zdobyło 124 lekarzy, a drugiego stopnia 32 lekarzy – nasz Tata był kierownikiem większości specjalizacji.

Wszystkie te działania organizacyjne przyczyniły się do tego, że udało się obniżyć umieralność niemowląt w województwie. Polskie Towarzystwo Pediatryczne doceniło wielkie zasługi Taty dla polskiej pediatrii, przyznając mu tytuł Honorowego Członka PTP. Tata bardzo to wyróżnienie cenił.

Tata był skromnym człowiekiem. Uważał, że piastowanie stanowiska to służba i zobowiązanie. Ujmujący był szacunek, jaki rodzice okazywali swoim mistrzom i nauczycielom w zawodzie. Nigdy nie słyszałam, żeby wyrażali się o nich krytycznie czy z lekceważeniem. Także swoich współpracowników rodzice traktowali z szacunkiem i mobilizowali do rozwoju zawodowego. Rodzice byli bardzo lubiani, mieli duże grono przyjaciół, nazywaliśmy ich z bratem ciociami i wujkami, a ich dzieci traktowaliśmy jak kuzynostwo. Rodzice regularnie spotykali się z przyjaciółmi towarzysko, grali w brydża, a bratu i mnie pozwalano kibicować. Ze swoim rodzeństwem i ich dziećmi Tata utrzymywał serdeczne relacje, z braćmi grał regularnie w skata.

Patriotyzm wyniósł Tata z domu rodzinnego. Kiedy wybuchła wojna, babcia Wiktorina wysłała naszego Tatę, wówczas



17-latka, w kierunku granicy wschodniej, aby się zaciągnął do wojska polskiego. Na drogę dała szkaplerz i pożegnała słowami: „Idź, synu, możesz się przydać ojczyźnie”. W czasie okupacji niemieckiej Tata i cała jego rodzina nie przyjęli tzw. trzeciej grupy. Wszyscy została uwięziona w obozie w Potulicach. Babcia Wiktoria powiedziała naszemu Tacie: „Wolę cię widzieć w trumnie, niż w mundurze żołnierza niemieckiego”. Pamiętam, że ilekroć Tata o tym opowiadał, robiło to na nas, dzieciach, ogromne wrażenie i ukształtowało taki rodzaj patriotyzmu, który dziś, kiedy od 70 lat nie było wojny, a ludzie wyjeżdżają, osiedlają się w innych krajach, jest może trudny do zrozumienia.

Wiarę w Boga wyniósł Tata z domu rodzinnego. Duży wpływ miało to, że jako 17-latek stał nad wykopanym przez siebie własnym grobem i w ostatniej chwili rozkaz rozstrzelania przez bolszewików Taty i jego wujów został cofnięty. Odczytywał to jako interwencję boską i zawsze zawierzał Bogu wszystkie sprawy, każdego dnia, jadąc do pracy, modlił się za swój Szpital.

W 1997 r. nasza Mama zmarła; 9 lat później Tata ożenił się ponownie. Druga żona (Janina Loose) była również koleżanką rodziców ze studiów, skończyła stomatologię. Ponownie owdowiał w 2015 r. Tata doczekał się pięciorga wnuków. Dwoje jest lekarzami, trzeci wnuk studiuje medycynę.

Tata cieszył się dobrym zdrowiem. Jeszcze kilka miesięcy temu jeździł samodzielnie po Polsce, aż do pierwszych dni grudnia chodził po mieście. Na początku grudnia stwierdzono u Taty raka pęcherzyka żółciowego. Tata słabł coraz bardziej, ale jeszcze pięknie przeżyliśmy razem święta. W drugie święto i czwartek 27 grudnia byliśmy wszyscy u brata, śpiewaliśmy kolędy, Tata śpiewał z nami, było nam wszystkim bardzo dobrze. Tata bardzo się cieszył, że w marcu ma przyjść na świat jego prawnuczka. W nocy z piątku na sobotę u Taty wystąpił zawał serca. W Klinice Kardiologii Szpitala im. Jurasza wspomniały zespół lekarzy i pielęgniarek troskliwie zajął się Tatą, podjęto próbę ratowania życia, udrożniono tętnicę wień-

cową, ale serce nie podjęło efektywnej pracy i po godzinie, o 7.50 rano 29. grudnia, Tata zmarł.

Tata miał 96 lat, miał życie ciekawe i owocne i przeżył je w naprawdę dobrym zdrowiu. Rozum mówi, że to bardzo dużo, że nie można chcieć więcej, ale serce płacze...

Dziękujemy Bogu za dar życia naszego Taty, za to, że szczerze obdarowany darami Ducha Św. niósł skuteczną pomoc kilku pokoleniom bydgoszczan, za to, że był szczęśliwym i spełnionym człowiekiem i wreszcie za to, że odszedł zanim choroba nowotworowa rozwinęła się w pełni.

Zakończmy słowami Św. Pawła, z 2. Listu do Tymoteusza, które umieściliśmy na obrazku pamiątkowym: „W dobrych zawodach wystąpiłem, bieg ukończyłem, wiary ustrzegłem... Pan stanął przy mnie i wzmocnił mnie... Jemu chwała na wieki wieków! Amen”.

Córka Anna Latos-Bieleńska  
Syn Tomasz Latos

Tekst, z niewielkimi uzupełnieniami, odczytany przez Annę Latos-Bieleńską podczas uroczystości pogrzebowych 5 stycznia 2019 r.

**Poproszono mnie abym skreślił kilka słów o zmarłym Panu Doktorze Latosie. Pomyślałem, że nie potrafię nic więcej dodać do tekstu, który był poświęcony tej Wspaniałej Osobie przed kilkoma laty. Dlatego też pozwalam sobie przypomnieć tamten tekst w całości!**

[...] *mistrz nie jest kimś, kto czegoś uczy; mistrz to ktoś, kto zachęca ucznia do dokończenia wszelkich starań, aby odkrył to, o czym już wie.*  
Paulo Coelho 'Maestro'

## Maestro!!!

To piękne słowo w języku włoskim ma wiele znaczeń. To nie tylko artysta, ale także nauczyciel, mistrz, instruktor, przewodnik. Miałem wielkie szczęście, że interny uczyła mnie dr Sławomiła Hellerowa, położnictwa i ginekologii dr Jerzy Monsiorski, chirurgii dr Wojciech Staszewski. Byli to wspaniali nauczyciele, ale moim Mistrzem, moim Instrukтором, moim Przewodnikiem był mój Nauczyciel pediatrii – Pan dr Edward Latos.

Pragnę w tym miejscu nieco poszerzyć to twierdzenie, które wyżej przytaczam. Sam sobie zadaję pytania, ile ja Jemu zawdzięczam. Nauczył mnie podstaw zawodu, poczynając od zalecania, abym badania dziecka przychodzącego z bólem gardła nie ograniczał tylko do zajrzenia do gardła, ale zbadał je od stóp do głów. Dzięki takiemu zaleceniu – ilu dzieciom z zaczynającą się posocznicą wdrożyłem na czas odpowiednie leczenie! Nauczył mnie panowania nad emocjami i zastanawiania się nad swoimi decyzjami, także tymi błędnymi. Telefon z Jego sekretariatu z zaproszeniem na określoną godzinę dnia następnego owocował rachunkiem sumienia. A następnego dnia w gabinecie – pytanie: „Wie pan, w jakiej sprawie pana poprosiłem?” „Tak, Panie Dyrektorze!”, „No i co?” Jedyna możliwa odpowiedź z mojej strony – „To się już więcej nie powtórzy”. „No to dziękuję Panu”.

Nauczył mnie zaufania do młodszych kolegów i do podejmowanych przez nich decyzji. Ile to razy po wizycie słyszeliśmy z ust Jego zdanie: „Po co ja tutaj przychodzę, przecież doskonale dajecie sobie



radę beze mnie!” Potrafił przewidzieć potrzeby, jakie zaistnieją w lecznictwie pediatrycznym za kilka lat. Dzięki Niemu podjąłem moją życiową „przygodę alergologiczną”. Decyzja z Jego strony była krótka: „Kolego, będzie się pan szkolił w kierunku alergologii, pojedzie pan na staż do kliniki profesora Obtulowicza w Krakowie.” A była to dopiero druga połowa lat sześćdziesiątych i o alergologii niewiele osób myślało, a jeszcze mniej się na niej znało!

Jego żartobliwe powątpiewanie w moją silną wolę tak mnie zmobilizowało, że rzuciłem (przed przeszło czterdziestu laty) palenie papierosów. Jego ciągła zachęta do rozwijania umiejętności – skutkowałą obroną mojej pracy doktorskiej. Jak przyjemnie było wówczas słyszeć z Jego ust słowa: „Kolego, właściwie to doktorat napisał pan u mnie na oddziale”.

Nadszedł wreszcie czas mego usamodzielnienia i sam zacząłem kierować zespołem ludzi. Stając przed codzienną koniecznością rozwiązywania różnorodnych problemów, zawsze starałem się postępować jak mój Mistrz. Czy mi się to udało? Nie wiem? Niech to inni ocenią. I jeszcze jedno, za co Go cenię i szanuję! Za pamięć! Kiedy los przykuł mnie na stałe do wózka inwalidzkiego, miałem przyjemność krótkiej z Nim rozmowy w Operze Nova. Żegnając się ze mną, powiedział: „Ja codziennie w pańskiej intencji odmawiam jedną zdrowaśkę!” Dziękuję Ci, mój Nauczycielu, i za to, i za wszystko! To Ty pozwoliłeś mi w sobie odnaleźć siebie!

Andrzej Martynowski





## Uważność i medycyna...

...to praktyczny poradnik, w którym opowiem, jak dbać o siebie, gdy stres jest częścią życia. Będę odwoływała się do sytuacji trudnych, wiążących się z napięciem, pośpiechem i wielozadaniowością i przedstawię techniki radzenia sobie ze stresem wywodzące się z programu MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction).

# Uważnie zrób STOP

## DOROTA WOJTCZAK

### Gdy króluje chaos

Kilka spraw jednocześnie czeka na właściwy wybór lub rozwiązanie? W świecie medycznym to codzienność. Tworzenie szczegółowej dokumentacji, przyjmowanie pacjentów, jednoczesne planowanie zabiegów, praca o dużej odpowiedzialności i małej przewidywalności. Lekarze muszą szybko rozwiązać wiele problemów, najczęściej pod presją czasu. Celem jest szybkie działanie, ulga wywołana wykonaniem zadania i zajęcie się kolejnymi. Jednak brak refleksji i rutynowy pośpiech mogą stać się przyczyną poważnych problemów. Często okazuje się, że nie warto było podejmować decyzji w stanie dezorientacji lub wzburzenia. Jak temu zapobiec?

### Uważnie zrób STOP:

- **S-tań.** Zatrzymaj się – fizycznie i mentalnie. Pobądź przez chwilę bez działania, za to przytomnie i obecnie. Zyskasz czas.

- **T-eraz oddychaj.** Tak, po prostu przekieruj uwagę na oddech. Poczuj doznania fizyczne związane z oddechem. Jest głęboki czy płytki? Nierówny, rytmiczny, głośny czy cichy? Dłużej trwa wdech czy wydech? Przekierowanie uwagi na oddech uspokaja

system nerwowy i neutralizuje pobudzenie. Będąc przy oddechu, twój umysł jest w teraźniejszości, nie wikła się w przyszłość czy przeszłość.

- **O-bserwuj** z życzliwą ciekawością ten moment swojego życia. Jakie myśli ci towarzyszą? Krytyczne, oceniające, obwinia-

**Program redukcji stresu – Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR)** został opracowany w 1979 r. w Klinice Redukcji Stresu na Uniwersytecie Medycznym w Massachusetts w USA przez neurobiologa prof. Jona Kabat Zinna. Początkowo uzupełniał leczenie pacjentów onkologicznych, weteranów wojennych z PTSD czy osób skarżących się na chroniczny ból. Dzisiaj, w ustandaryzowanej formie 8-tygodniowego kursu, stosowany jest w kilkuset ośrodkach medycznych na świecie. Jest również wykorzystywany w biznesie, sporcie, edukacji i psychoterapii. Kolejne badania naukowe potwierdzają skuteczność tego programu, którego głównym celem jest profilaktyka i poprawa zdrowia.

jące? Jakie emocje odczuwasz? Złość, bezradność, niepokój? Czy powodują one napięcie ciała? W jakich miejscach? Klatka piersiowa, głowa, brzuch, kark? W jakiej formie? Skurcz, ucisk, ból? Czy to, co teraz obserwujesz, pomaga czy utrudnia podjęcie właściwego działania?

- **P-ójdź dalej z tego miejsca samoświadomości.** Wiedza o tym, co myślisz i czujesz oraz jak na to reaguje twoje ciało, da odpowiedź, na czym ci zależy, co jest priorytetem, jakie są intencje twoich działań. Jakie potrzeby i w jaki sposób chcesz je zaspokoić. Pojawi się zrozumienie, spokój i wolność wyboru.

Uważna pauza daje czas na reakcję. Zamiast działać impulsywnie, przyglądasz się swoim odczuciom i odpowiadasz świadomie na sytuację. Minuta uważności może ochronić cię przed mechanicznym zrobieniem czegoś, z czego nie będziesz zadowolony i co mogłoby mieć przykre konsekwencje.

Ćwiczenia oddechowe, ruchowe i trening mentalny zmieniają nasze nawyki i poprawiają kondycję psychofizyczną.

W kolejnym artykule zajmę się szczegółowym omówieniem techniki STOP – zaczniemy od tego, co znaczy „zatrzymać się fizycznie i mentalnie”?

**O autorze:** Dorota Wojtczak jest certyfikowanym przez Institute for Mindfulness-Based Approaches trenerem programu redukcji stresu przez uważność (MBSR – Mindfulness Based Stress Reduction), obecnie w trakcie szkolenia MBCT (Terapii Poznawczej Opartej na Uważności przy Wydziale Psychiatrii Uniwersytetu w Oksfordzie), psychologiem biznesu, ekspertem w zakresie rozwoju kompetencji osobistych i społecznych w służbie zdrowia i edukacji, autorką bloga My Way uważność i empatia; pisze artykuły do Mindfulness Business&Life. Jest terapeutą, coachem i mediatorem w Domu Uważności – bydgoskim ośrodku psychoterapii i rozwoju osobistego. Prowadziła w szpitalach cykle warsztatów na temat empatycznej i uważnej komunikacji między personelem medycznym a pacjentem i jego rodziną. Zrealizowała kilkanaście 8-tygodniowych otwartych kursów redukcji stresu MBSR, w których udział brali także lekarze i psychoterapeuci. Te grupy zawodowe kurs traktowały zarówno jako wsparcie dla siebie, jak i innowacyjną metodę do pracy z pacjentem. Najbliższe kursy MBSR w Bydgoszczy rozpoczną się w lutym 2019.



## KONFERENCJE

Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Katedra Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej, Klinika Neurochirurgii, Neurotraumatologii i Neurochirurgii Dziecięcej Katedra Chorób Oczu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu zapraszają na konferencję naukowo-szkoleniową z cyklu:



**PACJENT Z URAZEM GŁOWY  
– PUNKT WIDZENIA  
ANESTEZJOLOGA,  
NEUROCHIRURGA,  
LARYNGOLOGA I OKULISTY**

pod honorowym patronatem:  
Collegium Medicum.

Konferencja rozpocznie się **14 lutego 2019 r. o godz. 15.30** w sali konferencyjnej Hotelu Słoneczny Młyn w Bydgoszczy, przy ul. Jagiellońskiej 96.

### Program konferencji:

- 15.30–15.50 Rozpoczęcie Konferencji; Wykład wprowadzający: **Medycyna precyzyjna – czy istnieje personalizacja leczenia pacjentów z urazem głowy?** – dr hab. n. med. Katarzyna Wawrzyniak, Bydgoszcz
- 15.50–16.10 **Pacjent z urazem OUN – z punktu widzenia neurochirurga** – dr hab. n. med. Maciej Śniegocki, Bydgoszcz
- 16.10–16.30 **Urazy kości skroniowej – z punktu widzenia patofizjologii narządu słuchu i układu równowagi** – prof. Katarzyna Pawlak-Osińska, Bydgoszcz
- 16.30–16.50 **Ślepotą pourazowa nerwu wzrokowego. Urazy przedniego dołu czaszki – z punktu widzenia laryngologa** – prof. dr hab. n. med. Henryk Kaźmierczak, Bydgoszcz
- 17.00–17.20 **Urazy w okulistyce** – prof. dr hab. n. med. Grażyna Malukiewicz, Bydgoszcz
- 17.40–18.00 **Aspekty prawne leczenia** – prof. Justyna Zajdel-Całkowska, Łódź
- 18.00–18.10 **Dyskusja i podsumowanie Konferencji** – dr hab. n. med. Katarzyna Wawrzyniak, Bydgoszcz

Udział w konferencji jest bezpłatny. Uczestnik otrzymuje 4 punkty edukacyjne. Prosimy o wcześniejszą rejestrację pod adresem mailowym: kikanest@cm.umk.pl

## Mój jest ten kawałek podłogi!...

*Skonał rok stary; z jego popiołów wykwiła  
Feniks nowy, już skrzydła rozciąga na niebie;  
Świat go cały nadzieją i życzeniem wita.  
Czegoż w tym nowym roku żądać mam dla siebie?*

Adam Mickiewicz



### Szanowne Koleżanki i Koledzy!

No to i ja w tym miejscu pytam się, co mam odpowiedzieć wieszczowi. Czegóż to ja mam żądać dla siebie? Ano chyba jednego – abym miał jeszcze tyle sił i ochoty do dalszego pisania w naszym biuletynie! A przyznacie sami, że pisanie przez prawie trzydzieści lat może człowieka zniechęcać i każe mu sobie postawić pytanie, czy naprawdę to było potrzebne i czy należy to kontynuować?

No załóżmy, że jednak tak! To w takim wypadku muszę nadal iść do przodu i dalej snuć swoje marzenia i żądania. Tyle tylko, że dotychczas one będą nie mojej osoby, ale naszej Izby!

W ostatnim numerze naszego biuletynu ukazał się tekst dotyczący potrzeby zaistnienia naszej nowej siedziby. Zgadzam się z Panem Prezesem. Nowa siedziba jest konieczna, a rozważania, w jaki sposób ją pozyskać są przynajmniej od dwóch kadencji nieco spóźnione. Tu pozwolę sobie na kilka uwag do tego tekstu.

Zgadzam się, że ciasnota obecnej siedziby uniemożliwia normalne funkcjonowanie Izby. Ale pragnę przypomnieć, że pierwsza siedziba, przy ulicy Chodkiewicza, warunki lokalowe miała wręcz skromne. Co nie przeszkadzało w organizowaniu częstych wernisaży znanych bydgoskich artystów, wieczorów poezji z udziałem aktorów bydgoskich scen czy też małych koncertów muzyki kameralnej przy świecach. A w karnawale do tańca przygrywała nam nawet kapela cygańska!

W organizowaniu tych imprez integracyjnych nie przeszkadzała nam ciasnota, a i fundusze na nie się znajdowały! A teraz? Pytanie to ze swojej strony zostawiam bez odpowiedzi!

Ale z drugiej strony pragnę postawić pytanie jako szeregowy, a nawet płacący składki członek naszego samorządu: Dlaczego obrady Prezydium i Rady owiane są mgłą tajemnicy. Wiemy tylko, kiedy się odbywają, ale jakimi zajmują się tematami i jakie podejmują decyzje, to już nie! Nie znajduję żadnej informacji na ten temat ani w naszym biuletynie, ani na stronie internetowej. Ta natomiast z mego punktu widzenia jest redagowana w sposób nieco opieszale.

Powiecie, czepiam się! Są to nieistotne sprawy. No cóż, w moim wieku taka upi...liwość jest chyba normalna, ale była ona prawdopodobnie także moją cechą w tym okresie czasu, kiedy byłem w naszej Izbie osobą znaczącą, co potwierdzić mogą ci, którzy zasiadają w Radzie od początku jej istnienia.

Chciałbym, aby nasza siedziba była nie tylko sprawnie (co do tego nie mam wątpliwości) funkcjonującym biurem, ale miejscem tętniącym życiem, przyciągającym rzesze lekarzy. Miejscem, gdzie każdy najdzie dla siebie coś miłego i zechce w tej siedzibie spędzać wolny czas!

Kończę, mając nadzieję, że chociaż być może ja tego nie doczekam, to jednak tak się kiedyś stanie!

Jak zwykle Wasz

Autokorekta! Ja już nie płacę składek!!

A. Martynowski

## Spotkania Lekarzy Seniorów!

● **6 lutego, godz. 14.30** – dr Marek Jurgowiak wygłosi wykład „Od genu do raka, czyli o anarchii komórkowej”.

● **6 marca, godz. 14.30** – mgr. Grażyna Wodwud zaprezentuje ofertę pobytów profilaktyczno-leczniczych Spółdzielczego Centrum Rehabilitacyjno-Medycznego „Resurs” na 2019 r.

### PRACA

NZOZ Nasza Przychodnia Sp. z o.o. w Kcyni poszukuje **lekarza do pracy w POZ** (w pełnym wymiarze czasu pracy lub na dyżury popołudniowe). Kontakt: pprusak@op.pl, tel. 502 524 355.

Szpital Wielospecjalistyczny im. dr L. Błaska w Inowrocławiu zatrudni **specjalistę z zakresu diabetologii, chorób wewnętrznych** lub lekarzy chcących się specjalizować w tym zakresie w Oddziale Diabetologii i Chorób Wewnętrznych do pracy w ordynacji dziennej oraz na dyżury. Zainteresowanych lekarzy prosimy o kontakt telefoniczny w dni powszednie w godz. 8.30–14.30. Kontakt: 52 3545547, lub za pośrednictwem adresu e-mail: diabetologia@szpitalino.pl

Prężnie rozwijające się Centrum Medyczne „Clinic Derm” w Bydgoszczy, w pełni wyposażone, nawiąże długotrwałą współpracę z **lekarzami różnych specjalizacji** na atrakcyjnych warunkach finansowych (w szczególności w godzinach popołudniowych). Kontakt: Centrum Medyczne „Clinic Derm” ul. Łabiszyńska 2 (róg Szubińskiej), tel. 795 095 800.

Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy poszukuje lekarzy **specjalistów z zakresu chorób wewnętrznych** do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz dyżurów medycznych w Klinice Geriatrii. Szczegółowe informacje można uzyskać pod numerem telefonu: 52 585 49 00 lub 52 585 49 55 lub aplikując na e-mail: rekrutacja@jurasza.pl

Przychodnia Medica Centrum w Chodzieży podejmie współpracę z **lekarzami: endo-**

**krynologiem, kardiologiem, alergologiem i diabetologiem.** Również z lekarzami w trakcie tych specjalizacji. Warunki współpracy do uzgodnienia, tylko prywatne przyjęcia. Kontakt: tel. 508 177 028 lub 605 566 371, l.kowzan@wp.pl

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

GOC-GOC STOMATOLOGIA ul. Moniuszki 1 w Żninie zatrudni **lekarza dentystę.** Oferujemy: dużą bazę pacjentów (tylko prywatni), atrakcyjne wynagrodzenie, nowoczesny sprzęt (mikroskop Leica, panorama), grafik do uzgodnienia. Zainteresowanych prosimy o kontakt: tel. 693 636 620.

Pałuckie Centrum Zdrowia w Żninie sp. z o.o. pilnie zatrudni na stanowisko: **lekarz w szpitalnym oddziale ratunkowym** – udzielanie świadczeń zdrowotnych w oddziale szpitalnym i/lub pełnienie dyżurów medycznych od poniedziałku do piątku w godzinach 15.00–7.00 dnia następnego, soboty, niedziele i święta w godzinach od 8.00 do 8.00 dnia następnego. Możliwy elastyczny czas pracy. Oferujemy atrakcyjne warunki wynagrodzenia. Zainteresowanych prosimy o kontakt telefoniczny: lek. Michał Szymczak – koordynator SOR, tel. 733 100 810, e-mail: szymczak.m@szpitalznin.pl

Pallmed sp. z o.o. prowadząca NZOZ Dom Sue Ryder w Bydgoszczy, ul. Roentgena 3, zatrudni **lekarza geriatrę** oraz **rehabilitacji medycznej.** Warunki pracy i płacy do uzgodnienia. Kontakt: rekrutacja@domsueryder.org.pl

## 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](mailto:poczta_big@wp.pl)

☎ 508 303 873 • 52 3070576

[www.bigbiuro.pl](http://www.bigbiuro.pl)

Bydgoszcz, ul. Towarowa 36 bud. C lok. 14

## 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](http://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**

## SPRZEDAM

**WYPOSAŻENIE GABINETU  
STOMATOLOGICZNEGO**

TEL. **605 039 003**



**Nasz Lekarz** specjalizuje się w kompleksowym prowadzeniu **badan klinicznych**, realizując projekty badawcze od I do IV fazy wszystkich specjalizacji medycznych.

**Lekarzy zainteresowanych prowadzeniem badan klinicznych oraz udzielających konsultacji specjalistycznych w ramach prywatnej praktyki lekarskiej zapraszamy do współpracy.**

prof. nadzw. dr hab. n. med. Sławomir Jeka  
Dyrektor Ośrodka



**Nasz Lekarz**  
Ośrodek Badań Klinicznych

Budynek City Park  
ul. Chodkiewicza 19c  
85-065 Bydgoszcz

+48 52 340 14 14

+48 728 400 535

bydgoszcz@naszlekarz.pl

www.naszlekarz.pl

TWOJ CICHY ZAKĄTEK W CENTRUM BYDGOSZCZY

- MIESZKANIA: 30,30 - 59,50 M<sup>2</sup>
- KAŻDE MIESZKANIE Z BALKONEM
- WINDA
- GARAŻE
- KOMÓRKI LOKATORSKIE
- LOKAL USŁUGOWY
- ENERGOOSZCZĘDNE TECHNOLOGIE

NOWE MIESZKANIA OD

**4.990**

ZŁ/M<sup>2</sup>

Obiekt ma enklawowy charakter.  
przewidziano tylko 16 mieszkań  
i 1 lokal usługowy typu biurowego.

OGRODOWA 11

WYKONAWCA:  
AP HOME

OGRODOWA 11

KONTAKT: +48 603 33 98 73 | +48 577 57 49 77

WWW.OGRODOWA11.BYDGOSZCZ.PL



**OGRODOWA 11 BYDGOSZCZ**





Radość z jazdy



# EMOCJONUJĄCA OFERTA NA BMW Z ROCZNIKA 2018.

**DODAJ DO ULUBIONYCH.**

Są emocje, na które czekasz cały rok. Właśnie nadszedł czas, by dodać je do ulubionych! Teraz modele BMW z rocznika 2018 w emocjonujących ofertach.

Nie prowadzisz firmy? Poznaj równie korzystne oferty finansowania dla klientów indywidualnych.



## **BMW serii 3 Gran Turismo.**

- ✓ 0% opłaty wstępnej
  - ✓ 5-letni pakiet przeglądów
- już za **1 570** PLN netto/mies.



## **BMW serii 5.**

- ✓ 0% opłaty wstępnej
  - ✓ 5-letni pakiet przeglądów
- już za **1 870** PLN netto/mies.



## **BMW X3.**

- ✓ 0% opłaty wstępnej
  - ✓ 5-letni pakiet przeglądów
- już za **1 690** PLN netto/mies.

### **Dealer BMW Dynamic Motors**

Toruń, ul. Olimpijska 8, tel.: +48 56 645 21 70  
Bydgoszcz, ul. Toruńska 272A, tel.: +48 52 339 51 10  
[www.bmw-dynamicmotors.pl](http://www.bmw-dynamicmotors.pl)

BMW 318d Gran Turismo za 135 000zł brutto,  
BMW 518d za 174 900 zł brutto, BMW X3 sDrive18d za 159 900 zł brutto.  
Opłata wstępna 0%, okres leasingu: 48 miesięcy, średnioroczny deklarowany przebieg: 10 000 km, gwarantowana wartość końcowa. Niniejsza symulacja nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego. BMW Comfort Lease jest oferowany przez BMW Financial Services Polska Sp. z o.o. Szczegóły oferty u Dealerów BMW.