

BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

# primum



# POSTAW Z NAMI NA ZDROWSZY RUCH

## Pakiet goFIT dla członka Bydgoskiej Izby Lekarskiej

go  
FIT

**59** zł/mies.

Wejścia  
2 razy w tygodniu



Około 4000 obiektów  
w całej Polsce.

**99** zł/mies.

Wejścia OPEN  
raz dziennie



Siłownie, baseny, zajęcia fitness.

**149** zł/mies.

Wejścia OPEN  
bez limitu

### CENNIK DLA OSOBY TOWARZYSZĄCEJ

GoFit 2 x w tygodniu	<b>119</b> zł/mies.
GoFit 3 x w tygodniu	<b>139</b> zł/mies.

### CENNIK DLA DZIECKA poniżej 16 r.ż.

Pakiet basenowy Aqua OPEN	<b>39</b> zł/mies.
Pakiet Junior 2 x w tyg.	<b>79</b> zł/mies.
Pakiet Junior OPEN	<b>89</b> zł/mies.

### CENNIK DLA STUDENTA powyżej 16 r.ż.

GoFit OPEN raz dziennie	<b>120</b> zł/mies.
-------------------------	---------------------



### Masz pytania?

Skontaktuj się z Biurem Obsługi Klienta,  
tel: (+48) 22 290 80 70, mail: [bok@medicoversport.pl](mailto:bok@medicoversport.pl)

### CENNIK DLA SENIORA

Pakiet 60UP! (1 os.)	<b>49</b> zł/mies.
Pakiet 60UP! (2 os.)	<b>79</b> zł/mies.

Więcej informacji oraz zapisy od 1 do 15 dnia miesiąca poprzedzającego na stronie.  
Aby otrzymać dane do zapisów, zgłoś się do biura Bydgoskiej Izby Lekarskiej  
(tel. 52 346 00 84, e-mail: [bil@bil.org.pl](mailto:bil@bil.org.pl)).

## W NUMERZE:

### CZY BĘDZIE FUZJA SZPITALI UNIWERSYTECKICH?

Jurasz + Bziel= ??? 2

Quo Vadis CILUM? 2

### ROZMOWA Z...

...p.f. prezesa BIL lek. Aleksandra Śremską i skarbnikiem BIL dr. n. med. Danielem Rogowiczem: *W ogniu pytań rzecznika prasowego BIL* 6

...prof. Januszem Kowalewskim: *Powstają modułowe ośrodki leczenia kolejnych nowotworów* 12

### OD KONSULTANTA WOJEWÓDZKIEGO W DZIEDZINIE CHORÓB ZAKAŹNYCH

Czy jest się czego obawiać? 9

INFORMUJEMY 10, 11

### PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA

Rewolucja w POZ... Czyżby? 15

### TRANSPŁCIWOŚĆ

Jesteśmy jak talia kart 18

Medyczne aspekty  
transpłciowości 20

JUBILEUSZE 21

KONFERENCJE 22

FELIETON 23

PIGUŁKA 24

OKŁADKA:  
fot. Zofia Ruprecht

## Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Mimo okresu urlopowego z zapętem pracowaliśmy nad podnoszeniem jakości funkcjonowania naszej izby.

Poszerzyliśmy zakres opieki prawnej dla lekarzy o konsultacje dotyczące indywidualnych praktyk lekarskich. Kilka ostatnich miesięcy upłynęło nam na kontynuowaniu i finalizowaniu naszych projektów, przy czym na bieżąco tworzymy nowe, ciągle usprawniamy pracę biura, koordynujemy proces digitalizacji dokumentów i cyfryzacji Bydgoskiej Izby Lekarskiej. Nie zawsze zmiany widoczne są od razu, nie zawsze są spektakularne, ale zapewniam, że są systematycznie realizowane i, mam nadzieję, odczuwalne dla naszych lekarzy już na poziomie pierwszego kontaktu z izbą.

Wiemy, że wielu lekarzy z niecierpliwością czekało na wdrożenie w naszej izbie karty sportowej. Miło jest mi poinformować, że od 1 września br. ruszyły zapisy do Medicover SPORT. Szczegółowe informacje, w jaki sposób stać się posiadaczem karty, znajdują się na naszej stronie internetowej i profilu na Facebooku.

Między kolejne miesiące zmagają z budową nowej siedziby BIL, które szerzej w tym wydaniu „Primum” opisał nasz Rzecznik Prasowy – lek. Michał Wojciechowski w wywiadzie ze mną i Skarbnikiem – dr. n. med. Danielem Rogowiczem. Za nami także kolejne integracyjne wydarzenia w murach Bydgoskiej Izby Lekarskiej. 20 sierpnia odbyły się pierwsze zajęcia z gry w szachy dla dzieci, a 21 sierpnia I Turniej Szachowy o Puchar Prezesa Bydgoskiej Izby Lekarskiej. Serdecznie gratuluję zwycięzcom i dziękuję wszystkim uczestnikom za obecność.

Chcemy także szerzej pomagać stażystom wchodzić w rzeczywistość zawodową. Nieoceniona jest w tym zakresie działalność Komisji ds. Młodych Lekarzy, która – wspólnie z naszym biurem prawnym – bardzo zaangażowała się w stworzenie cyklu poradników dla stażystów. Serdecznie dziękujemy Naczelnej Izbie Lekarskiej za zaproszenie naszych Młodych Lekarzy na warsztaty pod hasłem: „Ambasadorzy kultury bezpieczeństwa”. W trakcie spotkania rozmawiano o strategii propagowania systemu no-fault, tak by skutecznie budować poparcie społeczne dla tej inicjatywy.

Pamiętamy również o Lekarzach Seniorach, z którymi zaplanowano spotkanie w naszej izbie we wrześniu. Ponadto planujemy powołać Pełnomocnika ds. Lekarzy Seniorów, który będzie, poza Klubem Seniora, statym „łącznikiem” między środowiskiem seniorów, a Okręgową Radą Lekarską.

Wrzesień w izbie będzie pełen spotkań, szkoleń i wydarzeń – 30 września odbędą się obchody Jubileuszu uzyskania dyplomu lekarza. Ruszamy także ze szkoleniami dla lekarzy w ramach Ośrodka Doskonalenia Zawodowego Naczelnej Izby Lekarskiej.

Do izby dotarła już książka „Z szacunku dla dokonań. Z dziejów Szpitala Klinicznego im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy” autorstwa Pana Doktora Mieczysława Boguszyńskiego. Jesteśmy dumni i jeszcze raz gratulujemy Panu Doktorowi tej wyjątkowej publikacji!

Szanowni Państwo, miarą działania samorządu są inicjatywy, które służą dobru jego członków, dlatego chcę podziękować tym wszystkim lekarzom, którzy w ostatnim czasie coraz liczniej angażują się w jego działalność. Przychodzą do nas ze swoimi pomysłami i wizjami, potrzebami, a my staramy się na nie odpowiadać i wdrażać ich pomysły w życie.

Na kolejnych stronach „Primum”, na naszej stronie internetowej i w mediach społecznościowych znajdą Państwo wiele relacji z różnorodnych wydarzeń, zarówno w Bydgoskiej Izbie Lekarskiej, jak i w szerszym środowisku samorządowym. Niech one będą dla Państwa zaproszeniem do zaangażowania się w życie izby lekarskiej, impulsem do integracji ze środowiskiem – jesteśmy otwarci na naszych lekarzy i jesteśmy dla naszych lekarzy!

Z pozdrowieniami

Aleksandra Śremska  
p.f. Prezesa BIL



## BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ primum

**RADA PROGRAMOWA:**  
prof. Aleksander Araszkiwicz,  
red. Agnieszka Banach-Dalke,  
lek. Mieczysław Boguszyński,  
lek. Mariusz Gawrych,  
red. Magdalena Godlewska,  
dr n. med. Maciej Klimarczyk,  
lek. dent. Marek Rogowski  
(przewodniczący),  
dr n. med. Zofia Ruprecht,  
lek. Mateusz Wartęga,  
lek. Michał Wojciechowski

**REDAKTORKA NACZELNA:**  
Agnieszka Banach-Dalke  
agnieszkapress@gmail.com

**REDAKTORKA:**  
Magdalena Godlewska (korekta)  
magodlewska@poczta.onet.pl

**CZEKAMY** na Państwa opinie,  
uwagi i propozycje!  
Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania  
i poprawiania materiałów oraz zmian w tytułach.  
Za treść reklam nie odpowiadamy.

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:** lek. med. Zofia Parszyk,  
e-mail: [rzecznik@bil.org.pl](mailto:rzecznik@bil.org.pl)  
tel. 52 3461257
- **Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyści:**  
dr n. med. Maciej Klimarczyk  
tel. 609 473 342

### DRUK:

Abedik, Bydgoszcz, tel. 52 3700710

### SKŁAD:

Magraf s.c., Bydgoszcz, tel. 52 3791435

Nakład: 4340 egzemplarzy

# Jurasz + Biziel = ???



**Wojewoda Mikołaj Bogdanowicz:**

*Łączenie szpitali, a tak naprawdę likwidacja jednego z nich, idzie w odwrotnym kierunku niż wojewódzki plan transformacji, który został ustalony przez cały zespół ekspertów i specjalistów. Zaprzecza celom, jakie dla województwa zostały w tym planie przyjęte. Nie wpisuje się w żaden sposób w potrzeby ani strategię województwa.*

Wakacje miały być czasem, w którym m.in. środowisko lekarskie pozna więcej szczegółów na temat planowanej przez UMK fuzji bydgoskich szpitali uniwersyteckich – Bizie-la i Jurasza. Niestety, nic takiego się nie stało... Nadal dokładnie nie wiadomo, jak ma przebiegać zapowiadane połączenie. Z wypowiedzi medialnych rzecznika prasowego uczelni (Primum odpowiedzi na przesłane pytania nie otrzymało) wynika, że konsolidacja obu placówek to de facto likwidacja Szpitala Uniwersyteckiego nr 2. Wcześniej słyszało się też o połączeniu tożsamyh klinik, co w rezultacie oznaczałoby także likwidację jednej z nich, np. taki los miałby spotkać doskonale prosperującą Klinikę Neurologii z Bizie-la z Centrum Interwencyjnym Leczenia Udarów Mózgu – jedynym ośrodkiem leczącym udary niedokrwienne mózgu metodą trombektomii mechanicznej w woj. kujawsko-pomorskim (więcej o tym poniżej). Niepewne są też losy ogromnej inwestycji Uniwersyteckiego nr 2 obejmującej m.in. budowę 5-piętrowego budynku z nowoczesnymi salami operacyjnymi i oddziałami szpitalnymi – na którą łącznie wydano już 89 803 tys. zł.

Połączenie szpitali uniwersyteckich było też tematem obrad Prezydium Kujawsko-Pomorskiej Wojewódzkiej Rady Dialogu Społecznego, które odbyły się przed wakacjami oraz pod ich koniec – 26 sierpnia. W czerwcu na Radzie Dialogu pojawił się nawet rektor UMK prof. Andrzej Sokala. „Cieszy mnie fakt, że w wyniku rozmów, ale też i pewnej presji ze strony społeczeństwa decyzja o fuzji szpitali została odłożona o co najmniej 3 miesiące. Pozwoli nam to bliżej poznać ten temat” – mówił wtedy wojewoda Mikołaj Bogdanowicz, otwarcie artykułując swój niepokój spowodowany informacjami o planowanej fuzji. Rektor obiecał też powołać zespoły ekspertów, by do września „wypracowały stanowiska i opinie dotyczące m. in. przyszłości bydgoskich szpitali”. Nic takiego jednak się nie wydarzyło.

Trzy miesiące minęły i także wojewoda Mikołaj Bogdanowicz nie wie nic więcej niż przed wakacjami na temat rewolucyjnych planów UMK. Po sierpniowym spotkaniu Prezydium Wojewódzkiej Rady Dialogu Społecznego poinformował: „Na przełomie sierpnia i września br. miał być nam przedstawiony plan transformacji dwóch szpitali – tak deklarował rektor UMK na spotkaniu w czerwcu br. Niestety termin został przełożony o kolejny miesiąc. Budzi to nasze poważne obawy, że decyzja może zapaść bez konsultacji z WRDS”.

A na swoim facebookowym profilu napisał: „Nie popieram i nie akceptuję działań zmierzających do wprowadzenia znaczących zmian w strukturach organizacyjnych szpitali uniwersyteckich w Bydgoszczy, które mogą doprowadzić do istotnego ograniczenia dostępności świadczeń zdrowotnych”. Mikołaj Bogdanowicz podkreślił także, nawiązując do słów rektora o wcześniejszym przekazaniu wojewodzie informacji dotyczących fuzji, że „do tej pory do urzędu wojewódzkiego nie dotarł ani projekt, ani harmonogram planowanych działań w zakresie połączenia szpitali, ani też uzasadnienie ich podjęcia”.

Planowaną fuzją dwóch największych szpitali w województwie kujawsko-pomorskim, na których – jak zaznaczył wojewoda - opiera się cały system leczenia, zaniepokojeni są też inni członkowie WRDS. Swoje obawy na spotkaniu jednym głosem wyrazili: wicemarszałek Województwa Kujawsko-Pomorskiego Zbigniew Ostrowski, przewodniczący NSZZ „Solidarność” Regionu Bydgoskiego Leszek Walczak, prezes Nadwiślańskiego Związku Pracodawców „Lewiatan” Roman Rogalski, przewodniczący Rady Wojewódzkiej OPZZ Harald Matuszewski oraz przewodniczący ZWFZZ Województwa Kujawsko-Pomorskiego Andrzej Arndt. a.b.

## Quo Vadis CILUM

Centrum Interwencyjnego Leczenia Udarów Mózgu (CILUM) Szpitala Uniwersyteckiego im. dr. J. Bizie-la w Bydgoszczy zostało utworzone 1 stycznia 2016 r. Działa obecnie w ramach Kliniki Neurologii, ściśle współpracując z Pracownią Radiologii Zabiegowej. Powstało, aby wdrożyć w naszym regionie najnowocześniejszą metodę leczenia udarów niedokrwiennych mózgu – trombektomię mechaniczną. Jest to jedyny ośrodek leczący udary ww. metodą dla dwumilionowej populacji mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego. Pierwszy zabieg wykonano w lutym 2016 r. W sierpniu 2019 zosta-

ła zawarta umowa z Ministerstwem Zdrowia na wykonywanie zabiegów trombektomii w udarze niedokrwiennym mózgu – w ramach pilotażowego programu trombektomii mechanicznej. Kolejnym krokiem w rozwoju było uruchomienie w czerwcu 2020 r. oprogramowania do post-processingu badań obrazowych mózgu firmy Brainomix w ramach programu TELESTROKE. Dzięki zastosowaniu tej zaawansowanej techniki możliwe stało się leczenie większej grupy chorych metodą trombektomii poprzez wydłużenie okna czasowego – w szczególnych wypadkach nawet do 24 godzin.

## Trwa rozbudowa Bizie-la...

...czyli realizacja „Wieloletniego programu medycznego – rozbudowa i modernizacja Szpitala Uniwersyteckiego nr 2”. W planach, a ściślej mówiąc – w toku – jest budowa nowego 5-piętrowego budynku (ma zostać oddany do końca 2023 r.) o powierzchni użytkowej 18 400 m<sup>2</sup>, w którym umieszczone zostaną: Dział Sterylizacji i Dezynfekcji (poziom -1), Blok Operacyjny – 12 sal, w tym 2 hybrydowe (poziom 0), Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii na 20 łóżek (poziom +1), Klinika Otolaryngologii, Onkologii Laryngologicznej i Chirurgii Szczękowo-twarzowej z Kliniką Foniatrii i Audiologii na 35 łóżek (poziom +2), Klinika Hematologii na 50 łóżek, w tym 10 łóżek transplantologicznych (poziom +3 i +4), Oddział Kliniczny Rehabilitacji na 35 łóżek (poziom +5). W nowym budynku znajdują się także sale dydaktyczne, duża sala audytoryjna, archi-

wum a na dachu budynku lądowisko dla helikopterów. Modernizacja ma objąć również ok. 25 000 m<sup>2</sup> istniejącej kubatury Szpitala wraz z doposażeniem modernizowanych jednostek.





## NIE SPOCZĘLIŚMY NA LAURACH

**Dzięki nabyciu doświadczenia oraz nieustannemu podnoszeniu kwalifikacji** przez zespół możliwe stało się leczenie chorych z tzw. tandemową niedrożnością. Polega ono na udrażnianiu tętnicy mózgowej z jednoczesnym udrażnianiem tętnicy przedczaszkowej, np. tętnicy szyjnej, poprzez wykonanie plastyki lub stentowania tętnicy w trybie pilnym. Podczas jednego zabiegu wykonywana jest trombektomia tętnic mózgowych oraz plastyka lub stentowanie tętnicy przedczaszkowej. W CILUM wykonuje się także pionierskie zabiegi stentowania tętnic wewnątrzczaszkowych.

Wprowadzenie i rozwijanie leczenia udarów metodą trombektomii mechanicznej, jak i trombolizy dożyłnej było możliwe dzięki modernizacji szpitalnego oddziału ratunkowego (SOR). Inwestycja ta, kosztująca 7 mln zł, została zakończona w 2018 r. SOR został wyposażony między innymi w tomograf komputerowy.

Opracowano również specjalną procedurę: „Postępowanie z pacjentem z udarem mózgu”, działającą w SOR, z jasnym określeniem zadań poszczególnych pracowników. Ustalono priorytet chorego z udarem w wykonywaniu CT z pominięciem innych chorych (poza osobami z urazem wielonarządowym). Laboratorium zostało wyposażone w aparat do obróbki krwi chorego z udarem, dzięki któremu maksymalny czas oczekiwania na wynik (łącznie z krzepnięciem) skrócono do 15 minut, pozyskano aparat „paskowy” do pomiaru INR. Dzięki rozpoczęciu leczenia trombolitycznego w SOR czas rozpoczęcia leczenia trombolitycznego skrócił się o ponad 50% (czas od „drzwi do igły” zmniejszył się z 47 do 22 min.)

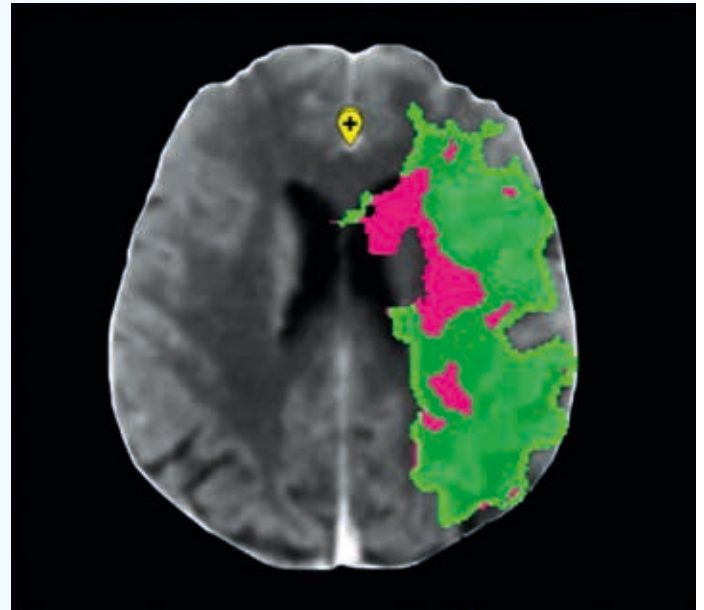
Kolejnym rozwiązaniem przyspieszającym leczenie było umożliwienie przyjęcia chorych z udarem bezpośrednio do pracowni radiologii zabiegowej z pominięciem SOR, które znacznie skróciło czas do rozpoczęcia zabiegu. Czas od przyjęcia do nakłucia pachwiny obecnie wynosi ok. 10 min. Jesteśmy jedynym szpitalem, który przyjął takie rozwiązanie.

Aktualnie w głównym obiekcie, czyli skrzydle łóżkowym (oznaczonym jako budynek L) już w 90% wykonane zostały stropy nad poziomem niskiego parteru. W końcową fazę weszły również prace związane ze zbrojeniem ostatniej sekcji stropu nad niskim parterem. W 75% wykonane są już stupy i połowa ścian na wysokim parterze. Rozpoczęto także tworzenie stropów nad tą kondygnacją. W budynku 2E, który stanowić będzie trzon komunikacyjny, zakończono budowę ścian żelbetowych poziomu +3 oraz zbrojenie stropu nad poziomem +3.

W budynku trafostacji wykonano ławy i ściany fundamentowe. Dodatkowo zrealizowane zostały zasypki wewnętrzne i zewnętrzne fundamentów. W sąsiadujących budynkach 1A i 1G prowadzone są prace rozbiórkowe w miejscach, które planowo będą adaptowane.

Zmodernizowano już i doposażono 8 jednostek w starej infrastrukturze Szpitala oraz kuchnię, pobudowano garaże dla karetek.

Następnym istotnym elementem w usprawnianiu opieki nad chorym z udarem była modernizacja Pracowni Radiologii Interwencyjnej przeprowadzona w 2019 r. Koszt inwestycji wyniósł 4 mln zł. Nowy aparat umożliwił redukcję dawki promieniowania o 50 %. Posiada również możliwość obrazowania w projekcji 3D, 4D oraz bardzo przydatną funkcję Dyna CT, która pozwala na wykonanie badania tomograficznego mózgu przy użyciu angiografu, bez przewożenia chorego do pracowni CT.



*Badania perfuzji CT. Kolor różowy wskazuje na rdzeń udaru, zielony na obszar penumbry – półcienia, możliwy do uratowania po zastosowaniu leczenia reperfuzyjnego (trombektomii mechanicznej lub trombolizy)*

*Ciąg dalszy na s. 4*

Zakupiono sprzęt i aparaturę medyczną dla kilkunastu jednostek – w tym 163 nowe łóżka, 3 ambulanse. Wykonano przebudowę układu zasilania awaryjnego Szpitala.

Do tej pory na inwestycję wydano łącznie 89 803 tys. zł, z czego: do 2018 r. – 2 459 tys. zł, w 2018 r. – 15 300 tys. zł, w 2019 r. – 25 384 tys. zł, w 2020 r. – 18 226 tys. zł, w 2021 r. – 28 434 tys. zł.

W 2022 r. zaplanowano prace na kwotę 72 468 tys. zł.

Na swoją wielką inwestycję Szpital Uniwersytecki nr 2 otrzymał 348.752 tys. zł.

Wartość kosztorysowa inwestycji wynosi 376 607 tys. zł, z czego: 1 320 tys. zł to środki własne CM UMK, 348 752 tys. zł – dotacja celowa, 3 532 tys. zł inne środki budżetowe, 20 010 tys. zł – środki z POLiŚ, 2 993 tys. zł – środki własne Szpitala. Umowa trójstronna na udzielenie dotacji celowej została podpisana 25 czerwca 2018 r.



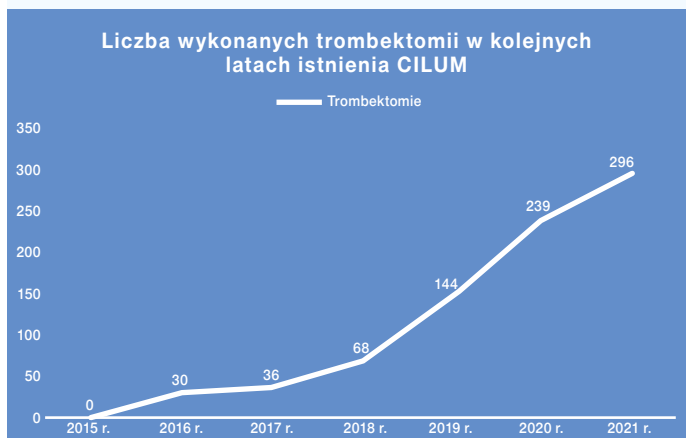
Pracownia Radiologii Interwencyjnej po modernizacji

Metoda ta jest szczególnie przydatna podczas pogorszenia się stanu chorego, pozwala bowiem wykluczyć krwawienie do mózgu. Myśląc o przyszłości leczenia schorzeń naczyniowych, przewidziano w budowanej aktualnie nowej części szpitala powstanie sal hybrydowych umożliwiających łączenie zabiegów endowaskularnych z chirurgicznymi.

## SIĘĆ ODDZIAŁÓW UDAROWYCH

Dzięki ścisłej współpracy z oddziałami udarowymi całego regionu zapewniono dostęp do tej nowoczesnej procedury wszystkim kwalifikującym się do niej pacjentom.

Poniższy wykres obrazuje rozwój leczenia udarów metodą trombektomii mechanicznej



Należy zdać sobie sprawę, że 80% pacjentów kierowanych na zabieg trombektomii stanowią chorzy kierowani ze współpracujących z naszym ośrodkiem oddziałów udarowych. W grupie chorych z udarem niedokrwiennym na terenie naszego województwa 4,9% jest leczonych metodą trombektomii mechanicznej. Jest to bardzo dobry wynik. Średnia krajowa wynosi około 4,5%. Dla porównania – kraje z bardzo dobrze zorganizowanym systemem opieki medycznej, np. Niemcy, leczą tą metodą 5% udarów niedokrwiennych.

Kolejny wykres wskazuje ośrodki udarowe współpracujące z CILUM



W CILUM osiągamy bardzo dobre wyniki leczenia. Rekanalizacja naczyń jest uzyskiwana obecnie u 93% chorych. W pierwszych latach stosowania metody (2016–2018) odsetek ten stanowił 78% i już wtedy był porównywalny z wynikami uzyskiwanymi w badaniach klinicznych, gdzie waha się od 70% do 86%.

Zespół posiada ponadto wieloletnie doświadczenie w nowoczesnym leczeniu reperfuzyjnego zawału mózgu. W 2006 r. w tutejszym Oddziale Udarów została przeprowadzona pierwsza w województwie tromboliza dożylna w udarze niedokrwiennym mózgu.

Stworzono tu od podstaw opiekę nad chorymi z udarem z wykorzystaniem nowoczesnych metod leczenia reperfuzyjnego. Stało się to możliwe dzięki olbrzymiemu wysiłkowi pracowników CILUM, Pracowni Radiologii Zabiegowej, doskonałej współpracy z Dyrekcją Szpitala, wreszcie dzięki poczynionym inwestycjom. W budowanej nowej części szpitala zaplanowano powstanie oddziału rehabilitacji, który zapewni ciągłość opieki nad chorym po udarze i ułatwi powrót do pełnej sprawności.

## SYSTEM CIĄGŁEJ OPIEKI

Wobec zapowiadanych zmian organizacyjnych, które spowodują ograniczenie dostępu dla chorych wymagających pilnej interwencji w udarze mózgu, obawiamy się o przyszłość opieki nad tymi pacjentami. Szacuje się, że udar mózgu w nadchodzących latach będzie dotykał coraz większej liczby chorych. Obecnie ich liczba w ciągu roku w Polsce wynosi 90 tys. W województwie kujawsko-pomorskim jest to około 5000–5500 osób/rok. Należy wspomnieć, że na terenie województwa dostęp do leczenia w oddziałach udarowych jest ograniczony z powodu zamknięcia oddziałów udarowych w Inowrocławiu i Grudziądzu ze względu

### W 2021 r. w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr. J. Biziela w Bydgoszczy



- hospitalizowano 34 852 pacjentów (średni czas pobytu 4,6 dnia)
- powitano na świecie 2205 nowo narodzonych dzieci
- udzielono 197 644 porad specjalistycznych, w tym:
  - 184 111 w poradniach specjalistycznych
  - 13 522 w POZ
- w SOR przyjęto 49 799 pacjentów, w tym:
  - 38 859 wypisano po zaopatrzeniu
  - 10 940 przyjęto do szpitala w trybie pilnym
- wykonano 19 33 zabiegów, w tym:
  - 6621 na bloku operacyjnym
  - 4105 w salach operacyjnych na terenie klinik
  - 4705 w pracowniach radiologii zabiegowej
  - 3902 w pozostałych pracowniach

### W 2021 r. Szpital:



- został umieszczony na liście najlepszych szpitali w Polsce w rankingu World's Best Hospitals 2021 organizowanym przez Tygodnik „Newsweek” i Statista Inc.
- dołączył do grona nagrodzonych w IV Edycji Konkursu „Liderzy Zmian w Ochronie Zdrowia”
- został potrójnym laureatem Konkursu Bezpieczny Szpital Przyszłości – INSPIRACJE 2020
- uplasował się na dziewiątym miejscu w kraju w VI edycji zestawienia „Liderzy zarządzania – najlepiej zarządzane szpitale według BFF Banking Group w kategorii placówek medycznych, których kontrakt z NFZ jest wyższy niż 99 mln pln.

na braki lekarzy, w okresie letnim nie działa również Oddział Neurologiczny i Udarowy we Włocławku. Pamiętajmy też o sytuacji z 2021 r., kiedy to w Toruniu nie działał żaden oddział udarowy. Trzeba z tego wyciągnąć wnioski na przyszłość i nie likwidować kolejnych łóżek udarowych.

Chorzy doznają udaru o wszelkich porach dnia i w każdym dniu tygodnia, stąd też **pomysły ograniczania liczby lekarzy i pielęgniarzy na dyżurach**, które zajmują około 80% czasu pracy w ciągu tygodnia, **znacznie pogorszą jakość opieki nad pacjentami**.

## NEUROLOGIA TO NIE TYLKO UDARY MÓZGU

**Pod znakiem zapytania jest także dostępność opieki dla pacjentów wymagających hospitalizacji neurologicznej z innych przyczyn.** Należy dodać, że obecnie rośnie zapotrzebowanie na świadczenie procedur neurologicznych związanych ze starzeniem się populacji, a co za tym idzie zwiększaniem się liczby chorych z otępieniem, parkinsonizmem, padaczką poudarową. Tutejsza Klinika Neurologii zajmuje się również tymi schorzeniami. Prowadzimy diagnostykę chorych z chorobą Parkinsona oraz kwalifikujemy pacjentów do zaawansowanych metod leczenia tej choroby. Dzięki ścisłej współpracy z Kliniką Neurochirurgii, po zakwalifikowaniu chorego do leczenia głęboką stymulacją mózgu (DBS), neurochirurdzy przeprowadzają zabieg wszczepienia stymulatora. Jesteśmy także jedynym ośrodkiem w rejonie, który kwalifikuje i nadzoruje leczenie choroby Parkinsona za pomocą Duodopy. W tym zakresie współpracujemy z Kliniką Chirurgii, gdzie wykonywane są zabiegi gastrostomii. Prowadzimy również program leczenia choroby Pompego. Proponujemy naszym chorym leczenie za pomocą toksyny botulinowej w poudarowej spastyczności kończyn. Ponadto, jako jedyny ośrodek w województwie, oferujemy chorym zaawansowaną diagnostykę padaczki z wykorzystaniem pracowni video-eeg. Klinika została również zakwalifikowana do programu leczenia migreny przewlekłej toksyną botulinową oraz przeciwciałami monoklonalnymi.

W przedstawionym kontekście likwidacja łóżek neurologicznych byłaby błędną decyzją, pogarszającą opiekę neurologiczną w naszym województwie. Istotne jest również, że w **zaistniałej sytuacji pojawiły się propozycje pracy dla pracowników Kliniki w innych miejscach**, co dodatkowo może przyczynić się do pogorszenia tej opieki przez rozpad doświadczonego zespołu.

## SZPITAL BIZIELA BEZ NEUROLOGII?

Kolejnym niepokojącym aspektem związanym z planami przeniesienia CILUM i Kliniki Neurologii do SU nr 1 jest **pozbawienie możliwości konsultacji neurologicznych chorych, którzy będą leczeni w klinikach pozostawionych w obecnej lokalizacji**. Łącznie w ciągu 2021 r. we wszystkich klinikach Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 odbyło się 3619 konsultacji neurologicznych, średnio 10 konsultacji dziennie każdego dnia tygodnia, z czego około 75% to konsultacje w trybie pilnym. Dla przykładu – w Klinice Hematologii w 2021 r. wykonano 139 konsultacji, odpowiednio w Klinice Alergologii – 138, na Położni-

ctwie i Ginekologii – 123, w Klinice Chorób Wewnętrznych – 96, w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym – 2542.

Klinika jest też prężną bazą dydaktyczną dla studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu. Realizuje 3000 godzin dydaktycznych z przedmiotu neurologia oraz 1000 godzin praktyk śródrocznych dla studentów kierunków pielęgniarstwa i fizjoterapii, kształcąc kadry medyczne z nowoczesnych metod leczenia udaru mózgu, jak i innych schorzeń neurologicznych. W ciągu ostatnich siedmiu lat wykształciło się tu 9 specjalistów neurologii. Pracownicy dbają również o rozwój naukowy, podczas krótkiego czasu istnienia Kliniki zespół uzyskał 81,41 IF.

## CENA ZDROWIA

Szpital uniwersytecki to miejsca, gdzie dzięki skupieniu wysoko wykwalifikowanego personelu leczeni są bardzo często pacjenci wielochorobowi, z długą historią choroby. System ochrony zdrowia wymaga dużych nakładów finansowych, jeśli chcemy leczyć chorych na dobrym poziomie.

**Oczywiste jest, że należy dbać o finanse szpitali i dążyć do tego, aby się bilansowały, ale nie ulegajmy złudzeniu, że szpital publiczny to przedsiębiorstwo generujące zysk.** A co będzie jeśli proponowane zmiany nie przyniosą poprawy? Wcześniejsze próby bilansowania tych szpitali nie przyniosły efektu, bo nie mogły, ponieważ taki mamy system finansowania. Skąd nagle bierze się pewność, że skoro nie zmieniło się istotnie finansowanie szpitali to nagle uzyskamy budżetowy sukces? Czy wobec niepowodzenia proponowanych zmian ten jeden szpital zostanie wtedy zamknięty? Gdzie będą leczyć się chorzy? Skąd nagle pojawiają się wcześniej zredukowane kadry medyczne zapewniające opiekę chorym? Zła kondycja finansowa obydwu szpitali uniwersyteckich to nie problem lokalny, ale odbicie tego, co dzieje się w systemie opieki zdrowotnej w całej Polsce. Oczywiście jest również i to, że wycenia świadczeń medycznych nie nadąża za ich realnymi kosztami, jest to fakt znany od lat, należy zatem zabiegać o poprawę w tym zakresie, a nie dokonywać kolejnych oszczędności kosztem pacjentów. Zmniejszenie liczby łóżek neurologicznych czy pozbycie się części personelu medycznego, również z obsady dyżurów, ostatecznie i tak odbije się na jakości opieki zdrowotnej, trafiając bezpośrednio w chorych.

Obejmujemy chorych z całego regionu szeroką, dobrze zorganizowaną opieką, wypracowaną dzięki wieloletniemu doświadczeniu pracowników nie tylko samej Kliniki Neurologii i CILUM, ale także poprzez ścisłą współpracę z innymi klinikami i zakładami Szpitala zgodnie działającymi w myśl dewizy Szpitala im. dr. J. Bizuela: „Przez wiedzę i doświadczenie do zdrowia chorego”.

Pozostaje mieć nadzieję, że zwycięży rozsądek i troska o chorego, a stworzony system opieki nad chorymi z najcięższej przebiegającymi udarami mózgu nie zostanie zburzony.

*Zespół Centrum Interwencyjnego Leczenia Udarów Mózgu i Kliniki Neurologii*

Trwa zbiórka podpisów

## Ratujmy Bizuela

„Istnienie Szpitala im. dr. J. Bizuela jest zagrożone. Zróbmy wszystko, co w naszej mocy, aby nie dopuścić do jego likwidacji” – piszą autorzy apelu do rektora Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu prof. Andrzeja Sokali. Do tej pory (2 września) podpisało się pod nim prawie 10 tys. mieszkańców regionu i pacjentów szpitala.

„Nie zgadzamy się, aby arbitralna decyzja władz UMK doprowadziła do likwidacji szpitala tak ważnego dla bydgoszczan i mieszkańców regionu. Jesteśmy przekonani, że likwidacja Szpitala Bizuela odbędzie się przede wszystkim kosztem nas, pacjentów. W tych trudnych dla nas wszystkich czasach jakiegokolwiek zmniejszenie dostępu do świadczeń zdrowotnych odbije się niekorzystnie na poczuciu bezpieczeństwa, a ostatecznie także na naszym zdrowiu” – ostrzegają autorzy apelu. – „Decyzje dotyczące zdrowia i życia olbrzymiej rzeszy pacjentów będących pod opieką Szpitala Bizuela nie mogą być motywowane jedynie względami ekonomicznymi i organizacyjnymi. Dlatego domagamy się porzucenia szkodliwych i niebezpiecznych planów likwidacji bydgoskiego Szpitala im. dr. Jana Bizuela.”

Pod apelem można podpisać się tutaj: <https://ratujmybizuela.pl/>

# W ogniu pytań rzecznika prasowego BIL

Jako rzecznik prasowy Bydgoskiej Izby Lekarskiej, postanowiłem zadbać o zwiększenie zakresu bieżących informacji dotyczących naszej izby. Chciałbym przedstawić Wam, co aktualnie się w niej dzieje i jakie zmiany zaszły od czasu powołania nowej Okręgowej Rady Lekarskiej.

W związku z tym postanowiłem porozmawiać z osobami, na których barkach spoczywa główny ciężar decyzyjny – z pełniącą funkcję prezesa lek. Aleksandrą Śremską oraz skarbnikiem dr. n. med. Danielem Rogowiczem.



Na budowie: Aleksandra Śremska i Daniel Rogowicz

**Michał Wojciechowski:** Olu, co obecnie dzieje się w naszej izbie?

**Aleksandra Śremska:** Od samego początku kadencji poświęcamy bardzo dużo czasu i energii na wdrażanie systemowych zmian w funkcjonowaniu naszej izby. Wielu z tych zmian nie widać na zewnątrz, gdyż jest to praca u podstaw. Izba lekarska to instytucja, która opiera się na pracy wielu ludzi – członków Okręgowej Rady Lekarskiej, członków naszych komisji stałych i problemowych, osób funkcyjnych w różnych organach i strukturach izby, jak również naszych prawników i pracowników administracji. Zmiany, które zachodzą aktualnie są wypadkową ciężkiej i efektywnej współpracy tych wszystkich osób oraz koordynacji tej pracy przede mnie jako prezesa.

Przez pierwsze miesiące po wyborach tworzyliśmy strukturę personalną naszej izby. Powołaliśmy, jako Okręgowa Rada Lekarska,

wiele nowych funkcyjnych osób – m.in. pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyistów, rzecznika praw lekarzy i lekarzy dentyistów, mediatora, przewodniczących komisji. Bardzo ważne jest, by dane stanowiska zajmowały osoby kompetentne, dyspozycyjne, pełne pasji i zaangażowania – to kreuje kierunek działania izby.

Organizujemy systematyczne wewnętrzne spotkania celem usprawnienia naszej pracy, podniesienia jej jakości i wprowadzania zmian – w naszym biurze prawnym, w sferze informatyzacji izby czy dotyczących sprawniejszego załatwiania spraw lekarzy na poziomie administracyjnym.

Tych działań nie widać, ale lekarze, mam nadzieję, mogą je odczuć już przy pierwszym kontakcie z izbą.

Zarządzanie izbą wymaga wielu, często trudnych, decyzji, w tym także tych finansowych. Mam przyjemność współpracować z bardzo kompetentną osobą pełniącą funkcję skarbnika i bardzo mnie cieszy, że nasz skarbnik, poza kompetencjami lekarza, posiada również szeroką wiedzę z zakresu branży budowlanej i finansowej. To jest szczególnie ważne w trakcie procesu budowy nowej siedziby.

**Właśnie, Danielu, jak odnalazłeś się na tak wymagającym stanowisku, jakim jest stanowisko skarbnika BIL w dość ciężkiej sytuacji izby z racji na budowę nowej siedziby?**

**Daniel Rogowicz:** Funkcja skarbnika BIL rzeczywiście wymaga dobrej organizacji własnego czasu, samodyscypliny, cierpliwości i chęci do nabywania wiedzy w wielu dziedzinach. Poza wykonywaniem zawodu lekarza interesuję się zarządzaniem, ekonomią i finansami oraz branżą budowlaną. Skończyłem również studia podyplomowe z zarządzania w ochronie zdrowia. Wszystko to pomaga mi w sprostaniu wyzwaniom, jakie są przede mną stawiane. Ponadto cenię sobie współpracę z całym naszym zespołem, w razie potrzeby możemy liczyć na wzajemne wsparcie. Dr Śremska, pełniąca funkcję prezesa bydgoskiej BIL, to bardzo dobry koordynator, mediator i zarządca.

**A jakie są perspektywy finansowe w obecnej sytuacji izby lekarskiej?**

**D.R.:** Aktualnie realizujemy plan budżetowy i inwestycję, jaką jest budowa nowej siedziby, które były zaplanowane przez naszych poprzedników. Tak jak już wspominałem, rosnące koszty budowy są nie lada wyzwaniem, ale po jej zakończeniu sytuacja finansowa izby ulegnie istotnej poprawie. Zamknięcie obecnej inwestycji pozwoli na realizację założeń budżetowych, wzrost wydatkowania na dotychczasowe potrzeby oraz finansowanie nowych inicjatyw.

**Co z nową izbą lekarską? Zaczniemy od początku, bo ta kwestia bardzo interesuje naszych lekarzy. Gdzie mieści się ten budynek?**



**D.R:** Siedziba mieści się w pobliżu budynku ZUS na ulicy Teofila Lenartowicza 33-35 – jest to część tego niebieskiego budynku, w którym wcześniej znajdowała się firma ASECO.

### **Panie Skarbniku, a na jakim aktualnie etapie jest budowa nowej siedziby? Jakie są problemy?**

**D.R:** Niestety, środki, którymi dysponuje BIL, okazały się być niewystarczające. Rosnące koszty budowy – będące odzwierciedleniem inflacji – to aktualne nasze problemy. Udało się wstępnie re-negocjować warunki umowy z ORL, które umożliwią znalezienie oszczędności w tych trudnych czasach. Planowanie dalszych etapów budowy wymaga wielu systematycznych spotkań osób decyzyjnych z mecenasami, inwestorem zastępczym, przedstawicielami firm budowlanych wykonujących prace budowlane. Są to często długie dyskusje i analizy trwające nawet do późnych godzin nocnych, które, w zależności od potrzeb, odbywają się zarówno w izbie, jak i na placu budowy.

### **A Jak ma wyglądać mowy budynek BIL?**

**D.R:** W porównaniu do obecnej izby, nowa lokalizacja jest znacznie dogodniejsza, a sam budynek będzie dysponował większym i łatwiej dostępnym parkingiem. Naszym założeniem jest, by nowa izba, poza spełnieniem swojej podstawowej funkcji, była nowoczesna i ekologiczna, co z kolei zaowocuje oszczędnościami w przyszłości. Budynek będzie wielopiętrowy, z oddzielnymi kondygnacjami dla biur: sądu lekarskiego, rzecznika odpowiedzialności zawodowej, biura PWZ oraz biur naszej administracji.

**A.Ś:** Pozwoli nam to przede wszystkim przyjmować naszych lekarzy i gości w lepszych niż dotychczas warunkach. Planowana jest jedna duża sala konferencyjna oraz mniejsze sale spotkań umożliwiające organizację licznych szkoleń i konferencji.

**D.R:** Dodam, że w przyszłości planujemy także te sale udostępnić naszym lekarzom w różnych celach.

### **A jaki jest postęp prac budowlanych?**

**D.R:** Pomimo wielu trudności, jakie napotkaliśmy w związku z ciężką sytuacją gospodarczą, udało się tak przeorganizować zakres prac, że wszystko aktualnie przebiega zgodnie z harmonogramem. Zakończenie przebudowy i remontu nowej siedziby planowane są w przyszłym roku.

**Wiemy, jakie są postępy przy budowie nowej siedziby. Olu, wspominałaś o wielu zmianach, które zachodzą w naszej izbie – o tych mniej widocznych, które my, członkowie ORL – w tym ja – widzimy, ale są przecież także zmiany widoczne na zewnątrz i nasze pierwsze sukcesy.**

**A.Ś:** Tak, to prawda, mamy na koncie już kilka bardziej widocznych w środowisku działań i inicjatyw.

Najważniejszą aktualnie zmianą jest poszerzenie zakresu pomocy prawnej dla lekarzy o opiekę nad indywidualnymi praktykami lekarskimi. Pamiętajcie Państwo, że każdy lekarz w dowolnej chwili może zadzwonić, wysłać maila lub pojawić się osobiście w izbie i uzyskać poradę – konsultację prawną.

Pracujemy także nad dalszą informatyzacją izby, by umożliwić lekarzom załatwienie wielu spraw zdalnie. W ostatnim czasie dokonaliśmy znaczących zmian i aktualizacji na naszej stronie internetowej. Wstrzymujemy się na razie z tworzeniem nowej strony internetowej, gdyż wiele izb, w tym nasza, podejmuje rozmowy o ujednoczeniu izbowych stron internetowych z poziomu Naczelnej Izby Lekarskiej.

Zajęliśmy się również ulepszaniem naszych mediów społecznościowych. W mojej opinii są to bardzo ważne działania, ponieważ komunikacja ze środowiskiem lekarskim jest podstawą dobrego funkcjonowania izby.

Powołaliśmy także nową funkcję, czyli rzecznika prasowego, którym jesteś Ty, Michał. Sam doskonale wiesz, jaka to istotna funkcja, jak często różne instytucje zgłaszają się do nas z zapytaniami czy prośbą o komentarz.

**Oczywiście wychodzimy z założenia, że podejmowanie tematów dotyczących naszego środowiska lekarskiego w przestrzeni medialnej jest bardzo istotne.**

**A.Ś:** Dokładnie, a preferencje lekarzy, co do kanałów poszukiwania informacji i komunikacji z izbą są różne. Lekarze seniorzy preferują głównie biuletyn. Z kolei młodszy lekarze korzystają najczęściej z oficjalnego profilu naszej izby na Facebooku, który założył kilka lat temu i prowadził dotychczas jednoosobowo Marek Rogowski – wiceprezes ORL BIL. Aktualnie poszerzyliśmy grono osób prowadzących profil o moją osobę, członków ORL i Komisji ds. Młodych Lekarzy, by rozwinąć to narzędzie informacji i komunikacji – publikować jak najwięcej treści. Wiemy, że brak informacji w przestrzeni medialnej jest niestety często odbierany jako brak działania izby, lekarze nie wiedzą o możliwościach pomocy ze strony izby czy organizowanych inicjatywach. Pracowałam kiedyś w działach medialnych innych organizacji lekarskich, takich jak Porozumienie Rezydentów czy @polkiwmedycynie, dlatego zwracam szczególną uwagę na rozszerzanie naszej działalności medialnej i wspólnie, z pomocą wspomnianych kolegów i koleżanek, czynimy w tej sferze znaczne postępy.

**D.R:** Planujemy również digitalizację naszego „Primum” – możecie się Państwo w najbliższym czasie spodziewać możliwości złożenia oświadczenia o przejściu na wersję elektroniczną biuletynu.

**A.Ś:** Warto wspomnieć także o usprawnianiu pracy i poszerzaniu zakresu działań naszych komisji problemowych i zespołów zadaniowych.

Komisje problemowe są bardzo istotne, gdyż do ich struktury może należeć każdy lekarz naszej izby i są naszym łącznikiem z całym środowiskiem lekarskim. Komisje pozwalają nam lepiej reagować na potrzeby lekarzy. Pracujemy od dwóch miesięcy nad modyfikacją i/lub aktualizacją dotychczasowych regulaminów komisji problemowych. Te prace pozwolą nam jeszcze efektywniej udzielać pomocy naszym lekarzom poprzez różnego rodzaju dofinansowania czy świadczenia socjalne. Najbardziej oczekujące pomocy grupy lekarzy to: stażyści, którzy dopiero wchodzi na ścieżkę kariery zawodowej, oraz lekarze seniorzy w trudnej sytuacji zdrowotnej lub/i materialnej. Natomiast staramy się także, by nasza pomoc trafiała do każdego lekarza znajdującego się aktualnie w trudnej sytuacji losowej – np. ze względu na chorobę i czasową utratę możliwości zarobkowania.

Małe grono lekarzy zdaje sobie sprawę z tego, jak działa izba lekarska, co robi dla naszego środowiska oraz jakie ma możliwości działań. Natomiast jej działanie wymaga przede wszystkim dużego nakładu pracy osób tworzących izbę. Składka na izbę lekarską gwarantuje lekarzowi opiekę prawną, wachlarz dofinansowań w sferze szkolenia zawodowego, organizację szkoleń i konferencji dla lekarzy, organizowanie różnego rodzaju inicjatyw środowiska, ale także organizowanie pomocy dla lekarzy, którzy znaleźli się w trudnej sytuacji. Jesteśmy dla Państwa i staramy się organizować pracę izby tak, byście byli zadowoleni. Natomiast potrzebujemy trochę zaufania i czasu, byście mogli Państwo w przyszłości sami ocenić efekty naszej pracy.

**D.R:** Ja jeszcze dodam, że w ramach składki w najbliższym czasie planujemy wprowadzenie poradnictwa finansowego dla lekarzy

– konsultacje z doradcą podatkowym. Najczęstsze problemy lekarzy dotyczące kwestii podatkowych będą także publikowane w przejrzysty sposób i dostępne na naszej stronie internetowej oraz na Facebooku.

Dodatkowo, w ramach izby lekarskiej, nawiązaliśmy współpracę z Medicover SPORT celem umożliwienia lekarzom i członkom ich rodzin korzystania z karty sportowej na bardzo atrakcyjnych warunkach.

**A.Ś:** I w tym miejscu dziękujemy naszej Komisji ds. Kultury, Sportu i Rekreacji, z przewodniczącym – lek. Kacprem Białowąsem na czele oraz dr n.med. Aleksandrze Perczak, którzy byli odpowiedzialni za ten projekt. Ponadto w ostatnich miesiącach zorganizowaliśmy wiele inicjatyw sportowych, takich jak turniej szachowy i naukę gry w szachy – za co dziękuję znów Komisji ds. Kultury, Sportu i Rekreacji i głównemu koordynatorowi sekretarzowi BIL – dr. n.med. Łukaszowi Wołowcowi.

Obejmujemy patronatem i wsparciem finansowym wiele inicjatyw środowiska lekarskiego, między innymi Bydgoskie Dni Neonatologiczne, które odbędą się w dniach 14–15 października.

Cały czas dbamy także o rozwój współpracy z przedstawicielami naszego środowiska, przedstawicielami innych izb lekarskich, innych zawodów medycznych oraz samorządów zawodowych.

#### A jak nasza izba prezentuje się na ogólnopolskim forum?

**A.Ś:** Od samego początku nawiązuję, poszerzam i utrzymuję współpracę z wieloma izbami lekarskimi celem wypracowania wspólnych standardów działań. Wielu aktualnych funkcyjnych działaczy izb znałam już wcześniej z pracy w innych organizacjach lekarskich. Zaprzyjaźnione izby lekarskie służą nam swoim wsparciem i doświadczeniem w wielu kwestiach, za co jestem bardzo wdzięczna. Natomiast zaangażowanie naszej izby lekarskiej w działania środowiska lekarskiego jest również zauważalne na poziomie ogólnopolskim z racji na naszą liczną reprezentację w Naczelnej Radzie Lekarskiej.

**Jakie działania izby są priorytetowe w najbliższym czasie, poza dokończeniem budowy nowej siedziby i kontynuacją aktualnie wprowadzanych zmian, już wiemy. Chciałbym jeszcze zapytać o to, co jest najważniejsze dla Was tak ogólnie, jako działacze?**

**A.Ś:** Najprościej ujmując, przede wszystkim leży mi na sercu dobro każdego lekarza. Często spotykam się z nimi także indywidualnie w izbie lekarskiej – wsłuchuję się w ich głos i szukam sposobu na realizację ich potrzeb oraz zgłaszanych inicjatyw. Potem angażuję do tego odpowiednie struktury naszej izby. Chcę być blisko naszych lekarzy i ich problemów.

Chciałabym udowodnić, że izba lekarska ma narzędzia i możliwość, by zadbać o lepsze warunki wykonywania zawodu lekarza, a jednocześnie tworzy autentyczną wspólnotę, w której uwzględniamy głos każdego lekarza.

**D.R:** Cieszę się, że znaleźli się ludzie, którzy, tak jak ja, podziwiają chęć działania dla dobra środowiska lekarskiego. To my musimy wziąć sprawy w swoje ręce i zmieniać rzeczywistość, ponieważ nikt inny za nas tego nie zrobi.

**Jako członek naszego Prezydium ORL czuję dokładnie to samo, staram się pracować u podstaw i informować swoich znajomych i współpracowników w miejscu pracy o naszej działalności. Ta funkcja, którą pełniemy dla naszego środowiska, jest takim ciągłym dyżurem, ponieważ niezależnie od dnia i godziny musimy być w gotowości do reagowania na problemy naszego środowiska lekarskiego.**



Rozmawiał: Michał Wojciechowski

## Dyżury w BIL



- Pełniąca funkcję prezesa BIL **lek. Aleksandra Śremska** dostępna dla lekarzy po wcześniejszym umówieniu przez kontakt z biurem: bil@bil.org.pl, tel. 52 346 07 80
- Wiceprezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej: **lek. dent. Marek Rogowski**, co drugi czwartek 13:00–14:00
- Sekretarz Bydgoskiej Izby Lekarskiej: **dr n. med. Łukasz Wołowiec**, każdy wtorek 14:00–15:00
- Skarbnik Bydgoskiej Izby Lekarskiej: **dr n. med. Daniel Rogowicz**, każdy wtorek i środa 15:00–16:00

## BIL ma mediatora

Został nim **lek. Waldemar Gadziński**. Do jego zadań będzie należało podejmowanie działań mediacyjnych pomiędzy pokrzywdzonym i obwinionym w sprawach prowadzonych przez okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej w czasie postępowania wyjaśniającego albo Okręgowy Sąd Lekarski w czasie postępowania przed OSŁ.



Lek. Waldemar Gadziński – jest konsultantem wojewódzkim w dziedzinie medycyny rodzinnej. W 2002 r. ukończył Akademię Medyczną w Bydgoszczy. W 2004 został dyrektorem Przychodni „Łomżyńska” w Bydgoszczy. W 2007 uzyskał specjalizację z medycyny rodzinnej. W 2014 r. ukończył studia podyplomowe w zakresie metodologii badań klinicznych. Od 2021 r. jest członkiem Komisji Bioetycznej Bydgoskiej Izby Lekarskiej. W czasie wolnym podróżuje i gra w tenisa.

Mediator został powołany przez ORL BIL 23 czerwca 2022 r. na podstawie art. 5 pkt 2 oraz art. 113 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r., poz. 1342 t.j.).

## Komisja Stomatologiczna BIL zaprasza na spotkania!

Najbliższe odbędą się: 14.10, 18.11, 16.12. Miejscem spotkań jest siedziba BIL, ul. Powstańców Warszawy 11.

Posiedzenia odbywają się w piątki, najczęściej o godzinie 13.00. Niewykluczone są niewielkie zmiany dotyczące godziny rozpoczęcia. Szczegółowe informacje na temat Komisji można uzyskać u pani Luzy Domki po numerem tel. 52 3460780 wew. 15. Serdecznie zapraszamy na najbliższe spotkanie!

*Dr n. med. Aleksandra Perczak  
Przewodnicząca Komisji*

REKLAMA

### CENTRUM MEDYCZNE ATMA

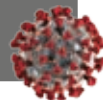
mieszczące się w budynku po byłym szpitalu dermatologicznym w Bydgoszczy przy ul. Kurpińskiego 5

### DYSPONUJE GABINETAMI DO WYNAJĘCIA

zapewniamy pełną obsługę administracyjno-informacyjną. Wszelkie informacje można uzyskać pod numerem

tel. **600 262 738**

Czy to już koniec tzw. letniej fali pandemii SARS-CoV-2 i czy z nadejściem jesieni będziemy u progu jej VI fali? Czyli – czy będzie dalszy ciąg pandemii w Polsce?



# Czy jest się czego obawiać?



Obserwowane letnie wzrosty zakażeń SARS-CoV-2, związane z subwariantami BA.4 i BA.5 wariantu omicron, nazywane falą letnią, to kolejny dowód na to, że pandemia koronawirusa SARS-CoV-2 trwa nadal. Trwa pomimo tego, że z końcem marca 2022 r. wiele osób ją odwołało. Przestaliśmy pandemię w Polsce w odpowiedni sposób nadzorować – a w zasadzie od końca marca bagatelizujemy ją, nie wykonując odpowiedniej liczby testów, znosząc izolację czy czynną promocję szczepień p/COVID-19.

PAWEŁ  
RAJEWSKI

**Wciąż nie wiemy na jakim jej etapie rzeczywistoście jesteśmy.** Raportowane dzienne liczby zakażeń są z całą pewnością niedoszacowane, ich rzeczywista liczba jest wielokrotnie wyższa. Spowodowane jest to z jednej strony tym, że wielu chorych, mając objawy wskazujące na zakażenie SARS-CoV-2, nie wykonuje testów lub robi je na własną rękę za pomocą szeroko dostępnych szybkich testów antygenowych, nie raportuje zwrotnie otrzymanych pozytywnych wyników ani nie zgłasza się do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Z drugiej zaś strony większość osób zakażonych przechodzi obecnie zakażenie w sposób bezobjawowy lub skąpoobjawowy, najczęściej nie zdając sobie sprawy, że mogą być zakażeni. Związane jest to z dominującymi obecnie subwariantami wariantu omicron, które są bardziej zakaźne, ale mniej agresywne, z mniejszym powinowactwem do tkanki płucnej, stąd obserwujemy mniej ciężkich śródmiąższowych zapaleń płuc, mniej osób wymaga wysokoprężynowej tlenoterapii czy respiratoroterapii, mniej osób jest hospitalizowanych. Można zatem powiedzieć, że jest to już zupełnie „inny” wirus, znacznie bardziej łagodny niż pierwotny SARS-CoV-2 i jego warianty alfa, beta, gama czy delta, wywołujące ciężkie przebiegi COVID-19 (fale od I do IV), z burzą cytokinową, niewydolnością oddechową czy dużą liczbą powikłań zakrzepowo-zatorowych. W licznych przypadkach bardziej przypomina zwykłe przeziębienie niż ciężką, potencjalnie śmiertelną chorobę, stąd wielu badaczy sugeruje, że obecnie powinniśmy używać nazwy COVID-22, a nie COVID-19 dla podkreślenia odmiennego przebiegu choroby.

Tak się dzieje również dzięki odporności populacyjnej, którą nabyliśmy, szczepiąc się przeciw COVID-19 i przechodząc uprzednio, podczas minionych fal, zakażenie SARS-CoV-2.

**Obecnie nie są raportowane nowe, potencjalnie groźne czy niepokojące warianty koronawirusa.**

Stąd zarówno fala letnia, jak i najpewniej fala VI, która pojawi się jesienią, nie powinny zagrozić wydolności polskiej ochrony zdrowia ani spowodować ograniczeń dostępności leczenia chorób innych niż COVID-19. Większość chorych będzie chorowała łagodnie lub bezobjawowo, a zakażenia najczęściej będą stwierdzane przypadkowo.

Niestety osoby starsze, z wielochorobowością, z niedoborami odporności, leczeni immunosupresyjnie, z chorobami nowotworowymi czy dializowani mogą chorować ciężko i wymagać hospitalizacji, tlenoterapii i to one mogą mieć zwiększone ryzyko zgonu, nawet w zętknięciu z tak łagodnymi subwariantami koronawirusa. Często zakażenie SARS-CoV-2 wywołuje u nich zaostrzenie chorób przewlekłych, które są bezpośrednią przyczyną hospitalizacji. To właśnie na nich powinno się obecnie zwracać szczególną uwagę i położyć nacisk na odpowiednią edukację, profilaktykę i szybki dostęp do lekarza w razie potrzeby.

Dlatego te osoby przede wszystkim powinny przyjąć kolejną dawkę przypominającą szczepionki przeciw COVID-19 i już teraz zaoptażyć się w maseczki ochronne typu FFP2/ FFP3 oraz unikać skupisk ludzkich, szczególnie w zamkniętych pomieszczeniach: kościołach, sklepach, galeriach handlowych czy komunikacji publicznej. A w przypadku pojawienia się pierwszych objawów sugerujących możliwość zakażenia SARS-CoV-2 powinny natychmiast udać się do lekarza POZ i mieć wykonany test, a w przypadku wyniku dodatniego, natychmiast włączone leki zmniejszające ryzyko ciężkiego przebiegu COVID-19.

Te osoby powinny też pamiętać o corocznym szczepieniu przeciw grypie i o szczepieniu przeciw pneumokokom, jeśli jeszcze nie zostały zaszczepione.

**Wciąż aktualnym problemem medycznym, zarówno u dzieci, jaki dorosłych, jest zespół pocowidowy,** czyli tzw. long covid, który może pojawić się niezależnie od wariantu koronawirusa, którym byliśmy zakażeni czy od ciężkości choroby. Można go podejrzewać w przypadku objawów lub zaburzeń funkcji narządów utrzymujących się  $\geq 4$  tygodni po ostrej fazie COVID-19. Natomiast według definicji WHO zespół ten można rozpoznać u chorych z prawdopodobnym lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2. Jego objawy występują zwykle po upływie 3 miesięcy od wystąpienia COVID-19, trwają  $\geq 2$  miesięcy i nie są związane z inną diagnozą.

Spektrum objawów czy zajętych narządów jest bardzo duże, od dermatologicznych (zmiany skórne, wypadanie włosów), poprzez neuro-psychiatryczne (bezsensowność, depresja, zaburzenia pamięci, koncentracji, przewlekłe zmęczenie, bóle głowy, zaburzenia węchu i smaku), sercowo-naczyniowe (incydenty zakrzepowo-zatorowe, zapalenie mięśnia sercowego, zaburzenia rytmu serca) czy pulmonologiczne (kaszel, duszność, przetrwale zmiany zapalne i/lub zwłóknienie płuc).

**O autorze:** dr med. Paweł Rajewski, prof. WSN oZ, MBA, specjalista chorób wewnętrznych, specjalista chorób zakaźnych, hepatolog, specjalista transplantologii klinicznej, konsultant wojewódzki w dziedzinie chorób zakaźnych dla województwa kujawsko-pomorskiego, kierownik Oddziału Internistyczno-Zakaźnego Wojewódzkiego Szpitala Obserwacyjno-Zakaźnego w Bydgoszczy, rektor Wyższej Szkoły Nauk o Zdrowiu.



# Ukazała się długo oczekiwana książka!

W pierwszych dniach sierpnia ukazała się książka *Z szacunku dla dokonań. Z dziejów Szpitala Klinicznego im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy*, autorstwa doktora Mieczysława Boguszyńskiego. Książka – na którą czekaliśmy. Zanim jednak przejdziecie Państwo do lektury najnowszego dzieła Mieczysława Boguszyńskiego, zapraszamy do przeczytania kilku słów od osób, z którymi – przez wiele lat, także w ostatnich miesiącach – w różnych dziedzinach współpracował, dzieląc swoje zainteresowania i pasje:

MAREK ROMANIUK

Jestem w pełni przekonany, że kolejna publikacja autorstwa dr. Mieczysława Boguszyńskiego, poświęcona szeroko rozumianym dziejom Szpitala Klinicznego w Bydgoszczy, to ważny wkład w opis dziejów bydgoskiej medycyny. Jako długoletni dyrektor tej placówki, miał nie tylko wgląd, ale kreował i bezpośrednio uczestniczył w wydarzeniach związanych z działalnością szpitala. Doktor Boguszyński to znany lekarz, lecz oprócz zawodu jego wielką pasją stała się historia opieki medycznej, zwłaszcza w Bydgoszczy. Niezwykłym zainteresowaniem cieszyła się wydana przed kilkunastoma laty jego książka „Od warsztatu balwierskiego do szpitala klinicznego. Z historii bydgoskiego lecznictwa”.

Przez wiele następnych lat niespełnionym zamiarem autora pozostawało opisanie dziejów szpitala im. dr. A. Jurasza. Nowa książka jest zatem rezultatem badań źródeł archiwalnych i poznania literatury przedmiotu. Ważnym uzupełnieniem bazy źródłowej stały się relacje i wywiady udzielone autorowi. Aktualnie przygotowana publikacja jest wnikliwą historią starań o otwarcie uczelni medycznej w Bydgoszczy, a następnie uruchomienia nowoczesnej placówki ochrony zdrowia, jaką jest Szpital Kliniczny.

Autor swoje rozważania prowadzi, zachowując chronologiczny porządek rzeczy, rozpoczynając od budowy przedwojennego Szpitala Miejskiego przy ul. M. Curie-Skłodowskiej po likwidację Akademii Medycznej w Bydgoszczy, która z woli władz uczelni i społeczności akademickiej, jako Collegium Medicum, znalazła się w strukturze Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. Autor, świadek wielu wydarzeń, prowadzi czytelnika po meandrach decyzji politycznych i administracyjnych. Książka jest niezwykle mocno osadzona w realiach bydgoskich. Mnóstwo tam nazwisk osób bardziej lub mniej obecnych w życiu publicznym miasta, w mniejszym lub większym stopniu zaangażowanych w tworzenie, rozwój uczelni i szpitala, lecz także niekiedy w destrukcję i demontaż.

Od redakcji: Marek Romaniuk, dr hab., historyk archiwista, specjalista XIX/XX w., wieloletni pracownik Archiwum Państwowego w Byd-

goszczy i UKW, autor wielu publikacji, m. in. „Historii Bydgoszczy” i „Bydgoskiego słownika biograficznego”; wyróżniony w 2020 r. tablicą w Bydgoskiej Alei Autografów.

EWA I JACEK STADNICCY

Monografia pt. *Z szacunku dla dokonań. Z dziejów Szpitala Klinicznego im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy*, autorstwa doktora Mieczysława Boguszyńskiego, to druga publikacja, którą mieliśmy przyjemność opracować od strony wydawniczej, czyli graficzno-edytorskiej i poligraficznej. Pierwsza – były to dzieje Szpitala w Szubinie. Mieliśmy wtedy możliwość poznania Autora. Zaimponował nam swoim sumiennym przygotowaniem materiałów do składu, uporządkowanymi z wielkim pietyzmem ilustracjami i dbałością o każdy szczegół powstającej książki. Nie inaczej było w przypadku monografii Szpitala Jurasza.

Poznając bliżej osobę Autora, Jego wrażliwość, sposób postrzegania świata i wartości zrozumieliśmy, że to człowiek i szacunek do jego pracy stanowi o tym, jak ta historia jest przedstawiona. To nie tylko zbiór faktów czy zaistniałych zdarzeń – to wyraz szacunku dla pracy lekarzy, pielęgniarek i wszystkich pracowników niezbędnych dla działalności i rozwoju szpitala. Myślimy, że jeśli by oceniać rozwój szpitala miarą jego dyrektora – to doktor Boguszyński zapisał się nie tylko w wielkości jego murów, ale przede wszystkim w wielu sercach swoich współpracowników. Dali oni też temu wyraz, żywo interesując się powstawaniem tej publikacji, jak i wspierając koszt jej wydania.

Panu Doktorowi serdecznie dziękujemy za zaufanie, za to, że powierzył nam do opracowania owoc swojej kilkuletniej pracy badawczej, ale też za jego dobroć, poczucie humoru, za ciekawe rozmowy o życiu i ludziach – sprawiły nam swoją obecnością wiele radości.

Ewa i Jacek Stadniccy – Wydawnictwo Pejaż



## I Turniej Szachowy o Puchar Prezesa Bydgoskiej Izby Lekarskiej...

...odbył się 20 sierpnia.

Zwycięzcom serdecznie gratulujemy!

Wyniki:

- 1 miejsce – Łukasz Wołowiec,
- 2 miejsce – Witold Rarogiewicz,
- 3 miejsce – Maciej Borowiecki

Dzień wcześniej, 20 sierpnia, odbyły się pierwsze zajęcia z nauki gry w szachy dla dzieci. Zajęcia dla dzieci oraz turniej – poprowadził pan Mariusz Stoppel.

BIL zaprasza na kolejne turnieje oraz zajęcia z nauki gry w szachy dla dzieci!



Pierwsze szachowe lekcje.



Od lewej: Witold Rarogiewicz, Łukasz Wołowiec, prezes Aleksandra Śremska, Maciej Borowiecki oraz sędzia Mariusz Stoppel.

# Profesor Kałużny zostanie upamiętniony

Miasto ogłosiło konkurs na opracowanie projektu i wykonanie rzeźby – instalacji artystycznej poświęconej znanemu okuliście – prof. Józefowi Kałużnemu. Rzeźba zostanie umieszczona na skwerze imienia Profesora pomiędzy ulicami Grottgera i Marszałka Focha w Bydgoszczy.

Forma rzeźby – instalacji artystycznej ma nawiązywać do procesu widzenia, anatomii oka lub metod badania wzroku, nie musi odzwierciedlać wizerunku Profesora. Musi być odporna na warunki atmosferyczne i być trwała.

Prof. dr hab. n. med. Józef Kałużny był pionierem zastosowania laserów do leczenia chorób siatkówki oka. W czasie ponad czterdziestoletniej kariery wykonał przeszło 20 tysięcy operacji okulistycznych. Specjalizował się w chirurgii zaćmy, operacjach przeciwjaskrowych, schorzeniach siatkówki i laseroterapii. W 1985 r. wykonał pierwszą w Polsce operację zewnątrzokulobulbowego usunięcia zaćmy z wszczepem tylnokomorowym, a w 1989 r. pierwszą keratotomię radialną. W 1996 r. wprowadził do polskiej okulistyki angiografię zielenią indocyjaninową. W latach 2003–2006 współpracował z Instytutem Fizyki UMK w Toruniu w badaniach nad optyczną koherentną

tomografią spektralną i jej wykorzystaniem w okulistyce, czego efektem była budowa pierwszego na świecie aparatu Sd OCT.

Pełnił też funkcję rektora Akademii Medycznej w Bydgoszczy (1990–1995) i prezesa Polskiego Towarzystwa Okulistycznego (1998–2004). Był również przedstawicielem Polski w Europejskiej Radzie Okulistyki i w Sekcji Okulistycznej Europejskiej Rady Towarzystw Medycznych w Brukseli. Prof. Józef Kałużny był autorem i współautorem monografii: „Chirurgia soczewki”, „Badania angiograficzne dna oka”, „Chirurgia refrakcyjna rogówki. Wybrane techniki operacyjne” oraz ponad 200 prac naukowych z dziedziny okulistyki, publikowanych w Polsce, Niemczech, Holandii, USA i Włoszech.

Od 2008 r. prof. Józef Kałużny pracował w Klinice Okulistycznej OFTALMIKA, którą stworzył i prowadził wspólnie z synami.

Laureat konkursu odbierze od miasta Bydgoszcz nagrodę pieniężną w wysokości 5 tys. zł. Dodatkowo otrzyma środki na wykonanie rzeźby – 55 tys. zł ufunduje Oftalmika, 15 tys. zł przekaże Bydgoszcz. Ogłoszenie zwycięzcy konkursu – 5 września. Projekt ma zostać zrealizowany do 30 listopada 2022.

a.b.



#lekarzepasja

## Najbardziej cieszą się z ujęć, których nikt jeszcze nie zobaczył

W czerwcu w Młynach Rothera odbyło się kolejne spotkanie z cyklu *Rozmowy o sercu miasta*. A głównym powodem tego całkiem sporego zgromadzenia była dr Zofia Ruprecht z Kliniki Endokrynologii i Diabetologii SU nr 1, konsultant wojewódzka w dziedzinie diabetologii, a zarazem fotografka, miłośniczka światła i Bydgoszczy, liderka pierwszej edycji konkursu fotografii dokumentalnej Bydgoszcz Press Photo 2021 w kategorii amatorskiej, administratorka facebookowej grupy „Zabujani w Bydgoszczy (Brombergu)”, prowadząca konto aifonowa\_bydgoszcz na Instagramie i autorka zdjęć do wydanego przez Pejzaż albumu „Bydgoszcz Nastrojowa” (autorką tekstów jest bratnia dusza fotografki, też wielbicielek Bydgoszczy – Anna Perlik-Piątkowska).

Spotkanie się przedłużało (nikt nie narzeka!), prawie połowa uczestników chciała o coś zapytać, mikrofon krążył od jednej osoby do drugiej, Doktor Ruprecht pytano m.in.: czy jest rodowitą bydgoszczanką (*nie, pochodzi z Kujaw*), dlaczego przeprowadziła się do Bydgoszczy (*Bydgoszcz była jej ukochanym miastem, ponieważ od dziecka przyjeżdżała tu co roku na wakacje do cioci i wujka*), jakie miejsca i momenty szczególnie zapadły jej w pamięć (*jednym z ważniejszych momentów w jej działalności fotograficznej i postrzeganiu miasta była pierwsza fala pandemii koronawirusa. Jako lekarka wciąż pracowała i w marcu i kwietniu 2020 r. przemieszczała się rowerem po opustoszałej Bydgoszczy, bez względu na pogodę. Nigdy nie zapomnę tej ciszy – mówi - ludzi nie było, bali się i siedzieli w domach*), czy rzeczywiście wszystkie jej zdjęcia są zrobione iPhone'iem (tak) itd. itp. itd.

Po spotkaniu chętni mogli kupić album ze zdjęciami dr Ruprecht. Ci, dla których zabrakło, mogą spróbować np. w księgarniach: „Toniebajka”, „Arabeska”, „Gratka”, „Enigma”, „BOOK BOOK” oraz w Bydgoskim Centrum Informacji lub wydawnictwie „Pejzaż”.

mg



Zdjęcie z albumu „Bydgoszcz Nastrojowa”

„ Przy dobrym świetle można wydobyć piękne rzeczy. Ono decyduje o wszystkim. Jeżdżąc po mieście cały rok wiem, gdzie się pojawi. Także chmury bardzo ubogają zdjęcie. Najbardziej cieszą się z ujęć, których nikt jeszcze nie zobaczył.

# Powstają modułowe ośrodki leczenia kolejnych nowotworów

## – CO nie zamierza spocząć na laurach

Z prof. dr. hab. n. med. Januszem Kowalewskim – specjalistą w dziedzinie chirurgii ogólnej i torakochirurgii, dyrektorem Centrum Onkologii, kierownikiem Katedry Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów CM UMK – rozmawia Magdalena Godlewska

► **Rakiem płuca Bydgoskie Centrum Onkologii zajmuje się od dawna, ale jakiś czas temu rozproszone w szpitalu ośrodki leczenia, diagnostyki i profilaktyki tego nowotworu zostały scalone w nową jednostkę – pierwsze w kraju Europejskie Centrum Diagnostyki i Leczenia Raka Płuca. Na czym polega wyższość takiej organizacji leczenia tej choroby w porównaniu z modelem, w którym każdy z ośrodków działa na własną rękę?**

Na świecie dąży się do tego, by poszczególne nowotwory były leczone w systemie modułowym. Jeżeli mamy np. do czynienia z pacjentką chorą na raka piersi, to wszystko, co jest potrzebne do diagnostyki i leczenia tej choroby, powinno odbywać się w jednym szpitalu. Według danych z Europy Zachodniej – w przypadku raka piersi pacjentki leczone w sposób skojarzony w jednym ośrodku żyją ok. 20% dłużej, niż gdy leczenie jest rozproszone w kilku szpitalach.

Tymczasem w Polsce chora często już na samym początku zostaje poddana operacji, bo chirurg uważa, że najlepiej jak najszybciej pozbyć się nowotworu, a potem okazuje się, że w węzłach chłonnych są przerzuty, więc konieczna jest chemioterapia – tylko, że ośrodek w którym wykonano zabieg chirurgiczny nią nie dysponuje. Pacjentka dostaje skierowanie i zgłasza się do szpitala, w którym ten rodzaj leczenia jest osiągalny. Tam specjaliści potwierdzają konieczność chemioterapii i wyznaczają termin za 2–3 tygodnie. Może się również okazać, że w leczeniu potrzebna jest jeszcze radioterapia i pacjentka dostaje skierowanie do ośrodka umożliwiającego jej przeprowadzenie. Czyli synchronizacji nie ma, a cały proces leczenia trwa dużo dłużej.

Liczne inne nowotwory, chociażby urologiczne, ginekologiczne czy w szczególności rak płuca, powinny być leczone modułowo, ponieważ ich leczenie w dużej większości przypadków jest leczeniem skojarzonym – musi być operacja, radioterapia, chemioterapia, immunoterapia i co ważniejsze: poszczególne typy działania leczniczego powinny być ze sobą skoordynowane.

► **Obecnie, gdy główną przyczyną śmierci z powodu nowotworów – zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet – jest w Polsce rak płuca, powołanie multidyscyplinarnego ośrodka diagnostyki i leczenia tej choroby było oczywiście strzałem w dziesiątkę. Ale jednego nie rozumiem: Skoro główną przyczyną tego nowotworu jest palenie papierosów, to dlaczego – mimo że dzisiaj dużo mniej osób pali niż jeszcze kilka lat temu – śmiertelność z powodu raka płuca wzrasta?**

Na początku XX w. rak płuca był bardzo rzadką chorobą. Jeżeli chodzi o choroby płuc, dominowała gruźlica, w związku z czym torakochirurdzy byli angażowani głównie w centrach pulmonologicznych ukierunkowanych na operacyjne leczenie tej choroby. Jednak sukcesywnie, wraz z rozwojem nawyku, jakim jest palenie tytoniu, zmieniła się proporcja – spadała liczba zachorowań na gruźlicę (skutecz-



ne leczenie zostało wprowadzone tuż po wojnie), a na czoło zaczął się wysuwać problem leczenia operacyjnego raka płuca. Jest ścisła zależność między tym, że coraz więcej osób paliło i coraz więcej było zachorowań na raka płuca. Ok. 85–90% chorujących na raka płuca to osoby palące tytoń.

Myślę, że to, co w tej chwili obserwujemy, wynika z faktu, że kiedyś związek palenia papierosów z zachorowaniami na nowotwór płuca nie był aż tak mocno nagłaśniany. Statystyki też nie były takie dokładne. Dodatkowo to, co mówię o zachorowaniach i zgonach, dotyczy wyłącznie zarejestrowanych zachorowań i zgonów z określonym rozpoznaniem.

Trzeba też pamiętać, że narażenie na dym tytoniowy musi trwać długo (minimum 20–30 lat), aby zainicjować proces nowotworowy. Obserwowany dzisiaj w Polsce spadek liczby palących mężczyzn przełoży się na spadek liczby zachorowań na raka płuca za kilkanaście lat.

► **Styszałam, że na zajęciach niejednokrotnie mówił Pan studentom o szkodliwości palenia papierosów, szczególnie dla kobiet...**

U mężczyzn rak płuca był liderem odkąd pamiętam, zresztą nadal jest. Jeśli chodzi o kobiety to kilkanaście lat temu liczba zgonów powodowanych przez raka płuca przekroczyła liczbę zgonów wskutek raka piersi, wobec czego nowotwór płuca stanowi obecnie pierwszą przyczynę zgonów kobiet z powodu nowotworów. Kobiety palą coraz więcej, a działanie tytoniu na ich organizm jest o wiele bardziej toksyczne niż w przypadku mężczyzn. Wejście w nałóg następuje znacznie szybciej, palenie powoduje dużo większe szkody w ich organizmach (szybciej dochodzi do zmian nowotworowych i zmian w układzie krążenia), a porzucenie nałogu jest trudniejsze niż dla mężczyzn – takie są statystyki.

Dla mnie jest to powodem do alarmu!

► **Ale rozmowy ze studentami o szkodliwości palenia to nie koniec działalności profilaktycznej ośrodka?**

W żadnym razie. Zresztą jest taki wymóg akredytacyjny, żeby w ośrodku, który kompleksowo zajmuje się rakiem płuca, była profilaktyka – zarówno pierwotna, czyli edukowanie społeczeństwa, przeważnie osób młodych, co zrobić, żeby nie zachorować, jak i wtórna, a zatem, co zrobić, żeby nowotwór, który już powstał, wykryć jak najwcześniej – a więc badania profilaktyczne.

Obecnie prowadzimy np. badanie klatki piersiowej z użyciem niskodawkowej tomografii komputerowej (z przydzielonych przez Urząd Marszałkowski funduszy Unii Europejskiej) skierowane do osób w wieku 55–69 lat, które przez minimum 20 lat paliły paczkę papierosów dziennie, ale nie mają żadnych objawów choroby. Jest to badanie nieszkodliwe, bezpłatne i dostępne zarówno w Bydgoszczy, jak i w filii naszego szpitala – we Włocławku. Na swoim koncie mamy już ponad 30 wcześniej wykrytych i zoperowanych raków płuca. Jeżeli ktoś bezobjawowy przystąpi do tego programu i stwierdzi się u niego wczesną formę raka (najczęściej jest wczesna), to zoperowanie takiej osoby daje wymierną korzyść – o ponad 20% dłuższy czas przeżycia całkowitego niż u kogoś, kto już ma objawy. Tak wynika z badań amerykańskich.

W związku z tym wydaje mi się, że warto pieniądze i wysiłek zainwestować w badania profilaktyczne, bo per saldo to się opłaca – leczenie chirurgiczne jest najskuteczniejsze i jednocześnie najtańsze. Operację robi się zazwyczaj raz i jest ona skuteczna. Natomiast jeżeli są już przerzuty odległe, leczenie operacyjne nie jest możliwe. Będzie oczywiście dostępne inne, ale znacznie droższe, czasem wieloletnie, a efekt tego leczenia i tak jest zwykle niezadowalający. Tak więc wczesne wykrycie jest kluczowe także z tych prozaicznych względów finansowych. Warto więc się zastanowić, w co zainwestować, biorąc pod uwagę także korzyść ekonomiczną, nie tylko zdrowotną.

► **Skoro już mówimy o profilaktyce, to czy również podczas tegorocznej fali pandemii Centrum planuje ograniczyć dostęp pacjentów do badań profilaktycznych i rehabilitacji?**

W pierwszej fazie Covid-19, kiedy nikt jeszcze nie wiedział, jak choroba będzie przebiegać i jakie będą związane z tym skutki, podjęto szereg bardzo rygorystycznych działań, żeby zmniejszyć ryzyko zakażenia. Zamknięto profilaktykę w szpitalu i na kilka miesięcy rehabilitację. Uznano, że tego typu działania nie są niezbędne do życia. Ale później wróciliśmy, zmieniliśmy postępowanie, ponieważ wprowadzony reżim sanitarny zapewniał bezpieczeństwo. Okazało się, że epidemię Covid-19 i rehabilitację można doskonale pogodzić.

W tym roku nie przewiduję żadnych ograniczeń.

► **W poprzednich falach wielu pacjentów rezygnowało z leczenia, diagnostyki czy rehabilitacji z własnej woli, a konkretnie ze strachu przed covidem, co zaowocowało później dużą liczbą chorych z bardzo zaawansowaną chorobą nowotworową. Czy nadal do szpitala zgłasza się tak wiele osób w tak ciężkim stanie?**

Nie. Muszę powiedzieć, że nasi pacjenci na początku epidemii bali się zakażenia, ale z czasem wszystko wróciło do normy. Pacjenci, wchodząc do szpitala, zobaczyli, że osoby towarzyszące zostają poza szpitalem, a prawo wstępu mają tylko chorzy. W tej sytuacji bardzo pomocny okazał się personel szpitala, który zajmował się pacjentami pozbawionymi możliwości opieki osoby towarzyszącej. Bardzo dużą rolę odegrało również przestrzeganie nakazu dotyczącego noszenia maseczek, dezynfekcji rąk oraz zachowania dystansu (krzesła stały półtora metra od siebie). Pacjent wiedział, że możliwość zarażenia wirusem jest niewielka, bo wszyscy są w maskach: lekarz, pielęgniarka i sekretarka medyczna również. Chorzy zaakceptowali ten reżim sanitarny, zauważyli że jest bezpiecznie i przychodzili bez obaw.

W ostatnim okresie nawet pacjenci z dodatnim wynikiem testu na covid, ale bez objawów (duszności, gorączki, kaszlu) – byli normalnie leczeni. Oczywiście odbywało się to z zachowaniem zasad



reżimu sanitarnego, na wydzielonym oddziale, na którym był odpowiednio zabezpieczony (maski, kombinezony, rękawice, gogle itd.) dedykowany mu personel. Nie chcieliśmy znów odraczać leczenia chorych na raka.

► **A wracając do Europejskiego Centrum Diagnostyki i Leczenia Raka Płuca – Jaki był koszt jego utworzenia?**

Europejskie Centrum Diagnostyki i Leczenia Raka Płuca to nie jest nowy budynek – to nowa funkcjonalność. Niczego nie trzeba było budować – mamy przecież Oddział Kliniczny Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów, nowoczesny Zakład Radioterapii, oddziały onkologiczne i rehabilitację pooperacyjną, Zakład Profilaktyki i Promocji Zdrowia, doskonałą diagnostykę: radiologię, medycynę nuklearną, patomorfologię i genetykę.

Oczywiście żeby taki ośrodek powstał, musi istnieć określone środowisko: możliwości diagnostyczne i lecznicze w różnych dziedzinach zwalczania nowotworów i różnymi sposobami. A my mamy to środowisko, więc nic nie stało na przeszkodzie, żeby wypracować taki model postępowania, który pozwolił to wszystko skoordynować, żeby we właściwym czasie, we właściwy sposób dany pacjent był zdiagnozowany i w optymalnej kolejności leczony. Działamy razem, jak dobrze naoliwiony mechanizm. Pacjent dopiero wówczas jest zadowolony, jak ta skoordynowana opieka funkcjonuje w praktyce: Chory zgłasza się, zajmuje się nim doradca pacjenta, zostaje zarejestrowany, ma wdrożoną diagnostykę, a jeżeli diagnostyka jest zakończona, zgłasza się do zespołu wielospecjalistycznego, gdzie lekarze różnych specjalności decydują o możliwości leczenia. Więc to nie jest już tak, że jeden lekarz podejmuje decyzję. O tym, jaka ma być koncepcja leczenia decyduje 4 lekarzy, którzy muszą dokładnie zapoznać się z badaniami, przedstawić argumenty, kontrargumenty itd. Uzgadnia się wspólną koncepcję, ta koncepcja jest podpisywana przez zespół i jest to decyzja, którą później skrupulatnie się realizuje.

► **Po decyzji o powołaniu centrum leczenia raka płuca zapadła decyzja o certyfikacji. Rozpoczęły się poszukiwania ośrodka certyfikującego centra onkologii pod kątem modułów leczenia określonych nowotworów. Najbliższy był w Niemczech, w Ulm. Jak przebiegała certyfikacja?**

Skontaktowaliśmy się z tym ośrodkiem, a on poprosił nas o przesłanie danych i informacji dotyczących szpitala: uzupełnionych katalogów wymagań dla ośrodka narządowego raka płuca, radioterapii oraz patologii, a także arkusza wskaźników – i to był pierwszy etap certyfikacji.

Po weryfikacji danych zawartych w katalogach oraz arkusza wskaźników odbył się kolejny etap certyfikacji – pre-audyt, to jest przyjazd komisji, która sprawdzała wszystko: nawet takie dane podstawowe jak położenie szpitala, skomunikowanie z miastem, poziom hałasu, udogodnienia dla niepełnosprawnych, możliwość rejestracji telefonicznej i internetowej, temperatury w pomieszczeniach. Weryfikowano również funkcjonowanie medycyny nuklearnej, radiologii interwencyjnej, opieki paliatywnej. Sprawdzono, czy chirurdzy klatki piersiowej operują, rzeczywiście wykorzystując dostępy małoinwazyjne. Tak, przez 4-centymetrowe cięcie jesteśmy w stanie usunąć nowotwór płuca i zabiegi tego rodzaju stanowią 80% wszystkich operacji. Dzięki tym małoinwazyjnym, oszczędzającym cięciom chory po 2–3 dniach może wyjść do domu. Kiedyś cięcie miało 15–20 cm, żeby chirurg mógł wszystko dobrze obejrzeć. Obecnie takie cięcie w większości przypadków jest niepotrzebne. Doskonałą jakość pola widzenia zapewnia nam kamera.

Po skontrolowaniu wszystkiego przez wizytatorów z Ulm przestano nam raport z pre-audytu wraz z akceptacją dla kolejnej, 3 fazy procesu akredytacyjnego.

W maju na ostateczną wizytację z Ulm przyjechali już specjaliści z onkologicznych dziedzin medycyny i krok po kroku, punkt po punkcie sprawdzili całą ścieżkę onkologiczną, począwszy od dokumentacji: jak jest zapisany stopień zaawansowania – czy według aktualnej klasyfikacji TNM? jakie są możliwości badań obrazowych i mikroskopowych? czy czas oczekiwania na wyniki badań jest zgodny z europejskim wymogiem dla ośrodków certyfikowanych raka płuca? jak się robi bronchoskopię? ile jest badań PET? czy każdy chory przed operacją ma PET” itp. itd. Sprawdzili też, czy podczas konsylium obecny jest radiolog, radioterapeuta, onkolog, torakochirurg, doradca pacjenta, pacjent i jego rodzina. I proszę sobie wyobrazić – jest taki nowy lek ozymertynib. Jesienią 2021 r. ukazały się światowe rekomendacje, że powinien być stosowany jako leczenie uzupełniające, nawet po operacjach we wczesnych fazach raka płuca. Do tej pory uważaliśmy tak: zoperowaliśmy chorego z powodu wczesnego raka, nie ma żadnych przerzutów w węzłach, w obrazie PET czysto, w materiale pooperacyjnym ujemne marginesy – więc pacjent nie wymaga uzupełniającego leczenia. Okazuje się jednak, że w części przypadków niestety występują nawroty po kilku latach. Jeżeli jednak chory

w tym wczesnym stopniu zaawansowania dostanie ozymertynib, to nawroty są znacznie rzadsze. Wizytatorzy wzięli pod lupę właśnie ten stopień zaawansowania i proszę bardzo – ozymertynib był wpisany i nasi chorzy go otrzymywali zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

Było też kilka uwag: po wizytacji komisji wielospecjalistycznej wizytatorzy napisali, że w ich przekonaniu ekran na którym są wyświetlane tomografie komputerowe powinien być większy, stwierdzili też, że biorąc pod uwagę liczbę pacjentów, powinniśmy mieć więcej badań klinicznych na tym materiale.

Po audycie, wizytatorzy sporządzili raport, który został przedstawiony komitetowi przyznającemu certyfikat. Komitet uznał, że wszystkie warunki zostały spełnione i otrzymaliśmy certyfikat. Oczywiście gdyby go nie było, leczylibyśmy tak samo – ale skoro robimy to na takim wysokim poziomie już od lat, mimo covidu, to dlaczego nie wystąpić o certyfikat? Pokażmy, że nie mamy się czego wstydić nawet na forum europejskim. Niech niezależny zespół certyfikujący oceni jakość naszej pracy. Profesorowie onkologii, którzy tu przyjechali z Niemiec od razu zaproponowali współpracę naszemu zespołowi genetyków molekularnych i zespołowi patologii nowotworów – a to mówi samo za siebie.

► **Jest Pan wieloletnim dyrektorem najbardziej utytułowanego szpitala w regionie i uczestnikiem obrad rady dyscypliny CM, która odbyła się przed decyzją o głosowaniu dotyczącym fuzji dwóch bydgoskich szpitali uniwersyteckich, a więc naturalnym adresatem pytania: Uważa Pan, że fuzja to dobry pomysł?**

Na radzie nikt nam nie wyjaśnił, na jakich zasadach ta fuzja ma się odbyć, co ma się w ogóle stać. Rozumiem, że ma być jedna dykcja, jedna administracja, ale co się stanie z klinikami? Czy np. laryngologie zostaną połączone w jedną czy nadal będą dwie? To samo dotyczy chirurgii. Co się stanie z personelem? Jak będzie wyglądać dydaktyka? Oba szpitale mają ugruntowaną renomę w regionie, więc jaka jest idea połączenia tych szpitali?

Samo połączenie bez planowej głębszej restrukturyzacji w niczym może nie pomóc. A jeżeli restrukturyzacja, to jaka? Jak ma wyglądać? W jakim zakresie będzie zrobiona? Czy będzie przyjazna dla pracowników szpitali? Czy zostanie zaakceptowana? Dopóki procedury nie będą właściwie rynkowo wycenione – nowy szpital może także nie sprostać oczekiwaniom...

Niestety, mam za mało informacji, żeby odpowiedzieć na Pani pytanie.

REKLAMA

## 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

Grzygier i Wspólnicy sp. jawna

e-mail: [poczta\\_big@wp.pl](mailto:poczta_big@wp.pl) • ☎ 508 303 873 • 52 3070576  
www.bigbiuro.pl • Bydgoszcz, ul. Towarowa 36 bud. C lok. 14

Z przykrością zawiadamiamy,  
że 1 sierpnia 2022 roku zmarła

## Sylwia Jankiewicz

lekarz pediatra

pracowała w Szpitalu Pediatrycznym  
na ul. Chodkiewicza oraz w Nigerii i Tanzanii.

Rodzina i Przyjaciele





Minister zdrowia Adam Niedzielski i konsultant krajowa w dziedzinie medycyny rodzinnej prof. Agnieszka Mastalerz-Migas przedstawili podczas czerwcowej konferencji założenia reform w podstawowej opiece zdrowotnej. W spotkaniu wzięli również udział m.in. Agnieszka Jankowska-Zduńczyk, prezes Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, oraz lek. Waldemar Gadziński, konsultant medycyny rodzinnej dla województwa kujawsko-pomorskiego. Zebranych gości poinformowano o wdrożeniu w ciągu 10 dni „rewolucyjnych” zmian polegających na zwiększeniu liczby badań zlecanych przez lekarzy POZ oraz stopniowym wprowadzaniu opieki koordynowanej.

#### W NAJWIĘKSZYM SKRÓCIE

Od 1 lipca lekarze POZ uzyskali możliwość zlecenia badań dodatkowych (zostały one wypisane w tabelce nr 1), na które dotąd mogli kierować wyłącznie inni specjaliści. Od 1 października rozpocznie się stopniowe wprowadzanie opieki koordynowanej (OK) w zakresie: kardiologicznym, diabetologicznym, alergologicznym, pulmonologicznym, endokrynologicznym dla dorosłych pacjentów. Stawka kapitacyjna pozostanie nadal podstawowym system finansowania w POZ, ale pojawi się więcej płatności zadaniowych oraz premie za profilaktykę, m.in. w zakresie realizacji pro-

gramu CHUK (profilaktyki chorób układu krążenia). Zostaną również wprowadzone rozliczenia wybranych porad pielęgniarstkich oraz zmiana w zakresie stawki kapitacyjnej na 3,2 za opiekę nad chorymi przewlekle.

**Tabela 1. Porównanie wyceny badań dodatkowych wg. NFZ z cenami wg. laboratorium**

	Wycena NFZ (zł)	Koszty dla POZ (zł)
ferrytyna	20	14–19
witamina B <sub>12</sub>	21	15–25
kwas foliowy	16	15–25
anty-CCP	57	40–49
CRP – szybki test ilościowy	14	7–10
przeciwciała anty-HCV	22	14–25
Antygen H. pylori w kale test kasetkowy	23	10–27
Antygen H. pylori w kale badanie laboratoryjne	61	20–47
Strep-test	12	10

Konferencja zrodziła wiele pytań, na które nie uzyskano odpowiedzi – m.in. o sposoby administrowania nowymi zadaniami, sprawozdawczość wykonanych świadczeń, sposoby przygotowania czy pozyskania kadry do nowych czynności czy rekompensacji kosztów. Z jednej strony uzyskanie zleceń nowych badań laboratoryjnych umożliwi podjęcie leczenia bez konieczności konsultacji specjalistycznych – pacjenci nie będą musieli czekać w kolejce do innych specjalistów po skierowanie na niektóre badania, np. diagnostykę różnicową niedokrwistości, zaburzeń tarczycy, wykluczenie zakażenia wzw typu C czy Helicobacter pylori. Dodatkowo lekarze POZ będą mogli wykonać szybkie testy diagnostyczne przyczyn infekcji, co pomoże w ordynowaniu racjonalnej antybiotykoterapii. Z drugiej strony poprzez polepszenie udzielania porad w leczeniu schorzeń wydłużą się wizyty przeznaczone na pacjenta, zwiększy się obciążenie lekarzy POZ, co może utrudnić realizację innych zadań POZ. W ramach OK odpowiedzialność za brak dostępności innych specjalistów zostanie przerzucona na lekarzy POZ, co wzmocni tylko funkcjonujące duże, wielospecjalistyczne zakłady opieki zdrowotnej.

## ZARZĄD KOLEGIUM LEKARZY RODZINNYCH WYRAZIŁ ZANIEPOKOJENIE...

...stanem przygotowań do dawno zapowiadanej zmiany funkcjonowania i finansowania podstawowej opieki zdrowotnej (stanowisko opublikowane 23.06.2022 r.). „Po raz kolejny specjaliści medycyny rodzinnej zmuszeni są do obrony gwarantowanego w konstytucji równego dostępu do świadczeń dla wszystkich pacjentów, niezależnie od obszaru kraju i wielkości miejscowości zamieszkania. Zarówno budżet powierzony, jak i opieka koordynowana to pojęcia, które w przedstawionych przez Ministerstwo Zdrowia planach są słabo zdefiniowane, nieokreślone co do zakresu, warunków organizacji, wymaganych kwalifikacji profesjonalistów medycznych oraz wyposażenia poradni POZ. Braki kadrowe w poradniach specjalistycznych systemu publicznego próbuje się załatać zmuszeniem lekarzy rodzinnych do poszukiwania na własną rękę specjalistów i sfinansowania ich pracy oraz niezbędnych specjalistycznych badań diagnostycznych w niewiadomy sposób, za nieznaną obecnie kwotę. Opiekę lekarza sprowadza się do sztywnych diagramów diagnostyki i leczenia. Dodatkowo tworzy się biurokrację i wprowadza konieczność wypełniania kolejnych dokumentów. W proponowanych zmianach brak jakiegokolwiek zainteresowania indywidualnymi potrzebami poszczególnych pacjentów, często cierpiących z powodu wielu chorób. Instrumentalne traktowanie specjalistów medycyny rodzinnej oraz ich pacjentów nie zagwarantuje poprawy jakości stanu zdrowia społeczności lokalnych. Uniemożliwienie budowania relacji partnerskich oraz współudziału pacjenta w podejmowaniu decyzji o terapii i diagnostyce przeczy nie tylko idei medycyny rodzinnej, na której ma się opierać podstawowa opieka zdrowotna, ale przede wszystkim narusza podmiotowość i indywidualność każdego pacjenta” – ostrzega Kolegium.

Różnica jest również w perspektywie patrzenia na idee opieki koordynowanej, co zostało zapisane w ustawie o podstawowej opiece zdrowotnej z roku 2017. Już jesienią ma zostać wprowadzona opieka koordynowana nad pacjentem w wybranych jednostkach chorobowych (rysunek 1). Lekarz rodzinny ma otrzymać wsparcie koordynatora, a do jego zadań należy umówienie wizyt, ustalenie badań, koordynacja drogi pacjenta w systemie. W ramach tej opieki, podczas wizyty kompleksowej, lekarz rodzinny ustali indywidualny plan opieki medycznej – zdiagnozuje pacjenta, ustali rozpoznanie i w razie potrzeby przeprowadzi konsultację z lekarzem specjalistą (wysyłając pacjenta na badanie do poradni specjalistycznej bądź konsultując przypadek pacjenta osobiście – mini konsylium lekarz-lekarz). Dzięki

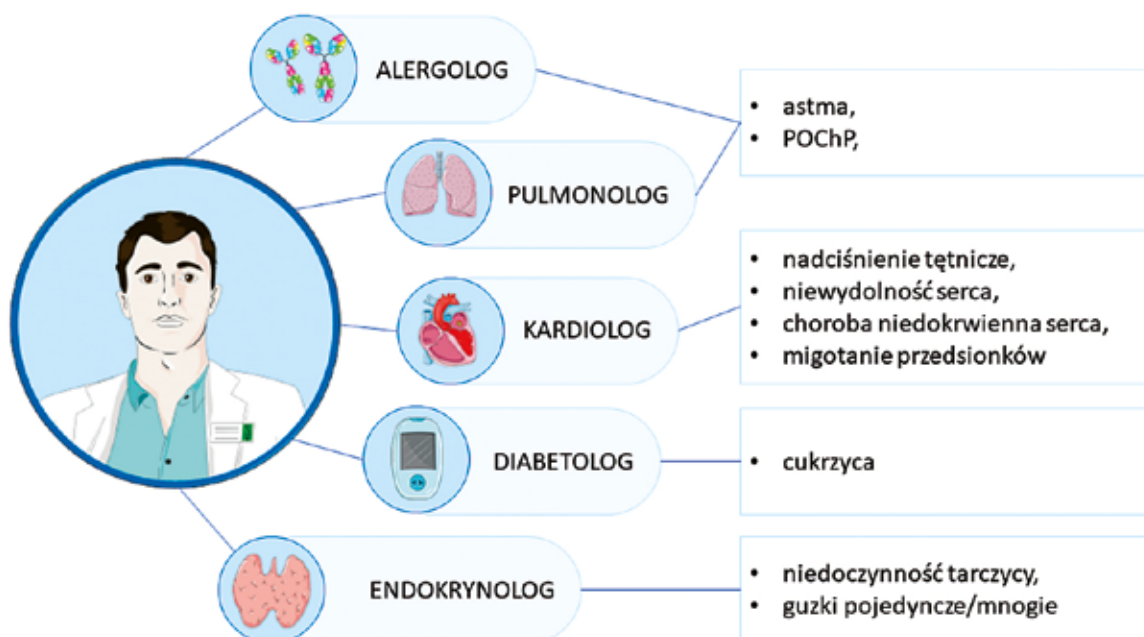
temu lekarz rodzinny będzie mógł pogłębić diagnostykę, wystawiając skierowanie na badania dodatkowe (tabelka nr 2). Badania przewidziane w POZ w ramach koordynacji będą finansowane dodatkowo z tzw. budżetu powierzonego. Ponadto pacjent ma uzyskać porady edukacyjne realizowane przez pielęgniarki i dietetyczne – realizowane przez dietetyków. Wprowadzenie tych zmian ma spowodować, że do AOS będą trafiać pacjenci, którzy „rzeczywiście” potrzebują specjalistycznej opieki. Konsultant krajowa wspominała, że zmiany dotyczące opieki koordynowanej będą wprowadzane stopniowo i nie wszystkie placówki POZ muszą dołączyć do realizowania OK i mogą kontynuować swoją działalność na dotychczasowych warunkach.

**Tabela 2. Badania diagnostyczne w budżecie powierzonym w ramach opieki koordynowanej**

Kardiologia/ Diabetologia	Endokrynologia	Pulmonologia/ Alergologia
<ul style="list-style-type: none"> <li>• próba wysiłkowa EKG</li> <li>• Holter EKG 24, 48, 72h</li> <li>• Holter RR</li> <li>• USG Doppler tętnic szyjnych, naczyń kończyn dolnych</li> <li>• ECHO serca przezklatkowe</li> <li>• BNP (NT-pro-BNP)</li> <li>• albuminuria</li> <li>• UACR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• anty-TPO</li> <li>• anty-TSHR</li> <li>• anty-TG</li> <li>• biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• spirometria</li> <li>• spirometria z próbą rozkurczową,</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• tomografia komputerowa, gdy zdjęcie rentgenowskie wykaże zmiany wskazujące na konieczność pogłębienia diagnostyki</li> </ul>		

## OPINIA FEDERACJI ZWIĄZKÓW PRACODAWCÓW OCHRONY ZDROWIA POROZUMIENIE ZIELONOGÓRSKIE

Dodatkowo inna organizacja potwierdza, że przy rosnących kosztach i konieczności poszukiwania oraz utrzymania personelu obecne wyceny nie odpowiadają realnym potrzebom placówek. Największe obawy mają przedstawiciele POZ, bo świadczenia udzielane przez nich zostały wyceńnione najniżej. „W małych placówkach jest dużo trudniej o pozyskanie wykwalifikowanego personelu, przy czym warto zaznaczyć, że problemy



**Rysunek 1. Opieka koordynowana**

Ma obejmować pacjentów tylko z nadciśnieniem tętniczym, przewlekłą chorobą niedokrwienną serca, niewydolnością serca, migotaniem przedsionków, cukrzycą, przewlekłą chorobą obturacyjną płuc, astmą, a także z niedoczynnością tarczycy i guzkami tarczycy.



## Listy...

Bydgoszcz, 10.08.2022

### Redakcja Primum

Ze zdumieniem przeczytaliśmy w wakacyjnym numerze Primum (7–8/2022, str. 4) informację, że „powstały w Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym w Bydgoszczy ośrodek leczenia najmłodszych pacjentów ze schorzeniami nowotworowymi jest **JEDYNYM** takim w województwie kujawsko-pomorskim”.

Jako pracownicy Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii uważamy, że opublikowane treści nie są zgodne z rzeczywistością.

Przypominamy, że od 1975 r. w Bydgoszczy w strukturach uczelni (początkowo Akademii Medycznej, obecnie Collegium Medicum UMK) działa Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii (aktualnie w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. dr A. Jurasza) zatrudniająca 11 specjalistów z zakresu onkologii i hematologii dziecięcej. Do grona pracowników Kliniki należą konsultant krajowy oraz konsultant wojewódzki w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej.

Klinika od początku istnienia sprawuje kompleksową opiekę onkologiczną nad pacjentami naszego regionu. Kształcili się w niej **wszyscy** praktykujący aktualnie w województwie specjaliści w tej rzadkiej dziedzinie medycyny.

Pracownicy Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii  
Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr A. Jurasza,  
Collegium Medicum w Bydgoszczy

i potrzeby pacjentów są takie same jak w dużych miastach. Brak odpowiedniej motywacji dla personelu medycznego, przy obecnej inflacji i błyskawicznie rosnących kosztach, może doprowadzić już nie do zatoru, ale zapaści systemu. Organizacje pacjenckie od lat apelują o wyrównanie dostępu do opieki zdrowotnej, bo mają poczucie, że nie wszyscy chorzy mogą liczyć na taką samą opiekę. Dlatego dziwi mnie, że nadal brak działań systemowych, które pozwolą rozwijać opiekę medyczną na równych zasadach w całej Polsce. A dziwi tym bardziej, że to cios wymierzony w pacjentów z matych ośrodków” – mówi Anna Osowska, prezes Warmińsko-Mazurskiego Związku Lekarzy Pracodawców Porozumienia Zielonogórskiego.

### ZAPREZENTOWANA „REFORMA POZ”...

...polegająca na wprowadzeniu dodatkowych badań laboratoryjnych i opieki koordynowanej – to projekt niedopracowany, skomplikowany i całkowicie niejasny, który zaburzy obecne, względnie stabilne funkcjonowanie POZ, a w najlepszym razie doprowadzi do zróżnicowanej dostępności świadczeń zdrowotnych. Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce od ponad 30 lat wspiera wdrażanie rozwiązań dotyczących podstawowej opieki zdrowotnej – wynikających z międzynarodowych standardów i opartych na doświadczeniach krajów, w których POZ funkcjonuje najefektywniej i jest najlepiej oceniane przez pacjentów. Z raportu badawczego Siemens Healthineers – „Doświadczenia pacjenta w Polsce” – wynika, że doświadczenia pacjenta w szpitalach i przychodniach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) są w zauważalny sposób gorsze niż w przychodniach podstawowej opieki zdrowotnej, które zapewniają pacjentom łatwo dostępną i kompleksową opiekę w miejscu zamieszkania. Odejście od kluczowej roli praktyk lekarzy rodzinnych oraz dążenie do centralizacji świadczeń nie zapewni poprawy efektywności całego systemu. Zepchnięcie POZ do roli podrzędnej w systemie opieki zdrowotnej znacząco obniży jakość świadczeń i przyczyni się do pogorszenia oceny wystawianej temu elementowi systemu opieki zdrowotnej przez pacjentów.

### NIECH CZAS POKAŻE

Zmiany są potrzebne w całym systemie ochrony zdrowia. Idealnie by było, gdyby były przeprowadzane w atmosferze wzajemnego rozumienia potrzeb, dostrzegania zagrożeń. Reforma została już wprowadzona, więc możemy ocenić wstępne rezultaty. Specjalistki i specjaliści medycyny rodzinnej dotychczas dobrze radzili sobie z leczeniem chorób przewlekłych, np. doradzali wykonanie odpłatnie powyższych badań laboratoryjnych (tabelka 1) w celu przyspieszenia diagnostyki. Dzięki powierzonym budżetowi jest skromna możliwość uzyskania dodatkowego finansowania placówki. Zarówno pacjent, jak i lekarze rodzinni mają narzędzie do podejmowania dalszych decyzji diagnostyczno-liczniczych, np. by wytłumaczyć rodzicom, że antybiotyk nie jest wskazany dla ich dziecka, gdy wynik Strep-Test wyjdzie ujemny, bądź stężenie CRP poniżej 30 mg/l. Tworzy się też oczekiwana platforma do komunikacji między lekarzem rodzinnym a specjalistą wąskich dziedzin medycyny. Jednakże czy poprawi się opieka nad chorymi przewlekle? Czy wprowadzona standaryzacja przywróci podmiotowość lekarza rodzinnego, czy zdevaluje jego pozycję, ograniczy jego rolę do ślepego przestrzegania opieki koordynowanej? Wreszcie – czy reforma POZ się uda? Niech czas pokaże...

Na podstawie:

- ZARZĄDZENIE NR 79/2022/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 29 czerwca 2022 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 czerwca 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (dodatkowe badania)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (ChUK)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”
- Stanowisko Zarządu Głównego Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce z dnia 23 czerwca 2022 r.
- Stanowisko Stowarzyszenia Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce dotyczące propozycji zmian w POZ Związku Powiatów Polskich z dnia 07.07.2022 r.
- Raport badawczy Siemens Healthineers „Doświadczenia pacjenta w Polsce” (siemens-healthineers.com)
- Komunikaty porozumienia Zielonogórskiego
- Webinar z dnia 04.07.2022 r. „Zmiany w POZ”, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej

**O autorze:** lek. Mariusz Gawrych – specjalista w dziedzinie medycyny rodzinnej, prezes Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego KLRwP, członek Okręgowej Rady Lekarskiej Bydgoskiej Izby Lekarskiej, asystent Katedry Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu.



**Od redakcji:** Informujemy, że przytoczone we wspomnianym artykule zdanie zostało zaczerpnięte z informacji Urzędu Marszałkowskiego dotyczącej przyznanych Nagród Marszałka za lata 2020–2021. Jednym z laureatów w kategorii ochrona zdrowia został prof. Andrzej Kurylak (koordynator Oddziału Pediatrii, Hematologii i Reumatologii w WSD). Nagrodę – jak napisał UM – przyznano mu „za pomysł oraz koordynowanie oddziału prowadzącego wielospecjalistyczne, kompleksowe świadczenia medyczne w zakresie chorób onkologicznych u dzieci i młodzieży. Powstały w Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym w Bydgoszczy ośrodek leczenia najmłodszych pacjentów ze schorzeniami nowotworowymi jest nowatorskim i jedynym takim w województwie kujawsko-pomorskim. Działania prof. Kurylaka doprowadziły również do otrzymania przez Oddział Pediatrii, Hematologii, Onkologii i Reumatologii akredytacji na prowadzenie szkolenia podyplomowego, specjalizacyjnego z onkologii i hematologii dziecięcej”.

Ostatnio transpłciowość coraz częściej staje się tematem publicznym. Nie zawsze jednak pojawiające się w przestrzeni medialnej treści służą edukacji, obalaniu stereotypów, rozwiewaniu wątpliwości, są pomocą dla osób z tym zaburzeniem. Zdarza się, że są niezgodne z aktualną wiedzą medyczną i zwyczajnie krzywdzące dla osób transpłciowych – np. ostatnie wypowiedzi jednego z czołowych polskich polityków... Dlatego dzisiaj w *Primum* na ten temat wypowiedzą się eksperci. a.b.

# Jesteśmy jak talia kart...

Kolejny raz w przestrzeni publicznej w sposób nieodpowiedzialny (ale zapewne wyrachowany i świadomy) padły słowa dotyczące społeczności osób transpłciowych niezgodne z aktualną wiedzą medyczną. Ignorancja w odniesieniu do rzetelności własnych wypowiedzi na temat, o którym nie ma się elementarnego pojęcia, nawet już mnie nie irytuje i właściwie zasługuje jedynie na skomentowanie tego zjawiska *bon motem* „nie znam się, ale się wypowiem”. Cóż, efekt Dunninga-Krugera nie oszczędził nawet niektórych osób z dyplomem lekarza zabierających głos w sprawach dotyczących różnorodności płciowej czy seksualnej.



BARTŁOMIEJ  
WOLSKI

## CZYM JEST PŁEĆ?

W tym miejscu chciałbym tylko przypomnieć, jak nie zero-jedynkowo przedstawia się kwestia pojęcia płci w świetle medycyny rozrodu, endokrynologii, genetyki czy ostatecznie psychiatrii i seksuologii.

Nie ma jednej uniwersalnej definicji płci – jest ich kilkanaście. Tak jak drzewo z każdym rokiem swojego rozwoju zyskuje kolejne warstwy, tak w naszym soma i psyche zachodzą fizjologiczne zmiany, które definiują ostatecznie naszą tożsamość płciową czy seksualną. Wobec tego, jak na poziomie „elementarnej wiedzy” określić płeć pacjenta z chromosomalnie zdefiniowaną płcią „męską” – XY a cierpiącego na zespół całkowitej niewrażliwości na androgeny (CAIS), będącego fenotypową kobietą? Nie wystarczy już podstawowa wiedza z biologii, aby przyswoić sobie różnorodność wariantów płci definiowanej na poziomie genetyki u pacjentów 46 XX i 46 XY z dysgenezą gonad. Nie wspo-

mnę już o obecności dodatkowych chromosomów X lub Y, ich braku czy mozaicyzmie chromosomowym.

Od wczesnych lat 30. a jeszcze do końca lat 80. przeważał pogląd o genetycznie zdominowanej determinacji płci zależnej od chromosomów płci, różnicowaniu gonad i różnicowaniu płci w zależności od różnych stężeń hormonów produkowanych przez te gonady, jądra lub jajniki. Obecnie taki rozdział ścieżek rozwoju płci na męską i żeńską jest zbyt prosty! Współczesna wiedza dostarcza bogatych informacji o równoległe działających mechanizmach i czynnikach kierujących rozwój często w zupełnie nieoczekiwanej stronę.

## ROZWÓJ PŁCI...

...możemy podzielić na dwa etapy: genetycznie zaprogramowane przekształcanie się bipotencjalnych gonad w jądra i jajniki, a następnie hormonalnie uwarunkowane zróżnicowanie płci już po etapie zdeterminowania gonad, obejmujące także rozwój struktur mózgowych. Każdy z tych etapów może ulec zakłóceniu, co będzie prowadziło do zaburzeń różnicowania płci DSD (dysgenesis of sex development), nie tylko tej somatycznej.

Zarodek człowieka jest w pewnym sensie niezdefiniowany płciowo przez pierwsze 40 dni od momentu zapłodnienia. Przyszła płeć, począwszy od pierwszego blastomeru, przynajmniej potencjalnie zależy od subtelnej różnicy liczby i jakości genów pomiędzy żeńskim (XX) a męskim (XY) kariotypem. I chociaż te same geny zawarte w chromosomie X posiada zarówno „genetyczna” kobieta i mężczyzna, to jednak męski zarodek otrzymuje jakościowo inne geny w chromosomie Y – obecność genu SRY. Rola tych genów to przeprogramowanie dominującej „kobiecej ścieżki rozwoju” na męską. Moż-

na więc powiedzieć, że męczyzna jest „przeprogramowaną genetycznie” kobietą!

Na początku istnienia zarodka embriony dwóch różnych płci różnią się jedynie kariotypem. Po 40 dni rozwoju w zarodkach „męskich” uruchamiane są geny regulatorowe z rodziny SOX zlokalizowane na chromosomie 17, dzięki aktywności genu SRY zlokalizowanego na chromosomie Y. Prowadzi to do różnicowania bipotencjalnej gonady w jądra lub, przy braku genu SRY, w jajniki. Dodatkowo sytuację komplikuje fakt obecności na chromosomie 17 dwóch obszarów regulatorowych, których utrata prowadzi do odwrócenia płci, tj. obszaru XY SR oraz obszaru XX RevSex. Utrata XX RevSex skutkuje rozwojem osoby męskiej z kariotypem XX i analogicznie utrata XY SR rozwojem osoby żeńskiej z kariotypem XY.

Na kolejnym poziomie możemy mieć jeszcze do czynienia z zaburzeniami funkcjonowania enzymów konwertujących testosteron do estrogenów lub do biologicznie najsilniejszej jego pochodnej, tj. dihydrotestosteronu, co także wpłynie na kolejne etapy hormonalnego i mózgowego różnicowania płci. Jak potwierdzają autorytety, poczucie przynależności płciowej ujawnia się zwykle między drugim a trzecim rokiem życia. U genetycznych chłopców, którzy rodzą się z obojnaczymi narządami płciowymi z powodu defektu w wytwarzaniu lub oddziaływaniu testosteronu, a także u genetycznych dziewczynek z obojnaczymi narządami płciowymi z powodu nadmiaru testosteronu – może wystąpić niezgodność między płcią genetyczną a płcią psychiczną.

Jakby tego było mało, na chromosomie X zlokalizowany jest np. gen dla receptora androgenowego, co w przypadku jego utraty u osoby z kariotypem XY skutkuje fenotypem kobiecym (zespół CAIS) pomimo obecności androgenów, o czym wspominałem na początku artykułu.

Nie podejmuję się przytaczać tu całej gamy procesów kształtowania się płci w ujęciu psychorozwojowym, społecznym i kulturowym, czym zajmują się inne dziedziny medycyny, a których ważną determinantą jest istnienie płci mózgu, potwierdzone w licznych badaniach funkcjonalnego neuroobrazowania fMRI. Ocenia się, że zaledwie 20% przypadków zaburzeń rozwoju płci DSD (DSD dysgenesis of sex development) uzyskuje diagnozę molekularną, a co najmniej 50% pacjentów 46XY DSD nie może otrzymać właściwej diagnozy. Nie mam więc wątpliwości, że to tylko ułamek wiedzy, którą ciągle poznajemy.

## OSTATECZNIE, NA KOŃCU TEJ DROGI STOI PRZED NAMI ZWYKŁY CZŁOWIEK...

Pomijając jednak całą warstwę naukową zagadnienia, którą niektórzy ignoranci utożsamiają z „poglądami” czy „ideologią” (trywializując ją dodatkowo swoim rechotem), to na końcu tej drogi stoi przed nami Człowiek, tak jak każdy z nas, pragnący żyć w zgodzie ze swoimi wewnętrznymi odczuciami, społecznie akceptowany, chcący zyczajnie być szczęśliwym.

**Jeśli uświadomimy sobie i innym, jak złożone są mechanizmy naszej natury, jeśli dzięki popularyzacji wiedzy w naszym najbliższym otoczeniu będziemy tępić przejawy nietolerancji i sztyrdstwa w przestrzeni publicznej – to wierzę, że przynajmniej w taki sposób, jako przedstawiciele świata medycznego, możemy zaprotestować!**

**O autorze:** dr n. med. Bartłomiej Wolski jest konsultantem wojewódzkim w dziedzinie seksuologii. Specjalistą w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz seksuologii, w trakcie specjalizacji z perinatologii. Jest współzałożycielem Kliniki – Lekarze Mostowa 4 – klinika przyjazna LGBTQ+. Kierownik Poradni Seksuologii i Patologii Współżycia w Lekarze Mostowa 4, zastępca kierownika Oddziału Położniczo-Ginekologicznego Szpitala św. Wojciecha w Gdańsku. Prywatnie: szczęśliwy ojciec Ani, Wincentego i Weroniki.



## Listy...



### List otwarty do posta Tomasza Latosa, członka Bydgoskiej Izby Lekarskiej i przewodniczącego sejmowej Komisji Zdrowia

Szanowny Panie Pośle,

27 czerwca wysłałem list na mailowy adres Pana biura, ale Pan nie odpowiedział, a temat jest bulwersujący, dlatego piszę list otwarty na łamach „Primum”.

Jarostaw Kaczyński podczas publicznych spotkań drwi z osób transpłciowych i, jak sądzę, jest to zaplanowana strategia, by zwiększyć swoją popularność. Jego cyniczne wypowiedzi, że „od 17.30 można być mężczyzną, a po 17.30 – kobietą” albo że „rozpoznaje płeć osób siedzących w pierwszym rzędzie” – mogą spowodować wzrost agresji w stosunku do osób transpłciowych, ale przede wszystkim są wyrazem ignorancji wobec współczesnej wiedzy medycznej.

Zaburzenie identyfikacji płciowej polega na niezgodności przeżywanej tożsamości płciowej z cechami cielesnymi, rozwija się w życiu płodowym, a pełny obraz kliniczny ujawnia się w okresie dojrzewania – zatem w okresie najtrudniejszym dla człowieka z punktu widzenia radzenia sobie z emocjami – i jest dla pacjenta tak silnym stresem, że może prowadzić do depresji i prób samobójczych. Tożsamość płciowa i psychiczna zakodowana jest nie w genitaliach, lecz w mózgu, a rozwój mózgu, jak i każdego innego narządu, czasem nie przebiega harmonijnie z pozostałymi cechami morfologicznymi człowieka. Jako lekarze wiemy to doskonale i jako lekarze mamy obowiązek wspierać pacjentów i leczyć ich, a także edukować społeczeństwo.

Trudno mi dobrać słowa, by opisać praktyki Kaczyńskiego. Dla mnie jako osoby, która pracuje z pacjentami transpłciowymi, jego wypowiedzi są analogiczne do tych, jakie znamy z historii – choćby z lat 30. XX w. o wyższości jednej rasy nad innymi (przecież próbowano to udowodnić naukowo) albo z lat 50. w ZSRR, kiedy rozpoznawano u przeciwników politycznych nieistniejącą chorobę – „schizofrenię bezobjawową”, po to, by ich zepchnąć na margines społeczeństwa. Zawsze ignorowano wtedy naukę i wykorzystywano ją do osiągnięcia krótkotrwałych celów. I zawsze szczytowało to powodowało agresję innych.

Piszę do Pana i pytam Pana jako lekarza: Czy nie jest Panu wstyd, że wykorzystujecie zaburzenie identyfikacji płciowej, by zyskać popularność u osób, które nie mają wiedzy medycznej? Niech Pan w tej kwestii nie staje po stronie kogoś, kto jowialnie rechocze, drwiąc publicznie z zaburzenia, które jest obarczone jednym z najwyższych odsetków prób samobójczych. Negatywne efekty tego rechotu zaczynam już zauważać u swoich pacjentów.

Pewien historyk medycyny opowiadał mi kiedyś o szpitalu psychiatrycznym w Gdańsku. Szpital ten na początku XX w. stanowił atrakcję dla gawiedzi. Wokół niego był ogród otoczony siatką. Ludzie przychodzili w to miejsce i śmiali się z pacjentów, którzy ich bawili swoim wyglądem i zachowaniem. 120 lat później szef partii rządzącej drwi publicznie z pacjentów transpłciowych, a tłum się śmieje i klaszcze.

Panie Pośle, uważam, że jako lekarz ma Pan obowiązek postępować zgodnie ze współczesną wiedzą medyczną i odcinać się od poglądów, które są wbrew nauce, wygłaszane tylko po to, by zwiększyć popularność. Oczywiście jako podwładny Kaczyńskiego może mu Pan też przyklaskiwać, kiedy będzie wygłaszał z mównicy kolejne brednie, ale taką postawą daje mi Pan prawo, bym nazywał Pana konformistą.

Maciej Klimarczyk

# Medyczne aspekty transpłciowości

MACIEJ  
KLIMARCZYK

**Istotą transpłciowości** jest nieharmonijny z resztą ciała rozwój mózgu, powodujący rozwinięcie się tożsamości płciowej niezgodnej z cechami cielesnymi. Stan ten kształtuje się w życiu płodowym, a pełny obraz kliniczny ujawnia się najczęściej we wczesnym okresie dojrzewania.

**Transpłciowość** jest określeniem niefigurującym w klasyfikacjach diagnostycznych, jednak najczęściej używanym zarówno w relacjach lekarz-pacjent, jak i wśród samych pacjentów. Klasyfikacja ICD-11 określa to zaburzenie „niekompatybilnością płci”, ang.: *gender incongruence*, a DSM V – „dysforią płciową”. W obu klasyfikacjach transpłciowość nie jest klasyfikowana jako zaburzenie psychiczne.

**Epidemiologia:** dane niejednoznaczne – wg kanadyjskich badań opartych o DSM V – od 0.5 do 1.3% populacji<sup>1</sup>.

## Kryteria diagnostyczne dysforii płciowej u dorastających i dorosłych wg DSM V:

- A. Wyraźna niezgodność między odczuwaną/wyrażaną płcią a płcią przypisaną trwająca co najmniej 6 miesięcy, objawiająca się **co najmniej dwoma** spośród wymienionych:
1. Wyraźna niezgodność między odczuwaną/wyrażaną przez daną osobę płcią a pierwszorzędowymi i/lub drugorzędowymi cechami płciowymi.
  2. Silna potrzeba bycia pozbawionym pierwszorzędowych i/lub drugorzędowych cech płciowych z powodu wyraźnej niezgodności.
  3. Silna potrzeba posiadania pierwszorzędowych i/lub drugorzędowych cech płci przeciwnej.
  4. Silna potrzeba bycia płci przeciwnej (albo płci innej niż przypisana danej osobie).
  5. Silna potrzeba bycia traktowanym jak osoba płci przeciwnej.
  6. Wyraźne przekonanie, że dana osoba wyraża uczucia i prezentuje reakcje typowe dla płci przeciwnej.

Opisany stan powoduje istotne kliniczne cierpienie lub upośledzenie funkcjonowania społecznego, zawodowego lub w innych ważnych obszarach.

By postawić diagnozę w Polsce potrzebna jest konsultacja seksuologiczna, psychiatryczna i psychologiczna (psycholog-seksuolog). Badania kliniczne uzupełnia się badaniami laboratoryjnymi, badaniem neuroobrazowym, a w razie potrzeby – również badaniem kariotypu.

**Typowy wywiad od pacjenta transpłciowego:** stan dysforii płciowej trwa od dłuższego czasu, jest niezmienny, myśli o niezgodności płci są stałe, a cielesne cechy płciowe powodują odczuwanie cierpienia – pacjenci określają je jako „obce”. Dla transpłciowych chłopców/mężczyzn miesiącza jest stanem „nienaturalnym” lub „obrzydliwym”. Przypisana rola płciowa niezgodna z tożsamością powoduje zaburzenia nastroju, a w wielu przypadkach – myśli i próby samobójcze. Większość pacjentów stara się wchodzić w rolę płciową zgodną ze swoją tożsamością jeszcze przed leczeniem hormonalnym – robią to za pomocą ubioru, fryzury, makijażu, nowego imienia, form gramatycznych dopasowanych do swojej tożsamości. Większość transpłciowych chłopców/mężczyzn spłaszczają piersi taśmami elastycznymi. Pacjenci wymagają, by zwracać się do nich formą gramatyczną oraz imieniem właściwymi ze względu na płć psychiczną (większość ma już wybrane imię). W przeciwnym razie nawiązanie relacji terapeutycznej skazane jest na niepowodzenie.

Co trzeci pacjent z dysforią płciową odczuwa swoją tożsamość jako niebinarną<sup>2</sup>, czyli pośrednią między męską a żeńską lub – rzadziej – nie definiuje się w żadnym miejscu kontinuum mężczyzna-kobieta.

**Różnicowanie:** zaburzenia psychotyczne, zaburzenia osobowości z autoagresją, parafilie (transwestytyzm z fetyszyzmem, autogynefilia – parafilia u mężczyzn polegająca na odczuwaniu satysfakcji seksualnej podczas fantazjowania, że jest się kobietą), interseksualizm (często współistnieje niebinarność), organiczne uszkodzenie mózgu.

Odczuwanie tożsamości płciowej niezgodnej z budową ciała nie poddaje się leczeniu psychiatrycznemu ani psychoterapii nakierowanej na zaakceptowanie status quo. Próby takiego leczenia pogarszają stan pacjenta i **mogą prowadzić do samobójstwa**, dlatego są błędem w sztuce lekarskiej. Postępowaniem, które rokuje poprawę jest tranzycja, czyli korekta cielesnych cech płciowych i wejście pacjenta w rolę płci odczuwanej.

Po postawieniu diagnozy pacjent może złożyć pozew do sądu o korektę płci metrykalnej.

**Postępowanie lekarskie:** I etap – leczenie hormonalne: maskulinizujące – testosteron; feminizujące – blokery testosteronu (cyproteron, spironolakton, analogi gonadoliberyn) + beta-estradiol; trwają badania nad przydatnością progesteronu. II etap – leczenie chirurgiczne – mastektomia (wykonywana niezależnie od korekty płci metrykalnej), chirurgia narządów płciowych – wykonywana po korekcie płci metrykalnej.

**Pacjenci odczuwają ogromną satysfakcję z leczenia. Od wielu z nich po tranzycji usłyszałem następujące słowa: „dzięki tranzycji odzyskałam/em prawdziwą/prawdziwego siebie”.**

**O autorze:** dr n. med. Maciej Klimarczyk jest psychiatrą i seksuologiem, absolwentem Akademii Medycznej w Bydgoszczy z roku 2000. Specjalizację z psychiatrii odbył w Klinice Psychiatrii w Bydgoszczy pod kierunkiem dr Małgorzaty Płockiej-Lewandowskiej; specjalizację z seksuologii w Zakładzie Seksuologii Medycznej i Psychoterapii CMKP w Warszawie pod kierunkiem prof. Zbigniewa Lew-Starowicza; stopień doktora nauk medycznych uzyskał na Gdańskim Uniwersytecie Medycznym na podstawie pracy dotyczącej badań nad lękiem napadowym. Obecnie prowadzi własną praktykę lekarską w Bydgoszczy i Mogilnie.



<sup>1</sup> Kenneth J. Zucker. Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. *Sexual Health* 14(5) 404–411, 2017

<sup>2</sup> Burgwal A et al. J. Health disparities between binary and non binary trans people: a community-driven survey. *Int. J. of Transgenderism* 2019 20 218–229



# Szczęścia, zdrowia, pomyślności...

Kolejne jubileusze 70-, 60-, 50- i 40-lecia uzyskania dyplomu lekarza przed nami. 30 września o godz. 16.00 zapraszamy do siedziby BIL przy ul. Powstańców Warszawy 11 legitymujących się najdłuższym stażem medycznym lekarzy członków naszej Izby.

## 70-lecie uzyskania dyplomu:

Anna Sawicka-Murowicka  
Ewa Witek

## 60-lecie uzyskania dyplomu:

Andrzej Adamczewski  
Barbara Dobrzyńska-Puckowska  
Wiktoria Drygiel  
Danuta Dubaniowska-Boguszyńska  
Janina Kaczyńska  
Franciszek Konkol  
Anna Kuźmińska  
Urszula Machowska  
Anna Musiał-Kubiak  
Andrzej Nagórny-Martynowski  
Adam Piziewicz  
Urszula Piziewicz  
Tadeusz Polański  
Irena Ponikowska  
Stanisława Pruś  
Mirosława Rozwodowska  
Roman Rutkowski  
Wiesław Szymański  
Danuta Walter-Gaube  
Lutobora Widomska  
Anna Zommer-Rydzkowska

## 50-lecie uzyskania dyplomu:

Andrzej Barecki  
Marek Bąk  
Bożena Bowszyk-Nowajczyk  
Sylvia Budzyńska  
Lidia Cipora  
Irena Drapińska  
Wanda Drewniak  
Franciszek Gromala  
Waldemar Halota  
Jan Jamnicki  
Krystyna Janiszewska  
Bogumiła Kabata  
Barbara Kałwińska-Błońska  
Jan Kaźmierski  
Jadwiga Korenkiewicz  
Wanda Koterska  
Jadwiga Kraśnicka  
Barbara Książkiewicz  
Daniel Kuchajewicz  
Zofia Kuźdża-Klimkiewicz  
Krystyna Lipkowska  
Ewa Łapniewska

Teresa Majkowska  
Jolanta Makasewicz-Guzikowska  
Liliana Makieta-Lehmann  
Aleksander Mielcarzewicz  
Stanisław Mielniczuk  
Maria Mikołajczyk  
Aleksandra Młodecka  
Krystyna Mścichowska-Chmura  
Aldona Przybylska-Witkowska  
Bożena Puchalska-Żmigrodzka  
Elżbieta Różycka  
Teresa Ruthendorf-Przewoska  
Krystyna Scheffler  
Grażyna Sergot-Martynowska  
Jerzy Słowik  
Elżbieta Sobolewska-Grzelak  
Andrzej Stempniewski  
Daniela Sulkowska-Byczuk  
Urszula Ściegienna  
Bohdan Ściegienny  
Ewa Świtka  
Iwona Wasielewska  
Andrzej Wasilewski  
Stefania Wiśniewska-Pawlak  
Jolanta Włoch-Muller  
Bożena Włodarczyk  
Jadwiga Wozikowska  
Zofia Zacharska  
Halina Żak-Jurkiewicz  
Józef Żemojtel

## 40-lecie uzyskania dyplomu:

Lolita Antkowiak  
Grażyna Arciszewska-Widlas  
Dorota Arszyńska-Łopatka  
Lilianna Bartuzi  
Magdalena Benedykcińska-Miklas  
Paweł Białożyk  
Mirosława Bielska  
Alfreda Burkowska-Jędrzejczak  
Marek Dziarnowski  
Józef Dziedzic  
Krystyna Fadel  
Ilona Glabus  
Ryszard Górski  
Zofia Grąbczewska  
Wojciech Henclewski  
Wojciech Hillemann  
Tamara Jasińska  
Wiesław Jaskulski  
Joanna Jaszewska  
Andrzej Jedynek

Alina Jefimow-Gźyl  
Olga Juraniec-Krymer  
Hanna Karpów  
Elżbieta Kasprowicz  
Janina Koszewska  
Bożena Kotowska  
Marek Kotowski  
Alina Kowalska  
Ewa Kubik  
Barbara Kulas  
Dorota Kuziemska  
Arkadiusz Kuziemski  
Małgorzata Landowska  
Barbara Lewicka  
Henryk Lewicki  
Elwira Lubińska-Budiselic  
Bożena Ludwikowska  
Grzegorz Ludwikowski  
Marek Mackiewicz  
Teresa Mackiewicz  
Andrzej Matek  
Stella Mańkowska  
Bohdan Michalak  
Grażyna Mierzwa  
Tomasz Mierzwa  
Dorota Motyl  
Krzysztof Motyl  
Włodzimierz Mućko  
Marta Nadrajkowska  
Mariusz Niklas  
Hanna Ojczenasz  
Mariusz Ostrowski  
Hanna Owczarzak  
Barbara Paliszewska  
Janusz Pepliński  
Maria Połomska  
Hanna Rozmystowicz  
Zbigniew Sobociński  
Zbigniew Szkulmowski  
Tadeusz Szyłberg  
Renata Szyszymar-Kierpiec  
Krzysztof Tojek  
Mahmud Totongi  
Małgorzata Tyloch  
Zbigniew Wasilewski  
Andrzej Wierciński  
Maria Wojdyła  
Marek Woźnicki  
Magdalena Wysztygiel  
Grażyna Zalewska  
Bernadeta Zawiszewska  
Maria Zielińska  
Marcin Ziółkowski

# Jubileuszowy,

## 20. Kongres Medycyny Rodzinnej

Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce jest profesjonalnym towarzystwem naukowym konsekwentnie od 30 lat działającym na rzecz budowy i rozwoju medycyny rodzinnej, systemu ochrony zdrowia wysokiej jakości – służącego zdrowiu, godności i dobremu samopoczuciu wszystkich ludzi. Wypełnia swoją misję poprzez wspieranie swoich członków w rozwoju zawodowym, naukowym oraz w wykonywaniu praktyki lekarza rodzinnego. Dbą o wysokie standardy kształcenia lekarzy rodzinnych na wszystkich etapach edukacji medycznej, wspierając rozwój badań naukowych w tej dziedzinie, rozpowszechniając wiedzę o niej w społeczeństwie, aktywnie uczestnicząc w procesie przekształceń systemu ochrony zdrowia.

MARIUSZ  
GAWRYCH

Przez swoje działania Kolegium chce doprowadzić do sytuacji, w której każdy obywatel i jego rodzina znajdować się będą pod opieką kompetentnego lekarza rodzinnego. Naszymi głównymi aktywnościami są: Kongres Medycyny Rodzinnej, Letnia Szkoła Astmy, Jesienna Szkoła Profilaktyki i Promocji Zdrowia, Krajowy Zjazd Lekarzy Rodzinnych w Rajgrodzie, Szkoła Tutorów Medycyny Rodzinnej, kurs dla nauczycieli medycyny rodzinnej – Leonardo Euroact, Konferencja Nauczycieli i Tutorów Medycyny Rodzinnej, Akademia Tyreologii Praktycznej, Podyplomowa Szkoła Medycyny Rodzinnej i wiele więcej.

W dniach 2–5 czerwca odbył się jubileuszowy, 20. Kongres Medycyny Rodzinnej w Toruniu. Organizatorem konferencji było Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce (KLRwP) we współpracy z ZiZ Centrum Edukacji. Patronatem konferencję objął m.in. prezydent Miasta Toruń i rektor Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. Członkami Komitetu Naukowego byli również członkowie Bydgoskiej Izby Lekarskiej.

Konferencja rozpoczęła się wieloma warsztatami dotyczącymi m.in.: pisanie prac naukowych, USG w medycynie rodzinnej (warsztat został poprowadzony przez lek. Jerzego Rajewskiego – skarbnika Oddziału Kujawsko-Pomorskiego KLRwP), radzenia sobie ze stresem i wypaleniem zawodowym, całościowej oceny geriatrycznej w POZ, uzależnie-

nia od tytoniu czy postępowania z pacjentem z bólami głowy oraz dermatoskopii (warsztat przeprowadzony przez lek. Mariusza Gawrycha). Następnego dnia odbyła się sesja inauguracyjna, którą otworzył prezes Oddziału Kujawsko-Pomorskiego KLRwP lek. Mariusz Gawrych wraz z kierownikiem Katedry Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy dr. hab. n. med. Krzysztofem Buczkowskim, prof. UMK. Przywitano gości specjalnych, przedstawicieli wielu środowisk, m.in. lek. Jacka Krajewskiego, prezesa Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie, który wręczył statuetkę oraz dyplom - prezes KLRwP Agnieszce Jankowskiej-Zduńczyk - za współpracę pomiędzy stowarzyszeniami. Następnie dr hab. med. Sławomir Czachowski, prof. UMK, kierownik Katedry Psychologii Klinicznej i Neuropsychologii, zapowiedział wykład prof. dr. hab. Włodzisława Duchy (Katedra Informatyki Stosowanej, Wydział Fizyki, Astronomii i Informatyki Stosowanej, Uniwersytet Mikołaja Kopernika) na temat diagnoz i terapii cyfrowych. Podczas sesji pojawił się również Piotr Bromber, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, który wręczył odznaczenia państwowemu zasłużonemu lekarzom rodzinnym w imieniu Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Andrzeja Dudy. Na podstawie art. 138 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej oraz ustawy o orderach i odznaczeniach postanowieniem prezydenta – srebrnym krzyżem za zasługi w działalności na rzecz ochrony zdrowia – został odznaczony m.in. członek Bydgoskiej Izby Lekarskiej lek. Dariusz Tadeusz Jałocha. Pan Doktor powołał do życia Kujawsko-Pomorski Oddział Terenowy KLRwP i został prezesem oddziału. Budował na naszym terenie medycynę rodzinną, według takich standardów, jakie obowiązują na świecie. Praktykę lekarza rodzinnego w Sępólnie Krajeńskim otworzył w 1997 r. Był również członkiem zarządu głównego KLRwP oraz konsultantem wojewódzkim w dziedzinie medycyny ogólnej. W 2012 r. otrzymał od ministra zdrowia odznakę „Za zasługi dla ochrony zdrowia”. Jest również laureatem Żagla KLRwP za przekształcenia w ochronie zdrowia.



SREBRNE KRZYŻE ZASŁUGI: Dariusz Tadeusz Jałocha – drugi od lewej

W tym roku skupiliśmy się na interdyscyplinarnym i indywidualnym podejściu do leczenia naszych pacjentów. Główne sesje konferencji dotyczyły postępów w: otorynolaryngologii, onkologii, pediatrii, geriatrici. Skoncentrowaliśmy się również na chorobach metabolicznych, chorobach tarczycy, postępowaniu w post-COVID i long-COVID. Był to czas nie tylko na edukację dotyczącą profilaktyki czy omawianie ważnych problemów klinicznych, ale również na



prezentację badań własnych - czy to w postaci plakatu, czy wygłoszenia prezentacji.

Podczas konferencji wykładowcami byli goście z całej Polski, także członkowie Bydgoskiej Izby Lekarskiej: lek. Adam Ostrowski z Kliniki Urologii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu – opowiadający o krwimoczu jako niejedynym objawie zapalenia pęcherza moczowego; dr hab. n. med. Iwona Sadowska-Krawczenko, prof. UMK z Katedry Neonatologii Collegium Medicum w Bydgoszczy, z wykładem o opiece poszpitalnej nad noworodkiem urodzonym przedwcześnie; dr hab. n. med. Sylwia Kołtan, prof. UMK z Katedry Pediatrii, Hematologii i Onkologii Collegium Medicum w Bydgoszczy – opowiadała o pacjentach z wrodzonymi błędami odporności; dr n. med. Maciej Dancewicz, z Oddziału Klinicznego Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów Centrum Onkologii w Bydgoszczy, przedstawił wykład na temat badań przesiewowych, współczesnej diagnostyki i leczenia raka płuca; dr hab. n. med. Tomasz Nowikiewicz, prof. UMK, Oddział Kliniczny Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej Centrum Onkologii w Bydgoszczy – opowiedział o roli lekarza rodzinnego w diagnostyce i leczeniu chorych na raka piersi; prof. dr hab. n. med. Wojciech Zegarski, Oddział Kliniczny Chirurgii Onkologicznej Centrum Onkologii w Bydgoszczy – mówił o nowoczesnej diagnostyce i leczeniu raka jelita grubego.

W ostatnim dniu kongresu wybitnym lekarzem rodzinnym, którzy zasłużyli się dla rozwoju tej dziedziny medycyny, zostały przyznane Żagle 30-lecia KLRwP. Nagrodę m.in. uzyskało dwóch członków BIL: za wytrwałość, wieloletnią działalność – lek. Jerzy Rajewski oraz za naukę i edukację – dr hab. n. med. Krzysztof Buczkowski, prof. UMK.

C cały kongres okazał się dużym sukcesem. Wielu lekarzy rodzinnych z Bydgoskiej Izby Lekarskiej aktywnie w nim uczestniczyło, a nawet zostało docenionych. Takie wydarzenia są okazją do spotkań – czy to w gronie specjalistów medycyny rodzinnej, aby wspólnie zadbać o jakość podstawowej opieki zdrowotnej, czy ze specjalistami węższych dziedzin, by wspólnie wypracować drogi postępowania diagnostyczno-lecniczych pacjentów zgłaszających się do wszystkich lekarzy.

Tych państwa, którzy są lekarzami rodzinnymi, zapraszam na oficjalną stronę KLRwP, na grupę facebookową (KUJAWSKO-POMORSKI OW KLRwP), newslettera czy do grupy telegram. Będziemy tam zamieszczać – wspólnie z lek. Waldemarem Gadzińskim, konsultantem wojewódzkim z medycyny rodzinnej, prezesem Bydgoskiego Oddziału Terenowego, oraz lek. Martą Cichocką-Wiśniewską, przedstawicielką młodych lekarzy rodzinnych województwa kujawsko-pomorskiego – informacje o warsztatach i kursach edukacyjnych. Natomiast innych specjalistów zapraszam do kontaktu osobistego w celu współpracy i jakichkolwiek wspólnych przedsięwzięć.

**O autorze:** lek. Mariusz Gawrych – specjalista z medycyny rodzinnej, prezes Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego KLRwP, członek Okręgowej Rady Lekarskiej Bydgoskiej Izby Lekarskiej, asystent Katedry Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu.



<https://t.me/rodzinni>



<https://www.facebook.com/groups/klrwp>



<https://www.klrwp.pl/pl>

## Mój jest ten kawałek podłogi!...

*Głównym zadaniem ciała jest noszenie mózgu.*

Thomas Alva Edison



Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Szperając w sieci, znalazłem zdjęcie polskiej nadmorskiej plaży z roku 1970. Pytanie! Czy zauważyłem jakieś różnice w porównaniu z plażą dnia dzisiejszego? Otóż tak! Na ciąkach opalających się osób nie widać śladu ta-tuaży, a u panów śladów rozwiniętych brzusznych mięśni piwnych i co ciekawe – ludzie rozmawiają, bo w dłoniach ich nie ma smartfonów! Przepraszam – powinienem użyć poprawnego politycznie zwrotu „smarfonów”. No i widoczne rzesze ładnych dziewczyn bez stringów. Ale jak to niestety zauważył szwedzki pisarz Mats Strandberg *ładne dziewczyny nie muszą być bystre, żeby sobie radzić w życiu, więc mózg się u nich nie rozwijał.*

Nie wiem, czym się autorowi tych słów naraziły ładne dziewczyny, bo to nie ich wina, że są ładne oraz że nie wstydzą się swojego ciała.

A propos wstydu. Andrzej Saramonowicz, scenarzysta, reżyser i publicysta, tak oto kiedyś powiedział – *zadziwiające, jak wielu ludzi wstydzi się własnego ciała, a jak niewielu swojego umysłu.*

Nic niestety na to nie poradzimy, gdyż *niektórzy ludzie mają umysł tak otwarty, że mózg im wycieka.* Tak to przynajmniej twierdzi amerykańska powieściopisarka Flannery O'Connor.

Jak widzicie, Czytający te słowa, zgłębianiem zasad działania mózgu zajmują się nie tylko neurologi!

Jak działa on u polityków? Na to pytanie usiłuje nam odpowiedzieć Tadeusz Kotarbiński, *Osoba, której jak sądzę nie muszę przedstawiać. A pisze On tak – Instancje panowały trzy: pięść, mózg i serce.*

*Serce się wycofało, będąc w poniewierce.*

*Gdy zaś pięść z mózgiem same pozostały w parze, oto skutek: mózg rządzi tak, jak mu pięść każe.*

Muszę przyznać, że dla mnie to była mała zagwozdzka. Filozof i poeta? Tak, a ten wiersz pochodzi z tomiku poetyckiego „Wesołe smutki” wydanego w 1956 roku. Napisany jakby wieki temu, a jak bardzo aktualny, zwłaszcza po próbie zawłaszczenia przez „pięść” rocznicy Powstania Warszawskiego. I co gorsze – niektórzy polityczni „mędrcy” te działania „pięści” aktywnie popierali. Stanisław Jerzy Lec napisał, *wierzę, że mędrcy dojdą kiedyś do tego, do czego służy mózg.*

Ja, a mam do tego prawo, takiej nadziei już nie mam!

Jak zwykle Wasz

A. Martynowski

## Klub Lekarza Seniora

- **5 października o 14.30** wykład pt. „Medyczna wokanda” – wygłosi dr n. med. Jacek Fórmaniak, członek Naczelnego Sądu Lekarskiego.

## Zapraszamy na krótką wycieczkę na Kaszuby!

Wszystkich chętnych, którzy chcieliby zobaczyć „Kaszuby mniej znane”, zapraszamy do kontaktu z doktor Małgorzatą Świątkowską (606 978 788). Jednodniowa wycieczka planowana jest na 17 września, a więc decyzję o wyjeździe trzeba podjąć szybko.

## Praca

■ Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Koronowie zatrudni na atrakcyjnych warunkach **lekarza specjalistę pediatrii**. Warunki finansowe i forma zatrudnienia do uzgodnienia z dyrektorem SPZOZ. Osoby zainteresowane ofertą proszone są o kontakt: tel. 52 3822353, e-mail: kadry@spzoz.koronowo.pl

■ Hospicjum im. bł. ks. Jerzego Popiełuszki w Bydgoszczy zatrudni **lekarzy do opieki domowej** oraz na **dyżury lekarskie**. Forma zatrudnienia i warunki finansowe do uzgodnienia. Kontakt: tel. 52 3614853.

■ Centrum Reumatologii i Rehabilitacji sp. z o.o. z siedzibą w Bydgoszczy przy ul. Markwarta 8 zatrudni: lekarza ze specjalizacją lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie **reumatologii** do pracy w poradni reumatologicznej i poradni osteoporozy (kontrakt z NFZ), godziny pracy do uzgodnienia; lekarza ze specjalizacją lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie **ortopedii i traumatologii narządu ruchu** do pracy w poradni urazowo-ortopedycznej (kontrakt z NFZ), godziny pracy do uzgodnienia; lekarza ze specjalizacją lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie **neurologii** do pracy w poradni neurologicznej (kontrakt z NFZ), godziny pracy do uzgodnienia. Telefon 604 060 949.

■ Zatrudnimy **lekarza w POZ** w NZOZ K. Wysocka-Nowakowska w Bydgoszczy, w lokalizacjach przy ul. Gajowej 17 i przy ul. Pelplińskiej 139. Kontakt tel. 661 666 433, e-mail: gajowa@kwnmed.pl

■ NOVUM-MED Sp. z o.o. prowadząca Szpital Powiatowy NZOZ w Więcborku nadal pilnie podejmuje współpracę z **lekarzem na wykonywanie funkcji przewodniczącego Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych**. Oferujemy: stabilne warunki świadczenia usługi, atrakcyjne warunki wynagrodzenia, umowę zlecenie lub kontrakt, pracę w stabilnej firmie o ugruntowanej pozycji rynkowej, przyjazną atmosferę w pracy. Bliższe informacje można uzyskać pod numerem tel.: 52 3896236; 52 3896231 lub na e-mail: kadry@szpital-wiecbork.pl

■ Wojewódzki Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Bydgoszczy zatrudni **lekarzy do orzekania w sprawach o ustalenie niepełnosprawności i stopnia niepełnosprawności**. Zatrudnienie w oparciu o akt powołania na dogodnych warunkach finansowych. Możliwość ustalania indywidualnego czasu pracy. Wymagania niezbędne: lekarz medycyny z tytułem specjalisty. Mile widziane specjalizacje: choroby wewnętrzne, chirurgia, neurologia, ortopedia, medycyna rodzinna, medycyna pracy, okulistyka, laryngologia. Kontakt: pbednarski@bydgoszcz.uw.gov.pl, tel. 52 3497516.

■ Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Koronowie zatrudni na atrakcyjnych warunkach **lekarzy POZ** ze specjalizacją: z **medycyny rodzinnej, chorób wewnętrznych** lub w trakcie specjalizacji. Warunki finansowe i forma zatrudnienia do uzgodnienia z dyrektorem SPZOZ. Osoby zainteresowane ofertą proszone są o kontakt: tel. 52 3822353, e-mail: kadry@spzoz.koronowo.pl. Ogłoszenie nie stanowi udzielenia zamówienia w trybie konkursu ofert z art. 26 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2021.711 z późn.zm.), wobec zaistnienia przesłanek z art. 26 ust. 4a tej ustawy. Dokumenty dotyczące przetwarzania danych osobowych dostępne są w siedzibie SPZOZ Koronowo, ul. Dworcowa 55.

■ Gabinet Stomatologiczny dysponujący najnowszą technologią diagnostyczno-leczniczą poszukuje do współpracy **lekarza dentystry**. Szczegóły pod numerem telefonu +48 604 166 689.

■ Szpital Wielospecjalistyczny im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu zatrudni: **koordynatora Oddziału Neonatologicznego, lekarzy specjalistów w dziedzinie neonatologii lub pediatrii do pracy na dyżury, lekarzy radiologów** do wykonywania opisów wyników badań mamograficznych, **lekarzy**

- Uprzejmie informujemy, że na wniosek Komisji Socjalnej Prezydium ORL Bydgoskiej Izby Lekarskiej podjęto uchwałę o **refundacji kosztów poniesionych na szczepionkę przeciwko grypie dla lekarzy seniorów w wieku 60–75 lat w wysokości do 50 zł. Ponadto informujemy, że dla osób powyżej 75 r.ż szczepionka jest bezpłatna, a w przedziale 65–75 lat odpłatność wynosi 50%.** Zwrot kosztów będzie odbywał się w biurze BIL po przedstawieniu imiennej faktury za szczepionkę

*lek. Malwina Barańska  
przewodnicząca Komisji Socjalnej*

**specjalistów w dziedzinie neurochirurgii** do pracy w Poradni Neurochirurgicznej. Zainteresowanych lekarzy prosimy o kontakt telefoniczny z numerem 52 3545320 w dni powszednie w godz. 08.30–14.30 lub za pośrednictwem adresu e-mail: sekr.nacz@szpitalino.pl.

■ Zatrudnię lekarza **stomatologa**. Praca w ramach NFZ oraz prywatnie. NZOZ „Sanimed” Trzszczyn, kontakt 503 022 287.

■ Prywatna przychodnia w Pile nawiąże współpracę z lekarzami: **kardiologiem** oraz **endokrynologiem**. Zapewniamy bardzo dobry sprzęt (BTL, Arietta), wysoki komfort pracy, satysfakcjonujące wynagrodzenie. Szczegółowe warunki – do uzgodnienia. Kontakt: Lucyna Kowzan, tel. 605 566 371, e-mail: l.kowzan@wp.pl, www.medicacentrum.pl.

■ NZOZ VITAMED, ul. Kościuszki 35, 85-079 Bydgoszcz zatrudni **lekarza do pracy w poradni ginekologicznej**. Kontakt: email: kontakt@vitamed.info, <https://vitamed.info>.

■ Stomatologia Piaseczno Sp z o.o. sk. poszukuje do pracy w dentobusie (województwo kujawsko-pomorskie) **lekarza dentystry** na jeden lub więcej dni w tygodniu OD RANA. Lokalizacja do uzgodnienia. Kontakt: katarzyna.zagorska@dentobus.com.pl lub 733 686 310.

■ Klinika stomatologiczna w centrum Bydgoszczy zatrudni lekarza **dentyście**. Praca w ramach NFZ oraz prywatnie. Kontakt: tel. 604 796 594, e-mail: stomedbydgoszcz@gmail.com

■ Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Barcinie zatrudni **lekarza do pracy w Poradni POZ**. Oferujemy: atrakcyjne wynagrodzenie, dowolną formę zatrudnienia. Kontakt: Dyrektor tel. 609-071-410, Z-ca dyrektora ds. lecznictwa 601 678 011, e-mail dyrektor@spzozbarcin.pl

## Odstąpię

- Używany sprzęt okulistyczny odstąpię tel. 52 3752676, kom 501 530 974.

REKLAMA

## Biuro Rachunkowe PLUS

- ▶ Kompleksowa i profesjonalna obsługa księgową firm
- ▶ Wieloletnie doświadczenie w branży medycznej
- ▶ Certyfikat nadany przez Ministerstwo Finansów o numerze 6522/97

Zadzwoń: **663 126 762**

biuroplus@biuroplus.net.pl  
[www.biuroplus.net.pl](http://www.biuroplus.net.pl)  
Bydgoszcz, ul. Karłowicza 22



**Nasz  
Lekarz**  
PRZYCHODNIE MEDYCZNE

Klinika Terapii Innowacyjnych

Nasz Lekarz Przychodnie Medyczne od 20 lat prowadzi leczenie biologiczne chorób m.in. reumatologicznych, dermatologicznych, gastroenterologicznych, pulmonologicznych oraz hematologicznych i onkologicznych.

**Z przyjemnością informujemy, o otwarciu Kliniki Terapii Innowacyjnych, w której Pacjenci będą mogli skorzystać z leczenia biologicznego i innowacyjnego w ramach oferty komercyjnej.**

## Zapraszamy zainteresowanych współpracą lekarzy

Skontaktuj się z nami, zaproponuj dogodny termin spotkania, a my przedstawimy Ci możliwość indywidualnego prowadzenia chorych w ramach nowoczesnych terapii.



Toruń



Bydgoszcz

### Oferujemy leczenie biologiczne w chorobach takich jak:

- RZS - Reumatoidalne zapalenie stawów
- SpA - Spondyloartritis zapalny
  - ŁZS - Łuszczycowe zapalenie stawów
  - ZZSK - Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa
  - Axial SpA - spondyloartritis osiowa
- Osteoporoza
- Łuszczyca skóry

### Terapie lekami biologicznymi:

- certolizumab (Cimzia), etanercept (Enbrel, Erelzi), adalimumab (Humira, Hyrimoz), rituximab (Mabthera), denosumab (Prolia), infliximab (Remsima), tocilizumab (Roactemra), golimumab (Simponi)

### Terapie lekami innowacyjnymi:

- baricitinib (Olumiant), tofacitinib (Xeljanz), upadacitinib (Rinvoq)

### Klinika Terapii Innowacyjnych

ul. Batorego 18-22  
87-100 Toruń

☎ 56 300 42 44

✉ terapieinnowacyjne@naszlekarz.pl

🌐 <https://naszlekarz.pl/klinika-terapii-innowacyjnych/>

Oddział w Bydgoszczy

ul. Chodkiewicza 19c  
85-065 Bydgoszcz

☎ 52 340 14 14

Prof. dr hab. n. med. Sławomir Jeka  
Dyrektor Kliniki Terapii Innowacyjnych

**Zapraszam do współpracy**





TWOJE BMW GOTOWE DO ODBIORU  
W BMW DYNAMIC MOTORS.

**Dealer BMW Dynamic Motors**

ul. Toruńska 272A

Bydgoszcz

tel.: +48 52 339 5110

[www.bmw-dynamicmotors.pl](http://www.bmw-dynamicmotors.pl)

BMW M440i xDrive Coupé: zużycie paliwa w l/100 km (cykl mieszany): 8,2–7,5. Emisja CO<sub>2</sub> w g/km (cykl mieszany): 186–170.