

Meritum

nr 3/2016

ISSN 1425-4255

MAGAZYN LEKARZY KUJAWSKO-POMORSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W TORUNIU



SUBARU OUTBACK – PRAWDOPODOBNI NAJBEZPIECZNIEJSZY...



WWW.OUTBACK.SUBARU.PL

REISKI AUTO Sp. z o.o.
ul. Fordońska 353, 85-766 Bydgoszcz,
tel. 52 321 75 32 • www.reiski.subaru.pl

SUBARU ZALECA PRODUKTY





Sławomir Badurek
meritum@hipokrates.org

Janosik na pewno nie wystarczy...

Pod koniec kwietnia Agencja Ochrony Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) opublikowała projekt wyceny procedur kardiologicznych. Większość propozycji przewiduje obniżkę rzędu 30-40%. Na przykład wszczęcie kardiowertera-defibrylatora ma kosztować niespełna 20 tysięcy złotych, zamiast dotychczasowych 27 tysięcy. W przypadku angioplastyki wieńcowej z implantacją jednego stentu DES, wycena ma spaść z prawie 13 tysięcy złotych do niecałych 5 tysięcy, czyli aż o ponad 60%. Jak łatwo było przewidzieć, propozycja wywołała wrzenie. Kardiologowie z tytułami naukowymi nie zostawili suchej nitki na mających wejść w życie z początkiem nowego roku planach. Grzmieli o zaprzepaszczeniu dorobku polskiej kardiologii i groźnych dla życia i zdrowia pacjentów konsekwencjach obniżenia jakości leczenia. Oburzenie okazali także dyrektorzy szpitali. Właśnie od nich nawet laicy mogli się dowiedzieć, jaka jest istota sprawy. Otóż proszeni o komentarz szefowie szpitali zarzekali się, że kardiologia inwazyjna wcale nie jest przepłacona, by po chwili potwierdzić zasilanie innych, słabiej wycenionych specjalności pieniędzmi zarobionymi przez pracownie hemodynamiczne. Można by w tym miejscu skontrolować, że jest tak nie tyle przez bogactwo kardiologii, ile przez rażącą biedę w innych obszarach. Gdyby

tylko o to chodziło, nie mielibyśmy w ostatniej dekadzie do czynienia z wysypem samodzielnych pracowni hemodynamicznych na niespotykaną w Europie skalę. Wśród nich powstało wiele placówek prywatnych, często w większym lub mniejszym stopniu powiązanych z luminarzami polskiej kardiologii. I znów można by skontrolować, że inwestowanie prywatnych pieniędzy w ochronę zdrowia to nic złego. To prawda, ale proszę tylko spojrzeć jak w Polsce wyglądają największe z tych inwestycji. Nikt z dużych inwestorów, w odróżnieniu od właścicieli gabinetów prywatnych, nie ryzykuje spotkania z tzw. wolnym rynkiem, tylko podpisuje z NFZ kontrakt na świadczenie – jakimś dziwnym trafem – bardzo dobrze wycenionych usług. Jakby tego mało, dba, by te usługi wykonywać „młodym i zdrowym”, odsyłając „starych i chorych” do sektora publicznego. Opisany w wielkim skrócie *modus operandi* obowiązuje także w kardiologii inwazyjnej. Chór urażonych propozycjami AOTMiT okazał się na tyle głośny, że trudno było usłyszeć bardzo istotny argument, usprawiedliwiający działanie Agencji, jakim była znaczna redukcja cen stosowanych w kardiologii inwazyjnej materiałów. – *Jeżeli ceny stentów w ostatnich latach uległy erozji o 90%, to nikt mi nie powie, że wycena świadczeń z ich użyciem powinny pozostać na tym samym poziomie. Tak nie będzie* – stwierdził w wywiadzie dla serwisu Medexpress.pl wiceminister zdrowia Krzysztof Łanda.

Pieniądże zaoszczędzone na procedurach kardiologii inwazyjnej pozostaną w systemie. Mają trafić tam, gdzie finansowanie daleko odbiega od potrzeb. W tym wypadku na świadczenia opieki psychiatrycznej, leczenie uzależnień, opiekę paliatywną i hospicyjną

oraz długoterminową domową opiekę pielęgniarzką. Na wymienione wyżej rodzaje świadczeń Narodowy Fundusz Zdrowia wyda 825 mln zł więcej w roku. Oznacza to poprawę finansowania o ponad 20%.

Zmiany w kardiologii mają natomiast spowodować redukcję śmiertelności rocznej po zawale. Jak dotąd udało się obniżyć z kilkunastu do 5-6% śmiertelność wśród hospitalizowanych z powodu zawału serca, co sytuuje nas w europejskiej czołówce. Śmiertelność roczna wynosi 14-15%, a do dwóch lat od wystąpienia zawału – 20-22%. Pod tym względem wypadamy gorzej niż Europejczycy średniacy. Aby to poprawić, pacjenci po wyjściu ze szpitala powinni mieć zapewnioną właściwą opiekę lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, możliwość rehabilitacji, ułatwiony dostęp do kardiologa, a także szansę na korzystanie z nowoczesnej farmakoterapii, zmniejszającej ryzyko śmierci z przyczyn sercowo-naczyniowych. Krótko mówiąc, chodzi o kontynuację leczenia.

Wymaga to zmian organizacyjnych i finansowych. Tu i ówdzie można ich dokonać metodą „na Janosika”. Po kardiologii inwazyjnej weryfikacja wyceny procedur z przesunięciem środków do innych dziedzin ma objąć ortopedię oraz chirurgię naczyniową. Całego systemu w ten sposób poprawić się nie da. Osiągnięcie swego rodzaju minimum przyzwoitości cywilizowanego kraju, czyli wydawanie na ochronę zdrowia ze środków publicznych 6% PKB, oznacza zwiększenie rocznych nakładów o 30-35 mld złotych. Minister Radziwiłł doskonale o tym wie i z wcześniej składanych deklaracji w tym zakresie się nie wycofuje. Wstępem powinno być określenie, kiedy do systemu zaczną wpływać więcej środków. Niepokoi, że takiej agendy dotąd nie przedstawiono.

OD REDAKTORA

Janosik na pewno nie wystarczy... 3

OD PREZESA

And the winner is... 5

WYDARZENIE

Z wizytą u przyjaciół w Getyndze 6

UCHWAŁY ORL

10

MEDYCYNĄ I SZTUKĄ

Malowane tkaniną 12

POBOCZA MEDYCYNY

Digitalni tubylcy 14

ONKOLOGIA

Pakiet w ocenie lekarza onkologa.

Rok później 16

PSYCHOLOGIA

Czy trudny pacjent istnieje? 18

HISTORIA JEDNEJ FOTOGRAFII

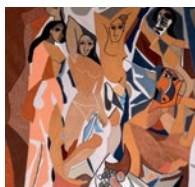
Pożegnanie dyrektora Szpitala Miejskiego

w Toruniu, płk. dr. w. n. lek. Sylwestra

Daneckiego 20

KOMUNIKATY 21, 22**Z GRUDZIĄDZA**

Szkolenie 22

Z ŻAŁOBNEJ KARTY 23

Panny z Awinionu P. Picassa
wg dr Renaty Żenkiewicz,
fot. Sławomir Badurek

Meritum

ZESPÓŁ REDAKCYJNY:

lek. Sławomir Badurek
(przewodniczący zespołu redakcyjnego)
dr n. med. Marian Łysiak

KOLEGIUM REDAKCYJNE:

lek. Sławomir Badurek (redaktor naczelny)
lek. Stanisław Hapyn
(przewodniczący kolegium redakcyjnego)
lek. Anita Pacholec
dr n. med. Andrzej Kunkel
lek. Wiesław Umiński
mec. Krzysztof Izdebski

WSPÓŁPRACUJĄ:

lic. Agnieszka Lis
mgr Anna Zielaskiewicz

Numer zamknięto 06.06.2016 r.
Redakcja zastrzega sobie prawo redagowania
tekstów, nie zwraca nadesłanych materiałów,
nie odpowiada za treść zamieszczonych
ogłoszeń i reklam.

Wydawca: Kujawsko-Pomorska Okręgowa
Izba Lekarska w Toruniu,
87-100 Toruń, ul. Danielewskiego 6
tel./fax: 56 655 41 60 i 655 41 61
konto: Bank Polska Kasa Opieki S.A.
I/O Toruń 63124040091111000044843364;
e-mail: meritum@hipokrates.org

www.kpoil.torun.pl

Prosimy o uwagi, na podstawie których będziemy
naszą stronę modelować i dopracowywać.

**godziny pracy biura
KPOIL w Toruniu**

poniedziałek 8 - 17
wtorek 8 - 18
środa 8 - 16
czwartek 8 - 16
piątek 8 - 13

SPRAWY BIEŻĄCE

Redakcja „Meritum” bardzo prosi
wszystkich lekarzy o weryfikowanie
adresów do kolportażu „Meritum”
i „Gazety Lekarskiej” (zmiany adresu,
rodziny lekarskie, które nie chcą otrzy-
mywać kilku egzemplarzy pism i tym
podobne). Prosimy także o podawanie
adresów poczty elektronicznej oraz
zmian dotyczących Państwa danych
gromadzonych w komputerowym re-
jestrze lekarzy (adresy e-mail, zmiany
nr telefonów, zmiany nazwisk, zmiany
miejsc pracy, uzyskanie specjalizacji
itp.) e-mail: a.zielaskiewicz@hipokrates.org
lub a.lis@hipokrates.org lub tel./fax
56 655 41 60 wewn. 18.

Rzecznik Praw Lekarza naszej Izby –
mec. **Krzysztof Izdebski**,
tel. 697 617 763,
e-mail: izdebski77@gmail.com

Pełnomocnik ds. Zdrowia
Lekarzy i Lekarzy Dentystów
naszej Izby
dr **Jolanta Sobczyk**,
tel. 781 266 546
e-mail: j.sobczyk@hipokrates.org

Oddział Głównej
Biblioteki Lekarskiej w Toruniu
tel. 56 622 71 93
www.gbl.waw.pl

**DIAGNOSTYKA I LECZENIE
DLA LEKARZY SENIORÓW
dr Paweł Wudarski**

Ordynator Oddziału Chorób Płuc
Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego
w Toruniu
tel. 601 648 314
– kontakt ułatwiający dostęp
do diagnostyki i leczenia
dla Lekarzy Seniorów

Skład i łamanie: Kartel Press SA
www.kartel.com.pl



Łukasz Wojnowski
Prezes KPOIL w Toruniu

And the winner is...

Wybrano nas, jako jedyną grupę zawodową (bo wydaje mi się, że osoby zajmujące się przestępczością zorganizowaną trudno określić „grupą zawodową”), do szczególnego traktowania przez organy ścigania. Od niedawna obowiązuje wprowadzony na podstawie rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości i Prokuratora Generalnego Zbigniewa Ziobry, regulamin wewnętrznego urzędowania powszechnych jednostek organizacyjnych prokuratury. W maju powołano już w prokuraturach regionalnych w Warszawie, Katowicach, Krakowie i Lublinie działy mające na celu wyłącznie prowadzenie i nadzorowanie spraw dotyczących błędów medycznych, których skutkiem jest śmierć człowieka. W prokuraturach okręgowych zaś mogą powstawać działy nadzorujące postępowanie w przypadku błędu medycznego, którego skutkiem jest ciężkie uszkodzenie ciała.

Być może intencją było usprawienie postępowania. Trudno jednak oprzeć się wrażeniu, że chodziło przede wszystkim o napiętnowanie środowiska i kontynuowanie kampanii medialno-społecznej zapoczątkowanej pamięt-

nym wezwaniem „Pokaż lekarzu co masz w garażu”.

Zresztą media nad wyraz chętnie wpisują się w ten klimat. Przykład z ostatnich dni: jednostka, w której pracuję, jako jedna z pierwszych placówek medycznych w Polsce uzyskała certyfikat ISO zgodny z najnowszą normą 9001:2015. Zostało to zauważone przez lokalne media i pojawiła się sympatyczna notatka w poczytnym dzienniku – bardzo miło. Niezrozumiałe było natomiast zilustrowanie tekstu (w wydaniu internetowym gazety) fotografią lekarki zakutej w kajdanki.

Wybrano nas również, jako jedyną grupę przedsiębiorców (prowadzących zarówno przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, jak i praktyki lekarskie), wobec których planuje się ograniczenie praw własności i możliwości korzystania z efektów swojej pracy.

Minister Zdrowia wielokrotnie mówił, m.in. podczas Krajowego Zjazdu Lekarzy czy Kongresu Lekarzy Rodziny, o planach wprowadzenia zasady non profit. Prowadziłyby ona do tego, że każdy ewentualny zysk musiałby być przeznaczony na działalność leczniczą. Nie wolno byłoby wypłacać dywidendy,

a i wynagrodzenia podlegałyby kontroli. Pomijając, że kłóci się to z zasadami swobody prowadzenia działalności gospodarczej, zastanawia fakt, że jedynie lekarze i lekarze dentyści mają mieć ograniczone prawa nabyte. Czyżby w tym miała zawierać się kwintesencja powrotu do nomenklatury „służba zdrowia”?

Dlaczego nie zaproponowano rozszerzenia zasady non profit w stosunku do innych firm działających na rynku medycznym? Sądzę, że jedna, średniej wielkości firma farmaceutyczna zapewniłaby spokojny byt i bezstresowe funkcjonowanie zarówno ledwie zipięcemu Centrum Zdrowia Dziecka, jak i co najmniej dwóm regionalnym Centrum Onkologii. Podobnie mająca siedzibę w Toruniu wiodąca na rynku polskim hurtownia farmaceutyczna dźwignęłaby bez problemu kłopoty finansowe szpitala w Grudziądzu (podobno jednej z najbardziej zadłużonych placówek w Polsce).

Wytłumaczenie jest zapewne proste – lepiej bić się w cudze piersi. Trzeba jednak przy tym uważać, by nie uderzać w piersi silniejszych od siebie, bo ci mogą odwinąć na odlew.

Z wizytą u przyjaciół w Getyndze

W dniach 14.04-17.04.2016 dieścioosobowa delegacja KPOIL, której przewodniczyli prezes naszej Izby doktor Łukasz Wojnowski oraz przewodniczący Komisji Współpracy z Zagranicą doktor Kazimierz Bryndał, gościła w Getyndze.

Getynga to od 1978 roku miasto partnerskie Torunia. Z perspektywy minionych prawie czterdziestu lat nie ma wątpliwości, że położony na południu Dolnej Saksonii ośrodek, to główny partner grodu Kopernika. Współpraca między obydwooma miastami kwitnie na wielu płaszczyznach. Jedną z nich tworzą, datujące się od początku lat 90. XX wieku, kontakty samorządów lekarskich. Ich ważnym ogniwem są mające miejsce średnio co 2-3 lata wizyty lekarskich samorządowców, odbywające się na zmianę w Toruniu i Getyndze. Tym razem przyszedł czas na odwiedzin w Niemczech. Dla niżej podpisanego była to druga wizyta w mieście nad rzeką Leine, którego historia sięga końca X wieku.

Wieśniaczka i nobliści

Symbolem Getyngi jest stojąca przed Ratuszem figura Gęsiareczki, która spod ażurowego baldachimu uważnie spogląda na trzymane w rękach skrzydlate podopieczne. Gęsiarka wrosła w tradycję dumy miasta, czyli miejscowego uniwersytetu. Jak każe zwyczaj, świeżo upieczeni studenci wdrapują się na cokół, by pocałować dziewczynę. Nowi doktoranci dekorują natomiast figurę bukietem kwiatów, zaraz po obronie pracy. Z pewnością wśród oddających hołd skromnej wieśniaczce byli nobliści. Aż trudno sobie wyobrazić, że ze znajdującym się w tym trzy razy mniejszym od Bydgoszczy mieście uniwersytetem związanych jest 47 (!) laureatów Nagro-



Najczęściej całowana dziewczyna na świecie.

dy Nobla. Można powiedzieć, że Getynga nieprzerwanie wychowuje noblistów. Najświeżsi z nich to bowiem Stefan Hell (nagroda w 2014 roku z chemii) oraz pracujący obecnie na Uniwersytecie Stanforda, a doktoryzujący się w Getyndze z zakresu neurochemii, Thomas C. Südhof (nagroda z fizjologii i medycyny w 2013 roku). Z miastem związany był Max Planck. Tu studiował i mieszkał do śmierci sławny Carl Friedrich Gauss. Po



Max Planck – jeden z najbardziej znanych noblistów z Getyngi.

naukę przyjeżdżali do Gentyngi Robert Oppenheimer i znany nie tylko endokrynologom Haku Hashimoto...

Nic zatem dziwnego, że nazajutrz po przyjeździe gospodarze zaprowadzili nas do nowej siedziby Instytutu Maxa Plancka – jednej z najważniejszych instytucji naukowych Getyngi. To tu prowadzi się badania naukowe z zakresu astronomii i astrofizyki. Instytut jest podzielony na trzy działy: słońca i heliosfery, planet i komet oraz fizyki wnętrza słońca i gwiazd mu podobnych. Zwiedzając ogromny, obfity w doskonale wyposażone pracownie gmach Instytutu, widać jak wielki nacisk kładzie się na praktyczne

Hol główny w Instytucie Maxa Plancka.





Naukowcy przy pracy.



Jedna z pracowni Instytutu.

aspekty badań naukowych. Placówka bierze czynny udział w największych projektach badawczych eksploracji przestrzeni kosmicznej, konstruuując bezałogowe próbniki oraz urządzenia pomiarowe, wykorzystywane na statkach kosmicznych. Warto zaznaczyć, że naszym przewodnikiem po Instytucie był młody polski naukowiec, doktor Roman Orlik.

Między medycyną a kulturą

Piątkowe popołudnie 15 kwietnia spędziliśmy w położonym na obrzeżach Getyngi szpitalu uniwersyteckim. W 40 klinikach do dyspozycji pacjentów jest prawie 1500 łóżek, dzięki czemu lecznica należy do największych w Niemczech. Zostaliśmy zaproszeni do zakładu radiologii, kierowanego przez profesora Jochima Lotza, gdzie wysłuchaliśmy wykładu na temat zastosowań rezonansu magnetycznego w czasie rzeczywistym.

Nowoczesna diagnostyka obrazowa to niezbędna baza dla rozwoju neurobiologii oraz kardiologii – dziedzin, z których słynie getyńska medycyna. Wizyta w szpitalu uniwersyteckim była podsumowaniem części naszego pobytu poświęconej nauce.

Oprócz nauki, Getynga kulturą stoi. To przecież tutaj tworzyli legendarni bracia Grimm i Heinrich Heine, do którego utworów muzykę komponowali Schumann i Schubert. Nam dane było spotkać się ze współczesnymi przedstawicielami getyńskiego świata kultury. Stało się tak dzięki pomysłowi zorganizowania uroczystej kolacji, której gospodarzami byli liderzy miejscowego świata lekarskiego. Jak się okazało, wielu z nich było już w Toruniu. Siedzący naprzeciwko mnie dyrektor teatru w Getyndze bardzo miło wspominał współpracę z Krystyną Meissner, do niedawna kierującą toruńską sce-

ną. Żona emerytowanego ordynatora oddziału urologii miejscowego szpitala z sentymentem wracała pamięcią do czasów dzieciństwa spędzonego w Wąbrzeźnie, gdzie się urodziła. Nie dane nam było zaznać sztywnej atmosfery, towarzyszącej zwykle podobnym spotkaniom! Czas spędzony przy biesiadnym stole pokazał jak wiele wspólnych tematów łączy kulturę i medycynę. I jednocześnie przekonał każdego z nas jak duże jest w Niemczech zainteresowanie Polską, a w szczególności tym, co u nas się dzieje po październikowych wyborach. Celnym podsumowaniem tego zainteresowania jest pytanie, jakie zadała mi pewna kulturoznawczyni: „Czy Kaczyński bardzo ogranicza wam swobody?”. Rozmawiając z niemieckimi partnerami, nie można było mieć wątpliwości, jak środki masowego przekazu w Niemczech przedstawiają „dobrą zmianę”.

Tradycyjna wymiana upominków: dr Kazimierz Bryndal i Rolf-Georg Köhler.



Dr Sławomir Józefowicz sprawdza działanie rezonansu magnetycznego.



Z wizytą w Helioskrankenhaus.



Szpital czy hotel?

Ratusz, automobile i prywatny szpital

W sobotę 16 kwietnia złożyliśmy wizytę w getyńskim ratuszu, gdzie zostaliśmy przyjęci przez nadburmistrza miasta Rolfa-Georga Köhlera. Związany z SPD polityk, wspominał w swoim przemówieniu bardzo dobrych, wieloletnich kontaktach, łączących Getyngę z Toruniem. Wyraził przy tym zadowolenie, że mimo ochłodzenia „na górze”, przyjaźń między miastami rozwija się w sposób niezakłócony. W sobotnie popołudnie udaliśmy się do położonego około 30 kilometrów na północ od Getyngi Einbeck. Przyciągającą tłumy turystów atrakcją tego niewielkiego miasta jest zlokalizowana w odrestaurowanym spichrzu wystawa oldtimerów. To prawdziwa gratka dla wielbicieli motoryzacji. Na kilku piętrach zgromadzono 350 oryginalnych, świetnie zachowanych eksponatów, dokumentujących historię świata dwu- i czterośladowców, od końca XIX wieku do współczesności. Dominują samochody, ale sporo jest też motocykli i napędzanych różnej konstrukcji silnikami rowerów. Dla mnie rarytasem były auta nieistniejących już marek NSU oraz IFA oraz motocykle Zündapp Sahara, eksponowane – a jakże! – na pustynnym piachu i w otoczeniu ogromnych fotosów wprost z frontu.

Pomiędzy Einbeck a Getyngą leży Northeim. Znajdujący się na przedmieściach miasta nowoczesny, wieloprofilowy szpital należy do grupy Helios-Kliniken. Jest to zespół rozlokowanych w różnych częściach Niemiec szpitali, przeznaczonych głównie dla pacjentów korzystających z prywatnych ubezpieczeń. Najzamożniejsi mają do dyspozycji osobne pokoje, a w zasadzie studia, o standardzie znanym z porządnych hoteli. Jeśli ktoś potrzebuje towarzystwa bliskiej osoby lub opiekuna, bez problemu znajdzie odpowiednie zakwaterowanie. W wolnej chwili można uciąć sobie pogawędkę z innym pacjentem w specjalnych strefach wypoczynku, wyposażonych w samoobsługowe urządzenia do parzenia gorących napojów. W sobotnie popołudnie, kiedy wizytowaliśmy Helioskrankenhaus, nie widzieliśmy nikogo, kto korzystałby z tych udogodnień. Zdaniem jednego z dyrektorów Szpitala, pełniącego rolę naszego przewodnika, tak jest zawsze w weekendy. Tylko w izbie przyjęć widać było pojedynczych oczekujących na poradę. W odróżnieniu od Polski, gdzie prywatne placówki wyławiają rodziny, w Niemczech można skorzystać z porady, a nawet hospitalizacji w prywatnym szpitalu w ramach powszechnego ubezpieczenia. Przed głównym gmachem Szpitala powstaje kilkupiętrowy hotel, przeznaczony głównie dla lekarzy, chcących zregenerować siły po dyżurze.

Jeśli ktoś zajrzy do niemieckiej Wikipedii, będzie mógł przeczytać, że grupa klinik Helios była w przeszłości poddawana ostrej krytyce ze strony organizacji pracobiorców i związków zawodowych. W jej centrum znajdowały się kliniki w Schambergu, Rottweil, Müllheim, Berlin-Buch i Berlin-Zehlendorf. Zjednoczony Związek Zawodowy dla Sektora Usług zarzucał Klinikom Helios Sp. z o.o. przenoszenie setek umów o pracę do firm-córek i obniżanie wynagrodzeń do 35%.

W czerwcu 2011 r. prokuratura berlińska prowadziła dochodzenie przeciw Klinikom w sprawie zarzutu oszustw rozliczeniowych. Według informacji prokuratury, miałyby istnieć poważne podejrzenie oszustw rozliczeniowych na szkodę Zjednoczenia Kas Lekarskich w Berlinie. Z kolei audycja śledcza Team Wallraff w odcinku emitowanym 11 stycznia 2016 r. dokumentowała, że warunki higieniczne mające panować w Klinikach Helios oraz używanie w nich, dla obniżenia kosztów, niedopuszczalnych materiałów. W audycji sformułowano zarzut przedkładania zysku ponad dobro pacjentów. Pielęgniarki i lekarze mieliby być chronicznie przeciążeni i sfrustrowani. W mojej ocenie ta wieloletnia nagonka to wynik frustracji rozmyślających „co zrobić, by się nie narobić i dobrze zarobić”. Wspominam o tym, by uzmysłowić, że pol-



Na deptaku w Getyndze.



Od lewej: Krzysztof Kroina, Irene Weder, Jan Olejnik i Kazimierz Bryndal.

skie piekielko ma w Niemczech swój odpowiednik, a temperatura, która w nim panuje, wcale nie jest niższa niż w tym naszym.

Niemcy czekają na lekarzy

Nasi gospodarze nie ukrywają, że głód lekarzy jest w Niemczech ogromny. I to pomimo, że na dziesięć tysięcy mieszkańców jest ich ponad półtora raza więcej niż w Polsce, gdzie jeszcze nie tak dawno Leszek Balcerowicz i jego wyznawcy (o zgrozo, także lekarze!) karmili nas tezą, że jest nas za dużo. Tym, co budzi największe obawy między Odrą a Renem, jest demografia. O niekorzystnych trendach demograficznych w społeczeństwie niemieckim wiadomo powszechnie. Nie wszyscy są świadomi, że również niemieccy lekarze to grupa mocno już leciwa. Co czwarty z nich jest po sześćdziesiątce, czyli osiągnął wiek, w którym nie myśli się o dorabianiu na prawo i lewo, tylko o spokojnej i wygodnej konsumpcji kapitału, zgromadzonego na okazałym koncie emerytalnym i w formie oszczędności. Wspomniane oszczędności to nie tylko efekt wieloletniego odkładania w Sparkasse, ale przede wszystkim intratna sprzedaż praktyki. Problem w tym, że według danych niemieckiego instytutu badania opinii publicznej INFAS, 60% lekarzy po 60. roku życia nie ma kupca na swoją praktykę. Dla nas kłopoty

Niemców mają i dobrą stronę. Jeśli ktoś zna niemiecki w stopniu komunikatywnym, bez problemu znajdzie za naszą zachodnią granicą zatrudnienie. Doktor Irene Weder, niestrudzona animatorka kontaktów między naszymi samorządami zawodowymi, zwróciła uwagę na dotkliwy brak lekarzy nie tylko na obszarach wiejskich, ale i na dyżurach. Lekarze, którzy chcieliby dyżurować w niemieckich szpitalach, mogą liczyć na stawki od 50 euro na godzinę wwyż. Kto chciałby niezobowiązująco poznać jak pracuje się w Niemczech, może odbyć w Getyndze staż. Chętni mogą zgłaszać się do Biura naszej Izby.

Podczas pożegnalnej kolacji, którą zostaliśmy podjęci w malowniczo

położonym ośrodku Seeterrassen nieopodal Northeim, przyszedł czas na podsumowanie wizyty i ostatnie kulturalowe rozmowy z naszymi niemieckimi przyjaciółmi. I tym razem mogliśmy się przekonać jak bardzo niepokoi ich sytuacja w Polsce. Każdy z członków naszej delegacji otrzymał na pożegnanie upominek. Była to mapa Europy w formie puzzli. *Bez fragmentu z napisem Polen to już nie będzie ta sama Europa* – usłyszeliśmy. Jak widać obawy o opuszczenie przez Polskę Unii Europejskiej, o czym mówi jak na razie wyłącznie opozycja, organizując kolejne marsze „w obronie demokracji”, są za Odrą żywe.

Tekst i zdjęcia:
Sławomir Badurek



Motocyklowa taksówka marki Victoria.



IFA F9 prezentuje się dumnie.

Skład delegacji do Getyngi:

dr Krystyna Chrupczak
dr Sławomir Badurek
mgr Marcin Borkowski
dr Jacek Błazejewski
dr Kazimierz Bryndal
dr Sławomir Józefowicz
dr Krzysztof Kroina
dr Jan Olejnik
dr Wiesław Umiński
dr Łukasz Wojnowski

(Wydatki związane z pobytem delegacji KPOIL w Getyndze pokryła strona niemiecka. Wszyscy delegaci partycypowali w kosztach podróży autobusem).

U C H W A Ł A Nr 1/VII/2016
Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej
Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby
Lekarskiej w Toruniu
z dnia 11 stycznia 2016 r.

w sprawie potwierdzenia spełnienia warunków kształcenia podyplomowego lekarzy i wpisu organizatora kształcenia do rejestru podmiotów uprawnionych do prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentyistów

GASTROMED Kopoń, Zmudziński i Wspólnicy Sp. J. Specjalistyczne Centrum Gastrologii i Endoskopii. Specjalistyczne Gabinety Lekarskie.

U C H W A Ł Y Nr 2-8/VII/2016
dotyczą opłacania składki
członkowskiej

STANOWISKO NR 1/2016
Okręgowej Rady Lekarskiej
Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby
Lekarskiej w Toruniu
z dnia 08 lutego 2016 r.

Okręgowa Rada Lekarska KPOIL w Toruniu wyraża poparcie dla przedstawionego przez Komisję Stomatologiczną NRL projektu zmiany ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz.U. z 2015 r. poz. 464 ze zm.) oraz ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, (Dz.U. z 2015 r. poz. 618 tj.), umożliwiającej zatrudnienie w praktyce lekarskiej lekarza lub lekarza dentyisty z zastrzeżeniem następującego uzupełnienia ww. projektu:

W przedstawionym przez Komisję Stomatologiczną projekcie nowego brzmienia art. 53 ust. 3 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty po słowie: „zatrudniać” proponujemy dodać: „na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej”.

U C H W A Ł A Nr 9/VII/2016
Okręgowej Rady Lekarskiej
Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby
Lekarskiej w Toruniu
z dnia 08 lutego 2016 r.

w sprawie potwierdzenia spełnienia warunków kształcenia podyplomowego lekarzy i wpisu organizatora kształcenia do rejestru podmiotów uprawnionych do prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentyistów

Oddział Polskiego Towarzystwa Neurologii Dziecięcej w Toruniu „Kłębuszkowe schorzenia nerek u dzieci”.

U C H W A Ł A Nr 10/VII/2016
Okręgowej Rady Lekarskiej
Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby
Lekarskiej w Toruniu
z dnia 08 lutego 2016 r.

w sprawie potwierdzenia warunków kształcenia podyplomowego lekarzy Rada Naukowa przy Regionalnym Szpitalu Specjalistycznym w Grudziądzu, leczenie antyagregacyjne i przeciwzakrzepowe oraz problem ich odstawiania, leczenie inwazyjne i elektroterapia w wybranych przypadkach OZW.

U C H W A Ł A Nr 11/VII/2016
Okręgowej Rady Lekarskiej
Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby
Lekarskiej w Toruniu
z dnia 08 lutego 2016 r.

w sprawie potwierdzenia warunków kształcenia podyplomowego lekarzy NZOZ Nowy Szpital Wąbrzeźno, podnoszenie kwalifikacji lekarzy internistów, lekarzy poz oraz diabetologów i endokrynologów zgodnie z postępowaniem medycznych z uwzględnieniem EBM.

U C H W A Ł A Nr 12/VII/2016
Okręgowej Rady Lekarskiej
Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby
Lekarskiej w Toruniu
z dnia 08 lutego 2016 r.

w sprawie potwierdzenia warunków kształcenia podyplomowego lekarzy MIP PHARMA Sp. z o.o. z Gdańska. Kursy medyczne z zakresu kardiologii, onkologii, stomatologii z endodoncją, periodontologii, chirurgii stomatologicznej, chirurgii szczękowo-twarzowej, radiologii stomatologicznej, implantologii, protetyki stomatologicznej.

U C H W A Ł A Nr 13/VII/2016
Okręgowej Rady Lekarskiej
Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby
Lekarskiej w Toruniu
z dnia 08 lutego 2016 r.

w sprawie przyznania zapomogi finansowej

Na podstawie art. 5 pkt.19 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219, poz. 1708) oraz Uchwały 9/XXVIII/2011 Okręgowego

Zjazdu Lekarzy z dnia 02 kwietnia 2011 r. w sprawie regulaminu przyznawania pomocy finansowej z izby lekarskiej. Uchwała się, co następuje:

§ 1. Okręgowa Rada Lekarska w Toruniu po zapoznaniu się z trudną sytuacją zdrowotną i materialną lekarza z Włocławka postanawia przyznać zapomogę finansową w kwocie 200 zł miesięcznie, płatną w okresie II 2016 - I 2017.

§ 2. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

U C H W A Ł A Nr 14/VII/2016
Okręgowej Rady Lekarskiej
Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby
Lekarskiej w Toruniu
z dnia 08 lutego 2016 r.

w sprawie dofinansowania działalności Na podstawie art. 5 pkt. 10 i 23 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219, poz. 1708) uchwała się, co następuje:

§ 1. Okręgowa Rada Lekarska w Toruniu wyraża zgodę na dofinansowanie w roku 2016 w kwocie 5.000,00 zł (słownie: pięć tysięcy zł) działalności kulturalno-turystycznej i rehabilitacyjnej organizowanej przez Komisję Senioratu i Spraw Socjalnych.

§ 2. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

U C H W A Ł A Nr 15/VII/2016
Okręgowej Rady Lekarskiej
Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby
Lekarskiej w Toruniu
z dnia 08 lutego 2016 r.

w sprawie dofinansowania Zlotu Lekarzy Motocyklistów

Na podstawie art. 5 pkt. 10 i 23 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219, poz. 1708) uchwała się, co następuje:

§ 1. Okręgowa Rada Lekarska w Toruniu wyraża zgodę na dofinansowanie w kwocie 2.500,00 zł (słownie: dwa tysiące pięćset zł) Zlotu Lekarzy Motocyklistów „Chełmno MotoBridge 2016”.

§ 2. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia

U C H W A Ł A Nr 16/VII/2016
Okręgowej Rady Lekarskiej
Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby
Lekarskiej w Toruniu
z dnia 08 lutego 2016 r.



w sprawie dofinansowania

Na podstawie art. 5 pkt. 10 i 23 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219, poz. 1708) uchwała się, co następuje:

§ 1. Okręgowa Rada Lekarska w Toruniu postanawia w ramach budżetu Komisji Doskonalenia Zawodowego i Kształcenia udzielić dofinansowania w kwocie 1.500,00 zł (słownie: jeden tysiąc pięćset zł) na organizację warsztatów w ramach Akademii Pacjenta „Choroba wieńcowa, jak się nie dać zabójcy Nr 1”, organizowanych w Toruniu w dniu 22.04.2016 r.

§ 2. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia

**U C H W A Ł A Nr 17/VII/2016
Okręgowej Rady Lekarskiej
Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby
Lekarskiej w Toruniu
z dnia 08 lutego 2016 r.**

w sprawie zabezpieczenia środków w budżecie 2016 r.

Na podstawie art. 5 pkt. 23 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219, poz. 1708) uchwała się, co następuje:

§ 1. W budżecie izby lekarskiej na rok 2016 zabezpiecza się środki finansowe w kwocie 6.000,00 zł (słownie: sześć tysięcy zł) na potrzeby doradztwa prawnego dla Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Toruniu.

§ 2. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**U C H W A Ł A Nr 18/VII/2016
Okręgowej Rady Lekarskiej
Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby
Lekarskiej w Toruniu
z dnia 08 lutego 2016 r.**

w sprawie zwołania XXXIV Okręgowego Zjazdu Lekarzy Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu

Na podst. art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 02 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219 poz. 1708). Uchwała się, co następuje:

§ 1. Okręgowa Rada Lekarska Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Rady Lekarskiej w Toruniu zwołuje XXXIV Okręgowy Zjazd Lekarzy Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu.

1. Ustala się termin Zjazdu – 19 marca 2016 r. godz. 9.00.

2. Ustala się miejsce obrad Zjazdu – Sala Konferencyjna Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej ul. Danielewskiego 6 w Toruniu

§ 2 Organizację XXXIV Zjazdu powierza się Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**U C H W A Ł A Nr 19/VII/2016
Okręgowej Rady Lekarskiej
Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby
Lekarskiej w Toruniu
z dnia 08 lutego 2016 r.**

w sprawie dofinansowania spotkania

Na podstawie art. 5 pkt. 10 i 23 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219, poz. 1708) uchwała się co następuje:

§ 1. Okręgowa Rada Lekarska w Toruniu wyraża zgodę na dofinansowanie w kwocie 1.800,00 zł (słownie: jeden tysiąc osiemset zł) Wiosennego Spotkania Lekarzy Seniorów, organizowanego przez Delegaturę Izby Lekarskiej we Włocławku.

§ 2. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**U C H W A Ł A Nr 20/VII/2016
Okręgowej Rady Lekarskiej
Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby
Lekarskiej w Toruniu
z dnia 08 lutego 2016 r.**

w sprawie sprzedaży dotychczasowej siedziby

Na podstawie art. 25 pkt 10) ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219, poz. 1708, z późn.zm.). Uchwała się co następuje:

§ 1. 1. Okręgowa Rada Lekarska („ORL”) niniejszym upoważnia Prezesa ORL – dr. Łukasza Wojnowskiego oraz Skarbnika ORL – dr. Sławomira Józefowicza do zbycia dotychczasowej siedziby przy ul. Chopina 20 w Toruniu, przy czym cena netto sprzedaży nie może być niższa niż 1,2 mln zł (jeden milion dwieście tysięcy złotych).

2. Zbycie dotychczasowej siedziby może nastąpić w drodze przetargu ustnego, do którego przeprowadzenia upoważnia się Dyrekcję Okręgowej

Izby Lekarskiej w Toruniu orazownika Izby – Tomasza Łukomskiego.

3. Uchyla się uprzednie uchwały ORL w przedmiocie zbycia dotychczasowej siedziby przy ul. Chopina 20 w Toruniu.

§ 2. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**U C H W A Ł Y Nr 21-27/VII/2016
dotyczą opłacania składki członkowskiej**

**U C H W A Ł A Nr 28/VII/2016
Okręgowej Rady Lekarskiej
Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby
Lekarskiej w Toruniu
z dnia 29 lutego 2016 r.**

w sprawie skierowania lekarza do odbycia stażu podyplomowego

Na podstawie art. 5 pkt 3 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219, poz.1708 z późn. zmianami), art. 15 ust. 3e i 6a ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2002 r. Nr 21, poz. 204 z późn. zmianami) oraz § 4 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza stomatologa (tekst jednolity: Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2013 r.) uchwała się, co następuje:

§ 1. Okręgowa Rada Lekarska w Toruniu kieruje z dniem 1 marca 2016 r. obywatelkę Białorusi – która ukończyła Miński Orderu Pracowniczego Czerwonego Sztandaru Państwowy Instytut Medyczny, posiadającą ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza wydane przez Kujawsko-Pomorską Okręgową Izbę Lekarską w Toruniu – do odbycia stażu podyplomowego w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. L. Rydygiera w Toruniu.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Sekretarzowi Okręgowej Rady Lekarskiej.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem 01 marca 2016 r.

**U C H W A Ł Y Nr 29-30/VII/2016
dotyczą opłacania składki członkowskiej**

Malowane tkaniną

Taki tytuł nosi wystawa prac doktor Renaty Żenkiewicz, specjalistki w zakresie neurologii, obecnie aktywnej zawodowo emerytki. Pasją mieszkającej w Rypinie lekarki jest szycie obrazów-patchworków, czym zajmuje się od ponad 20 lat. Jak twierdzi autorka, jej twórczość „przydaje światu piękna i... zmniejsza ilość śmieci”. Rzeczywiście tak jest. Prace powstają ze skrawków tkanin, które – gdyby nie ich twórcze wykorzystanie – z pewnością trafiłyby do kosza. A piękno? Wystarczy popatrzeć... Klimt, Van Gogh, Picasso, Łempicka, Niesiołowski to niektóre nazwiska wielkich malarzy, których dzieła stały się inspiracją dla uzdolnionej artystycznie pani doktor. Choć mamy tu reprezentantów różnych stylów i epok,

łączy ich operowanie żywo nasyconym kolorem, zamkniętym w wyraźnie zarysowanej formie. Znaleźć odpowiedni wzorec to pierwsza trudność dla każdego komu marzy się odwzorowanie obrazu przy użyciu nie farby i pędzla, a tkaniny i maszyny do szycia. A to dopiero pierwszy krok. Nim zasiądzie się do maszyny, trzeba bardzo dobrze przemyśleć projekt. Patchwork pozwala oczywiście poprawiać niedoskonałości, ale jest to o wiele trudniejsze niż w malarstwie. Wykonanie dzieła także wymaga więcej czasu, z reguły od kilku do kilkunastu tygodni. Jeśli wszystko się uda – efekty dają radość autorowi i oglądającym. W przypadku doktor Renaty Żenkiewicz mamy do czynienia z mistrzowskim opanowaniem warsztatu. Prace pani doktor były wystawiane w Galerii Sponsorów Oddziału Hematologii Specjalistycznego Szpitala Miejskiego w Toruniu, Galerii „Nowa” w Rypinie oraz Halle i Lipsku. Od 25 kwietnia br. można je oglądać w sali konferencyjnej KPOiL. Pejzaże, portre-



ty i abstrakcje lekarki-artystki będą tu eksponowane do końca września.

tekst i zdjęcia
Sławomir Badurek



Nowe Audi A4 Avant. Poczuj zmianę.



Przywileje dla wymagających

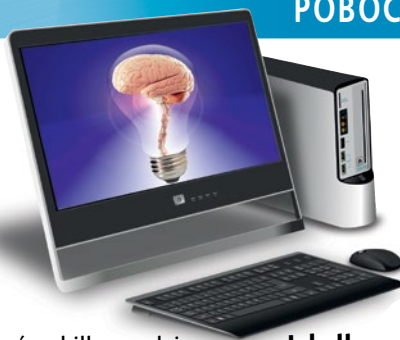
Dla najbardziej wymagających klientów stworzyliśmy wyjątkową ofertę. Modele Audi, które wyróżnia pionierska technika, szlachetna stylistyka oraz niezwykle bogate wyposażenie, są teraz dostępne w specjalnej ofercie skierowanej do lekarzy. Szczegóły w salonie. Zapraszamy.

Specjalna oferta dla lekarzy

Konarzewski

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

Digitalni tubylcy



Digitalni tubylcy to generacja wychowana w świecie nowych technologii, 24-godzinnej telewizji, komputerów i całej masy cyfrowych gadżetów. Jeśli czegoś nie wiedzą, to raczej włączą laptopa i poszukają potrzebnych informacji w Wikipedii, niż sięgną po stojącą na półce encyklopedię, nie wspominając już o wybraniu się do biblioteki.

Ich nauka wygląda zupełnie inaczej, niż robiły to wcześniejsze generacje. Na tym tle powstaje wiele konfliktów. Rodzice wchodząc do pokoju swoich dzieci i widząc, że te rozmawiają z kimś na czacie, a jednocześnie słuchają muzyki i piszą sms-y, szukają w Wikipedii informacji na temat wojny trzydziestoletniej, nie chcą przyjąć do wiadomości, że ich dziecko właśnie się uczy.¹ W ich rozumieniu w takim chaosie nauka nie jest możliwa i oni sami w opisanych warunkach nie umieliby pracować. Jednak w przypadku osób dysponujących innymi strukturami mózgowymi jest to możliwe. Prędkość, zakres i przede wszystkim głębokość zmian, jakie w niedługim czasie zaszły w ludzkich mózgach, całkowicie zaskoczyły neurobiologów. Wiadomo było, że ludzki mózg adaptuje się do istniejących warunków, ale nikt nie przypuszczał, że zmiany mogą zachodzić tak szybko.

Wszystko, co robimy, a szczególnie to, czemu poświęcamy dużo czasu, ma wpływ na strukturę sieci neuronalnej.² Na tym polega plastyczność mózgu. Dlatego tak ważne jest odpowiednie stymulowanie dzieci i zachęcanie ich do różnorodnej aktywności. U osób, które w pierwszych latach swojego życia dużo się bawiły z rówieśnikami, rozwinęły się – a mówiąc precyzyjniej, ustabilizowały się – zupełnie inne połączenia neu-

ronalne niż u tych, które kilka godzin dziennie, w samotności, biernie spędzały przed telewizorem lub zajmując się grami komputerowymi. Im więcej czasu spędzamy przed komputerem, tym mniej pozostaje go na kontakty z innymi ludźmi, a to ma negatywny wpływ na rozwój neuronów lustrzanych, bez których nie mogą się rozwinąć kompetencje socjalne. Nikt z nas nie pamięta, kiedy nauczył się rozpoznawać uczucia innych osób. Często nawet nie zdajemy sobie sprawy z tego, jak ważną rolę odgrywa w życiu empatia. Widzimy czyjaś twarz i wiemy, czy ktoś jest smutny, szczęśliwy czy rozżalony. Prawidłowa diagnoza umożliwia adekwatne do sytuacji działanie. Dzięki prawidłowemu rozpoznaniu uczuć wiemy, co powiedzieć i jak się zachować. Umiejętność ta rozwija się jednak tylko poprzez kontakty z innymi ludźmi. Dziecko nabywa ją niejako automatycznie tylko dzięki temu, że wchodzi w interakcje z innymi osobami. Im więcej przeżytych różnych sytuacji, tym lepiej rozwinięta zdolność empatii i, co za tym idzie, mniejsze prawdopodobieństwo, tak typowej dla czasów rewolucji technologicznej, izolacji.

Jednak to, w jaki sposób spędzają czas małe dzieci, ważne jest nie tylko z uwagi na kompetencje socjalne, gra idzie o to, jakim potencjałem będziemy dysponować jako dorośli. Największa ilość połączeń nerwowych pojawia się w strukturach korowych w mózgach sześciolatek. Wszystko jest wtedy wzajemnie z sobą połączone. Natura jest dla naszych mózgów więcej niż szkodra, dostajemy więcej, niż możemy wykorzystać. Jednak zachowane zostają tylko te połączenia, które są przez dzieci używane. Proces ten określa się jako stabilizację.

Jak długo dojrzewa mózg?

Naukowcy już od dawna zwracali uwagę na fakt, iż to właśnie nasz gatunek najdłużej opiekuje się potomstwem. Dziś wiadomo już, że dzieje się tak z uwagi na wyjątkowo długi proces dojrzewania mózgu. Badacze, którzy dzięki nowoczesnym technikom obrazowania mózgu mogli w ostatnim dziesięcioleciu prześledzić tempo rozwoju poszczególnych jego struktur, doszli do wniosku, że znaczące zmiany zachodzą znacznie dłużej niż początkowo przypuszczano. Dotyczy to szczególnie nastolatków, ale pewne struktury, np. ciało modzelowate, pełną dojrzałość osiągają dopiero po dwudziestym roku życia. Podobnie rzecz się ma z płatem czołowym, który odpowiada za emocje, samokontrolę czy ocenę własnej osoby. Rozwój znajdujących się tu połączeń neuronalnych w głównej mierze zależy nie od programu genetycznego, ale od zebranych doświadczeń.³ Umiejętność mierzenia się z trudnościami, jakie przynosi życie, nie jest wrodzona, ale zależy od społecznego kontekstu, w jakim wyrasta młody człowiek i od relacji, jakie ma z innymi ludźmi. Zdaniem badaczy, nasz mózg w znacznie większym stopniu niż przypuszczaliśmy jest organem socjalnym (z ang. social brain).⁴

Codzienny kontakt z nowymi technologiami powoduje zmiany w sieci neuronalnej, inspiruje neurotransmisję, wzmacnia określone połączenia neuronalne, a osłabia inne. Jak pokazują badania, czas spędzany przez dzieci przed telewizorami i przy komputerach ciągle się wydłuża, a to oznacza, że automatycznie skraca się czas, w którym poprzez kontakty z innymi ludźmi mogą rozwijać się kompetencje interpersonalne. Mózg dostraja się do potrzeb,



a ponieważ do konsumowania programów telewizyjnych nie potrzeba nazbyt rozwiniętych struktur neuronalnych, te niewykorzystywane zostają zwyczajnie usunięte.

Telewizja, komputery i internet a struktura mózgu

Trudno odpowiedzieć na pytanie, czy mózgi digitalnych imigrantów są lepsze od mózgów digitalnych tubylców. Obie grupy mają różne silne strony. Jednak już dziś badacze mózgu ostrzegają przed skutkami zbyt szybkiego i zbyt intensywnego kontaktu z nowymi technologiami. We wczesnym dzieciństwie następuje najszybszy rozwój mózgu. W tzw. okresach krytycznych tworzy się maksymalnie rozbudowana sieć połączeń neuronalnych mających wpływ na późniejsze życie, te wykorzystywane się stabilizują, a pozostałe zanikają. Dlatego tak ważne jest, w jakim środowisku wychowują się dzieci. Celem jest możliwie duża różnorodność bodźców, która pozwoli na pełne wykorzystanie ogromnego potencjału, jakim dysponuje każda normalnie rozwijająca się jednostka. Zrównoważony, harmonijny rozwój wymaga wielu rodzajów aktywności, wszelka jednostronność prowadzi do zubożenia struktur mózgowych. Niezmiernie ważną rolę odgrywają kontakty z innymi ludźmi, możliwość wchodzenia w interakcje, nawiązywanie różnorodnych relacji, wspólne przeżywanie radości, rozwiązywanie konfliktów czy współzawodnictwo z innymi. Wszystko to ma wpływ na strukturę naszych mózgów. Warto przy tym pamiętać, że równie ważne są relacje panujące w rodzinie, jak i kontakty z rówieśnikami. Dzięki nowoczesnym metodom neuroobrazowania wiemy dziś, jak ważne są np. doświadczenia zdobywane na podwórku podczas zabawy z innymi dziećmi. Mają one bowiem niebagatelny wpływ na to, jak będziemy układać nasze relacje z otoczeniem jako dorośli. To w okresie dzieciństwa powstają pewne typowe dla danej osoby sposoby

reagowania na to, co dzieje się wokół nas. Doświadczenia zapisane zostają w sieci neuronalnej, tworząc niejako tory określające nasz sposób reagowania na to, co dzieje się wokół nas. Im bogatsze i bardziej różnorodne relacje i doświadczenia, tym więcej połączeń neuronalnych, które pozwalają wybrać optymalną do sytuacji reakcję. Aby radzić sobie dobrze z konfliktami w życiu dorosłym, trzeba najpierw nauczyć się rozwiązywać je na przysłowiowym podwórku. Pozbawianie dzieci możliwości zabawy z rówieśnikami ma negatywny wpływ na strukturę ich mózgów. Powinni o tym pamiętać rodzice, wożący dziś swoje dzieci z jednych zajęć na drugie.

Mózg równocześnie uczy się i rozwija, twierdzi Manfred Spitzer. „Ze współoddziaływania dojrzewiania i uczenia się wynikają między innymi okresy krytyczne, inaczej zwane sensytywnymi. Pojęcie to oznacza w neurobiologii rozwojowej odcinki czasu, w których musi dojść do określonych doświadczeń, aby nastąpiło opanowanie wybranych zdolności czy umiejętności. Jeśli się tak nie stanie, pewne zdolności czy umiejętności nie zostaną już nigdy opanowane.”⁵ Dotyczy to również rozwoju mowy, której najszybszy rozwój przypada na pierwsze lata życia. Jeśli w pierwszych latach życia dziecko nie nauczy się mówić, to zdolność tę bezpowrotnie traci.

Małe dziecko rozumie jedynie to, co jego umysł potrafi przetworzyć. Słowa mają związek z otaczającym je światem, z tym, co widzi, słyszy i czuje. Mama mówi, że miś jest miękki i dziecko przez dotyk może poczuć znaczenie tego słowa. Słyszac, że woda jest ciepła, może to poczuć całym ciałem i odpowiednimi zmysłami. W procesie rozumienia mowy biorą udział słowa i zmysły. Dziecko słyszy, że ktoś jest zadowolony czy smutny i widzi, jak taka osoba wygląda, jaki ma wyraz twarzy, jak się zachowuje, co mówi, jaki jest ton jej głosu. Jego mózg koduje nowe pojęcie z całym kontekstem, tzn. razem z „obrazem” radości czy smutku. Znaczenie

takich słów, jak twardy, miły, szorstki, gorący można sprawdzić empirycznie, a w mózgu małego „ucznia” powstają rozbudowane połączenia neuronalne łączące brzmienie słów z ich znaczeniem i z odpowiednimi doznaniem i z odpowiednimi doznaniem zmysłowymi. Ważne, że dziecko, słyszac słowa, widzi mówiącego człowieka, odbiera więc nie tylko przekaz werbalny, ale i mimikę, gesty, nastrój. Słowa tworzą spójną całość z kontekstem sytuacyjnym, który jest dla niego zrozumiały jako całość. Dzieci rozumieją to, co potrafią przetworzyć ich mózgi, reszta jest szumem. Dlatego tak ważne jest, by kontekst, w który wplecione są słowa, w tym i nowe pojęcia, był dla dziecka zrozumiały, spójny, logiczny.

Zupełnie inaczej wygląda percepcja świata oglądanego w telewizji. Tu słowa nie łączą się z różnorodnymi doznaniem zmysłowymi, a w każdym razie ten związek nie jest tak wyraźny. Dziecko poddane jest wielkiej ilości chaotycznych, szybko zmieniających się dźwięków i obrazów, z których większości nie potrafi przetworzyć. „Najgorsze, co może przytrafić się młodemu człowiekowi, to brak struktury. Jeśli reprezentacje powstają dzięki strukturom zawartym w doświadczeniu, to z tego wynika, że gdy struktura zewnętrzna będzie niewielka, to wewnętrzna nie będzie mogła powstać. (...) Ponieważ nigdy nie wiemy dokładnie i też nie możemy wiedzieć, czego dokładnie uczy się dziecko, to znaczy na jakim poziomie abstrakcji (jego) mózg z gąszczu doznań zmysłowych właśnie tworzy ogólne struktury, należy dla dziecka domagać się jak największego zróżnicowania. Jednostronne doświadczenia prowadzą do jednostronnego myślenia.”⁶ Podobnie rzecz się ma z percepcją języka. O ile skojarzenia w realnym świecie są zazwyczaj oczywiste („Zobacz, jaki mały piesek!”), to w przekazie telewizyjnym związek między słowami a fenomenami, których dotyczą, nie jest już tak oczywisty. Tak więc rozwój mowy z pomocą mediów również przebiega inaczej, tzn. bardziej



chaotycznie, niż w przypadku kontaktów z innymi ludźmi w świecie realnym.

Badanie przeprowadzone w 2005 roku przez Kaiser-Foundation i kalifornijski Uniwersytet Stanforda na próbie ponad dwóch tysięcy dzieci i nastolatków od ośmiu do osiemnastu lat wykazało, że średni dzienny kontakt z mediami różnego typu wzrósł w ciągu ostatnich pięciu lat z siedmiu godzin i dwudziestu minut do ośmiu godzin i trzydziestu trzech minut. Oznacza to, że dzisiejsze dzieci i nastolatki zajmują się mediami niejako na pełen etat.⁷ Skutkiem tego ich kontakty socjalne zostają mocno ograniczone, co z kolei wpływa na strukturę sieci neuronalnej. Kontakt z komputerem i internetowe poszukiwania prowadzą do wytworzenia nowych połączeń, ale jednocześnie pojawia się ryzyko, że inne, te które powstają tylko poprzez relacje z innymi ludźmi w świecie realnym, zostaną rozwinięte w niewystarczającym stopniu.

Szacuje się, że w USA około 20% młodych ludzi spełnia kliniczne kryteria patologicznego uzależnienia od internetu. Są oni w sieci tak często, że ma to negatywny wpływ na praktycznie wszystkie inne dziedziny ich życia.⁸ „Czternaście procent użytkowników internetu deklaruje, że czasami zaniedbują rodzinę, pracę, a nawet zapominają o jedzeniu i spaniu, żeby tylko zostać online.”⁹ Badacze mózgu stawiają też hipotezę, zgodnie z którą przyczyną lawinowo rosnących przypadków autyzmu może być zbyt wczesny i zbyt długi kontakt z mediami. Dzięki nowym metodom mamy dziś wgląd w sposób funkcjonowania mózgu. Jesteśmy dopiero na początku drogi, ale to, co już wiemy, każe nam chronić małe dzieci przed mediami. Zdaniem niemieckiego psychiatry i neurobiologa Manfreda Spitzera, telewizja, niezależnie od treści, jest dla mózgow małych dzieci trującą. Pozwólmy maluchom na zabawę,

rozmawiajmy z nimi, opowiadajmy im bajki, pozwólmy, by jak najwięcej czasu spędzały w ruchu, bo okazuje się, że właśnie wtedy najpełniej rozwija się potencjał ich mózgow.

dr Marzena Żylińska

¹ W ten sposób opisują digitalnych tubylców Gary Small i Gigi Vorgan, autorzy książki „iBrain. Wie die neue Medienwelt das Gehirn und die Seele unserer Kinder verändert”, tytuł amerykańskiego oryginału „iBrain. Surviving the Technological Alteration of the Modern Mind”, Harper Collins Publishers, New York, 2008.

² Manfred Spitzer, Musik im Kopf, Schattauer Verlag, Stuttgart 2009, str. 211.

³ Gerald Hüther, Die Ausbildung von Metakompetenzen und Ich-Funktionen während der Kindheit, w: Neurodidaktik, pod. red. Ullricha Herrmanna, Beltz Verlag, Weinheim und Basel 2009, str. 105.

⁴ Gerald Hüther, tamże, str. 102.

⁵ Manfred Spitzer, „Jak uczy się mózg”, Warszawa 2007, Wydawnictwo Naukowe PWN, str.176.

⁶ Manfred Spitzer, tamże, str. 313.

⁷ Garry Small, Gigi Vorgan, „iBrain, Wie die neue Medienwelt das Gehirn und die Seele unserer Kinder verändert”, Kreuz Verlag, Stuttgart 2009, str. str. 51.

⁸ Manfred Spitzer, Musik im Kopf, Schattauer Verlag, Stuttgart 2009, str. 211.

⁹ Garry Small, Gigi Vorgan, tamże, str.51.

⁹ Garry Small, Gigi Vorgan, tamże, str.79.



Pakiet w ocenie lekarza onkologa

Rok później

Wprowadzenie w styczniu 2015 r. pakietu onkologicznego zmodyfikowało funkcjonowanie szpitali, zwłaszcza onkologicznych, POZ-ów i wpłynęło na życie pacjentów. Czy zmiany poprawiły rokowania chorych z pierwotnym nowotworem? Jak radzą sobie w nowej rzeczywistości leczniczej oraz placówki pierwszego kontaktu? W jaki sposób układa się współpraca tych dwóch niezbędnych ogniw łańcucha opieki nad pacjentem onkologicznym? Na te pytania dziś spróbujemy odpowiedzieć w oparciu o rozmowy z dwójem pracowników

Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy. W następnym numerze spojrzymy na pakiet oczami lekarzy POZ-u.

Przynosi korzyść pacjentom

Bronimy karty onkologicznej jako idei. Jest niedopracowana, ale przynosi korzyść pacjentom – mówi lek. Piotr Cisowski, koordynator przychodni bydgoskiego CO, jednego z najbardziej doświadczonych w leczeniu chorób onkologicznych ośrodków w Polsce (przyjmując 6377 chorych rocznie, plasuje się na 3. miejscu w kraju) i najbardziej do-

świadczony w województwie kujawsko-pomorskim (kolejne z regionalnych ośrodków udzielających świadczeń onkologicznych: Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu ze 1325 pacjentami rocznie i Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza Bydgoszczy z 984 – zajmują dopiero 55. i 79. lokatę w kraju).

Zniesienie limitów i oddzielne finansowanie diagnostyki i terapii onkologicznej pacjentów z kartą DiLO skróciło – w ocenie pracowników Centrum Onkologii – czas oczekiwania na pierwszą wizytę w poradni (pacjent, który zare-



jestruje się między godziną 8.00 a 13.00, zostanie przyjęty w przychodni CO jeszcze tego samego dnia) i spowodowało szybsze rozpoczęcie diagnostyki i leczenia. Dobrą ilustracją są tu okresy oczekiwania w Centrum na TK: pacjent z kartą czeka tydzień, natomiast pilny bez karty nawet do 2 miesięcy.

Mobilizująco na przyspieszenie rozpoznania i wcześniejsze rozpoczęcie leczenia wpłynął też fakt, że aby otrzymać pełne wynagrodzenie, trzeba się zmieścić w ustalonych terminach (diagnostyka wstępna – 4 tygodnie od pierwszej wizyty, diagnostyka pogłębiona – 3 tygodnie, rozpoczęcie leczenia – do 2 tygodni od zamknięcia etapu diagnostyki pogłębionej, konsylium – w okresie od zakończenia diagnostyki pogłębionej do rozpoczęcia leczenia). Jak informuje Piotr Cisowski, Centrum trzyma się terminów w 95%.

Możliwość zrobienia wszystkich koniecznych badań za jednym razem jest kolejną zaletą wprowadzenia karty onkologicznej, gdyż pozwala pacjentowi zmniejszyć liczbę przyjazdów do ośrodka, oszczędzając jego czas i siły.

– *Centrum do plusów pakietu zalicza też konsylia: karta wymusza zespołowe podjęcie decyzji, jak leczyć pacjenta po jego pełnym zdiagnozowaniu* – mówi doktor Cisowski. – *Szacujemy, że ok. 5-10% pacjentów jest z tego powodu lepiej leczonych.* Na argument, że konsylia potrzebne są jedynie w trudnych przypadkach, odpowiada: *Łatwy pacjent na konsylium nic nie traci, natomiast trudny może bardzo dużo zyskać.* Zwraca również uwagę, że dla ośrodków mniej doświadczonych w dziedzinie onkologii konsylium jest szansą na uaktualnianie wiedzy w zakresie obecnych zasad leczenia onkologicznego, jak również pozwala wybrać bardziej optymalny sposób leczenia, a co najważniejsze zminimalizować ryzyko błędu.

Centrum Onkologii traci na karcie DiLO

– *Pomysł z kartą był dobry, ale rozbiliśmy się o badanie PET* – mówi

Piotr Cisowski. – *Za PET-a na kartę musieliśmy dopłacić 800 tys. zł. Poprzedni system rozliczania był dla nas korzystniejszy. Centrum zrobiło na kartę 261 badań PET, pozostałe ośrodki w regionie – zero.* Pytany o przyczynę różnicy Piotr Cisowski odpowiada: – *W pewnych sytuacjach zrobienie PET-a w ramach pakietu jest konieczne, np. prawie w każdym przypadku pogłębionej diagnostyki chłoniaka. Po prostu PET jest drogi, więc ośrodki przestały je zlecać, myśląc pewnie, że uda im się ocenić zaawansowanie choroby nowotworowej na podstawie tańszych badań, ale nie ma takiej gwarancji. I kończy – Ośrodki, które chcą leczyć rzetelnie, ponoszą straty. My tak robimy, ale nie wiadomo, jak długo nam się uda. Wycena PET-a to nasz najpoważniejszy problem. Gdyby PET był liczony osobno, byłibyśmy całkowicie zadowoleni*

Centrum doskwiera również ciężar biurokracji związanej z obsługą pakietu. Aby temu podołać, ośrodek zatrudnił dodatkowe sekretarki i firmę, która pracuje nad zintegrowaniem systemu informatycznego szpitala z systemem DiLO. *Idea koordynatora pacjenta okazała się niewypałem. Żeby ta funkcja miała sens, musielibyśmy przyjąć dodatkowo kilkanaście osób, a na to nie mamy pieniędzy* – mówi Agnieszka Bielińska, zwierzchniczka szpitalnych koordynatorów, kierownik Działu Dokumentacji i Statystyki Medycznej. I dodaje – *Nasi doradcy opiekują się pacjentami zgłaszającymi się do Centrum, a ponieważ nasza placówka przyjmuje 70% chorych z kartą DiLO w regionie – już samych związanych z tym spraw administracyjnych jest cała masa. Doradca musi uporać się z całą biurokracją, uczestniczy w konsylium, rezerwuje hotel, po konsylium przekazuje pacjentowi wszystkie ustalenia. Pomaga, jeśli pacjent się zagubi, chociaż w Szpitalu wszystko jest tak zorganizowane, że chory zazwyczaj sam wie, co dalej robić.*

Na styku z POZ

Zdarza się, że pacjenci trafiają do CO z błędnie wypełnionymi kartami DiLO. Jednym z najczęstszych błędów jest wpisanie przez lekarza podejrzewającego np. raka piersi w części BB1 karty kodu C50 (nowotwór złośliwy piersi), zamiast D48 (nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze). Wpisanie pierwszego z kodów oznacza, że rozpoznano nowotwór złośliwy (nie zawsze zostaje to potwierdzone w badaniu histopatologicznym), co zamyka pacjentowi drogę do diagnostyki. Stąd prośba Centrum do lekarzy POZ-u o wpisywanie w części BB1, niezależnie od stopnia pewności, kodu D48.

Kolejny problem spowodowany został zmianami wprowadzonymi w listopadzie ub.r. Obecnie lekarz, przysyłając pacjenta do Centrum, może w pozycji B7 wpisać albo skierowanie „na zabieg diagnostyczno-leczniczy na oddziale”, albo na „diagnostykę wstępną do specjalisty w zakresie...” i zdarza się, że wybiera skierowanie „na zabieg diagnostyczno-leczniczy na oddziale”. Wybór ten jest błędem – uniemożliwia wykonanie koniecznych badań i przeprowadzenie konsylium. W związku z tym lekarz POZ lub AOS, nawet jeśli wie, że pacjent ma być zoperowany, powinien kierować go na diagnostykę wstępną.

Pracownicy Centrum Onkologii proszą również lekarzy POZ o drukowanie 7, a nie 2 stron karty DiLO, czyli pełnej karty bez instrukcji.

Na początku kwietnia wiceminister zdrowia Piotr Warczyński poinformował o planach wprowadzenia zmian w pakiecie onkologicznym. Być może więc prośby skierowane do lekarzy pierwszego kontaktu okażą się wkrótce bezprzedmiotowe – zapowiedziane zostało bowiem skrócenie karty DiLO do dwóch stron i zastąpienie wersji papierowej wersją elektroniczną.

Magdalena Godlewska

Artykuł ukazał się także w nr 5/2016 „Primum” (Biuletynie Bydgoskiej Izby Lekarskiej)

Czy trudny pacjent istnieje?

Ile razy rozmawiam z moimi przyjaciółmi – lekarzami różnych specjalności i uskarżają się oni na swoją pracę, to nigdy nie są to kłopoty związane z diagnozą i leczeniem. Zawsze za to, nawet w krótkich rozmowach telefonicznych, utyskują na zachowania pacjentów albo ich rodzin. Wyjątkiem jest moja znajoma anestezjolog, która twierdzi, że w większości przypadków ma do czynienia z pacjentem idealnym – nieprzytomnym i zaintubowanym.

Czy jest jakiś szczególny rodzaj zachowania, który często się powtarza w opowieściach moich przyjaciół? Nie. Każdy z nich ma swój typ, z którym nie radzi sobie emocjonalnie. Bywa, że ten typ zmienia się w zależności od nastroju, sytuacji i kondycji psychicznej lekarza. O co wobec tego chodzi? O to, o co zwykle w kontaktach interpersonalnych – o komunikację, a dokładniej o sposób, w jaki formułujemy wypowiedzi. Lekarz z racji swojego zawodu każdego dnia wchodzi w relacje z wieloma osobami w dość krótkim czasie. Być może zapytacie „i co z tego?” Sprzedawca w sklepie spożywczym też. To prawda, ale co znaczy kilogram mąki wobec doskwierającego bólu, kataru, grypy czy innych dolegliwości. Różnica polega na tym, że relacja lekarz – pacjent dotyka rzeczy ostatecznych – zdrowia i życia. A od braku mąki jeszcze nikt nie umarł. Do tego pytania zadawane przez lekarza dotyczą często intymnej strony życia pacjentów. W sklepie nikt nie prosi, żeby rozebrać się przed obcym człowiekiem. Relacje nawiązywane w gabinecie lekarskim mają prawo być trudne dla obu stron, ponieważ w 100% można założyć, że pacjent wchodzi do niego ze strachem i obawą. Strachem przed badaniem, diagnozą i jej konsekwencjami, koniecznością odpowiadania na bardzo osobiste pytania, wstydem przed nagością, a także zwyczajną ludzką obawą przed spotkaniem z drugim człowiekiem – lekarzem.

Strach wywołuje w pacjentach napięcie i stres. A w stresie człowiek ma dwa wyjścia – albo walczy, albo ucieka, i daleko mu do równowagi emocjonalnej. Którąkolwiek z dróg wybierze, może stać się trudnym pacjentem. Jeśli wybierze walkę, może być roszczeniowy, atakujący, agresywny, uparty, posiadający jedynie słuszną rację. Uległość może manifestować się biernym oporem w postaci braku odpowiedzi na pytania, kłamaniu, spychaniu odpowiedzialności na lekarza. To, co najlepszego w tej sytuacji możecie Państwo zrobić, to zredukować stres i przywrócić równowagę emocjonalną pacjenta swoim zachowaniem. Relacja lekarz – pacjent nigdy nie jest symetryczna, a odpowiedzialność za jej jakość spoczywa niestety na barkach lekarza. W pierwszym momencie nieoceniony jest uśmiech i wyciągnięcie dłoni w geście powitania, ponieważ neurony lustrzane pacjentów tylko czyhają na okazję, żeby dopasować się do tych pozawerbalnych komunikatów i je odwzajemnić. Jeśli ktoś z Was nie ma ochoty podawać ręki pacjentowi, to wystarczy uśmiech i „dzień dobry”.

Bernie Siegel, amerykański chirurg onkolog, po raz kolejny poproszony o wygłoszenie wykładu dla świeżo upieczonych absolwentów medycyny na Uniwersytecie Yale postanowił zapytać swoich pacjentów, co ma powiedzieć młodym lekarzom w ich imieniu. Powiedział mu: „Poproś ich, żeby mówili nam dzień dobry i do widzenia, żeby mówili proszę i przepraszam i pukali do drzwi, kiedy wchodzi do naszych szpitalnych pokoi.” Żaden z pacjentów nie poprosił, żeby ich skutecznie leczyć. Sytuacja wzajemnych relacji w gabinecie może być tym bardziej trudna, że dochodzi w nim do spotkania dwóch światów, świata lekarzy i pacjentów. Światów, w których bardzo rzadko uczy się sztuki porozumiewania.

Intencje nie są wypisane na czole

W komunikacji interpersonalnej, która zmierza do zbudowania porozumienia i współpracy, istnieje szereg barier. Największą z nich, jak powiedział Bernard Shaw, jest złudzenie, że komunikacja w ogóle istnieje. I to moim zdaniem bardzo trafne spostrzeżenie. Złudzenie powstaje najczęściej na skutek zjawiska znanego w psychologii jako projekcja. O efekcie tego zjawiska często słyszę od lekarzy podczas warsztatów i szkoleń:

– *Wystarczy, że zapytam pacjenta czy ma kłopoty z pamięcią, a w odpowiedzi słyszę, że jestem impertynentem (z gabinetu lekarza rodzinnego).*

– *Pytam pacjenta ile waży (w pracownik hemodynamiki), a on się zaczyna tłumaczyć, że to bardzo trudno utrzymać dietę i zrzucić nadmierne kilogramy.*

– *Skąd takie reakcje pacjentów? – pytają zdziwieni lekarze – To oni nie wiedzą, o co mi chodzi!?*

Niestety nie. Dopóki nie podacie Państwo powodów swoich pytań – nie wiedzą. A jeśli nie wiedzą, to przypisują Wam różne powody i intencje ich zadawania, czyli ulegają zjawisku projekcji. Projekcja to przypisywanie drugiej osobie intencji i powodów zachowań, najczęściej nieprawdziwych. Nie byłoby to może niczym złym, gdyby nie ogromne niebezpieczeństwo, polegające na tym, że o wiele częściej projekcja zmierza w kierunku przypisywania złych intencji niż dobrych. Znacnie Państwo takie przysłowie? Dobrymi chęciami piekło jest wybrukowane. Czemu? Ponieważ większość z nas myśli, że swoje intencje mamy wypisane na czole. I to prawda, mamy, tyle że od wewnętrznej strony i tylko dla nas są one czytelne. Dla rozmówców czoło, na które patrzą, pozostaje puste i niczego nie można na nim przeczytać. Jeśli zachowacie Państwo intencje i powody swoich zachowań, pytań i decyzji tylko dla siebie, to ryzykujecie, że pacjenci wymyślą je za Was. Niestety



z dużo większym prawdopodobieństwem przypiszą Wam intencje złe niż dobre i adekwatnie do tego zaczną się zachowywać. I w tej sytuacji pomyślą o Was jak o wrogu, a z wrogiem trudno podążać drogą porozumienia, raczej trzeba z nim iść na wojnę. Możecie więc raptem mieć przed sobą trudnego pacjenta na własne życzenie. Najlepszym jak do tej pory pomysłem na przeciwdziałanie projekcji ze strony pacjenta jest czytelność zachowań lekarza. Czytelność, czyli mówienie o intencjach, powodach, motywach każdego działania. Nigdy jako lekarze nie będziecie nadmiarowi w wyjaśnianiu pacjentom po co, jak i dlaczego o coś pytacie czy coś robicie. W ten sposób możecie zyskać u pacjentów poczucie, że ich szanujecie i że są dla Was ważni, a tym samym zapewnić sobie większy komfort emocjonalny.

Wobec tego, jeśli pytacie pacjenta o kłopoty z pamięcią lub o to, ile waży, to powiedzcie przede wszystkim do czego jest wam to potrzebne i jaki jest powód waszego pytania, np.

– *Chcę jak najszerzej przyjrzeć się powodom pani dolegliwości, zadam pani szereg pytań. Niektóre z nich mogą się wydać dziwne, proszę jednak na nie szczerze odpowiedzieć. Potrzebuję przeliczyć dawkę leku dla pana, proszę powiedzieć, ile w tej chwili pan waży.*

Trudny pacjent na własne życzenie

Trudnego pacjenta lub rodzinę pacjenta możecie też sobie Państwo „wychować” całkiem niechcący, czyniąc uogólnienia zgodne z własnymi przekonaniem i poglądami. Moja koleżanka, znakomity pediatra, bardzo ciepły i życzliwy człowiek, chcąc uspokoić dwumiesięcznego malucha przed szczepieniem i przy okazji matkę, która z przerażeniem patrzyła na siną od płaczu pociechę, zaproponowała grzecznie – *Może ją Pani nakarmi piersią, to się uspokoi.* Ośłupiała słysząc od matki: *Jak pani śmie. Ja nie karmię piersią i to moja decyzja, a Pani nic do tego!* Po czym urażona mama złożyła skargę na lekarza za brak szacunku do jej osoby.

Moja koleżanka była zaskoczona tą reakcją, a ja nie. Do swoich racji i przekonania o ich słuszności każdy ma prawo. Ponieważ są to rzeczy zupełnie dla

nas oczywiste, zakładamy, częstokroć niesłusznie, że inni też muszą tak myśleć. To z reguły prowadzi do komunikatów, sugerujących, że odbiorca coś musi albo powinien. A do pouczenia drugiego człowieka nikt nam nie dał prawa. Jeśli traficie jeszcze w czyjś czuły punkt, to wojna murowana.

Mniej ryzykowna byłaby już sama propozycja nakarmienia dziecka, bez sugerowania sposobu. Najbezpieczniej jednak w takiej sytuacji byłoby pozostawić decyzję matce i powiedzieć np.:

– *Moim zdaniem korzystniej będzie zaszczepić dziecko, kiedy będzie bardziej spokojne. Proszę sobie przypomnieć, być może jest coś, co uważa Pani, że małą w tej chwili uspokoi.*

Tylko gdzie tu znaleźć czas na takie ceregiele, kiedy system raczej zmusza lekarza do dbania o liczbę pacjentów, a nie o relację z nimi? Można pomyśleć o tym w ten sposób. Jeśli na początku zainwestuję czas w zbudowanie relacji z matką, to zyskam jej zaufanie, będzie spokojniejsza i dziecko też będzie spokojniejsze. Każda następna wizyta ma zatem szanse przebiegać sprawniej i zakończyć się w krótszym czasie.

Zawsze macie wybór co powiedzieć i jak się zachować. Wszystko zależy tylko od tego, co chcecie dla siebie osiągnąć.

Innym dość skutecznym sposobem na wywołanie trudnego pacjenta do tablicy jest użycie terminów lub zwrotów dla Was naturalnych, a w pacjencie lub jego rodzinie budzących strach. Pamiętam sytuację z pokoju lekarskiego w oddziale pediatrycznym, do którego wszedł zatroskany tata, dopytując się o stan zdrowia swojego syna. Pani ordynator uprzejmie opowiedziała pokrótce przebieg choroby, poinformowała, że w tej chwili wyniki badań są dobre i syn wraca do zdrowia. Na zakończenie dodała, że osłuchowo też jest wszystko w porządku. W tym momencie, zobaczyła jak na twarzy ojca zaczyna się malować zdziwienie i usłyszała: – *Jak to? To ze słuchem też coś było? Dlaczego do tej pory nic o tym nie wiem? Dlaczego lekarz prowadzący nic nie powiedział?*

Zawsze istnieje ryzyko, że słowa lub zwroty, które dla Was są oczywiste, mogą być kompletnie niezrozumiałe dla

Waszych pacjentów i ich bliskich. Nawet proste stwierdzenie, że dziecko „spadło z wagi” może w zestresowanym rodzicu wywołać reakcje, które aż trudno sobie wyobrazić. Tak jak w jednym z oddziałów noworodkowych, w którym mama słysząc taki komunikat domagała się wskazania winnego i oskarżała cały personel medyczny o brak odpowiedzialności i nadzoru. Lekarzom długi czas było trudno zrozumieć, czemu ich zapewnienie, że to jest zupełnie normalna i naturalna sytuacja w pierwszych dniach życia dziecka tylko pogarszała sytuację.

Krótki kurs asertywności

A co robić z pacjentem roszczeniowym, który o coś prosi, czegoś się domaga lub żąda, a Wy nie chcecie się na to zgodzić? Podczas szkoleń to najczęściej zgłaszany przez lekarzy problem. Jak to, co zrobić? Oczywiście odmówić. Wiem, łatwo powiedzieć i trudno zrobić. I wiem też, że przy dużej potrzebie i determinacji można się tego nauczyć w parę minut. Byłam u mojej przyjaciółki internistki w gabinecie, kiedy weszła pielęgniarka z nową kartą i groźnym szeptem oznajmiła – *Pani doktor, ten astmatyk przyszedł.* Patrząc, a mojej przyjaciółce ręce opadają i mówi, że wobec tego cały dzień ma przechlapany. Okazuje się, że astmatyk przychodzi co jakiś czas i prosi o wypisanie zwolnienia, ponieważ miał atak astmy i nie był w pracy. Rzeczywiście cierpi na astmę, jest zapisany do poradni pulmonologicznej, a przychodzi do lekarza rodzinnego po zwolnienie. Przyjaciółka ataku nie widziała, nie jest pewna czy to prawda, wypisała już kilka takich zwolnień i boi się, że w razie kontroli poniesie z tego tytułu konsekwencje.

– *To się nie zgódź* – zaproponowałam.

– *Jak taka jesteś mądra, to idź i go sobie sama obejrzyj.*

Wyjrzałam na korytarz i ujrzałam prawie dwumetrowego faceta, na oko około stukilogramowego, tysego, w dresach i białych skarpetkach. Czyli naprawdę „Trudny Pacjent”. Schowałam się z powrotem do gabinetu i zaproponowałam koleżance, że podam jej prosty schemat asertywnej odmowy, ona przećwicz go dwa razy na mnie, a potem stawi czoła.

– To dla mnie trudna sytuacja (odsłonięcie uczuć i pokazanie ludzkiej twarzy lekarza), bo wiem, że jest pan astmatykiem i nie mam powodu panu nie wierzyć, że miał pan atak (odwołanie się do sytuacji pacjenta), jednak NIE wypiszę panu zwolnienia, ponieważ robiłam to już kilkakrotnie i boję się, że w razie kontroli poniosę z tego tytułu konsekwencje (podanie prawdziwego powodu).

Po tym oświadczeniu, przy każdej próbie manipulacji, należy zastosować zdartą płytę, czyli z uporem maniaka zaciąć się na powodzie odmowy, co zwykle bardzo uspokaja odmawiającego.

Po czym, za którymś razem przejsz w obszar ewentualnych negocjacji: – Zwolnienia panu nie wystawię. Proszę jednak powiedzieć, co innego w tej sytuacji mogę dla pana zrobić?

Przeciwczyłyśmy sposób odmowy dwa razy i wyszłam z gabinetu, oddając pole astmatykowi. Wieczorem moja

przyjaciółka zadzwoniła poinformować mnie radośnie, że odmówiła. A na moje pytanie o to, jak było, usłyszałam – Nie mam czasu Ci teraz opowiadać, lecę odmawiać dalej. Mam wrażenie, że tego trudnego pacjenta ma z głowy i chyba jeszcze parę innych trudnych osób przy okazji. Wobec tego czy trudny pacjent rzeczywiście istnieje? Moim zdaniem odpowiedź brzmi – nie.

Trudne bywają tylko relacje między ludźmi, bo ilu lekarzy i ilu pacjentów, tyle różnych osobowości. Posiadamy różne temperamenty i cechy charakteru, które wpływają na jakość naszych kontaktów z ludźmi. Każdy z nas ma prawo do własnych reakcji, uczuć i emocji, przekonań i wartości. To, co wydarzy się między lekarzem a pacjentem zależy od obojga. Jednak to Państwo jesteście w dużo trudniejszej sytuacji, ponieważ czyniąc Was odpowiedzialnymi za relacje z pacjentami, nikt nie uczył Was, jak kształtują się kontakty mię-

dzyludzkie i co się może w nich wydarzyć. Profesor Romuald Krajewski, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej spotykając się z młodymi lekarzami, często mówi im, że spektakularne sukcesy medyczne szybko odchodzą w niepamięć. To, co zostaje we wspomnieniach, to właśnie relacja z pacjentem, z jego bliskimi.

Tytułem podsumowania pozwolę sobie powiedzieć, że bardzo rozczuła mnie napis u mojej przyjaciółki w gabinecie lekarza rodzinnego. Śmieje się, że powiesiła go z myślą o pacjentach, a okazało się, że to jej pozwolił ze spokojem wyjść z wielu sytuacji. Napis brzmi „Jeśli nie wiesz co masz powiedzieć, to powiedz prawdę, a jeśli nie wiesz jak się zachować – zachowaj się jak człowiek”.

Elżbieta Kowalska

Trener Biznesu, Umiejętności

Komunikacyjnych i Wywierania Wpływu,

Coach ICF i Coach Narzędziowy

Pożegnanie dyrektora Szpitala Miejskiego w Toruniu, płk. dr. w. n. lek. Sylwestra Daneckiego



Od lewej stoją: lek. med. Jan Laskowski (1922-1996), psychiatra, dyrektor Wojewódzkiej Przychodni Zdrowia Psychicznego w latach 1962-65. dr w. n. lek. Janina Zofia Pietrasiewicz (1898-1970) ordynator Oddziału Dziecięcego dr w. n. lek. Leon Konkolewski (1903-1958), ordynator Oddziału Wewnętrznego Szpitala Miejskiego w latach 1945-1958, płk dr w. n. lek. Sylwester Danecki, dyrektor Szpitala Miejskiego w latach 1957-1958; za nim dr w.n.lek. Stanisław Zmysłony (1903-1970), wielokrotny zastępca Obwodowej Przychodni PKP w Toruniu, dalej stoją: dr med. Zofia Czyżewska (1902-1972), ordynator Oddziału Neurologicznego, ppłk dr w. n. lek. Marian Mroczkowski (1897-1968), nestor radiologii toruńskiej, lek. med. Janusz Błaszczczyński (1927-?) st. asystent w Oddziale Chirurgii I.; dr n. med. Józef Stanisław Przedpełski (1928-1995) chirurg dziecięcy, późniejszy ordynator Oddziału Chirurgii Dziecięcej, w latach 1970-1977.

W drugim rzędzie od lewej: mjr dr w. n. lek. Stanisław Mieczysław Gawiński (1904-2000), ordynator Oddziału Ginekologii i Położnictwa w 6. Wojskowym Szpitalu Okręgowym i Szpitalu Miejskim w latach 1946-1972, lek. med. Edmund Pawlak, asystent w Oddziale Wewnętrznym. Wśród pozostałych na fotografii widoczni są również ordynatorzy: płk dr w. n. lek. Bolesław Sylwestrowicz (1910-1987), wieloletni ordynator Oddziału Chirurgii Ogólnej Szpitala Wojskowego w Toruniu, główny chirurg pomorskiego Okręgu Wojskowego, poniżej: ppłk dr w.n.lek. Bolesław Osuch (1913-1962), internista, Lekarz Naczelny Garnizonu Toruńskiego, dr w.n.lek. Donat Massalski (1905-1963) chirurg, ordynator Oddziału Chirurgii II., kpt. dr w. n. lek. Mieczysław Mielżyński (1906-1966), wieloletni kierownik Obwodowej Przychodni Lekarskiej PKP oraz zastępcy ordynatorów i asystenci.

Opr. dr n. med. Marian Łysiak



PRACA

ZJAZD ABSOLWENTÓW

Wydziału Lekarskiego

AM w Poznaniu 1975-1981

Zapraszamy wszystkich Absolwentów Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Poznaniu, rocznik 1975-1981 na spotkanie „35 lat minęło”, w dniu 15 października 2016 roku o godz 16.00.

Miejsce spotkania: Restauracja Hotel Meridian 's, Poznań ul. Litewska 22.

Wszystkie informacje i zapisy na www.absolwenci1981-poznan-am.pl

W imieniu Komitetu Organizacyjnego Jerzy Harasymczuk

Ze względu na dynamiczny rozwój naszych placówek w Toruniu i Bydgoszczy, Centrum Stomatologii Dentus poszukuje **lekarzy stomatologów** chętnych do podjęcia współpracy. Prosimy o kontakt telefoniczny **502 029 249** lub mailowy: biuro@dentus.com.pl

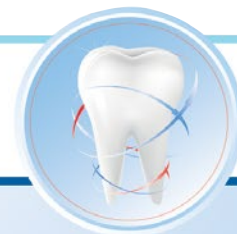
Prywatna Klinika Okulistyczna w Grudziądzu podejmie współpracę z **lekarzem okulistą** lub w trakcie specjalizacji z okulistyki. Oferujemy atrakcyjne warunki pracy oraz możliwość rozwoju. Kontakt: **600 290 887**.

Praca dla lekarzy **stomatologów**
www.supradent.com.pl/praca
Zapraszamy

Zatrudnię lekarza w **POZ**, dyżury popołudniowe, okolice Grudziądza, atrakcyjne stawki. tel. **882 868 122**.



Pracownia Techniki Dentystycznej



- **BEZPŁATNY ODBIÓR I DOSTARCZENIE PRAC**
- **MOŻLIWOŚĆ WYPOŻYCZENIA SPEKTROFOTOMETRU Vita EasyShade**
- **NIE POBIERAMY OPŁAT ZA MODELE ORIENTACYJNE I WZORNIKI ZWARCIOWE**
- **ZADZWOŃ I ZAPYTAJ O PROMOCJĘ TLENEK CYRKONU W CENIE PORCELANY**
- **ZAPRASZAMY DO WSPÓŁPRACY**

NALEŻYMY DO CERTYFIKOWANYCH LABORATORIÓW ZIRKONZAHN POLSKA.
Przyjmujemy pliki STL ze skanerów INTRA-ORAL oraz IN-LAB,
e-mail: pracownia@denta-medica.pl, tel. 500 300 650.

Oferta Pracowni:**uzupełnienia protetyczne stałe:**

Korony i mosty na podbudowie Co-Cr – ceramika Noritake/Shofu,
Ceramika bezmetalowa napalana na masie ogniotrwącej – licówki,
Korony i mosty na podbudowie ZrO – ceramika ZirkonZahn, cyrkon ZirkonZahn,
Anatomiczne korony i mosty ZirkoZahn Prettau/Prettau Anterior, inlay, onlay, overlay,
korony kompozytowe, metalowe wkłady koronowo-korzeniowe proste, składane,
podwójnie składane, korony akrylowe, wax-upy

uzupełnienia protetyczne ruchome:

Protezy akrylowe, protezy szkieletowe metalowe, szynoprotezy, protezy elastyczne F.J.P/Acron,
Protezy szkieletowe acetalowe, etruski akrylowe, etruski elastyczne, szyny do wybielania,
Szyny antybruksizmowe/relaksacyjne, protezy hybrydowe, prace kombinowane

Piotr Zieliński – tel.: 500 300 650
Dominika Zielińska – tel.: 537 457 575

Szkolenie

19 kwietnia 2016 roku w grudziądzkim hotelu „Rad” odbyło się kolejne spotkanie szkoleniowe dla lekarzy. Tematem spotkania były Praktyczne Aspekty Stosowania NOAC – Mój pacjent w podeszłym wieku z AF – możliwość nowoczesnej terapii przeciwkrzepliwiej. Wykład prowadziła Dr hab. n. med. Ludmiła Daniłowicz-Szymanowicz z II Katedry i Kliniki Kardiologii i Elektroterapii, Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.



Dr Maria Thielmann
i dr Stanisław Malkiewicz



Dr Dorota Kupis, dr Mirela Stanisławska
i dr Zbigniew Gawron

Szanowne Koleżanki i Szanowni Koledzy

„...Lato, lato, lato czeka,
Razem z latem czeka rzeka,
Razem z rzeką czeka las,
A tam ciągle nie ma nas...”

U progu nadchodzącego lata, wakacji życzę każdemu z Państwa niesamowitych wrażeń, przygód, poznawania naszego całego pięknego Świata i pogody odpowiedniej do urlopowych zamierzeń. Ładujcie Państwo leki akumulatory i bezpiecznie wracajcie z podróży.

Ciekawe fotki i wspomnienia zamieszczajcie w naszym „Meritum”.

Pozdrawiam
Wiesław Umiński



Dr hab. n. med.
Ludmiła Daniłowicz-
Szymanowicz



Uczestnicy spotkania.

Pani Doktor
Krystynie Beszczyńskiej-Dorosz
głębokie wyrazy współczucia
z powodu śmierci

MĘŻA

składa Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska

UWAGA SENIORZY!

Zarząd Lekarskiego Stowarzyszenia Senioratu w Toruniu przypomina o możliwości korzystania z bezpłatnych badań w kierunku wykrycia osteoporozy w Przychodni Nasz Lekarz w Toruniu, ul. Szczytna 1, tel. 56 610 33 30/31

Termin badania należy ustalić telefonicznie lub osobiście.

Przy badaniu należy okazać „legitymację lekarza seniora” wydaną przez Kujawsko-Pomorską Okręgową Izbę Lekarską w Toruniu.



Koleżance Doktor **Ewie Sipowicz-Cyl**
oraz Koleżance Doktor **Annie Drozd**
wyrazy szczerego współczucia
z powodu śmierci

MATKI

DOKTOR JANINY SIPOWICZ
składają Koleżanki i Koledzy z Włocławskiego
Stowarzyszenia Lekarzy Stomatologów



Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że w dniu 25 kwietnia 2016 r.
zmarła Pani dr

Janina Sipowicz

lat 86

absolwentka AM w Łodzi, lekarz stomatolog,
specjalista protetyki stomatologicznej z Włocławka.

Pani Dr **Ewie Sipowicz-Cyl**
oraz Pani Dr **Annie Drozd**
głębokie wyrazy współczucia
z powodu śmierci

MATKI

składa Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska



Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że w dniu 17 kwietnia 2016 r.
zmarła Pani dr

Anna Ogrodnik

lat 71

absolwentka AM w Krakowie, lekarz ginekolog położnik,
zatrudniona w Szpitalu w Chełmnie.

Pani Doktor
Violetcie Polaszewskiej-Pułkownik
głębokie wyrazy współczucia
z powodu śmierci

OJCA

składa Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska



Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że w dniu 30 maja 2016 r.
zmarł Pan dr

Janusz Świdziński

lat 93

absolwent AM w Gdańsku, lekarz pediatra i psychiatra z Torunia.

Pani Doktor
Barbarze Iwaniszewskiej
głębokie wyrazy współczucia
z powodu śmierci

MATKI

składa Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska



Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że w dniu 21 maja 2016 r.
zmarła Pani dr

Marzanna Mielczarek

lat 70

absolwentka AM w Warszawie, lekarz pediatra z Torunia.

Pani Doktor
Violetcie Polaszewskiej-Pułkownik
wyrazy szczerego współczucia
z powodu śmierci

OJCA

składają koleżanki i koledzy z Oddziału
Kardiologiczno-Internistycznego SSM w Toruniu

Pani Doktor
Małgorzacie Całbeckiej
głębokie wyrazy współczucia
z powodu śmierci

MATKI

składa Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska



Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że w dniu 5 czerwca 2016 r. zmarł Pan dr

Ryszard Misiewicz

lat 74

absolwent AM w Białymstoku,
specjalista okulistyki z Grudziądz.

BMW BusinessDrive

Biznes napędzany radością

BMW serii 5
Limuzyna

www.bmw-
dynamicmotors.pl



Radość z jazdy



W TWOIM NAJLEPSZYM INTERESIE.

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

Sprawdź ofertę na www.radoszczjazdy.pl/biznes

Dealer BMW Dynamic Motors

ul. Olimpijska 8

87-100 Toruń

Tel.: +48 56 645 21 70

www.bmw-dynamicmotors.pl

Dealer BMW Dynamic Motors

ul. Fordońska 264

85-790 Bydgoszcz

Tel.: +48 52 339 51 10

www.bmw-dynamicmotors.pl

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