



BIULETYN OKRĘGOWEJ IZBY
LEKARSKIEJ W BIAŁYMSTOKU

czerwiec – sierpień 2026, nr 6(158)
ISSN 1233-1449

Verbum MEDICUM

GERIATRIA W SYSTEMIE I W PRAKTYCE

MIKROANGIOPATIE ZAKRZEPOWE TMA

Co powinniśmy wiedzieć?

UMRZEĆ – TEGO NIE ROBI SIĘ DZIECKU!

Jak rozmawiać o śmierci?



LEKARZ PSYCHIATRA DZIECI I MŁODZIEŻY/ LEKARZ PSYCHIATRA

PRACA!

do Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci
i Młodzieży – II Poziom Referencyjny w Łomży

- ✓ Placówka posiada kontrakt z NFZ
- ✓ Elastyczny grafik pracy
- ✓ Interdyscyplinarny zespół specjalistów

Do zespołu Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży – II Poziom Referencyjny w Łomży poszukujemy lekarzy, którzy chcą rozwijać swoją praktykę zawodową w nowoczesnym środowisku zapewniającym kompleksową opiekę psychiatryczną dzieciom, młodzieży i ich rodzinom.

OFERUJEMY:

- Atrakcyjne wynagrodzenie.
- Wsparcie organizacyjne i administracyjne.
- Pracę w placówce posiadającej kontrakt z NFZ.
- Elastyczną formę zatrudnienia.

WYMAGANIA:

Poszukujemy osób spełniających co najmniej jedno z poniższych kryteriów zawodowych:

- Lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży.
- Lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii.
- Lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży.
- Lekarz ze specjalizacją pierwszego stopnia z psychiatrii dzieci i młodzieży

ZAKRES OBOWIĄZKÓW:

- Diagnozowanie oraz leczenie dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi.
- Prowadzenie konsultacji psychiatrycznych oraz wydawanie zaleceń terapeutycznych.
- Współpraca z zespołem terapeutycznym.
- Prowadzenie dokumentacji medycznej.

**APLIKUJ JUŻ DZIŚ!** rekrutacja@psychiatria.bialystok.pl 666 607 599 Łomża, Aleja Legionów 7

SPIS TREŚCI

5 TRZY DNI DEBAT, WAŻNYCH DECYZJI I WYBORÓW

Natalia Sot-Muszyńska

6 UMB NAJLEPSZY W KRAJU!

XXVII Ranking Szkół Wyższych
Perspektywy 2026

6 LEKARZE W LICZBACH

Dane z Okręgowej Izby Lekarskiej
w Białymstoku

8 GERIATRIA W SYSTEMIE I W PRAKTYCE

Barbara Bień

12 MIKROANGIOPATIE ZAKRZEPOWE TMA - CO POWINNIŚMY WIEDZIEĆ?

Jerzy Robert Ładny

14 UMRZEĆ - TEGO NIE ROBI SIĘ DZIECKU!

Paweł Grabowski

16 O KONFERENCJI, MARIHUANIE I PIENIĄDZACH

Małgorzata M. Topolska

17 CO DALEJ Z BUDOWĄ NOWEJ SIEDZIBY?

Piotr Sielatycki

18 SZALEŃSTWA W SMOCZEJ ARENIE

fotorelacja

20 SPRAWY RÓŻNE

z Jarosławem Modzelewskim
rozmawia Paweł Pecuszek

24 GALERIA JEDNEGO OBRAZU

25 SZTUKA RADIOWCÓW

26 PIĘKNO MARTWEJ NATURY

o wystawie Zbigniewa Zawinowskiego

27 DZIEWIĘĆ DEKAD ŻYCIA, DZIESIĘCIOLECIA SŁUŻBY PACJENTOM

jubileusz lekarzy

31 SPORT

32 PRO MEMORIA

33 INFORMACJE OIL

Nie zgadzamy się na odpowiedzialność zbiorową!

Obiecałem napisać o wyborach w Naczelnej Izbie Lekarskiej. Chciałem to zrobić i żałuję, że nie mogę. Po pierwsze dlatego, że były warto opisać ze względu na próby zrywania zjazdu, czy zagłuszanie systemu do głosowania skutkujące wizytą służb mundurowych. Po drugie dlatego, że żeglując po niespokojnych wodach, każdy ruch sterem, każdy drobny nawet wybór niesie za sobą jakieś konsekwencje. A piszę ten tekst w środku największego medialnego szkwału, jaki spadł na nasze środowisko od ponad dekady. Podzielę się więc swoją impresją dotyczącą sytuacji, w jakiej każdy i każda z nas się znajduje.

Odnosząc się do pierwszych zdań - jestem przekonany, że pod koniec maja wybraliśmy dobrze. Świadczy o tym fakt, że mimo trwającej od połowy czerwca nagonki na nasze środowisko samorząd lekarski utrzymuje spójne i merytoryczne stanowisko broniące zdecydowanej większości z nas. Czuję jednak smutek i rozczarowanie kierunkiem, w jakim poszła debata po ujawnieniu nieprawidłowości w Szpitalu Południowym w Warszawie. Oskarżenia dotyczące pojedynczych osób wywołały lawinę niechęci, pomówień i agresji wobec całego środowiska, czego najdramatyczniejszym przykładem był atak nożownika w szpitalu w Jastrzębiu-Zdroju 26 czerwca. Nie zamierzam odnosić się do samej sedna sprawy - tym zajmują się organy odpowiedzialności zawodowej oraz prokuratura. Zwrócę jednak uwagę na pewną parabolę, która nasunęła mi się na myśl w związku z obecną sytuacją. W 19. rozdziale Księgi Rodzaju jest opisane zniszczenie biblijnej Sodomy. Abraham targuje się w nim z Bogiem i pyta, czy jeśli znajdzie w mieście choćby dziesięciu sprawiedliwych, Pan je oszczędzi. Nagonka, której jesteśmy świadkami - a często i ofiarami - przypomina mi przeciwieństwo tej przypowieści. Odnoszę wrażenie, jakby opinia publiczna, podgrzewana przez spin doktorów, dobijała właśnie targu, czy jeśli znajdzie się kilka osób nadmiernie chciwych, czerpiących w sposób niepokohamowany z niedoskonałego systemu ochrony zdrowia (na którego reformę wszyscy czekamy), będzie mogła obrócić w gruzy dobre imię naszego zawodu. Jest to o tyle przykre i niesprawiedliwe, że absolutna większość z nas nie zarabia miesięcznie pensji wystarczającej na zakup nowego samochodu, jak to słyszymy w mediach, a ci, którzy uzyskują dochody wyższe od przeciętnej, pieniędzy tych nie kradną, tylko zarabiają tak, jak system na to pozwala. Z tego powodu jako samorząd zawodowy staramy się prowadzić debatę w następujący sposób: nie godzimy się na przedstawianie całego środowiska przez pryzmat jednostkowych nadużyć. Zwracamy uwagę na potrzebę oddzielenia polityki od zarządzania jednostkami ochrony zdrowia (to na tej płaszczyźnie dochodzi do największych nadużyć). Postulujemy o ucywilizowanie czasu pracy lekarzy - maksymalnie 78 godzin tygodniowo w zamian za ekwiwalent trzech średnich krajowych na etacie dla specjalisty jest konsensusem, który na podstawie sondaży popiera zarówno większość środowiska lekarskiego, jak i opinia publiczna. Musimy też pamiętać o odpowiedzialności, jaką każdy i każda z nas ponosi za dobre imię zawodu lekarza - w tej sytuacji zostało ono narażone. Zastanówmy się jednak, jak przez pryzmat naszej pracy oceniana jest nasza własna przychodnia czy nasz szpital. I starajmy się być najlepszymi ambasadorami zawodu lekarza każdego dnia.



dr n. med. Piotr Sielatycki
prezes ORL w Białymstoku



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W BIAŁYMSTOKU

ul. Świętojańska 7, 15-082 Białystok, sekretariat: tel. 85 732 19 35, 603 684 253
e-mail: bialystok@hipokrates.org, www.oilbialystok.pl

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Białymstoku
dr n. med. Piotr Sielatycki

Wiceprezes
prof. dr hab. n. med. Anna Krystyna Zalewska

Wiceprezes
lek. Mateusz Wojciech Grochowski

Wiceprezes
dr n. med. Rafał Jacek Kucharski

Wiceprezes
lek. Justyna Katarzyna Matejczuk

Sekretarz
lek. Natalia Sot-Muszyńska

Zastępca sekretarza
lek. Ryta Filipkowska

Skarbnik
lek. dent. Anna Kotowska-Rodziewicz

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
dr n. med. Małgorzata Maria Topolska
tel. 85 732 19 35 (tonowo 3)
e-mail: oroz.bialystok@hipokrates.org
(dyżur w każdy czwartek w godz. 10.00–13.00, w sprawach pilnych proszę kontaktować się codziennie)

Okręgowy Sąd Lekarski
przewodnicząca prof. dr hab. n. med. Anna Niemcunowicz-Janica
tel. 85 732 19 35 (tonowo 6)
e-mail: osl.bialystok@hipokrates.org

Rzecznik praw lekarza
dr hab. n. med. Marzena Wojewódzka-Zelezniakowicz
prof. dr hab. n. med. Monika Chorąży
e-mail: rpl.bialystok@hipokrates.org

Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy
dr n. med. Witold Olański
tel. 885 656 065
lek. Mariusz Mikulski

Pomoc prawna dla członków OIL w Białymstoku
poniedziałek–piątek
w godz. 8.00–15.30
tel. 604 071 088

Biuro OIL w Białymstoku
poniedziałek, wtorek, czwartek
w godz. 8.00–16.00
środa w godz. 9.00–17.00
piątek w godz. 7.30–15.30
nr konta: BANK PEKAO S.A.
79 1240 1154 1111 0000 2148 8177

Dyrektor Biura OIL
lek. dent. Jerzy Gryko
tel. 605 683 511
e-mail: j.gryko@hipokrates.org

Główna księgową
mgr Bożena Kazimiruk
tel. 85 732 19 35 (tonowo 4)
lub 665 140 040
e-mail: b.kazimiruk@hipokrates.org

Klub Lekarza Seniora
czynny w każdy wtorek
w godz. 15.00–16.00

OC lekarzy
tel. 85 732 16 94, 691 363 053

OC NZOZ
tel. 692 114 662

Ubezpieczenia na życie
tel. 603 684 253
nr konta: BANK PEKAO S.A.
98 1240 1154 1111 0010 0328 6527

Delegatura OIL w Łomży
kierownik
dr n. med. Waldemar Franciszek Pędziński
ul. Kazańska 14/22, 18-404 Łomża
tel. 86 218 04 96 lub 691 364 424
Delegatura czynna:
poniedziałek w godz. 11.00–17.00
wtorek, środa, czwartek
w godz. 9.00–15.00
piątek w godz. 8.00–14.00
Klub Lekarza Seniora
czynny w pierwszy i trzeci czwartek
miesiąca w godz. 11.00–15.00

Delegatura OIL w Suwałkach
kierownik lek. Łukasz Urban
ul. Reja 66/1, 16-402 Suwałki
tel. 87 567 10 35 lub 691 364 484
Delegatura czynna:
poniedziałek w godz. 11.00–17.00
wtorek, środa, czwartek
w godz. 9.00–15.00
piątek w godz. 7.00–13.00
Klub Lekarza Seniora
czynny w drugą i czwartą środę
miesiąca w godz. 11.00–14.00

Wynajem pomieszczeń
w siedzibie OIL w Białymstoku
tel. 85 732 19 35

Verbum MEDICUM

Bezpłatny biuletyn dla członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku i przedstawicieli innych izb lekarskich w Polsce

Wydawca: OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W BIAŁYMSTOKU

Redaktorka naczelna:
Małgorzata Sadłowska-Suprun
e-mail: verbum-medicum@hipokrates.org
Kolegium redakcyjne:
lek. Natalia Sot-Muszyńska,
prof. dr hab. n. med. Jerzy Konstantynowicz,
prof. dr hab. n. med. Jerzy Robert Ładny,
lek. Paweł Pecuszok,
dr n. med. Piotr Sielatycki

Adres redakcji:
OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
ul. Świętojańska 7, 15-082 Białystok
tel. 85 732 19 35, www.oilbialystok.pl
e-mail: verbum-medicum@hipokrates.org
reklama: verbum-medicum@hipokrates.org

Opracowanie graficzne, skład:
Bogdan Suprun

Zdjęcia: Agnieszka Szymańska-Jurczak,
Małgorzata Sadłowska-Suprun,
Paweł Pecuszok, „Medyk Białostocki”
oraz zbiory prywatne

Redakcja zastrzega sobie prawo do skrótów, adiustacji, zmiany tytułów i dodawania śródtytułów. Redakcja nie zwraca niezamówionych artykułów. Redakcja nie ponosi odpowiedzialności za treść reklam i ogłoszeń.

Druk:
ORTHDRUK Białystok

ISSN 1233-1449

Nakład: 1800 egz.

Redakcja przyjmuje teksty wysłane w formie plików tekstowych na adres: verbum-medicum@hipokrates.org lub przyniesione na nośnikach elektronicznych. Zdjęcia przyjmuje w formacie JPG, TIF, niemniejsze niż 2400 x 1800 pikseli.



TRZY DNI DEBAT, WAŻNYCH DECYZJI I WYBORÓW

Od 21 do 23 maja 2026 roku cały świat środowiska lekarskiego był zwrócony na XVII Krajowy Zjazd Lekarzy. W obradach wzięło udział prawie 500 delegatów z całej Polski, by podsumować mijającą kadencję, wybrać nowe władze Naczelnej Izby Lekarskiej i zdecydować o kierunkach działań samorządu na najbliższe lata.

Już od pierwszego dnia nie brakowało ważnych tematów. Rozmawiano o wyzwaniach, z jakimi mierzą się dziś lekarze i lekarze dentyści, jakości kształcenia, bezpieczeństwie wykonywania zawodu oraz zmianach potrzebnych w systemie ochrony zdrowia. Delegaci zgłaszali projekty uchwał i stanowisk, a dyskusje – momentami bardzo żywe – pokazywały, jak różnorodne są doświadczenia przedstawicieli izb lekarskich z całego kraju.

Najwięcej emocji wiązało się z wyborem władz samorządu. Delegaci zdecydowali o powierzeniu funkcji prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej na kolejną kadencję Łukaszowi Jankowskiemu. Wybrano również członków pozostałych organów Naczelnej Izby Lekarskiej, którzy będą odpowiadać za działalność samorządu w najbliższych latach.

Naszymi reprezentantami w Naczelnej Izbie Lekarskiej zostali:

- Mateusz Grochowski – zastępca sekretarza Naczelnej Rady Lekarskiej; w trakcie specjalizacji z chorób wewnętrznych w Klinice Alergologii i Chorób Wewnętrznych USK;
- dr n. med. Piotr Jan Sielatycki – członek prezydium Konwentu Prezesów, członek Naczelnej Rady Lekarskiej; specjalista chorób wewnętrznych i kardiologii, pracuje w Klinice Hipertensjologii, Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych USK;

- prof. dr hab. n. med. Teresa Sierpińska – członkini Krajowej Komisji Rewizyjnej; specjalistka stomatologii ogólnej i protetyki stomatologicznej, pracuje na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku jako kierownik Zakładu Protetyki Stomatologicznej;
- Natalia Sot-Muszyńska – członkini Naczelnej Rady Lekarskiej; w trakcie specjalizacji z chorób wewnętrznych na Oddziale Chorób Wewnętrznych o profilu kardiologicznym Szpitala Miejskiego w Białymstoku;
- Joanna Monika Szeląg – zastępczyni Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej; specjalistka medycyny rodzinnej, pracuje w NZOZ Lekarz Rodzinny Joanna M. Szeląg Sp. z o.o.;
- dr n. med. Anna Tokajuk – członkini Krajowej Komisji Wyborczej; specjalistka onkologii klinicznej, pracuje w Białostockim Centrum Onkologii;
- prof. dr hab. n. med. Anna Krystyna Zalewska – członkini Naczelnej Rady Lekarskiej; specjalistka stomatologii dziecięcej, pracuje na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku jako kierownik Zakładu Stomatologii Zachowawczej.

Jest to rekordowa liczba przedstawicieli naszej OIL w NIL. Cieszymy się z tak licznej reprezentacji naszego regionu.

Krajowy Zjazd Lekarzy to jednak nie tylko głosowania i formalne decyzje. To także miejsce spotkań, rozmów w kulisach i wymiany doświadczeń między lekarzami z całej Polski. Tegoroczny zjazd po raz kolejny pokazał, że mimo różnicy poglądów uczestników łączy wspólny cel – dbałość o przyszłość zawodu lekarza i o jakość opieki nad pacjentami.

Natalia Sot-Muszyńska

UMB NAJLEPSZY W KRAJU!

W opublikowanym pod koniec czerwca XXVII Rankingu Szkół Wyższych Perspektywy 2026 Uniwersytet Medyczny w Białymstoku zajął 1. miejsce wśród uczelni medycznych oraz uplasował się w pierwszej dziesiątce wszystkich szkół akademickich w Polsce! Gratulujemy!

Ranking Perspektywy powstał w 2000 roku i skierowany był przede wszystkim do uczniów szkół średnich, aby pomóc im w wyborze kierunku studiów. Przez lata stał się bardzo popularny i prestiżowy – wysokie miejsce jest powodem do dumy.

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku od wielu lat plasował się w czołówce i zawsze był najlepszą uczelnią z Podlasia. W ub.r. również zajął 1. miejsce, ale *ex aequo* z uczelniami medycznymi w Gdańsku i Łodzi. W skali kraju był 12.

W tym roku jest jedyną najlepszą uczelnią medyczną w Polsce. Z kolei wśród wszystkich sklasyfikowanych szkół akademickich znalazł się na 10. miejscu, *ex aequo* z Politechniką Poznańską i Uniwersytetem Gdańskim.

Prof. dr hab. n. med. Marcin Moniuszko, rektor UMB, tak skomentował sukces: – Tak wysoka pozycja UMB w klasyfikacji wszystkich polskich uczelni, nie tylko medycznych, to dla nas powód do wielkiej radości i dumy, to sukces całej społeczności UMB. Szczególnie cieszy to, jak wysoko zostały ocenione nasze osiągnięcia naukowe, nasza efektywność i potencjał badawczy. Sukces UMB to też bardzo dobra wiadomość dla wybierających przyszłość młodych ludzi i ich rodziców, przypominająca, że najlepszą uczelnią medyczną w Polsce i jedną z najlepszych polskich uczelni w ogóle mają tuż za przysłowiowym rogiem, w Białymstoku przy ul. Kilińskiego. Nie trzeba wyjeżdżać, by znaleźć się wśród najlepszych.

O pozycji uczelni w rankingu najbardziej decydowały: efektywność naukowa (30%) rozumiana jako efektywność pozyskiwania środków finansowych na badania, relacja środków finansowych pozyskanych z programów ramowych UE na rzecz badań naukowych i innowacyjności do ogólnej liczby pracowników zaangażowanych w działalność naukową, rozwój kadry, nadanie stopni naukowych, liczba publikacji i cytowań. Oceniano także umiędzynarodowienie uczelni (15%), potencjał naukowy (13%), prestiż (ocena



przez kadre akademicką, uznanie międzynarodowe) oraz szanse absolwentów na rynku pracy (zatrudnienie absolwentów danej uczelni i wynagrodzenia), warunki kształcenia i innowacyjność. W kategorii „efektywność naukowa” UMB zajął 2. miejsce, bardzo wysoko oceniony został także w kategorii „fundusz” (5. miejsce) oraz „potencjał naukowy” (7. miejsce) i „wynalazczość” (9. miejsce).

W ciągu ponad 75 lat istnienia UMB (najpierw jako Akademia Medyczna) mury uczelni opuściło około 33 tys. absolwentów. Dziś kształci ponad 6 tys. studentów na 3 wydziałach i 18 kierunkach. Prowadzi również studia w języku angielskim, na które przyjeżdżają młodzi ludzie z całego świata. Corocznie przybywa także nowych doktorów i doktorów habilitowanych. W tym roku swoje dyplomy uroczyście odebrały już 64 osoby, natomiast 5 osób otrzymało nominację profesorską w dyscyplinie nauki medyczne: prof. Edyta Adamska-Patrano, prof. Łukasz Bołkun, prof. Radosław Charkiewicz, prof. Monika Chorąży i prof. Alicja Rydzewska-Rosołowska.

Kadre naukową UMB stanowi około 1 tys. nauczycieli akademickich (w tym blisko 350 samodzielnych pracowników naukowych), ale uczelnia zatrudnia – łącznie z USK i UDSK – aż 6 tys. pracowników.

red.

LEKARZE W LICZBACH

Za każdą statystyką dotyczącą ochrony zdrowia stoją konkretni ludzie: lekarze i lekarze dentyści, ich doświadczenie zawodowe, specjalizacje, dorobek naukowy oraz codzienna praca na rzecz pacjentów. Dane z Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku pokazują środowisko liczne, zróżnicowane i stale się zmieniające.

Widać w nich zarówno systematyczny wzrost liczby członków Izby, jak i wyraźną przewagę kobiet, znaczący udział doświadczonych lekarzy oraz duże różnice w strukturze poszczególnych specjalizacji.

Na koniec 2024 roku w rejestrze Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku znajdowało się 7441 lekarzy i lekarzy dentyistów. Spośród nich 5769 aktywnie wykonywało pracę zawodową.

Rok później, według stanu na dzień 31 grudnia 2025 roku, liczba członków wzrosła do 7857, a osób aktywnie pracujących lub

praktykujących do 6110. Oznacza to, że w ciągu zaledwie roku rejestr powiększył się o 416 osób, czyli o około 5,6%. Liczba lekarzy aktywnych zawodowo wzrosła natomiast o 341 osób, czyli o blisko 6%.

Pierwsze miesiące 2026 roku przyniosły dalszy, choć już znacznie spokojniejszy wzrost. Według danych z 18 marca 2026 roku pracę wykonywało lub praktykę prowadziło 6150 osób – o 40 więcej niż na koniec poprzedniego roku. Jednocześnie liczba osób niewykonyujących pracy i nieprowadzących praktyki zmniejszyła się z 1747 do 1707.

Interesująca jest również struktura aktywności zawodowej. W marcu 2026 roku 1842 osoby były wyłącznie zatrudnione, 1666 wyłącznie prowadziło praktykę, natomiast 2642 osoby łączyły zatrudnienie z praktyką lekarską. To właśnie ta ostatnia grupa jest najliczniejsza i pokazuje, jak często współczesny lekarz funkcjonuje równolegle w więcej niż jednej formie aktywności zawodowej.

WIĘCEJ KOBIET NIŻ MĘŻCZYZN

Jedną z najbardziej wyraźnych cech środowiska OIL w Białymstoku jest przewaga liczebna kobiet. Według stanu z 13 kwietnia 2026 roku wśród 7855 członków białostockiej OIL znajduje się 5275 kobiet i 2580 mężczyzn. Kobiety stanowią więc około 67% całej analizowanej grupy, a mężczyźni 33%.

Oznacza to, że na jednego mężczyznę przypadają nieco ponad dwie kobiety. Przewaga ta jest widoczna w każdej z głównych kategorii wiekowych, ale szczególnie interesująco przedstawia się w grupie od 26 do 50 lat. Znajduje się w niej 2447 kobiet oraz 1182 mężczyzn. Łącznie ta kategoria liczy 3629 osób i jest największą grupą wiekową w strukturze izby.

Także szczegółowe zestawienie według wieku, płci i tytułu zawodowego pokazuje liczebną przewagę kobiet zarówno wśród lekarzy, jak i lekarzy dentystów. Pośród ponad 1500 osób wykonujących zawód lekarza dentysty kobiet jest pięć razy więcej niż mężczyzn.

Dane te potwierdzają, że feminizacja tych zawodów nie jest jedynie prognozą na przyszłość, lecz trwałą cechą obecnej struktury środowiska. Czy zatem można powiedzieć, że współczesna medycyna ma kobiecą twarz? Patrząc na liczby - zdecydowanie tak. Trzeba jednak dodać, że nie we wszystkich specjalizacjach sytuacja wygląda tak samo.

DOŚWIADCZENIE JEST SIŁĄ

Struktura wiekowa środowiska lekarskiego pokazuje stosunkowo równomierne rozłożenie dwóch największych grup. Około 46% ogółu (3629 osób) stanowią lekarze w wieku 26-50 lat. Niewiele mniej, bo 3274 osoby, znajduje się w przedziale od 51 do 75 lat - to niemal 42% wszystkich członków ujętych w zestawieniu.

Szczególną uwagę zwraca grupa lekarzy powyżej 75. roku życia. Liczy ona aż 823 osoby, czyli około 10,5% całej populacji objętej zestawieniem. W skład tej grupy wchodzi 587 kobiet i 236 mężczyzn. Najmłodsza kategoria, obejmująca osoby do 25. roku życia, liczy natomiast 129 osób.

Istotne znaczenie mają też wymiana pokoleniowa i konieczność dbania o rozwój młodej kadry, szczególnie w specjalizacjach, w których liczba lekarzy jest niewielka.

Największą grupę stanowią lekarze ze specjalizacją z chorób wewnętrznych. W zestawieniu wskazano 709 osób - 418 kobiet i 291 mężczyzn.

Bardzo liczną grupą są również specjaliści medycyny rodzinnej. W głównej pozycji tego zestawienia wykazano 582 osoby, w tym 440 kobiet i 142 mężczyzn. Kolejne miejsce zajmuje pediatria - 340 osób, w tym aż 279 kobiet i 61 mężczyzn.

Do licznych specjalizacji należą także położnictwo i ginekologia - 217 osób, anesteziologia i intensywna terapia - 216, chirurgia ogólna - 199, psychiatria - 176 oraz kardiologia - 161. W neurologii wykazano 119 osób, a w okulistyce 113.

Dane na temat specjalizacji wymagają jednak ostrożnej interpretacji. Jedna osoba może mieć więcej niż jedną specjalizację,

dlatego liczby poszczególnych specjalności nie powinny być sumowane.

RÓŻNE ŚCIEŻKI ZAWODOWE

Ogólna przewaga kobiet nie oznacza, że proporcje płci są podobne we wszystkich dziedzinach medycyny. Wręcz przeciwnie - dane pokazują bardzo wyraźne różnice.

W pediatrii kobiety stanowią ponad 82% specjalistów - 279 spośród 340 osób. W neurologii ich udział wynosi około 81%, natomiast w okulistyce, a także w medycynie rodzinnej, stanowiącej główną pozycję raportu, po 76%. W psychiatrii kobiety stanowią blisko 69% specjalistów.

Zupełnie inaczej wygląda sytuacja w niektórych specjalnościach zabiegowych. W chirurgii ogólnej zestawienie wskazuje 165 mężczyzn i 34 kobiety, co oznacza, że stanowią one jedynie około 17% tej grupy. W położnictwie i ginekologii, mimo nazwy specjalizacji kojarzonej często z dużą obecnością kobiet, wykazano 131 mężczyzn i 86 kobiet.

W anesteziologii i intensywnej terapii proporcje są znacznie bardziej wyrównane - 122 kobiety i 94 mężczyzn. Podobnie w kardiologii - 88 kobiet i 73 mężczyzn. W medycynie ratunkowej zaś niewielką przewagę mają mężczyźni - 53 wobec 40 kobiet.

Te liczby pokazują, że feminizacja środowiska lekarskiego nie przebiega jednakowo we wszystkich dziedzinach. W części specjalizacji kobiety stanowią zdecydowaną większość, podczas gdy w niektórych obszarach zabiegowych nadal dominują mężczyźni.

Okręgowa Izba Lekarska w Białymstoku skupia również liczne grono lekarzy z dorobkiem naukowym. Stopień doktora nauk medycznych ma 1028 lekarzy, mamy również 218 doktorów habilitowanych nauk medycznych. Z kolei 56 osób posiada stopień doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu, a 24 osoby - stopień doktora habilitowanego nauk medycznych i nauk o zdrowiu.

Osobne zestawienie dotyczące tytułów naukowych pokazuje także liczną reprezentację profesorów. W poszczególnych kategoriach raportu wykazano m.in. 101 osób z tytułem profesora nauk medycznych. Łącznie we wszystkich pozycjach tabeli dotyczącej tytułów naukowych widnieją 154 wpisy.

Dane te potwierdzają silny związek lokalnego środowiska lekarskiego z działalnością naukową i akademicką. Jest to szczególnie istotne w regionie z rozwiniętym zapleczem uniwersyteckim i klinicznym, w którym praktyka lekarska łączy się z badaniami naukowymi, kształceniem studentów oraz szkoleniem kolejnych pokoleń lekarzy.

ZADANIA NA PRZYSZŁOŚĆ

Statystyczny obraz Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku jest wielowymiarowy. Z jednej strony obserwujemy wzrost liczby członków i osób aktywnych zawodowo. Z drugiej - bardzo dużą grupę lekarzy doświadczonych oraz ponad 800 osób w wieku powyżej 75 lat. Widzimy wyraźną przewagę kobiet, ale również specjalizacje, w których struktura płci pozostaje zupełnie odmienna od ogólnego obrazu środowiska.

Najważniejszy wniosek płynący ze statystyk: białostockie środowisko lekarskie jest nie tylko liczne, lecz także przede wszystkim niezwykle różnorodne.

Małgorzata Sadłowska-Suprun



GERIATRIA W SYSTEMIE I W PRAKTYCE

Wszyscy jesteśmy świadomi, że miejsce polskiej geriatry nie jest dotąd w pełni zdefiniowane, a jej udział w systemie ochrony jest marginalny, pomimo wyżu starości i rosnącego zapotrzebowania na świadczenia geriatryczne.

Ludność Polski liczy (dane z końca 2024 roku) około 37,5 mln osób, w tym blisko 10 mln osób 60+. Stanowi to dziś 27% populacji, a do 2050 roku przewiduje się wzrost do 37%. Kobiety żyją niemal 5 lat dłużej niż mężczyźni, dożywając średnio do 84,5 roku (mężczyźni – 80 lat).

Badanie Polsenior2 pokazało, że większość osób starszych w Polsce jest sprawna i samodzielna, ale około 40% spełnia kryteria ryzyka zespołu kruchości w skali VES13 (>3 pkt). Ta niemal czteromilionowa populacja wymagałaby podejścia geriatrycznego, do którego w praktyce nie ma dostępu. Są to osoby najstarsze, ze współchorobowością, ryzykiem upadków i zasłabnięć, niedożywieniem białkowo-energetycznym, zaburzeniami mobilności, funkcji poznawczych, depresji, nietrzymania moczu, bólu i polifarmakoterapii (> 5 leków) i polekowych zespołów jatrogennych (u 35% pacjentów przyjętych do oddziału geriatry stwierdzono szkody polekowe).

KADRY I EDUKACJA

Stan polskiej geriatry jest krytyczny, chociaż w fazie prób reformy. Obecnie praktykuje około 560 geriatrów, podczas gdy specjalizacją tą legitymuje się przynajmniej 1278 lekarzy (dane ze strony Ministerstwa Zdrowia). Połowa praktykuje w innej posiadanej specjalizacji z racji braku oferty pracy w geriatry.

Miejsca rezydencje pozostają wolne, mimo priorytetowych warunków placowych dla adeptów geriatry. Studenci medycyny

nie mają szans poznać arkanów praktyki w geriatry, ponieważ tylko około połowa uczelni medycznych dysponuje modelowymi klinikami z wykształconą kadrą geriatrów – nauczycieli akademickich. Zapaść nastąpiła wraz z podwojeniem do 33 liczby uczelni medycznych bez przygotowanej kadry gerontologicznej. W Europie geriatry jest obowiązkowo nauczana we wszystkich uczelniach medycznych. W Polsce różnie, czasem ograniczana jest tylko do wykładów. Wymiar godzin kształcenia z geriatry na kierunku lekarskim waha się, w zależności od uczelni, od kilku do dwudziestu kilku godzin na studenta, tj. znacznie mniej niż kształcenie z geriatry pielęgniarki czy fizjoterapeuty na licencjacie. Zajęcia zamiast na ostatnim roku studiów odbywają się na przedostatnim, gdy student nie zdał jeszcze egzaminów z neurologii czy psychiatrii, dyscyplin kluczowych dla geriatry. Potencjalnym i naturalnym zasobem kadrowym i lokalowym geriatry jest interna (65% łóżek zajętych jest przez osoby starsze), ale i ta baza stopniowo się kurczy na rzecz klinik, czasem od jednej choroby lub układu.

Stanowisko Konferencji Prezesów Towarzystw Lekarskich z dnia 14 grudnia 2009 roku w sprawie potrzeby kształcenia studentów na kierunku lekarskim w zakresie geriatry:

Niezależnie od konieczności uwzględniania treści odnoszących się do starości i starzenia w ramach przedmiotów wykładanych na kierunku lekarskim, istnieje potrzeba wprowadzenia treści geriatrycznych w standardach nauczania (...) oraz

umieszczenia geriatrii jako obligatoryjnego przedmiotu na końcowym roku studiów, aby zapoznać studentów ze standardem całościowej oceny i opieki geriatrycznej oraz typowymi problemami tego wieku i zespołami starczej niesprawności.

GDZIE SIĘ LECZĄ OSOBY STARSZE W POLSCE?

Dane Ministerstwa Zdrowia z 2021 roku pokazują, że osoby starsze w ramach lecznictwa zamkniętego korzystają głównie z SOR-ów i oddziałów leczenia jednego dnia (31%), a w dalszej kolejności z oddziałów interny (10%), kardiologii (6%), okulistyki (12%) i chirurgii (6%) oraz innych wąsko specjalistycznych klinik (34%), natomiast tylko poniżej 1% w oddziałach geriatrii! Dane GUS z 2024 roku nt. ambulatoryjnej opieki zdrowotnej pokazują, że lekarz POZ udziela rocznie 8,8 porad/1 mieszkańca 65+, a specjalista AOS analogicznie 15,1 porad, czyli niemal dwukrotnie więcej. Wnioski są smutne, seniorzy leczą się u wielu specjalistów (rzadko u geriatrów), zamiast się u nich konsultować.

W 2024 roku z opieki geriatrycznej w Polsce skorzystało jedynie 63,2 tys. pacjentów, a wydatki NFZ na geriatrię nie przekroczyły 1%! Funkcjonowały 74 oddziały/pododdziały geriatrii i działało 116 poradni geriatrycznych. Wskaźnik praktykujących geriatrów na 100 tys. mieszkańców waha się od 0,4 w województwie świętokrzyskim do 2,6 w województwach małopolskim i śląskim (2,2 w podlaskim). W krajach Unii Europejskiej jest od dwóch do czterech razy wyższy.

COG - CAŁOŚCIOWA OCENA GERIATRYCZNA

Czy geriatra jest potrzebna? Dwie trzecie białostockich seniorów odpowiada twierdząc na pytanie, czy opieka geriatryczna powinna być bardziej dostępna w publicznej ochronie zdrowia (*Jakość życia seniorów w Białymstoku*, 2020, <https://pracownia.ckubialystok.pl/wp-content/uploads/2020/03/Jako%C5%9B%C4%87-%C5%BCycia-senior%C3%B3w-w-Bia%C5%82ymstoku.pdf>).

Geriatricę można definiować jako interwę wieku podeszłego, poszerzoną o problemy neurologiczne, psychiatryczne i inne, zależne od starzenia się. Geriatra nie jest opieką długoterminową, chociaż mogłaby ją wspomagać. Wyróżnikiem geriatrii jest całościowa ocena geriatryczna (COG), realizowana przez zespół złożony z lekarza geriatry, pielęgniarki i fizjoterapeuty oraz innych praktyków, np. psychologa w razie potrzeby.

COG to wielowymiarowy i okresowo powtarzany proces diagnostyczny służący:

- poprawie precyzji diagnostycznej i hierarchizacji problemów,
- optymalizacji terapii i poprawie jej wyników (sprawności i jakości życia),
- redukcji niepotrzebnych leków i niepotrzebnych świadczeń,
- planowaniu dalszej opieki.

MARZENIA O SZANSIE POPRAWY KONDYCJI GERIATRII W POLSCE:

- **realna wycena procedury COG i wielochorobowości: GERIATRIA MUSI BYĆ OPŁACALNA nie tylko dla NFZ, lecz także per saldo dla świadczeniodawcy;**
- **PRYZWOITA EDUKACJA GERIATRYCZNA oparta na MODELOWYCH placówkach geriatrycznych – „więcej praktyki, mniej teorii”;**
- **tworzenie szans dla specjalistów geriatrii do zatrudnienia w zakresie GERIATRII i włączanie geriatrów do opieki koordynowanej w POZ;**
- **wykorzystanie konsultantów wojewódzkich w podejmowaniu decyzji przez NFZ i PUW (instrument wpływu, przejrzystości i zarządzania);**
- **digitalizacja systemu; E- platforma do wymiany informacji między AOS i POZ; redukcja multiplikacji badań i polifarmakoterapii (niższe ryzyko polipragmazji i pobyków w SOR);**
- **dostępność usług opiekuńczych w środowisku (integracja świadczeń zdrowotnych i społecznych).**

Geriatricę cechuje całościowe podejście do wszystkich występujących u pacjenta problemów zdrowotnych i ich uwarunkowań, w tym środowiskowych i społecznych, a także jego opiekuna. Znakomita większość kontaktów pacjenta geriatrycznego z opieką zdrowotną przeprowadzana jest w obecności jego bliskiej osoby, często z jej intencji, zwłaszcza gdy podopieczny staje się niezaradny, zagubiony w gąszczu niespójnych zaleceń i instytucji opieki zdrowotnej. Pacjent geriatryczny u schyłku życia upodabnia się w pewnym sensie do pacjenta neonatologicznego – w obu sytuacjach opiekun rodzinny staje się kluczową osobą i wsparciem. Dlaczego nie neguje się potrzeby pediatrii, a zastanawia się nad potrzebą geriatrii?

COG to skrining funkcji narządowych organizmu i oceny ryzyka (zaburzeń sensorycznych, hemodynamicznych, hemostatycznych, neurokognitywnych, metabolicznych, w tym niedożywienia ilościowego i jakościowego, stanów zapalnych) na podstawie dokumentacji medycznej, badania fizykalnego, testowania funkcji ruchowych (mobilność, sprawność fizyczna i ryzyko zespołu kruchości, osteosarkopenii i wyczerpywania się rezerw narządowych), poznawczych (ryzyko otępienia) i emocjonalnych (ryzyko depresji) oraz przeglądu leków. COG służy wyłonieniu krytycznych dla określonego chorego problemów powodujących pogorszenie stanu zdrowia (np. polekowe upadki, hipoglikemia czy parkinsonizm). Inny specjalista ogranicza się do oceny przypisanego mu układu, chociaż jego preskrypcje lekowe działają ogólnoustrojowo i mogą kolidować z zaleceniami pozostałych lekarzy. Dość nagminnym przykładem jest hiponatremia polekowa prowadząca do zaburzeń świadomości, ale zalecenie, by dosłać pokarmy przy stosowaniu diuretyków, wywołują zdezorientowanie u pacjenta, bo przecież ma unikać soli.

COG jest bardzo czasochłonną procedurą połączoną z oceną obszernej dokumentacji medycznej, stosowanych leków, oceną kliniczną i funkcjonalną, edukacją pacjenta i jego opiekuna. W poradni geriatrycznej COG nie jest wyceniona ani uwzględniana przez płatnika, mimo iż jej zastosowanie znakomicie poprawia trafność diagnostyczną, przynosząc niemal natychmiastowe efekty po interwencji (np. po redukcji leków w przypadku hiponatremii, splątania, hipotonii posturalnej z upadkami, parkinsonizmu polekowego etc.). Który dyrektor zechce kontraktować geriatrię, by w czasie dnia pracy otrzymać minimalną refundację za wizytę pomnożoną przez 7-8 czasochłonnych pacjentów geriatrycznych, zamiast refundacji za 20-30 wyżej taksowanych wizyt tych samych pacjentów w poradniach innej specjalności? W szpitalnej opiece geriatrycznej procedura COG jest co prawda wyceńniona, a geriatra ma czas, by procedurę wraz z zespołem spokojnie przeprowadzić.

Tradycyjne podejście medycyny jest skoncentrowane na leczeniu poszczególnych narządów przez wielu specjalistów



(przeciętnie 5 wśród pacjentów geriatrycznych), z których każdy stosuje wielolekowe standardy terapii bez wzajemnego porozumiewania się między sobą. Generuje to ryzyko nie tylko duplikacji, lecz także zbędnej, aktualnie niewskazanej lub szkodliwej farmakoterapii i szkód polekowych, które prowadzą do kolejnych problemów zdrowotnych i konieczności interwencji na SOR-ach. Wielospecjalistyczne leczenie zwiększa ryzyko niepotrzebnej duplikacji kosztownych procedur, zwłaszcza gdy wyniki badań zlecane przez jednego lekarza nie są udostępniane drugiemu. Badania laboratoryjne są rutynowo dostępne tylko w placówce je zlecającej, nie wspominając o badaniach endoskopowych, obrazowych czy bakteriologicznych. Postulatem konferencji była więc pilna digitalizacja systemu ochrony zdrowia, z cyfrową platformą wymiany informacji między placówkami ochrony zdrowia w zakresie badań i przepisywanych leków!

OSZCZĘDNOŚCI UDOKUMENTOWANE

Korzyści z podejścia geriatrycznego vs. tradycyjnego już dawno zostały udokumentowane (A.E. Stuck et al., *Comprehensive geriatric assessment. A meta-analysis of controlled trials*, „Lancet” 1993, nr 342, s. 1032-1036) jako redukujące ryzyko śmierci (o 22%), rehospitalizacji (o 12%), wzrostu prawdopodobieństwa mieszkania we własnym domu (o 47%) i poprawy stanu funkcjonalnego (o 72%).

Wykazano, że hospitalizacja osoby starszej w oddziale geriatry w porównaniu z hospitalizacją w oddziale interny przynosi również korzyści ekonomiczne dla płatnika w Polsce. Według NIK (*Informacja o wynikach kontroli. Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym*, marzec 2015) oszczędności dla NFZ w wysokości 1380 zł/na pacjenta w okresie roku (dane za rok 2015) są w pełni udokumentowane. Kwota ta mogłaby być nawet dwukrotnie wyższa, biorąc pod uwagę inflację. Licząc, nawet po kosztach z 2015 roku, NFZ mógłby zaoszczędzić 0,3 mld zł rocznie, gdyby tylko 25% populacji (2 mln) osób starszych, tych najbardziej

wielochorobowych, skomplikowanych i niedołączonych pacjentów, trafiło do geriatrów.

Zwiększenie dostępności do opieki geriatrycznej, włączenie geriatrów do zespołów opieki koordynowanej, a przede wszystkim adekwatna wycena całościowej oceny geriatrycznej (COG) to najważniejsze rekomendacje wypracowane podczas konferencji „Geriatra w systemie i w praktyce”, która zgromadziła nie tylko lekarzy geriatrów z całej Polski, lecz także przedstawicieli innych specjalizacji medycznych, ekspertów polityki senioralnej oraz reprezentantów instytucji odpowiedzialnych za kształtowanie systemu ochrony zdrowia.

Geriatra stoi na pierwszej linii wyzwań demograficznych. Starzenie się polskiego społeczeństwa nie jest już prognozą, lecz procesem, który zmienia strukturę potrzeb zdrowotnych i w coraz większym stopniu obciąża system ochrony zdrowia. W tym kontekście geriatra - jako praktyka całościowego, interdyscyplinarnego prowadzenia starszych pacjentów - wymaga impulsu rozwojowego, a nie traktowania jako „kolejnej specjalizacji”.

Jeśli nie włączymy geriatry do głównego nurtu ochrony zdrowia, będziemy płacić coraz wyższą cenę za fragmentaryczne leczenie: więcej powikłań, więcej niepotrzebnych hospitalizacji i więcej kosztów wynikających z polifarmakoterapii. Geriatra to inwestycja w bezpieczeństwo pacjenta i w ekonomiczną racjonalność systemu, bo całościowa ocena i koordynacja opieki ograniczają spiralę kosztów interwencyjnych.

Barbara Bień

Prof. dr hab. n. med. Barbara Bień jest m.in. konsultantem wojewódzkim w dziedzinie geriatry w województwie podlaskim.

**Ogólnopolska konferencja
GERIATRIA W SYSTEMIE I W PRAKTYCE,
która odbyła się w dniach 22-23 maja br. w Białymstoku,
byłą oddolną inicjatywą młodszej generacji lekarzy
geriatrów. Rozpoczęły ją dwie debaty z udziałem
interesariuszy systemu ochrony zdrowia.
Deбата inauguracyjna „Czego państwo oczekuje
od geriatrów, a geriatrzy od państwa?” dotyczyła
wzajemnych oczekiwań, priorytetów i odpowiedzialności
za wzmocnienie opieki geriatrycznej.**

Marlena Muszyńska, dyrektor Departamentu Polityki Senioralnej w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, przybliżyła kierunki zmian w opiece nad osobami starszymi w Polsce:

- Ustawa o koordynowanej opiece długoterminowej i osobach starszych to nie tylko przepisy - to nowa jakość koordynacji, która połączy lekarzy geriatrów, instytucje i rodziny wokół jednego celu: dobrostanu seniora. Nie możemy dłużej zamykać się tylko w murach szpitala.

Podkreśliła, że kluczem do dobrej opieki nad seniorem jest edukacja - zarówno instytucji, jak i rodzin. Musimy wiedzieć, jak rozmawiać z osobą starszą i jak ją skutecznie wspierać.

Można dodać, że niezbędna jest również edukacja wszystkich lekarzy z zakresu minimum geriatrici, ta przeddyplomowa i podyplomowa.

Debata systemowa „Czy geriatrycja może być opłacalna? Jak włączyć geriatricię do głównego nurtu ochrony zdrowia?” skoncentrowana była na rozwiązaniach organizacyjnych i ekonomicznych opieki nad seniorami.

Dominika Janiszewska-Kajka, zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia, przedstawiając punkt widzenia resortu na geriatricię, jednocześnie zaprosiła środowisko geriatrów na ulicę Miodową:

- To państwo jesteście ekspertami, którzy widzą system od strony pacjenta, i bez waszego głosu nie podejmiemy decyzji.

W ramach sześciu sesji merytorycznych - od „Geriatrici w systemie” przez „Politykę senioralną”, „Organizację i praktykę opieki geriatrycznej”, „Współpracę interdyscyplinarną” po „Praktyczne aspekty kliniczne” i „Problemy interdyscyplinarne” - uczestnicy omawiali zarówno systemowe bariery utrudniające rozwój tej dziedziny w Polsce, jak i praktyczne aspekty pracy z pacjentem geriatrycznym.

POŻĄDANE KIERUNKI ZMIAN - REKOMENDACJE Z KONFERENCJI

Istotnym dorobkiem konferencji są rekomendacje, które środowisko geriatryczne skierowało do decydentów ochrony zdrowia. W ich ocenie wzmocnią one rolę geriatrici w systemie i przyczynią się do racjonalizacji organizacyjnej i ekonomicznej w obliczu stojących przed Polską wyzwań demograficznych:

1. Zwiększenie dostępności do opieki geriatrycznej - opieka nad pacjentem geriatrycznym wymaga odejścia od tradycyjnego modelu ukierunkowanego na pojedyncze narządy i choroby na rzecz kompleksowego i skoordynowanego podejścia, które wyłania problemy zdrowotne do interwencji, również nowo wykryte, co ma przeciwdziałać nawracającym hospitalizacjom. Pacjenci w wieku starszym

potrzebują odpowiedniego dla ich potrzeb zarządzania procesem diagnostyczno-terapeutycznym - od przyjęcia do szpitala poprzez leczenie, wypis aż po systemowe wsparcie w miejscu zamieszkania.

2. Włączenie geriatrów do interdyscyplinarnych zespołów opieki koordynowanej - szczególnie w prowadzeniu starszych pacjentów wielochorobowych, wymagających holistycznego podejścia.
3. Planowanie liczby geriatrów z uwzględnieniem kryteriów demograficznych i geograficznych - na podstawie struktury wieku i realnych potrzeb zdrowotnych populacji senioralnej w danej gminie, dzielnicy, powiecie czy województwie. W ten sposób przyspieszymy likwidację „białych plam” na mapie Polski, rozwijając jednocześnie zainteresowanie specjalizacją wśród młodszej generacji lekarzy.
4. Upowszechnienie i adekwatna wycena całościowej oceny geriatrycznej (COG) jako standardu w wykrywaniu ryzyka zdrowotnego, funkcjonalnego i społecznego - także w formule dopasowanej do realiów POZ. Powszechnie stosowana pozwala najlepiej rozpoznawać indywidualne potrzeby, problemy zdrowotne seniorów, i dobrać im jak najlepszą opiekę.
5. Wzmocnienie roli geriatrów w opiece długoterminowej - poprzez standardy jakości i mechanizmy koordynacji ograniczające ryzyko powikłań, nadmiarowych konsultacji i rehospitalizacji.

Jednym z najsilniej wybrzmiewających wątków była rola całościowej oceny geriatrycznej jako narzędzia wczesnego wykrywania ryzyka zdrowotnego, funkcjonalnego i społecznego - oraz postulat jej szerszego stosowania i adekwatnego finansowania nie tylko w lecznictwie zamkniętym, lecz także ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.

Uczestnicy podkreślali, że obecność geriatrici w interdyscyplinarnych zespołach opieki koordynowanej jest kluczowa dla pacjentów w wieku podeszłym - szczególnie w obszarze oceny funkcjonalnej, depreskrypcji i optymalizacji polifarmakoterapii oraz planowania długofalowej opieki.

W wystąpieniu podsumowującym konferencję dr n. med. Natalia Sołowianowicz, zastępca kierownika Oddziału Geriatrici w SPP ZOZ im. dr. Stanisława Deresza w Choroszczy, podkreśliła:

- Pacjent geriatryczny wraca do domu z zaleceniami kontroli w kilkunastu poradniach: od kardiologicznej przez ortopedyczną po urologiczną i onkologiczną. To codzienność, a nie wyjątek, dowód, że wielochorobowość seniora to nie hasło, tylko realne wyzwanie organizacyjne dla całego systemu, to odpowiedzialność prawna lekarza. Geriatrica nie pracuje w pojedynkę - jego skuteczność zależy od realnej, sprawnej współpracy z lekarzami innych dziedzin, fizjoterapeutami, dietetykami oraz pielęgniarkami.

Konferencja pokazała geriatricię z dwóch perspektyw - systemowej, w której aspekt finansowy i organizacyjny wymaga zmian, ale też praktycznej, pełnej ambicji, energii i woli dalszego rozwoju. Te dwa światy muszą się spotkać, bo tylko długofalowa polityka rozwoju geriatrici w Polsce, może realnie poprawić jakość życia polskich seniorów.

MIKROANGIOPATIE ZAKRZEPOWE TMA.

Co powinniśmy wiedzieć?

Mikroangiopatie zakrzepowe (ang. *thrombotic microangiopathies*, TMA) to grupa rzadkich chorób, w których przebiegu w wyniku wewnątrznaczyniowej aktywacji płytek dochodzi do powstawania mikrozakrzepów w małych naczyniach.

Choroby z grupy TMA bezpośrednio zagrażają życiu i wymagają pilnego rozpoznania, diagnostyki różnicowej oraz odpowiedniego leczenia. Objawy kliniczne mogą być nieswoiste, jednak podstawowe badania laboratoryjne ułatwiają postawienie diagnozy. Szpitalne oddziały ratunkowe są często pierwszymi miejscami, do których trafiają chorzy z TMA. Podstawą rozpoznania TMA jest obecność triady objawów: małopłytkowość, której towarzyszy niedokrwistość hemolityczna mikroangiopatyczna (MAHA) - nieimmunologiczna (test Coombsa ujemny), wynikająca z mechanicznego uszkodzenia erytrocytów, z których powstają widoczne w rozmazie krwi obwodowej schistocyty, oraz uszkodzenie narządowe (najczęściej nerki i OUN). Kolejnym istotnym krokiem jest diagnostyka różnicowa TMA z szybkim rozróżnieniem zakrzepowej plamicy małopłytkowej (ang. *thrombotic thrombocytopenic purpura*, TTP) oraz zespołu hemolityczno-mocznicowego (ang. *haemolytic uremic syndrome*, HUS). Pozwala to na ustalenie odpowiedniej ścieżki terapeutycznej - hematologicznej lub/i nefrologicznej.

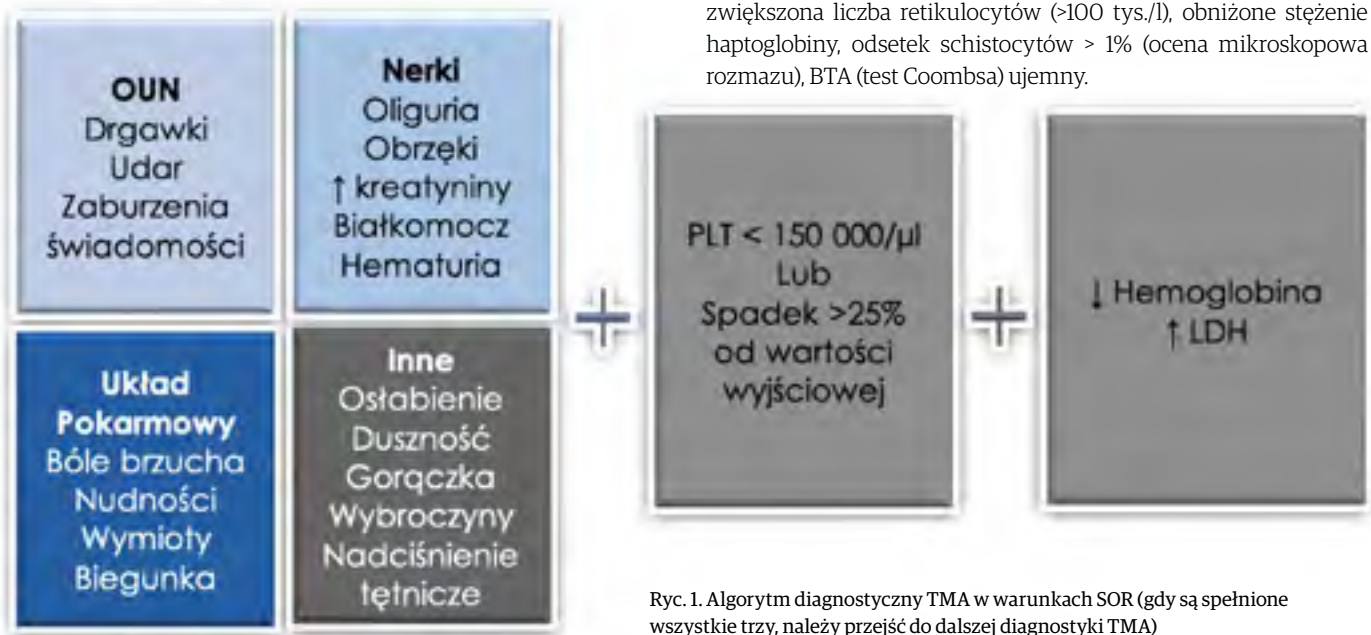
1. Objawy układowe (wymagane spełnienie jednego lub więcej objawu układowego):

- objawy neurologiczne: splątanie, ból głowy, drgawki, przejściowe ogniskowe zaburzenia neurologiczne, afazja, diplopia, osłabienie lub drętwienie kończyn, udar, zespół PRES, wgłobienia OUN, obrzęk mózgu;
- zaburzenia czynności nerek: ostre uszkodzenie nerek, wzrost ciśnienia tętniczego, nieprawidłowy wynik badania ogólnego moczu;
- zaburzenia przewodu pokarmowego: biegunka (niezależnie od obecności krwi), nudności, wymioty, ból brzucha, nieżyt żołądka, zapalenie trzustki, u chorych z STEC biegunka krwotoczna wyprzedza o kilka dni pojawienie się objawów uszkodzenia nerek i UN;
- zaburzenia kardiologiczne: zawał serca, nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca, arytmia, nagły zgon sercowy;
- objawy płucne: duszność, krwotok płucny, obrzęk płuc, niewydolność oddechowa;
- inne: ból oka, rozmazany obraz, okluzja naczyń, krwotok do oka, retinopatia.

2. Rozpoznanie małopłytkowości (wymagane spełnienie jednego lub więcej kryterium):

- $PLT < 150\ 000/mm^3$ we krwi lub zmniejszenie liczby PLT o 25% w porównaniu ze stężeniem początkowym.

3. Rozpoznanie niedokrwistości hemolitycznej nieimmunologicznej (jednocześnie spełnienie obu punktów): $HGB < 12\ g/dl$ u kobiet; $< 13\ g/dl$ u mężczyzn; najczęściej $< 10\ g/dl$ oraz cechy hemolizy nieimmunologicznej: zwiększona aktywność LDH, zwiększona liczba retikulocytów ($>100\ tys./l$), obniżone stężenie haptoglobiny, odsetek schistocytów $> 1\%$ (ocena mikroskopowa rozmazu), BTA (test Coombsa) ujemny.



Ryc. 1. Algorytm diagnostyczny TMA w warunkach SOR (gdy są spełnione wszystkie trzy, należy przejść do dalszej diagnostyki TMA)

4. Wykluczenie rozszanego krzepnięcia wewnątrznaczyniowego (DIC) poprzez wykonanie panelu badań układu krzepnięcia: fibrynogen, D-dimery, FDP, antytrombina, APTT, PT/INR (tabela 1). W TMA nie obserwuje się znaczącego wzrostu D-dimerów, a parametry krzepnięcia, takie jak czas protrombinowy i fibrynogen, pozostają zazwyczaj w normie.

5. W przypadku podejrzenia TMA zalecane jest zastosowanie prostego narzędzia diagnostycznego PLASMIC Score (tabela 2). Skala PLASMIC pozwala na szybką ocenę ryzyka ciężkiego niedoboru ADAMTS13 (białka rozcinającego czynnik von Willebrand). Wynik skali PLASMIC umożliwia wstępne rozróżnienie TTP od HUS, pozwalając na szybką preselekcję pacjentów do odpowiednich ścieżek terapeutycznych: TTP – ścieżka hematologiczna, HUS – ścieżka nefrologiczna.

6. Z uwagi na konieczność szybkiego wdrożenia specjalistycznego leczenia należy jak najszybciej przetransportować pacjenta do specjalistycznego ośrodka z oddziałem hematologicznym i/lub nefrologicznym.

7. Do czasu ustalenia dalszego postępowania u dorosłych zaleca się rozpoczęcie terapeutycznej wymiany osocza (TPEx), jednak wcześniej konieczne jest pobranie próbek krwi badań diagnostycznych, ponieważ procedura wpływa na wyniki diagnostyczne. Dzieci kieruje się do specjalistycznych oddziałów bez TPEx, a w przypadku krwistej biegunki w wywiadzie bez podania antybiotyku.

8. W trakcie diagnostyki należy wziąć pod uwagę diagnostykę innych stanów klinicznych, w których przebiegu występuje MAHA z trombocytopenią.

Tabela 1. Diagnostyka różnicowa TMA i DIC

Czynnik	DIC	TMA
Płytki krwi	↓↓	↓↓
Fibrynogen	↓↓	Bez zmian
Produkty degradacji fibrynogenu	↓↑	Bez zmian
D-dimery	↓↑	Bez zmian
Antytrombina	↓↓	Bez zmian
Schistocyty	Obecne	Obecne
Haptoglobina	Bez zmian	↓↓
INR i APTT	Wydłużone	Bez zmian
Ciśnienie tętnicze krwi	↓	↓↑

Tabela 2. Skala PLASMIC

Zmienna	Tak	Nie
Płytki krwi < 30 × 10 ⁹ /L	1 pkt	0 pkt
Cechy hemolizy*	1 pkt	0 pkt
Aktywna choroba nowotworowa w wywiadzie	0 pkt	1 pkt

Przeszczep komórek krwiotwórczych lub narządu unaczynionego w wywiadzie	0 pkt	1 pkt
MCV < 90 fl	1 pkt	0 pkt
INR < 1,5	1 pkt	0 pkt
Kreatynina <177 mmol/l (2,0 mg/dL)	1 pkt	0 pkt
*bilirubina pośrednia > 2mg/dl, retikulocyty > 2,5% lub nieoznaczalna haptoglobina		
Interpretacja: 6-7 pkt - wysokie ryzyko niedoboru ADAMTS13 (62-82%) - większe prawdopodobieństwo TTP 5 pkt - pośrednie ryzyko niedoboru ADAMTS13 (5-24%) 1-4 pkt - niskie ryzyko niedoboru ADAMTS13 (0-4%) - większe prawdopodobieństwo HUS		

W przypadku podejrzenia TMA powinno się zabezpieczyć próbki do badań laboratoryjnych i pilnie skonsultować się z hematologiem oraz nefrologiem. Należy rozpocząć terapeutyczną wymianę osocza i pilnie przekazać pacjenta do ośrodka specjalistycznego. Najlepsze efekty terapeutyczne daje zastosowanie specjalistycznego leczenia w ciągu kilku godzin od wystąpienia objawów.

Uwaga!

W około 15% przypadków HUS liczba płytek może być prawidłowa (cecha nietypowa dla TTP), a dominującym objawem pozostaje uszkodzenie narządowe, np. nerek.

Gdy brak dostępu do oceny mikroskopowej, rekomenduje się automatyczne zliczanie fragmentocytów; FRC > 2,5% sugeruje obecność schistocytów (brak fragmentocytów przy prawidłowym MCV sugeruje brak obecności schistocytów).

Wynik PLASMIC nie potwierdza jednoznacznie diagnozy TTP lub HUS, dlatego wymagane jest dalsze rozpoznanie w toku późniejszej diagnostyki obejmującej m.in. badanie aktywności ADAMTS13 i analizę genetyczną.

Narzędzie PLASMIC nie zostało zwalidowane w populacji pediatrycznej.

Z uwagi na konieczność szybkiego wdrożenia specjalistycznego leczenia należy jak najszybciej przetransportować pacjenta do specjalistycznego ośrodka z oddziałem hematologicznym i/lub nefrologicznym.

Podsumowując: choroby z grupy TMA bezpośrednio zagrażają życiu i wymagają pilnego rozpoznania, diagnostyki różnicowej oraz odpowiedniego leczenia. Objawy kliniczne mogą być nieswoiste. Rozpoznanie ułatwiają podstawowe badania laboratoryjne. SOR-y są często pierwszymi miejscami, do których trafiają chorzy z TMA.

Jerzy Robert Ładny
(piśmiennictwo u autora)

Prof. dr hab. n. med. Jerzy Robert Ładny jest konsultantem krajowym w dziedzinie medycyny ratunkowej.

UMRZEĆ - TEGO NIE ROBI SIĘ DZIECKU!

Zaczynając od parafrazy znanego fragmentu wiersza Wisławy Szymborskiej *Kot w pustym mieszkaniu*, chcę podzielić się z Czytelnikami swoimi przemyśleniami – lekarza hospicyjnego, który niejedną raz towarzyszył zarówno młodym umierającym rodzicom, jak i małym dzieciom obecnym przy chorowaniu, umieraniu i śmierci swoich najbliższych. Czasem był to właśnie rodzic, ale częściej ukochani dziadek albo babcia.

W jakich realiach dzieci i młodzież muszą dziś stawiać czoła stracie najbliższych sobie osób? Marginalizacja (tabuizacja) śmierci, cierpienia i umierania sprawia, że te tematy współcześnie w przestrzeni publicznej odnajdują się bardzo słabo.

Zjawisko, o którym piszę, jest jednak o wiele bardziej złożone. Dawniej chorowanie i umieranie były naturalnymi częściami życia. Działy się w domu, wśród najbliższych. Osobie umierającej towarzyszyli przedstawiciele kilku pokoleń, żyjący pod jednym dachem. Zanikanie rodzin wielopokoleniowych to proces, który w Europie i w Polsce toczy się od XIX wieku, a wpływ na to miało bardzo wiele czynników. Rewolucja przemysłowa i urbanizacja przeniosły pracę poza dom, który przestał być miejscem z jasno przypisanymi rolami dla wszystkich członków wielopokoleniowej wspólnoty. Industrializacja nie tylko odseparowała miejsce zamieszkania od miejsca pracy. Młodzi ludzie przynosili się „za pracę” ze wsi do miast. W ciasnych mieszkaniach brakowało przestrzeni dla dziadków. W Polsce lata 50. i 60. XX wieku były czasem masowego odwrotu od tradycyjnej, międzypokoleniowej struktury rodziny. Nastąpiły migracje ze wsi do miast, przeważało budownictwo preferujące model 2+2 (małe mieszkania w blokach), kobiety masowo poszły do pracy zawodowej. Rozwijając sieć żłobków, przedszkoli, domów starców, państwo przejęło część funkcji opiekuńczych. W latach 90. ubiegłego wieku dotarły do Polski wartości stawiające na indywidualizm i samorealizację. Młodzi małżonkowie pragnęli jak najszybciej „pójść na swoje”. Mieszkanie z rodzicami przestało być naturalnym wyborem. Także wędrowki za pracę – do innych miast albo za granicę – uniemożliwiły codzienny kontakt z pokoleniem dziadków czy starzejących się rodziców.

Współczesne pokolenia trzydziesto- i czterdziestolatków w większości dorastały w domach, gdzie nie miały okazji zet-

knąć się ze starością, z zależnością w ciężkiej przewlekłej chorobie czy z naturalną śmiercią. Przerwane zostały, kiedyś przekazywane z pokolenia na pokolenie, mechanizmy radzenia sobie z cierpieniem, umieraniem i śmiercią. Wiele osób z tego pokolenia nie ma już doświadczeń w tym zakresie, którymi mogłyby podzielić się ze swoimi dziećmi. Człowiek rzadko dziś widzi cierpienie towarzyszące chorobie czy utracie sprawności, rzadko towarzyszy komuś w umieraniu. Począwszy od XIX wieku, chorych i umierających często izolowano od najbliższych, umierali w szpitalach, domach opieki czy hospicjach. Zmedykalizowane śmierć i umieranie stały się zjawiskami medycznymi, za które, jak nas przekonano, odpowiada system ochrony zdrowia, a nie bliscy i krewni. Równocześnie wiele mówi się o współczesnej kulturze zalanej „pornografią śmierci i cierpienia” – z jednej strony nie brakuje drastycznych, z drugiej zaś odrealnionych, fikcyjnych obrazów w programach informacyjnych, filmach czy grach komputerowych.

Dziecko, któremu umiera ktoś bliski, jest więc w bardzo trudnej sytuacji. Jego rodzice, którzy często sami nie mieli okazji w pełni doświadczyć straty i żałoby, wyrosli w epoce, gdzie naturalne chorowanie i umieranie były tematami tabu. Dziś świat sugeruje przemilczanie, unikanie i zamiatanie pod dywan rzeczywistości końca życia. Dziecko często dowiaduje się, że babcia jest w szpitalu, a kolejnym etapem w jego tanatoedukacji jest zapalenie świeczki na jej grobie. Oszczędzono mu odwiedzin u babci w szpitalu (to zbyt trudne dla niego), udziału w uroczystościach pogrzebowych (jest na to za mały, jest na to za delikatna). Także język, którym się posługujemy, mówiąc o rzeczywistości kresu życia, zmienia się na niekorzyść. Jak piszą specjaliści, używanie eufemizmów, np. „odszedł”, „zasnął na wieki”, może generować kolejne traumy u dziecka (jak choćby lęk przed zaśnięciem).

JAK WIĘC POSTĘPOWAĆ?

W tym wyjątkowym czasie zbliżającego się końca życia ukochanej osoby pomocna może być jedna z zasad opieki hospicyjnej: „Prawda jest jak lekarstwo”.

Należy mówić prawdę, ale podać ją trzeba w odpowiedni sposób, w odpowiednim czasie i w odpowiedniej dla wieku (dziecięcej) dawce. Inaczej myśli o śmierci trzy- czy pięcioletek, nierozumiejący nieodwracalności zjawiska, inaczej dziecko w wieku 6-9 lat, które potrafi już zrozumieć nieuchronność i nieodwracalność śmierci, a jeszcze inaczej dzieci starsze, pojmujące już śmierć tak jak dorośli.

Przytoczę dwa przykłady krańcowo różnych postaw wobec śmierci osoby bliskiej - z dzieckiem w roli głównej. Umierała mama trzyletniej dziewczynki, nazwijmy ją Natalką. Mieszkający w jednym domu babcia i dziadek, aby oszczędzić dziecku widoku wyniszczonej chorobą nowotworową i coraz słabszej mamy, zabrali dziewczynkę do siebie, do parterowej części domu. Mama z tatą zamieszkali na piętrze. Po kilku tygodniach oszukiwania - „Mamusia teraz śpi”, „Mamusia jest w szpitalu” - trzylatka wybuchnęła: „Ja wiem, że mamusia mnie zostawiła, że ma już inną Natalkę i mnie nie kocha!”. Ojciec dziecka zadzwonił do hospicjum, prawie płacząc, z pytaniem: „Co robić?”.

Pod opieką zespołu hospicyjnego i pod kierunkiem hospicyjnej psychoonkolog przygotowaliśmy spotkanie mamy z córeczką. Radość, bliskość, czułość - tymi słowami można opisać ich relację u kresu życia mamy Natalki. Kilkanaście dni później stało się nieuniknione, dziewczynka straciła mamę. Ale dziś jest nastolatką, która wie, że mama kochała ją do końca życia, a nie zostawiła dla innej Natalki. To było bardzo trudne, ale dzięki opiece profesjonalistów bezpiecznie przeżyte zdarzenie. Nieunikniony kryzys nie skończył się porażką, nie wydał złych owoców na resztę życia Natalki i jej taty. Poproszeni o pomoc przez zdesperowanego ojca, zdążyliśmy w porę ze skuteczną interwencją.

Druga rodzina była także wielopokoleniowa. Czterolatek i sześciolatka towarzyszyli babci w jej nieuleczalnej chorobie. Podłoga wokół jej łóżka pełna była kredek, kartek papieru, zabawek. Rodzice opowiedzieli, że wyjaśniają dzieciom na bieżąco, dlaczego dorosłą babcię trzeba karmić, dlaczego babcia nosi pieluszkę jak dzidzius. Proste pytanie - prosta odpowiedź. Radość wnuków z towarzyszenia babci i radość babci z bliskości wnuków. Po śmierci babci rozmowa rodziców z dziećmi przed pogrzebem, wspólne płkanie i przeżywanie żałoby. Dwoje ludzi pozwoliło swoim dzieciom przeżyć stratę ukochanej osoby. Zapewniając im bezpieczne przejście przez kryzys, uczynili ich silniejszymi, zbudowali kapitał, z którego kiedyś jako starzy rodzice będą mogli skorzystać, gdy za kilkadziesiąt lat ich życie będzie zbliżało się do kresu.

JAK IM POWIEDZIEĆ?

Nierzadko spotykamy rodziców albo dziadków przekazujących dzieciom własne lęki i biedy. Rozmawiamy, próbujemy odczarować tę niełatwą rzeczywistość, przed którą nie uda się nikomu uciec. Niedawno jedna z podopiecznych hospicjum stacjonarnego łamiącym się głosem zapytała: „Jak powiedzieć moim wnukom o tym, że jestem śmiertelnie chora i że jestem w hospicjum?”. W tym momencie do hospicjum weszła grupa maluchów z występem dla naszych podopiecznych. Bez lęków, bez uprzedzeń. Rozpoczęli występ i za chwilę wesołe i znane piosenki śpiewali wszyscy, dzieci

i nasi podopieczni. „Jak im powiedzieć?” - powtórzyłem pytanie. - „Normalnie. Właśnie tak”. - Wskazałem na dzieciaki.

W hospicjum stacjonarnym, w którym pracuję, nie ma godzin odwiedzin. Przychodzą wnuki, te małe, większe i całkiem duże, dzieci i młodzież. Cieszą się z możliwości spotkania, dają radość tym, których odwiedzają. Czasem jednak to nie dziadek czy babcia, ale mama albo ojciec odwiedzających dzieci jest naszym pacjentem - wtedy jest trudniej. Tracąc rodzica, dziecko traci najważniejszą osobę, a z nią poczucie bezpieczeństwa, jakie zapewniali matka czy ojciec.

Dzieci mogą silnie somatyzować żalobę, pojawiają się zaburzenia snu, zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, zwiększona podatność na infekcje i wiele innych objawów. U mniejszych dzieci dochodzi do regresu czynności opanowanych przez nie w ostatnim czasie, należy kontrolować mikcję, mowę. Potrzeba wielu rozmów, czasu, a często profesjonalnego wsparcia psychologicznego. I hospicjum to daje. Bez zamiatania pod dywan, bez udawania, że śmierci nie ma. Pozwalamy na ekspresję uczuć, na złość i płacz w bezpiecznych warunkach. Dzieci też mają prawo dobrze przeżyć stratę, często niewyobrażalną. Mają prawo do pożegnania bliskiej osoby, a potem do przeżycia pełnej żałoby, czasem „zamrożonej”, odroczonej o kilka tygodni czy miesięcy. Żałoba jest naturalnym i potrzebnym okresem życia po stracie. Także u dziecka. Zdarza się, że bywa niepotrzebnie medykaliżowana. Jednak czasem wsparcie, jakiego jest w stanie udzielić rodzina (jak napisałem na początku, również często niewydolna i dysfunkcyjna w tym temacie), nie wystarcza. Dziecko z poczuciem winy („umarła przeze mnie”), uciekające w używki, nadmiernie izolujące się od innych lub przeciwnie, uciekające w nadaktywne zachowania i agresję, wymaga zapewnienia profesjonalnego wsparcia i opieki psychologa lub psychiatry.

W społeczeństwie oczarowanym kultem młodości, żyjącym iluzją, że medycyna w nieskończoność odsuwać może starość i kres życia, obserwujemy wypieranie, ukrywanie śmierci i cierpienia, medykalizację umierania. Choroba nieuleczalna, umieranie i śmierć generują jednak - szczególnie w silnie tanatofobicznym XXI wieku - wyzwania, od których nie da się uciec.

Stanięcie wobec realnie zagrażającej w nieodległym czasie śmierci to niełatwe zadanie dla najbliższych, ale i dla lekarzy. Sytuacja ta wymaga szczególnej uważności, gdy strata osoby najbliższej dotyka dzieci.

Umiejętność czulej obecności, uważność na sygnalizowane potrzeby osób u kresu życia, ale także ich bliskich, zwłaszcza dzieci, to podstawowe kompetencje społeczne medyka profesjonalisty. Nie wszystko da się wynieść z domu, ale można się tego nauczyć podczas szkoleń i warsztatów. Pomaga w tym zdolność do autorefleksji - świadomość własnych ograniczeń i deficytów, wymagających niwelowania i uzupełnienia braków. Jedynie tak ochronimy nie tylko dzieci towarzyszące swoim umierającym bliskim, lecz także siebie samych, zagrożonych zmęczeniem współczuciem czy wypaleniem zawodowym.

Paweł Grabowski

Dr Paweł Grabowski jest specjalistą medycyny paliatywnej, inicjatorem powstania i kierownikiem Hospicjum Proroka Eliasza w Makówce na Podlasiu, a także autorem książki dla dzieci o chorobie nieuleczalnej i umieraniu pt. *Dziadek Franek*.



O KONFERENCJI, MARIHUANIE I PIENIĄDZACH

Wraz z prof. Anną Niemcunowicz-Janicą, przewodniczącą Okręgowego Sądu Lekarskiego, miałam przyjemność organizować XII Konferencję Szkoleniową OROZ i OSL. Żeby nie zapomnieć: od razu podziękuję wykładowcom i pracownikom zaangażowanym w to wydarzenie. A było co robić, bo zjechało się z całej Polski ponad 100 osób z 13 izb lekarskich. Gościliśmy Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, siedmiu OROZ-ów, a także przewodniczących Okręgowych Sądów Lekarskich.

Zapewne nie dziwi nikogo, że pion odpowiedzialności zawodowej organizuje szkolenia podnoszące kwalifikacje. Nie dziwi także, że za szkolenie uczestnicy uzyskują punkty edukacyjne, bo jeśli wymagamy ich od innych, to sami musimy być w porządku. To szczególnie ważne w aspekcie prac Ministerstwa Zdrowia dotyczących wyciągania konsekwencji w stosunku do lekarzy, którzy nie podnoszą swoich kwalifikacji. Radzę przygotowywać się do realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów, wymaganego od 2024 roku. Będę przypominać o tym do skutku.

Na konferencji dyskutowaliśmy o wielu różnorodnych problemach, acz wśród zgłaszanych spraw „grubszego kalibru” dominowały te prowadzone wspólnie z prokuraturą, głównie dotyczące zgonów i ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, niezgodnego z przepisami prawa wypisywania marihuany tzw. leczniczej oraz medycyny nieuczciwej - „leczenie” witaminami i suplementami, o czym pisałam w poprzednim felietonie. Nie zabrakło dyskusji o zarobkach lekarzy*, czy może raczej pojedynczych lekarzy. Pion odpowiedzialności zawodowej sprawami finansowymi się nie zajmuje, ale niewątpliwie prokuratura, która wszczęła już postępowania, skieruje informacje do właściwego OROZ-a. Zawiadomienia do nas spływają także z Ministerstwa Zdrowia, od Rzecznika Praw Pacjenta, robi to również NFZ, gdy po kontroli stwierdza nieprawidłowe leczenie i związaną z tym niewłaściwą refundację. Nie ma roku, żeby nie było informacji o nieprawidłowym ordynowaniu leków przeciwbólowych opioidowych. Koleżanki i koledzy, zwracajcie uwagę na dawkowanie zawarte w Charakterystyce Produktu Leczniczego, nie ulegajcie pacjentom, często uzależnionym od leków narkotycznych, nie nasilajcie tego uzależnienia. Jeśli jest potrzebna pomoc, kontaktujcie się z izbą. Jeśli jest niezbędne szkolenie z asertywności, dajcie znać komisji kształcenia, zapewne takie zorganizuje.

APELUJĘ!

POWINNIŚMY WALCZYĆ Z UZALEŻNIENIAMI,
LECZYĆ NARKOMANÓW, A NIE GENEROWAĆ TO ZJAWISKO.

Lekarze decydujący się na wystawianie recept na leki uzależniające, które są pod ścisłym nadzorem Ministerstwa Zdrowia, Centrum e-Zdrowia, powinni pomyśleć, zanim zaczną hurtowo ordynować marihuanę tzw. leczniczą. Lekarze motywują swoje działania ulgą w cierpieniu chorym. Tłumaczą, jakie to cudowne właściwości lecznicze ma powyższy narkotyk, jak niweluje wszelakie dolegliwości pacjenta - od bólowych zaczynając, a na bezsenności kończąc. Ale jak się przejrzy setki stron dokumentacji medycznej, wynika z niej, że na te boleści cierpią głównie młodzi mężczyźni około trzydziestki, natomiast pacjentów onkologicznych nie udało mi się odszukać. Z tych analiz przebija też refleksja, że zioło nie ma uzdrawiającej mocy, bo stosowane jest latami i to we wzrastających dawkach, typowych dla uzależnienia.

Zgodnie z przepisami ordynacji takich specyfików pacjent musi być zbadany osobiście. Tłumaczenie, że zebranie wywiadu przez kamerkę internetową jest badaniem, nie odpowiada przepisom prawnym oraz nie znajduje zrozumienia u rzecznika. Standardy osobistego badania obejmują coś więcej niż zebranie wywiadu. Po to wprowadzono w 2024 roku przepisy, żeby ukrócić patologię, a mimo to pleni się ona jak chwasty.

Trzeba zdawać sobie sprawę, że wystawione recepty nie giną w systemie. Zawiadomienia w takich sprawach przekazują do OROZ Ministerstwo Zdrowia oraz Rzecznik Praw Pacjenta, który rozpatruje zgłoszenia dotyczące placówek medycznych. Niestety, takich zawiadomień jest coraz więcej. Całkowicie szokujące są ustalenia dotyczące pracy lekarzy dla placówek niemedycznych, sklepów internetowych handlujących narkotykami.

Może warto chwilę pomyśleć, czy zarobione pieniądze są tego warte. Czy po to kończyliście studia, żeby być sprzedawcami recept, a może wręcz dilerami? Zastanówcie się. Może naćpany wypisanymi przez was „lekami” kierowca spowoduje wypadek i kogoś zabije. A może, jak w Jastrzębiu-Zdroju, naćpany ziołem zaatakuję i zrani personel medyczny.

Trochę refleksji nad swoim działaniem.

* Co do zarobków i innych patologii szeroko opisywanych przez media oraz ewentualnych zawiadomień do OROZ – pożyjemy, zobaczymy.

Rzecznik w swoim życiu przepracował 28 lat w szpitalu, miał średnio 6 dyżurów miesięcznie, a jeszcze pracował w praktyce prywatnej, czyli średnio zasuwał jakieś 300-320 godzin miesięcznie. Jak nie liczyć, wypracował dwa etaty – 28 lat x 2 = 56 lat pracy.

Napisałam średnio 6 dyżurów – tu słyszę śmiech anestezjologów (pozdrawiam Piotra K., który zawsze wspominał, jak mu szefowa zabrała 3 dyżury z zaplanowanych w sierpniu 31), ortopedów i nie tylko. OROZ ma pojęcie, jak wygląda życie szpitalnika. Patologie też były, bo gdzie ich nie ma – opuszczanie miejsca pracy w czasie pełnienia dyżurów, płatność za dyżury naliczane od etatu, od stanowiska służbowego, bo dawało to dobry zarobek. Było, ale jak widać, nie minęło. Media na fali informacji o wysokich zarobkach doniosły, że w pewnym ośrodku akademickim (nie u nas – uff!) prorektor zarobił więcej niż rektor i doszło między nimi na tym tle do scysji.

Rzecznik działał jeszcze w związku zawodowym OZZL i świetnie pamięta nowelizację Kodeksu pracy, gdy wyłączono z czasu pracy dyżury lekarskie, jak naciskano na opt-out.

Praca w ambulatorium też nie zniknęła z pamięci – 30 pacjentów na 3 godziny, a miało być 15 minut na pacjenta. Wszystko pod ścisłą kontrolą NFZ, dla dobra pacjenta. Szkoda gadać. A teraz awantura, nagonka i dramat. Oraz zastraszające informacje, że lekarze pracują ponad 30 godzin non stop. WOW!

Rzecznik, mimo emerytury, nadal pracuje, ale od 10 lat tylko prywatnie, bez korzystania z publicznych pieniędzy, na swoich zasadach. Ciekawe, czy moje umowy zostaną ujawnione. Może trochę szkoda, że dekadę temu płatności były gorsze, to mógłby pobierać wyższe uposażenie z ZUS-u i leżeć na Hawajach.

Jak zapewne świetnie rozumiecie, musiałam napisać o pieniądzach, choćby po to, żeby usatysfakcjonować dziennikarzy, bo przecież wiadomo, że lekarzom chodzi tylko o kasę.

Małgorzata M. Topolska

AKTUALNOŚCI

CO DALEJ Z BUDOWĄ NOWEJ SIEDZIBY?

Trwają prace zespołu do spraw inwestycji nad projektem nowej siedziby OIL.

17 czerwca 2026 roku odbyło się posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej, na którym przedstawione zostały kosztorysy budowy przy ul. Niedźwiedziej w Białymstoku.

Biuro projektowe Archime na prośbę inwestora przygotowało trzy koncepcje różniące się wielkością budynku i opcjami etapowania jego budowy.

Budowa całego planowanego kompleksu przekroczyłaby zakładany na inwestycję budżet. Wpływ na to mają przede wszystkim obserwowane w kraju rosnące ceny prowadzenia podobnych inwestycji, a spowodowane m.in. wojnami za naszą wschodnią granicą oraz na Bliskim Wschodzie – czynnikami, które nie były obecne pół dekady temu, kiedy podejmowano pierwsze kroki w celu wybudowania nowej siedziby. Sytuacja ta jest dużym wyzwaniem dla obecnych władz OIL. Z jednej strony siedziba przy ul. Świętojańskiej nie spełnia wielu kluczowych funkcji – dostępności dla osób niepełnosprawnych (brak windy, podjazdów) czy też możliwości prowadzenia szkoleń (brak sali wykładowej). Z drugiej jednak Izba ma do wykonania zadania statutowe, na które nie może zabraknąć środków finansowych.

Biorąc powyższe pod uwagę, zespół do spraw inwestycji, którego przewodnictwem objął kolega Rafał Maksim, opracowuje obecnie koncepcje kilku możliwych wariantów dalszego prowadzenia prac. Jedną z nich jest kontynuacja inwestycji w mniejszej niż planowano skali, co pozwoli na nieprzekroczenie posiadanego budżetu. Inną natomiast adaptacja i remont obecnej siedziby przy ul. Świętojańskiej. W tym celu została zwołana na 22 lipca 2026 roku nadzwyczajna Okręgowa Rada Lekarska, która będzie musiała zatwierdzić dalsze plany działania.

Celem Izby będzie takie skalowanie inwestycji, które pozwoli na optymalne wykorzystanie budżetu i zapewnienie wszystkim lekarzom funkcjonalnej, dostępnej bazy lokalowej, która posłuży przez następne dekady. Jednocześnie pamiętamy, że sprawnie działający samorząd to przede wszystkim działalność na rzecz środowiska, której nie możemy ograniczać poprzez zwiększenie wydatków na bazę lokalową (dotyczy to zarówno kosztów budowy, jak i późniejszej eksploatacji).

Ważnym aspektem prowadzonych działań, również nieobcym jeszcze przed pandemią COVID-19, jest przeniesienie większości szkoleń do sfery hybrydowej lub online. Bezpłatnie minęła era wielkich sal audytoryjnych, takich jak ta ujęta w pierwotnej koncepcji. Obecnie estymujemy potrzebę zapewnienia w Izbie sali wykładowo-szkoleniowej na 100-150 osób, co pokryje zapotrzebowanie na planowane i już organizowane wydarzenia.

O dalszych decyzjach i postępach prac będziemy informować na bieżąco. Zainteresowanych zapraszamy również do osobistego kontaktu w biurze Izby oraz za pośrednictwem poczty internetowej: bialystok@hipokrates.org

Piotr Sielatycki



SZALEŃSTWA W SMOCZEJ ARENIE

Tegoroczna lekarska impreza integracyjna z okazji Dnia Dziecka odbyła się w Smoczej Arenie. To nowe miejsce zabaw na mapie Białegostoku i – jak widać na zdjęciach – chyba przypadło dzieciom do gustu. I tym bardzo malutkim, i tym całkiem dużym. Do wyboru były dwa czerwcowe terminy i wejściówki rozeszły się w mgnieniu oka.

Sercem Smoczej Areny jest Wzgórze Megapleja – ogromna wielopoziomowa konstrukcja, wyposażona w tunele, mostki i zjeżdżalnie, pomiędzy którymi ukryte są świecące czujniki. Wystarczyło je po kolei skanować za pomocą opaski na ręce, aby włączyć się do wyścigu z czasem. Chętnych nie brakowało!

Potem można już było zjeść lody za free i odpocząć w Smoczej Strefie Kreatywności, spokojnej przestrzeni twórczej. To tu znajdują się m.in. magiczna piaskownica i interaktywna ściana do zabawy światłem.

MS



SPRAWY RÓŻNE

Z profesorem

Jarosławem Modzelewskim

rozmawia Paweł Pecuszek



Martwa natura z figurką, 2019, 60 × 80 cm

Pana wystawa w OIL, pokazująca najnowsze obrazy, nosi tytuł „Sprawy różne”. Zapytam, może trochę przewrotnie: jakie sprawy są dla Pana najważniejsze?

Jarosław Modzelewski: Pytanie przewrotne i trudne jednocześnie, bo powinienem mieć pewnie jakąś gotową odpowiedź, gdyż ono zawsze się pojawia. Przede wszystkim: trochę się już zacierają powody, jakieś takie fascynacje, które przesądziły o tym, że się zaczyna malować. No właśnie to jest tak, że ja w ogóle jestem trochę rozchwiany jako malarz. To znaczy nie mam jakiejś koncepcji lub wizji malarstwa, jakiegoś celu, do którego zmierzam. Nawet chyba wydaje mi się, że nie mam jakiegoś jednorodnego, wyrazistego stylu malarskiego. Ufam temu, co do mnie przychodzi z zewnątrz. Sprawy różne to jest dobry tytuł zastępczy – można by powiedzieć – na wszystko. Jeśli chodzi o wystawę, to to zawsze wynika z interakcji różnych rzeczy, bo jest przestrzeń, są dostępne obrazy itp., itd. A tutaj sala jest kameralna, więc wiadomo było, że raczej powinienem pokazać mniejsze prace, których akurat miałem około 10. Mówiąc mniejsze, mam na myśli takie około 1 m lub 1,20 m. Jest to trochę zbiór szkiców, ścieżek, które gdzieś tam były mi potrzebne do innych realizacji, ale oczywiście są to autonomiczne obrazy – mają własny koniec i początek, własne znaczenia itd. Odnoszą się do różnych realizacji, które potem z nich robiłem. Wiem, że uciekam od odpowiedzi na pytanie, co jest najważniejsze, ale chyba najważniejsze jest to, żeby praca dawała ciągle radość i była absolutną przygodą z każdym obrazem. Tak właśnie jest – nie mam konkretnego celu i wizji, do czego to ma zmierzać. Źródłem obrazów jest zachwyt nad światem, a będąc wyposażonym czy obdarowanym jakimiś umiejętnościami, mogę na to reagować – właśnie w postaci obrazu.

Jak wyglądał Pana dyplom artystyczny w ASP w czasie zawieszonych stanu wojennego?

Muszę to radykalnie sprostować: zrobiłem dyplom jeszcze przed stanem wojennym – na przełomie maja i czerwca 1980 roku.

Było oczywiste, że coś się dzieje, że coś się wydarzy, że rośnie napięcie. Nam jako studentom roku dyplomowego zdarzało się podpadać czasami władzom uczelni z powodu różnych naszych spontanicznych działań, które były natychmiast odczytywane jako wybryki o podtekście politycznym, a to świadczyło o tym, że władze były przewrażliwione. Niektóre dyplomy moich kolegów z roku zostały ocenzone. Mnie to nie spotkało, ale w trakcie obrad komisji dyplomowej podjęto decyzję, żebym nie otrzymał wyróżnienia dyplomu, a sam dyplom – myślę nieśkromnie – był dobry. Jego tytuł brzmiał *Wobec człowieka*, praca pisemna zaś *Wobec ikony* lub odwrotnie – w tej chwili nie pamiętam dokładnie, w każdym razie praca pisemna była poświęcona właśnie pewnym relacjom związanym z ikoną. Na uczelni było pewne upartyjnienie, egzekutywa i komórka podstawowej organizacji partyjnej (POP). Miałem świetnego wykładowcę z historii sztuki, którego bardzo cenię do dziś oraz mam jego książki, ale on był przeciwko temu, żebym dostał to wyróżnienie. Zresztą otrzymałem je później od studentów. Wkrótce po tym, jak powstała Solidarność, Akademia zaczęła zupełnie inaczej wyglądać. A wracając do atmosfery: byliśmy rocznikiem, który postanowiono powołać po studiach do wojska. Istniała taka zasada, nie wiem czy pisana, czy nie, że absolwentów szkół artystycznych nie brano do wojska, było natomiast obowiązkowe roczne szkolenie wojskowe dla absolwentów wszystkich innych uczelni. Niemniej jednak nas postanowiono wciągnąć i to był powód bardzo dużego poruszenia, zaczęło się coś w rodzaju poziomych kontaktów między uczelniami, czego wcześniej nie było. Decyzja ta spowodowała opór ze strony studentów: organizowaliśmy spotkania z władzami uczelni, z władzami wojskowymi, próbowaliśmy argumentować, by tę decyzję cofnięto. Były oczywiście osoby, które się wyłamywały pod wpływem jakichś perswazji lub innych konieczności. W końcu jednak pobór przeprowadzono, byłem w pierwszym rzucie. Kilka dni po obronie dyplomu mieliśmy już bilet do Łodzi, dokąd

pojechałem z najbliższymi kolegami. Trafiłem do wojskowej uczelni, Centrum Szkolenia Oficerów Politycznych w Łodzi. Kompanię utworzono z powołanych do wojska artystów z całej Polski. Na pocieszenie zaproponowano nam najlepsze warunki bytowe (czterooosobowe pokoje z łózkami, a nie jakieś prycze na dużych salach), ponieważ była to szkoła podchorążych dla studentów partyjnych. Nie mogliśmy kontynuować pracy artystycznej, może kilka razy dali jakąś komórkę na malowanie i zawieźli malarzy na szkicowanie na poligonie. W tym okresie robiłem sobie wieczorami małe prace - kolaże, dosyć niepoprawne politycznie, ktoś doniósł na mnie (kolega z sali...?). I któregoś dnia zastałem w mojej sali komendanta szkoły, który trzymając moje prace, powiedział: „Obywatel podchorąży zamelduje się u mnie za chwilę”. Padł na mnie błąd strach, grożono mi przerzuceniem do służby zasadniczej na dwa lata. Było to bardzo nieprzyjemne - tam po prostu działały się takie rzeczy. Wiosną 1981 roku wyszliśmy, był to jeszcze tzw. karnawał Solidarności, do grudnia, później już stan wojenny. To mnie również dotknęło, ponieważ akurat na grudzień miałem zaplanowaną pierwszą wystawę indywidualną w Galerii Sztuki Nowoczesnej na Starym Mieście - Galeria Promocyjna. Otworzyłem ją 9 grudnia, trwała więc 4 dni. Pokazywałem rysunki, część z nich jeszcze mam, szkice związane z mapami, ze znakiem swastyki, gwiazdy pięcioramiennej... zatem było dużo mocnych rzeczy.

Czy utworzenie artystycznej formacji Gruppa było przełomowym momentem? A może stało się swego rodzaju trampoliną do dalszej kariery artystycznej?

To wiele zmieniło. Dwa lata po dyplomie, kiedy panował najgłębszy stan wojenny, nastał naprawdę trudny pod każdym względem okres, taki czas undergroundowy. Jeżeli chodzi o malarstwo Gruppy, to egzaltacji tam nie było, raczej działanie absurdem, zdecydowanym i mocnym językiem malarskim. Na pewno nie były to sympatyczne, miłe dla oka obrazy. To jest właśnie ten język wizualny, on taki wtedy był, myśmy wtedy tacy byli! Tworzyliśmy między sobą spłot pewnych uczuć, które miały wpływ na to, co malujemy, to z kolei wpływało na to, jak się dogadywaliśmy. Fenomen Gruppy polegał na tym, że to nie był zamiar czy założenie, czyli usiedli faceci przy stole i powiedzieli: „Założmy grupę”. To się wykluwało stopniowo i początkowo wystawiało z nami więcej osób, nasze koleżanki i koledzy: cztery osoby z pracowni prof. Stefana Gierowskiego, a dwie z pracowni prof. Rajmunda Ziemskiego, Ryszard Grzyb i Włodzimierz Pawlak.

Czy Gruppa była formacją bardziej towarzyską, czy raczej miała jednak ukierunkowany wspólny program artystyczny?

To było spójne, nierozzerwalne, ponieważ spędzaliśmy ze sobą czas, jeździliśmy na wystawy, które były organizowane *ad hoc*. Takie jakby komórki życia artystycznego, undergroundowego, były w różnych miastach, m.in. w Gdańsku, Poznaniu, Wrocławiu, Krakowie - środowiska się organizowały i reagowały. Byliśmy zapraszani do robienia jakiejś wystawy np. w Poznaniu, więc rolowaliśmy papiery, malowaliśmy dużo na papierach, wrzucaliśmy to do pociągu i jechaliśmy. Wystawę robiliśmy na trzy dni i wracaliśmy z tym wszystkim - absolutna partyzantka i spontaniczne działania, również towarzyskie. Nieustanne rozmowy, wzajemne awantury - jakby wpływanie na siebie nawzajem oraz inspirowanie się - taka lekcja zrozumienia innych artystów. Było w tym coś



niesamowitego, byliśmy sobie bliscy, gdyż znaliśmy się z uczelni, ale wówczas np. malarstwo Ryszarda Grzyba czy Włodzimierza Pawlaka było dla mnie jakąś otchłanią, ja tego w ogóle nie trawiłem, całego tego ekspresyjnego sztafażu, jakby to było coś, powiedziałbym, „niższego sortu”.

Czy według Pana lata 80. miały znaczący wpływ na dzisiejszą sztukę współczesną? Czy młodzi artyści czerpią z dorobku Pańskiego pokolenia?

Nie potrafię tego stwierdzić. Natomiast miałem doświadczenie uczelniane, ponieważ w 1982 roku zacząłem pracować jako asystent prof. Stefana Gierowskiego i robiłem to przez cały czas trwania Gruppy. Zresztą on fantastycznie się do tego odnosił i ciekawiło go, co robię. Ja mu ciągle mówiłem: „Panie profesorze, muszę wyjechać, bo robimy wystawę”. Nigdy mi nie odmawiał, zazwyczaj stwierdzał: „Niech pan jedzie, to mi pan wszystko opowie”. Był zafascynowany tymi naszymi akcjami i wydarzeniami, chociaż sam uczestniczył w drugim obiegu, ale w innym środowisku. Spotykaliśmy się czasem na różnych wystawach zbiorowych, na przykład przy ul. Żytniej 3/9 lub w innych miejscach, gdzie były organizowane ekspozycje ruchów niezależnych. Tam był w budowie pewien kościół - parafia Miłosierdzia Bożego - w którym odbywały się dość sławne i głośne wystawy, m.in. „Niebo nowe i ziemia nowa?”, zorganizowana przez Marka Rostworowskiego, późniejszego ministra kultury i sztuki. Również byliśmy tam zapraszani, także wspólnie z prof. Stefanem Gierowskim wystawialiśmy w różnych miejscach, a z jego strony zawsze było wielkie zainteresowanie.

Dlaczego w Pana pracach z pierwszej dekady XXI wieku pojawiają się wątki religijne, ikonograficzne? Czy są to jakieś własne przeżycia lub doświadczenia (jeżeli chce Pan o tym powiedzieć oczywiście)? Czy próbuje Pan namalować katolicyzm od nowa...?



Zbieramy drewno,
2022, 100 × 120 cm

Ja bym tego nawet nie lokował tak dosłownie w tym czasie, ale rzeczywiście był taki okres w okolicach 2000 roku. Moja starsza córka przygotowywała się do bierzmowania w parafii na Ursynowie i chodziłem z nią na spotkania formacyjne. Kościół nie był jeszcze zbudowany i mieścił się w takim tymczasowym baraku, a wyglądało to jak umeblowane mieszkanie: szafki, krzeselka, regaliki... i kwiatki w typie paproci. Zacząłem się przyglądać i pytać o możliwość sacrum w takiej przestrzeni, która była urządzona właściwie na sposób mieszczański lub drobnomieszczański. Nie były to wnętrza barokowe, gotyckie czy romańskie, lecz po prostu barak umeblowany mebelkami, które znam z własnego mieszkania, dlatego kilka obrazów namalowałem właśnie takich – zawierających te rekwizyty i widoki tego miejsca. To mnie po prostu zaintrygowało. Jeżeli te wątki widać, to tak bym stwierdził: próbowałem pytać sam siebie o możliwość sacrum w obrazie. Nie uważam wprawdzie tego w ogóle za coś dziwnego, ponieważ sztuka stanowi dotknięcie czegoś, czego nie rozumiemy, jest zupełnie ponad nami. Taka jest również muzyka i takie jest też malarstwo, w związku z tym nie da się odseparować tych spraw. Ludzie płaczą przed Markiem Rothko... Dlaczego? Po prostu kolor, który obserwują, porusza dogłębnie ich uczucia; to są takie drogi, które w sztuce się dzieją i nie trzeba ich emblematyzować.

Skąd bierze się tak częsty wątek Caritasu w Pana obrazach?

To powstało zupełnie przypadkiem. Kiedyś znalazłem na śmietniku album wydany z okazji 25-lecia Caritas Polska. Wystawał z kubłą,

czarno-biały tom, w którym było dużo zdjęć ilustrujących jakby jubileuszowe uhonorowanie działalności tej organizacji – sceny codzienności, np. zakonnice karmiące staruszki, opiekujące się niepełnosprawnymi dziećmi, liczne fotografie czarno-białe. To był impuls, aby spróbować namalować taką scenę i powołać ją do życia w postaci obrazu: śpiewające niepełnosprawne dziewczynki ze wzniesionymi oczami i akompaniująca im zakonnica. Skąd to się wzięło? Było to nowe doświadczenie. Musiałem te obrazy namalować ze zdjęć, które były nieudolne, niewyraźne i przeczernione, dlatego malarsko musiałem to porządnie dopracować. To było bardzo fajne doświadczenie, a dodatkowo również wiązało się z tym, że przeszedłem na tempery. Zdawałem sobie sprawę, że maluję właściwie rzeczywistość, która jest kompletnie nieobecna w sztuce. W sztuce krytycznej były wątki kalectwa, różnych ułomności, jednak powiedziałbym, że duch tego jest zupełnie odwrotny. Natomiast zdarzało się, że jak jakiś kolekcjoner oglądał taki obraz, to mówił: „A... z zakonnica to nie, bo to nieszczęście!”. A potrafiły być to piękne obrazy... Było to bardzo fajne uczucie, mimo że obrazy są trochę konsternujące.

Ciekawi mnie bardzo, jaka jest geneza postaci pewnego mężczyzny na Pana obrazach – czy to autoportret i dlaczego pojawia się tak często, jak można to rozumieć?

Tak, dość często pojawia na obrazach, korzystam z siebie jako z modelu, więc siłą rzeczy podobieństwa są. Wygrała u mnie figuratywność, aczkolwiek dyplom miałem abstrakcyjny – to były znaki: trójkąt, koło ying yang, pięcioramienna gwiazda Dawida, spirala

Martwa natura,
1979, 50 × 60 cm



i szachownica... były to bardzo czytelne znaki. Pierwotnie zamierzałem namalować figuratywny dyplom, ale ta koncepcja zupełnie się zmieniła. Wynikało ona z tego, co malowałem w latach 80., ponieważ wtedy obrazy były również emblematyczne, malowane płasko. Nawet jeśli były one figuratywne, to posługiwałem się płaską plamą i schematycznym rysunkiem, szablonem będącym dla mnie punktem wyjścia – obejmowało to właściwie cały okres do roku 1986, a malarstwo było powiązane jakby z treścią dyplomu, tylko bardziej figuratywne.

Analizując Pana obrazy i kontemplując ich zawartość, można odnieść wrażenie pewnego niepokoju... Skąd on się bierze? Czy odzwierciedla Pana intencje albo nastrój?

Przyznam się, że nie potrafię sterować nastrojem obrazu, nigdy czegoś takiego nie zrobiłem i chyba nie byłbym w stanie realizować takiego założenia. Wynika to wyłącznie z charakteru mojego malarstwa, które z kolei wypływa z mojego charakteru.

Często na Pana obrazach są obecne zwierzęta. To bardzo sympatyczne, i oczywiście rodzi się pytanie: czy są one dla Pana ważne?

Tak, rzeczywiście, mój jedyny pies był na moich obrazach, potem koty. Zwierzęta pojawiają się na nich, bo są obecne w moim życiu – są moimi towarzyszami.

Czy nie tęskni Pan za czasem minionym? Mam na myśli wspólne interwencje malarskie i happeningi z okresu Grupy,

które tak bardzo oddziaływały na życie społeczne i sztukę tamtych lat.

Nie, ponieważ to był absolutnie niepowtarzalny okres, którego nie da się powtórzyć. I dobrze, bo w ten czysty sposób zachowuje swoją niepowtarzalność i niezwykłość. Natomiast kontynuuję doświadczenia Grupy do teraz. W zeszłym roku miałem wystawę obrazów, które namalowałem razem z kolegą z Grupy, Markiem Sobczykiem, w Galerii Tłó MDK w Stalowej Woli – prace były efektem wspólnego tworzenia w jaskini (mieszkanii) przy ul. Targowej w Warszawie. Być może uda nam się pokazać kilkadziesiąt naszych obrazów w Fundacji Gierowskiego, w której w 2020 roku również eksponowaliśmy nasze prace. Wówczas namalowaliśmy *Guernicę* w skali jeden do jednego (3,5 × 7,7 m). To doświadczenie w czasach Grupy było bardzo intensywne, malowaliśmy wspólnie w różnych konfiguracjach, a z Markiem Sobczykiem mieliśmy już takie doświadczenie jeszcze przed Grupą. Marek malował również wspólne obrazy z Ryszardem Woźniakiem. Jeden jedyny obraz namalowaliśmy wszyscy w sześcioro, a nazywał się *Kuda Gierman*, był pokazywany w Niemczech na Documenta 8 w Kassel w 1987 roku i miał wymiary 6 × 6 m. Wystawa ta nazywała się po niemiecku „Künstlergruppen zeigen Gruppenkunstwerke”. Były tam także inne grupy artystyczne, np. Irwin, słoweński kolektyw powstały w 1983 roku w Lublanie. Należy do grona najważniejszych twórców sztuki Europy Środkowo-Wschodniej, grupa ta jest jednym z założycieli słynnego ruchu Neue Slowenische Kunst (NSK).

Dlaczego na pewnym etapie twórczości zmienił Pan – w zasadzie na stałe – medium malarskie z farb olejnych na temperę jajową? Z jakiego powodu tak lubi Pan tę technikę malarską?

Przyczyna była prozaiczna: temperę znałem, bo nią malowaliśmy wspólne obrazy, a poza tym ona szybko schnie, a płótna trzeba było rolować. Drugi powód jest specyficzny: w 1997 roku skradziono mi z pracowni dopiero co kupiony cały karton z zapasem drogich farb olejnych. Nie miałem wtedy pieniędzy, aby kupić nowy zapas farb. Okazało się, że Akademia wyprzedaje bardzo tanio pigmenty, więc kupiłem wtedy chyba 30 kg kilkunastu kolorów – głównie brązowego – i mam je w dużej ilości do dzisiaj. Stosowałem przez długi czas temperę opartą na samym żółtku, taką dosyć tłustą malowałem. Jakiś czas temu zmieniłem ją jednak

na chudsza, która jest wykonywana z całego jaja. Dochodzi do tego jeszcze rozpuszczona damara i taka tempera jest chudsza – polubiłem ją. Ma ona potencjał: szybko schnie i łatwo jest wprowadzać kolejne warstwy.

Robię farby za każdym razem przed malowaniem. Ponieważ nie mogą długo stać, psują się po dwóch-trzech dniach, wobec tego muszę wiedzieć, co będę malował. Pigmentów mam kilkadziesiąt, chociaż nie robię wszystkich, a jedynie te, których zamierzam używać – obraz muszę więc mieć już przemyślany. Czasami zostawiam jednak obrazy właściwie na etapie szkicu, gdyż podoba mi się pewna spontaniczność rozwiązań i czuję, że gdybym dalej nad nimi pracował, to już ją stracę.

Bardzo dziękuję za rozmowę.

GALERIA JEDNEGO OBRAZU

Jarosław Modzelewski

Caritas, posiłki są smaczne i pożywne,
2024, tempera jajowa, płótno, 120 × 140 cm

W Galerii Jednego Obrazu w OIL w Białymstoku (hol, I piętro) oglądamy piękne dzieło tego wybitnego malarza, który w dniach 28 maja – 11 czerwca 2026 roku eksponował w OIL nadzwyczajną wystawę swoich nowych prac, zatytułowaną „Modzelewski. Sprawy różne”. Pochodzące z tej ekspozycji dzieło *Caritas, posiłki są smaczne i pożywne*, namalowane w 2024 roku temperą jajową, reprezentuje pewien minicykl oparty na motywie słowa *caritas* z jego wszelkimi znaczeniami. Od lat 90. artysta od czasu do czasu powraca do różnych malarskich interpretacji tego pojęcia, mierząc się twórczo z wieloznacznością i rozmaitymi kontekstami tego wyrazu, oznaczającego w kulturze chrześcijańskiej uczynki miłosierne względem duszy i ciała (w tym karmienie głodnych – właśnie tak, jak na prezentowanym płótnie!). Bardzo często w jego obrazach dotyczących *caritas* dosłowność intrygująco miesza się z metaforą, ale miłość bliźnich częściej wyraża się tu czynami i działaniem, bezinteresowną pomocą i konkretem (tytułowe „smaczne i pożywne posiłki”) niż jakimś eufemistycznym współczuciem albo litością (*miser cordia*). W katalogu towarzyszącym wystawie w OIL Jarosław Modzelewski dzieli się osobistym komentarzem na temat genezy tego obrazu: „To jeden z cyklu *caritas*, który maluję od lat 90. Motywami są fotografie zamieszczone w czarno-białym albumie wydanym z okazji 25-lecia organizacji Caritas w 1975 roku. Album znalazłem na śmietniku. Niewyraźne, źle wydrukowane ilustracje pozwalają na rozmaite malarskie interpretacje. Korzystam z nich, próbując zrekonstruować wizualnie zaginioną rzeczywistość, ubóstwo, skromność, pocieszenie, opiekę. Występują w niej zakonnice, księża, upośledzone dzieci, starszuszki, siostry pielęgniarki...”. A zatem ten nasycony intensywnymi kolorami obraz to nade wszystko przekaz ciepły, refleksyjny i bardzo humanistyczny, wywołujący w odbiorcy empatię, uśmiech i odrobinę lęku o własną kondycję moralną.

Jerzy Konstantynowicz



Jarosław Modzelewski (ur. 1955) to jeden z najwybitniejszych polskich malarzy współczesnych, rysownik i pedagog, profesor warszawskiej Akademii Sztuk Pięknych. Dyplom malarski uzyskał w 1980 roku w pracowni prof. Stefana Gierowskiego. W latach 1982–1992 był współtwórcą i kluczową osobowością legendarnej formacji Gruppa, której wystawy i akcje artystyczne w trudnych czasach dynamicznych przemian końca lat 80. wywarły ogromny wpływ na sztukę i polskie społeczeństwo. Artysta – przez większość odbiorców i krytyków kojarzony z nową ekspresją i uznawany za wybitnego reprezentanta tego nurtu – wypracował w ciągu ostatnich trzech dekad bardzo niezależny, osobisty i rozpoznawalny styl, a ponadto zdecydowanie zmienił technikę z olejnej na swoją ulubioną temperę jajową. Dzięki osobliwemu stylowi, tajemniczości i prowokacyjności obrazów (jedyna w swoim rodzaju duchowość, humanizm, a do tego subtelne przekraczanie granic realizmu, ironia i poczucie humoru, ekspresyjność i wyjątkowa wyobraźnia) twórczość Modzelewskiego już została uznana za współczesną klasykę. Jego prace znajdują się w zbiorach prawie wszystkich oddziałów Muzeum Narodowego, Muzeum Śląskim w Katowicach, Muzeum Sztuki w Łodzi, w Narodowej Galerii Sztuki Zachęta, a także w wielu prywatnych i publicznych kolekcjach polskich i zagranicznych, m.in. Sammlung Würth, Museum Jerke w Recklinghausen czy Stadtmuseum Düsseldorf. Mieszka i pracuje w Nieporęcie.

SZTUKA RADIOWCÓW

„Rozsupłanie” to wystawa zbiorowa, przygotowana z okazji 75-lecia Studenckiego Centrum Radiowego Radiosupeł Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Swoją twórczość zaprezentowali: Iza Ostapowicz (fotografia koncertowa), Sabina Bazydło (poezja), Anna Prostko (sztuki plastyczne), Jerzy Konstantynowicz (malarstwo i grafika) oraz Jacek Sawicki (fotografia).



Na wernisaż, który odbył się 30 kwietnia 2026 roku, przybyli przyjaciele artystów, wśród nich także inni byli radiowcy. Oprócz malarstwa i fotografii można też było zapoznać się z przygotowaną w formie drukowanej poezją.

Podczas spotkania nie tylko podziwiano sztukę, lecz także przy okazji snuto niekończące się wspomnienia z minionych lat. Tym bardziej że kuratorem wystawy była Anna Jakubowska, lekarz dentysta, a kiedyś także pracownik radia.

Radiosupeł to najstarsza w Polsce akademicka rozgłośnia radiowa, działa nieprzerwanie od 1951 roku. Była i jest miejscem spotkań wielu studenckich pokoleń, dziś większość jej byłych pracowników to znani lekarze i lekarze dentyści.

Od samego początku Radiosupeł, czyli po prostu Supeł, skupiał wokół siebie nietuzinkowych studentów - zafascynowanych nie tylko medycyną i naukami pokrewnymi, lecz także twórczością artystyczną. „Fotograficy, malarze, graficy, poeci - różne języki ekspresji splotały się w jedną, nieoczywistą całość, tworząc środowisko otwarte na doświadczanie i wyrażanie świata nie tylko w oczywistej dla radia formie dźwięku” - napisała Izabela Prokop-Bielenia w wydanym katalogu z twórczością artystów. Wystawa była jednym z punktów obchodów jubileuszu 75-lecia Radiosupła.

MS



PIĘKNO MARTWEJ NATURY

Debiutancką wystawę, zatytułowaną „Poza codziennością...”, zaprezentował w galerii białostockiej OIL Zbigniew Zawinowski, lekarz dentysta.



Wernisaż odbył się w poniedziałkowy wieczór 15 czerwca 2026 roku. Licznie przybyli przyjaciele autora, lekarze oraz miłośnicy malarstwa spoza środowiska medycznego. Wszyscy mieli niepowtarzalną okazję podziwiać ten udany, interesujący artystyczny debiut. Poznali warsztat, styl i znakomity fach

malarski Zbigniewa Zawinowskiego – stomatologa, który uwielbia kolor i entuzjastycznie, z wielką wrażliwością podchodzi do sztuki.

Autor przedstawił kilkanaście obrazów wykonanych głównie w technice akrylowej na papierze – dominowały bogate kolorystycznie martwe natury i pejzaże. Warto dodać, że ten artysta lekarz zajmuje się malarstwem dopiero od kilku lat, pracując pod czujnym okiem instruktorów na warsztatach malarskich prowadzonych przez Galerię im. Sienkiewicza. Zdecydował się odkryć przed nami przede wszystkim piękno martwej natury, która – jak



napisał w katalogu do wystawy Jan B. Konstantynowicz – „od czasów holenderskich mistrzów pozostaje jedną z najbardziej wymagających form malarskiej wypowiedzi, a jej spektrum realizacji rozciąga się od prostych ćwiczeń warsztatowych, służących nauce światła, cienia i kompozycji, po dzieła najwybitniejszych artystów, którzy w pozornie zwyczajnych przedmiotach odnajdywali przestrzeń dla refleksji nad naturą widzenia i pięknem codzienności”.

Zbigniew Zawinowski przyznał, że wykonywana praktyka lekarska absorbowała wiele jego czasu i uwagi, powodując, iż jego zainteresowania malarskie były nieustannie odkładane na później. Nastąpił jednak taki dzień, kiedy zabrał się do pracy twórczej, rozpoczynając tym samym realizację dawnych idei i odkładanych od lat planów malarskich. Zasadniczym i zwrotnym etapem w rozwoju jego pasji było przyłączenie się pod koniec 2022 roku do grupy malującej pod kierunkiem Jowity Wiśniewskiej – nauczycielki malarstwa w białostockiej Galerii Sienkiewicza przy ul. Waryńskiego.

Zapał, chęć tworzenia, ciekawość świata i natury nie gasną do dzisiaj. Niezmiennie ważnym akcentem jest jasna deklaracja autora wystawy, że zawód lekarza jest satysfakcjonujący, a sprzyjające warunki i ludzie – w tym promowanie sztuki amatorskiej przez OIL – wspierają pomysły i działania takich twórców jak on, dając możliwość rozwijania pasji i umiejętności związanych nie tylko z medycyną.

Odzwierciedla to pewien zauważalny od dawna, kreatywny sposób działania Komisji Kultury ORL i wspaniały klimat artystycznych spotkań – takich właśnie, jak wystawa „Poza codziennością...”. Powyższe słowa Zbigniewa Zawinowskiego znajdują również potwierdzenie w fakcie, że przy okazji każdej z takich wystaw – zarówno amatorskich, jak i profesjonalnych – komisja wydaje z należytą merytoryczną dbałością katalogi w formie drukowanej i elektronicznej, zawierające życiorys i opis dorobku artysty, teksty kuratorskie lub eseje krytyczne, a przede wszystkim kompletną reprodukcję prac danego twórcy.

Paweł Pecuszok

DZIEWIĘĆ DEKAD ŻYCIA, DZIESIĘCIOLECIA SŁUŻBY PACJENTOM

W tym roku kolejni lekarze i lekarze dentyści związani z Okręgową Izbą Lekarską w Białymstoku obchodzą jubileusz 90. urodzin.

Rok 1936. Polska stała u progu wydarzeń, które miały zmienić życie całego pokolenia. Osoby urodzone w tym roku dorastały w niezwykle trudnych czasach. Ich dzieciństwo przypadło na okres wojenny i powojenny, a młodość na lata odbudowywania kraju i tworzenia instytucji, które dziś wydają się nam oczywistym elementem życia społecznego.

Właśnie z tego pokolenia wywodzą się lekarze obchodzący w 2026 roku swoje 90. urodziny. Ich zawodowe biografie są częścią historii podlaskiej i polskiej medycyny. To opowieści o tysiącach pacjentów, wieloletniej pracy w szpitalach, przychodniach i pogotowiu ratunkowym, o rozwoju naukowym, zdobywaniu specjalizacji oraz przekazywaniu doświadczenia następnym pokoleniom.

Ci, którym dopisała kondycja, przybyli pod koniec czerwca na wspólną uroczystość w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Białymstoku. Obecny na niej dr Piotr Sielatycki, prezes ORL, złożył życzenia wszelkiej pomyślności i zdrowia. Potem odbył się koncert utworów Ignacego Paderewskiego, Fryderyka Chopina i Stanisława Moniuszki. Jubilaci otrzymali także upominki.



TAMARA ANTOSZEWSKA

Tamara Antoszevska urodziła się 2 kwietnia 1936 roku w Kosowie Poleskim (obecnie Białoruś). Szkołę podstawową i średnią ukończyła w Ostródzie. Po maturze w 1954 roku zdała egzaminy wstępne i rozpoczęła studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Białymstoku. Staż i pierwsze lata pracy zawodowej związała ze Szpitalem Powiatowym w Augustowie, gdzie pracowała do 1969 roku. Po powrocie do Białegostoku rozpoczęła specjalizację z pediatrii: I stopień uzyskała w 1971 roku, natomiast II stopień w 1974 roku. Do przejścia na emeryturę pracowała w białostockich poradniach dziecięcych, z dwuletnią przerwą na kontrakt w Libii w latach 1978-1980. Mąż Cezary był lekarzem weterynarii.



wojskowej w Malborku (jest kapitanem rezerwy WP), a następnie powrócił do pracy w Zakładzie Anatomii Patologicznej. Pierwszy stopień specjalizacji uzyskał w 1966 roku, drugi w 1970 roku. Przeszedł kolejne etapy kariery naukowej - od asystenta przez starszego asystenta po adiunkta. W 1969 roku uzyskał stopień doktora nauk medycznych. Jest autorem i współautorem stu prac naukowych opublikowanych w czasopismach krajowych i zagranicznych oraz 49 referatów przedstawionych podczas 29 zjazdów i sympozjów. W 2001 roku przeszedł na emeryturę, ale w ramach samodzielnej praktyki lekarskiej pracował aż do 2022 roku. W jego rodzinie medycyna jest obecna także w kolejnych pokoleniach - syn został patomorfologiem, a wnuk podjął specjalizację z chirurgii onkologicznej. Hobby: muzyka klastyczna i historia.

MARIANNA DOMASZEWSKA

Marianna Domaszewska urodziła się 4 października 1936 roku w Młyniku koło Łomży. Studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Białymstoku ukończyła w 1963 roku. Po uzyskaniu dyplomu rozpoczęła pracę w Szpitalu Powiatowym w Łomży - początkowo jako stażystka, a następnie jako lekarz medycyny. Była także członkinią zespołu Stacji Pogotowia Ratunkowego. Od 1965 roku pracowała w Ośrodku Zdrowia, a później w Międzyzakładowej Przychodni Przemysłowej przy Zakładach Przemysłu Ziarnianego. W 1973 roku uzyskała specjalizację I stopnia w zakresie



BOHDAN TEODOR CYLWIK

Bohdan Teodor Cylwik urodził się 7 czerwca 1936 roku w Białymstoku. Po ukończeniu szkoły podstawowej i liceum ogólnokształcącego rozpoczął w 1954 roku studia na Wydziale Lekarskim. Dyplom lekarza uzyskał w 1961 roku.

Już w 1962 roku rozpoczął pracę w Zakładzie Anatomii Patologicznej. Jego droga zawodowa łączyła medycynę praktyczną, działalność naukową i służbę wojskową. Przez dwa lata pracował jako lekarz w jednostce



medycyny przemysłowej. Przez wiele lat była kierownikiem przychodni, która po reorganizacji przyjęła nazwę Międzyzakładowej Przychodni Przemysłowej przy Przedsiębiorstwie Przemysłu Spożywczego w Łomży. Po likwidacji placówki w 1995 roku objęła stanowisko asystenta w Wojewódzkiej Przychodni Przemysłowej w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Łomży. Po uzyskaniu praw emerytalnych w 1996 roku nadal pracowała jako lekarz emeryt do połowy 1997 roku.

JOLANTA KASPRZYK

Jolanta Kasprzyk urodziła się 24 marca 1936 roku w Białymstoku. Ukończyła SP nr 5, Liceum Handlowe, a następnie Liceum Ogólnokształcące dla Pracujących, w tym czasie także pracowała w Akademii Medycznej jako sekretarka. W 1955 roku podjęła studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Białymstoku. Dyplom uzyskała w 1961 roku. Rok później rozpoczęła pracę w szpitalu w Bielsku Podlaskim. Pracowała na oddziale pediatrycznym, a także w pogotowiu ratunkowym. Uzyskała specjalizację I stopnia z pediatrii oraz II stopnia z medycyny szkolnej. Po osiągnięciu wieku emerytalnego nadal pracowała w pogotowiu ratunkowym i nocnej opiece. Zakończyła tę aktywność dopiero 1 stycznia 2024 roku.



FELICJA BOGUSŁAWA KUTWIN-WYSOCKA

Felicja Bogusława Kutwin-Wysocka urodziła się 12 kwietnia 1936 roku w Krzywiczach na Wileńszczyźnie. Po ukończeniu liceum ogólnokształcącego w Białymstoku zdobyła w 1961 roku dyplom lekarza dentysty w Akademii Medycznej w Gdańsku. Po powrocie do Białegostoku rozpoczęła pracę w Ambulatorium Centralnego Więzienia, z którym była związana przez 30 lat, aż do przejścia na emeryturę. W tym czasie uzyskała specjalizację ze stomatologii ogólnej, a po przeszkoleniu paramilitarnym również stopień kapitana. W 1988 roku została kierownikiem Ambulatorium Aresztu Śledczego w Białymstoku, nadal wykonując pracę stomatologa. Po przejściu w 1991 roku na emeryturę pozostała aktywna zawodowo i pracowała w niepublicznej przychodni w Białymstoku, a później również, do 2010 roku, w Łapach. Za swoją działalność została odznaczona Srebrnym i Złotym Krzyżem Zasługi. Jako emerytka została członkinią Chóru im. Stanisława Moniuszki działającego przy Podlaskim Instytucie Kultury. Z chórem podróżowała i występowała m.in. w Rzymie, Wiedniu, Berlinie, Wilnie i we Lwowie.



HELENA EWA KWIATKOWSKA-DMITRUK

Helena Ewa Kwiatkowska-Dmitruk urodziła się 20 stycznia 1936 roku w Czarnej Białostockiej. Po ukończeniu liceum ogólnokształcącego w Białymstoku w 1953 roku rozpoczęła studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej. Dyplom lekarza uzyskała w 1960 roku, po odbyciu stażu w szpitalu w Sokółce. Roczny staż podyplomowy



odbyła w Szpitalu Wojewódzkim w Białymstoku. Następnie przez rok pracowała jako lekarz wolontariusz w Klinice Otolaryngologii. W latach 1963-1965 była asystentką w Klinice Otolaryngologii Akademii Medycznej w Białymstoku. Specjalizację I stopnia uzyskała w 1965 roku, natomiast II stopnia w zakresie otolaryngologii w 1977 roku. W latach 1965-1966 pracowała w Poradni Laryngologii PSK, a następnie, od 1967 do 1977 roku, kierowała Poradnią Laryngologii MZOZ Obwodu I w Białymstoku. W okresie 1977-1982 pracowała jako starszy asystent w Klinice Otolaryngologii PSK, pełniła również dyżury kliniczne. Od 1982 do 1986 roku była w Polskim Zespole Medycznym w Zliten w Libii. Jako specjalista laryngolog zajmowała się pacjentami zarówno w szpitalu, jak i w poradni. W 1987 roku przeszła na rentę.

KRYSZYNA LESZCZYŃSKA-NASTAŁY

Krystyna Leszczyńska-Nastały swoją drogę zawodową związała ze stomatologią. Ukończyła studia na Wydziale Stomatologii Akademii Medycznej w Białymstoku, a następnie przez wiele lat pracowała w gabinetach stomatologicznych w mieście. Jej zawodowa droga prowadziła m.in. przez gabinet stomatologiczny w Technikum Mechanicznym w Białymstoku oraz gabinety działające przy przychodniach rejonowych przy ulicach Lipowej, Antoniuk Fabryczny, Marii Fornalskiej (obecnie ul. Ireny Białówny) oraz Sienkiewicza. Pracowała także w gabinecie Spółdzielni „Eskulap” przy ul. Spółdzielczej. Na początku lat 70. uzyskała specjalizację ze stomatologii zachowawczej.



LARYSA ŁOZOWSKA-ZABIELSKA

Larysa Łozowska-Zabielska urodziła się w Białymstoku. W 1955 roku ukończyła II LO i rozpoczęła studia w Akademii Medycznej w Białymstoku. Po uzyskaniu w 1964 roku dyplomu lekarza podjęła pracę w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Jędrzeja Śniadeckiego na oddziale dziecięcym wewnętrznym, gdzie pracowała do 1967 roku. Jednocześnie w 1965 roku rozpoczęła pracę w Przychodni Obwodowej nr II w Białymstoku. Po ośmiu latach przeszła do Specjalistycznego Zespołu Opieki nad Matką, Dzieckiem i Młodzieżą, gdzie kierowała Poradnią Alergologiczną. W 1969 roku uzyskała specjalizację I stopnia, a w 1974 roku II stopnia z pediatrii. Od 1991 roku do 1997 roku pracowała w Poradni Alergologicznej DSK w Białymstoku.



JERZY NAPIÓRKOWSKI

Jerzy Napiórkowski urodził się 1 stycznia 1936 roku w Tobolicach na Mazowszu. Szkołę średnią ukończył w 1953 roku w Ostrołęce, a następnie w latach 1954-1962 studiował na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Białymstoku. Po odbyciu stażu rozpoczął pracę w Ośrodku Zdrowia w Rucianem-Nidzie, następnie w szpitalu w Piszku. W latach 1961-1966



pełnił również obowiązki powiatowego inspektora sanitarnego. Od 1966 do 1974 roku pracował w Oddziale Chirurgicznym szpitala w Ostrołęce, przechodząc kolejne etapy kariery zawodowej – od młodszego asystenta i asystenta po zastępcę ordynatora. W latach 1975-1981 pełnił funkcję lekarza wojewódzkiego w Ostrołęce. W późniejszym okresie pracował także w powiatowej opiece zdrowotnej, m.in. w miejscowościach Łyse i Drozdzewo. W 1968 roku uzyskał specjalizację z chirurgii ogólnej, w 1974 roku z organizacji ochrony zdrowia, a w 1995 roku również z medycyny rodzinnej. Odbił dwuletnią służbę okresową w jednostce wojskowej w Olsztynie jako kapitan rezerwy. Przez rok (1977-1978) był również lekarzem na budowie elektrowni atomowej w ZSRR. Jego żona Minodera także była lekarzem, a córka Dorota uzyskała stopień doktora nauk medycznych. Hobby: wędkarstwo.

ALICJA TERESA NAWARA

Alicja Teresa Nawara urodziła się 2 listopada 1936 roku w Łapach. Tu ukończyła liceum ogólnokształcące, a następnie w latach 1954-1961 studiowała na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Białymstoku. Po odbyciu rocznego stażu podyplomowego rozpoczęła pracę (1962-1965) w Ośrodku Badawczo-Diagnostycznym dla Chorób Wenerycznych w Białymstoku, najpierw jako asystent, a następnie starszy asystent. Od 1965 roku aż do przejścia na emeryturę w 2000 roku była związana z Wojewódzką Przychodnią Dermatologiczną z Oddziałem Szpitalnym. Pracowała kolejno jako starszy asystent i kierownik Poradni Chorób Przenoszonych Drogą Płciową. Zdobyła specjalizację I i II stopnia w zakresie dermatologii i wenerologii. Także po przejściu na emeryturę pozostała aktywna zawodowo, pracowała w Spółdzielni Lekarskiej „Eskulap” i Niepublicznym ZOZ-ie E-Vita w Białymstoku. Mąż Jerzy też był lekarzem, chirurgiem ortopedą, lekarzami są również córka i syn. Hobby: turystyka.



WANDA SZCZĘŚNIAK

Wanda Szczęśniak urodziła się 27 stycznia 1936 roku. Pierwsze lata życia spędziła na wsi, w Białymstoku mieszka od 1947 roku. Wychowała się w licznej rodzinie – miała siedmioro rodzeństwa. Po przeprowadzce do Białegostoku kontynuowała naukę w szkole podstawowej i średniej, a następnie ukończyła Akademię Medyczną.

Przez wiele lat pracowała w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym (także w przychodni), pozostała aktywna zawodowo aż do przejścia na emeryturę w 1996 roku. W trakcie swojej pracy podejmowała również okresowe zastępstwa w innych placówkach medycznych. W 1967 roku uzyskała specjalizację I stopnia, a w 1973 roku – II stopnia z laryngologii. W swej wieloletniej pracy poświęciła się opiece nad pacjentami, a także stale się doskonaliła zawodowo. Jest matką dwóch córek – jednej związanej z medycyną, drugiej z naukami humanistycznymi – oraz babcią pięciorga wnucząt i dwojga prawnucząt.



JAN URBAN

Jan Urban jest absolwentem Akademii Medycznej w Białymstoku, którą ukończył w 1960 roku. Z białostocką uczelnią medyczną związał praktycznie całe swoje życie zawodowe – od 1960 do 2007 roku. Pracował w Klinice Położnictwa i Patologii Ciąży. Zdobył specjalizację I i II stopnia, a następnie przechodził kolejne etapy kariery akademickiej – uzyskał stopień doktora nauk medycznych, doktora habilitowanego oraz tytuły profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego. Był promotorem sześciu doktorów nauk medycznych, uczestniczył także w przewodach habilitacyjnych. Jest autorem lub współautorem około 120 prac naukowych publikowanych w czasopismach krajowych i zagranicznych. Jako lekarz zajmował się nowoczesnymi metodami oceny stanu płodu. Za swoją wieloletnią działalność zawodową, naukową i dydaktyczną został odznaczony m.in. Krzyżem Kawalerskim i Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski.



**TEGOROCZNYM JUBILATOM SKŁADAMY
WYRAZY NAJWYŻSZEGO SZACUNKU
I WDZIĘCZNOŚCI ZA LATA PRACY
NA RZECZ PACJENTÓW I CAŁEGO ŚRODOWISKA
MEDYCZNEGO. ŻYCZYMY ZDROWIA,
SPOKOJU, RODZINNEGO CIEPŁA
ORAZ WIELU KOLEJNYCH LAT WYPEŁNIONYCH
ŻYCZLIWOŚCIĄ I POCZUCIEM DUMY
Z POZOSTAWIONEGO DOROBKU.**

AD MULTOS ANNOS!

MS



KOMISJA DS. LEKARZY EMERYTÓW I RENCISTÓW ORL ZAPRASZA NA:

POŻEGNANIE LATA

**Spotkanie integracyjne
zaplanowane jest w Tykocinie
na 19.09.2026 r.**

UWAGA!

Osoby zainteresowane mogą zgłaszać się
do kol. Marii Karpiuk, tel. 697 089 700.

OSTATNIE WOLNE MIEJSCA!



PYTANIE DO EKSPERTA

NAPISZ DO REDAKCJI

W tej rubryce chcemy odpowiadać na Państwa pytania, dotyczące kwestii związanych z zawodem lekarza i lekarza dentysty, ze służbą zdrowia i zmieniającymi się przepisami prawnymi.

Jeżeli macie Państwo pytanie - napiszcie do nas:

verbum-medicum@hipokrates.org

Postaramy się znaleźć odpowiedniego specjalistę, aby wyczerpująco udzielił odpowiedzi.

red.

ANKIETA

JAK OCENIASZ PRACĘ OIL W BIAŁYMSTOKU?

Na stronie białostockiej OIL - oilbialystok.org - dostępna jest ankieta na temat oceny działalności Izby.

Ankieta jest bardzo krótka, składa się z zaledwie czterech pytań:

1. W jakiej sprawie byli Państwo w Okręgowej Izbie Lekarskiej?
2. Jak zadowoleni jesteście Państwo ze sposobu, w jaki zajęto się Państwa problemem?
3. Co w Państwa ocenie można zmienić przy obsłudze?
4. Co jeszcze możemy dla Państwa zmienić?

Ankiety można pobrać ze strony, wypełnić, wydrukować i przynieść do biura OIL lub wypełnić i wysłać online.

Zachęcamy do podzielenia się opinią dotyczącą pracy biura OIL w Białymstoku. Pozwoli to lepiej ocenić jakość obsługi lekarzy i lekarzy dentystów oraz wskaże obszary, które wymagają usprawnienia. Ankieta jest anonimowa, a jej wypełnienie zajmie tylko kilka minut.

red.

SUKCESY NA XXI MISTRZOSTWACH POLSKI LEKARZY W PŁYWANIU

W dn. 23–25 kwietnia 2026 roku w Dębicy odbyły się XXI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Pływaniu.

Na 50-metrowej pływalni z elektronicznym pomiarem czasu zaprezentowała się reprezentacja OIL

z Białegostoku. Zatriumfowała m.in. w sztafecie mieszanej (lek. Michał Piskor, lek. Anna Maria Modzelewska, lek. Katarzyna Giedzicz oraz lek. Mikołaj Szaryński), zajmując 1. miejsce z czasem 1:57,13!

W sztafecie kobiet bardzo dobrze zaprezentowały się również zawodniczki (lek. dent. Anna Jakubowska, lek. Marta Dyszkiewicz, lek. Anna Maria Modzelewska oraz lek. Katarzyna Giedzicz), plasując się na 4. miejscu.

A oto poszczególne wyniki naszych zawodników:

- Katarzyna Giedzicz, debiutując w kategorii A, wygrała konkurencję 200 m stylem klasycznym oraz zajęła 3. miejsce na 100 m stylem klasycznym. Wystartowała również na dystansach 50 m stylem klasycznym, dowolnym i motylkowym, a także 100 m stylem dowolnym.
- Anna Maria Modzelewska startowała na dystansach 800 m stylem dowolnym, 100 m stylem dowolnym i klasycznym, a także 50 m stylem dowolnym, motylkowym i klasycznym. Szczególnie udany był jej start na 50 m stylem klasycznym, w którym zajęła 3. miejsce.
- Michał Piskor, startując w kategorii A, zdobył 3. miejsce na 100 m stylem motylkowym. Ponadto rywalizował na 200 m stylem zmiennym oraz na 50 m stylem grzbietowym, motylkowym i dowolnym.
- Mikołaj Szaryński w kategorii A wygrał konkurencję 50 m stylem klasycznym. Zajął także 2. miejsce na 100 m i 200 m stylem klasycznym oraz 3. miejsce na 400 m stylem dowolnym i 50 m stylem motylkowym. Wystartował również na 100 m stylem dowolnym.
- Anna Jakubowska w kategorii E zdominowała swoje konkurencje. Zajęła 1. miejsce na 100 m stylem dowolnym, 50 m stylem klasycznym, 200 m stylem zmiennym, 100 m stylem grzbietowym, 50 m stylem grzbietowym, 200 m stylem dowolnym oraz 100 m stylem klasycznym.



- Marta Dyszkiewicz reprezentowała OIL w Białymstoku w konkurencjach indywidualnych oraz w sztafecie kobiecej. Wystartowała m.in. na dystansach 800 m, 400 m i 200 m stylem dowolnym oraz 50 m stylem motylkowym. Była także członkinią sztafety kobiecej, która zajęła 4. miejsce.

BRAŹ NA XXIV MISTRZOSTWACH POLSKI LEKARZY W SZACHACH

W dn. 28–31 maja 2026 roku w Sielpi Wielkiej w województwie świętokrzyskim rozegrano XXIV Mistrzostwa Polski Lekarzy i Rodzin Lekarskich w szachach, które odbywają się – z przerwą w związku z katastrofą smoleńską, a następnie z pandemią COVID-19 – od 2001 roku. Trzeci raz uczestniczył w nich kol. Marcin Filimoniuk.

W turnieju szachów błyskawicznych (Blitz; P5; w tempie 4 minuty + 3 dodatkowe sekundy za każdy wykonany ruch), rozgrywanym systemem kołowym (tzn. każdy z każdym) na dystansie 17 rund,

brało udział 17 lekarzy z całej Polski, reprezentujących 8 izb lekarskich. Nasz reprezentant stanął na podium – zajął 3. miejsce!

Natomiast w turnieju szachów szybkich (Rapid; P15; w tempie 12 minut + 5 dodatkowych sekund za każdy wykonany ruch), rozgrywanym systemem szwajcarskim na dystansie 13 rund, brało udział 24 lekarzy z 10 izb lekarskich. Marcin Filimoniuk był 5. Jednocześnie w tym turnieju była prowadzona klasyfikacja drużynowa izb lekarskich, brano pod uwagę wyniki turnieju szachów szybkich trzech najlepszych zawodników z danej izby lekarskiej. Nasza izba – niestety reprezentowana tylko przez jednego zawodnika – zajęła 6. miejsce (na 10).

ZŁOTO NA XXXV MISTRZOSTWACH POLSKI LEKARZY W TENISIE ZIEMNYM

W dn. 4-7 czerwca 2026 roku we Wrocławiu odbyły się XXXV Mistrzostwa Polski Lekarzy w tenisie ziemnym, w których kol. Zdzisław Hrynkiewicz po raz siedemnasty wywalczył złoty medal. Pierwsze miejsce zdobył również w grze deblowej w parze z Andrzejem Bachurskim z Warszawy (wspólnie na zdjęciu dwie pary finałowe debla). Natomiast kol. Jerzy Talarczyk wywalczył dwa brązowe medale w obu kategoriach.



23. IGRZYSKA LEKARSKIE TUŻ, TUŻ...

Największa ogólnopolska lekarska impreza sportowa, czyli 23. Igrzyska Lekarskie, odbędą się w tym roku ponownie nad polskim morzem, na terenie Centralnego Ośrodka Sportu w Cetniewie, w terminie 26-30 sierpnia 2026 roku. Mogą w nich wziąć udział lekarze, lekarze dentyści oraz studenci kierunków lekarskich. W programie rywalizacje w dyscyplinach indywidualnych i drużynowych: nordic (beach) walking, badminton, pływanie, siatkówka plażowa i halowa, koszykówka, lekka atletyka, brydż, piłka nożna, tenis ziemny i stołowy, trójbój siłowy, cross country, kolarstwo górskie i szosowe, pływanie, golf, triathlon oraz strzelectwo. A do tego cały wachlarz imprez towarzyszących.

Szczegółowe informacje, program oraz zapisy na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej: <https://nil.org.pl/dla-lekarzy/nadchodzace-wydarzenia-medyczne/igrzyska-lekarskie>.

Przypominamy, że lekarze sportowcy reprezentujący białostocką Okręgową Izbę Lekarską w różnych lekarskich rywalizacjach sportowych mogą ubiegać się o dofinansowanie do wyjazdów. Zachęcamy do aktywnego udziału w przyszłych wydarzeniach sportowych!

PRO MEMORIA



W DRUGIM KWARTALE 2026 ROKU ODESZLI:

- † **Lek. Bożena Spiławska**, absolwentka Akademii Medycznej w Białymstoku z 1977 roku, specjalista anestezjologii i intensywnej terapii. Zmarła 20.04.2026 roku w wieku 73 lat.
- † **Dr hab. n. med. Waldemar Famulski**, absolwent Akademii Medycznej w Białymstoku z 1981 roku, specjalista patomorfologii. Zmarł 19.04.2026 roku w wieku 70 lat.
- † **Dr n. med. Alicja Ryta Smolińska**, absolwentka Akademii Medycznej w Białymstoku z 1977 roku, specjalista neurologii. Zmarła 19.04.2026 roku w wieku 74 lat.
- † **Lek. Józef Stefan Rybak**, absolwent Akademii Medycznej w Białymstoku z 1975 roku, specjalista chirurgii ogólnej, specjalista chirurgii szczękowej. Zmarł 6.05.2026 roku w wieku 75 lat.

† **Dr hab. n. med. Wiesław Zarzycki**, zmarł 30.05.2026 roku w wieku 75 lat.

† **Prof. dr hab. n. med. Janina Danuta Piotrowska-Jastrzębska**, absolwentka Akademii Medycznej w Białymstoku z 1967 roku, specjalista pediatrii. Zmarła 9.06.2026 roku w wieku 82 lat.

† **Dr n. med. Krzysztof Bandzul**, absolwent Akademii Medycznej w Białymstoku z 2007 roku, specjalista okulistyki. Zmarł 14.06.2026 roku w wieku 44 lat.

Rodzinom i Przyjaciółom
składamy wyrazu głębokiego współczucia.

Uchwały z posiedzenia ORL w dniu 8 kwietnia 2026 roku:

- w sprawie kierowania Delegaturą OIL w Łomży - Uchwała Nr 1/2026/X;
- w sprawie kierowania Delegaturą OIL w Suwałkach - Uchwała Nr 2/2026/X;
- w sprawie upoważnienia Prezydium ORL do działania w imieniu ORL - Uchwała Nr 3/2026/X;
- w sprawie upoważnienia do składania oświadczeń w imieniu OIL - Uchwała Nr 4/2026/X;
- w sprawie upoważnienia do składania podpisów na dokumentach bankowych - Uchwała Nr 5/2026/X;
- w sprawie pełnienia funkcji pracodawcy - Uchwała Nr 6/2026/X;
- w sprawie powołania komisji ORL - Uchwała Nr 7/2026/X;
- w sprawie zatrudnienia Prezesa ORL - Uchwała Nr 8/2026/X;
- w sprawie wynagrodzenia niektórych osób funkcyjnych ORL - Uchwała Nr 9/2026/X;
- w sprawie powołania mediatora - Uchwała Nr 10/2026/X;
- w sprawie powołania Rzecznika Praw Lekarza - Uchwała Nr 11/2026/X;
- w sprawie złożenia oświadczenia w sprawie o zatwierdzenie projektu budowlanego i wydanie pozwolenia na budowę - Uchwała Nr 12/2026/X;
- w sprawie zwrócenia się z wnioskiem o zmianę miejscowego planu zagospodarowania przestrzennego - Uchwała Nr 13/2026/X;
- w sprawie konkursu na stanowisko dyrektora Biura OIL - Uchwała Nr 14/2026/X;
- w sprawie konkursu na stanowisko pełnomocnika do spraw komunikacji OIL - Uchwała Nr 15/2026/X;
- w sprawie zgłoszenia kandydatury do udziału w pracach sekcji specjalistycznej Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów - Uchwała Nr 17/2026/X;
- w sprawie wytypowania przedstawiciela do komisji konkursowej w Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Łomży - Uchwała Nr 18/2026/X;
- w sprawie wytypowania przedstawiciela do komisji konkursowej w Specjalistycznym Psychiatrycznym SPZOZ w Suwałkach - Uchwała Nr 19/2026/X;
- w sprawie rekomendacji kandydatury na stanowisko konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie chirurgii klatki piersiowej - Uchwała Nr 20/2026/X;
- w sprawie spełnienia warunków przez podmiot leczniczy do prowadzenia stażu podyplomowego lekarza: Perio Dental Clinic dr Jagoda Z. Tomaszuk - Uchwała Nr 21/2026/X;
- ZOZ „Medica” Sp. z o.o. Przychodnia Lekarska - Uchwała Nr 22/2026/X;
- w sprawie rezygnacji z członka Kolegium Redakcyjnego Biuletynu OIL - Uchwała Nr 23/2026/X;
- w sprawie rezygnacji z funkcji przedstawiciela OIL w Społecznej Radzie Podlaskiego Oddziału NFZ - Uchwała Nr 24/2026/X;
- w sprawie zwolnienia Fundacji Hospicjum Proroka Eliasza z opłaty za wydanie opinii dotyczącej pilotażu „Profesjonalna stacja opieka paliatywna wg nowych kryteriów, program prowadzony w 4 powiatach: hajnowskim, bielskim, wysokomazowieckim i siemiatyckim” - Uchwała Nr 25/2026/X;
- w sprawie wydatkowania środków finansowych z budżetu Komisji ds. Młodych Lekarzy ORL - Uchwała Nr 26/2026/X;
- w sprawie powołania Zespołu ds. Inwestycji na okres X kadencji - Uchwała Nr 16/2026/X;
- w sprawie udzielenia odprawy pośmiertnej - od Uchwały Nr 27/2026/X do Uchwały Nr 29/2026/X;
- w sprawie przyznania jednorazowego świadczenia z tytułu urodzenia dziecka - od Uchwały Nr 30/2026/X do Uchwały Nr 40/2026/X;

- w sprawie dofinansowania szkoleń - od Uchwały Nr 41/2026/X do Uchwały Nr 52/2026/X;
- w sprawie składów członkowskich - od Uchwały Nr 53/2026/X do Uchwały Nr 60/2026/X;
- w sprawie zakupu nowego serwera oraz komputera klasy PC - Uchwała Nr 61/2026/X;
- w sprawie przeglądu technicznego budynku - Uchwała Nr 62/2026/X;
- w sprawie powołania Zespołu ds. organizacji remontu siedziby Delegatury OIL w Łomży - Uchwała Nr 63/2026/X.

Uchwały z posiedzenia prezydium ORL w dniu 22 kwietnia 2026 roku:

- w sprawie terminarza posiedzeń - Uchwała Nr 1/2026/X/P;
- w sprawie wyrażenia zgody na udzielenie pełnomocnictwa do podpisania umowy zlecenia na pełnienie funkcji Skarbnika ORL - Uchwała Nr 2/2026/X/P;
- w sprawie wyrażenia zgody na rozwiązanie umowy o pracę za porozumieniem stron - Uchwała Nr 3/2026/X/P;
- w sprawie wyrażenia zgody na zawarcie aneksu do umowy - Uchwała Nr 4/2026/X/P;
- w sprawie zapytania ofertowego na świadczenie porad prawnych członkom OIL w Białymstoku - Uchwała Nr 5/2026/X/P;
- w sprawie objęcia patronatem honorowym akcji „Zdrowie pod Kontrolą” Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA-Poland Oddział Białystok - Uchwała Nr 6/2026/X/P;
- w sprawie objęcia patronatem honorowym VIII Konferencji Naukowo-Szkoleniowej PTN - Uchwała Nr 7/2026/X/P;
- w sprawie wsparcia finansowego jubileuszu 50-lecia Kliniki Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii z Pododdziałem Kardiologii UDSK w Białymstoku - Uchwała Nr 8/2026/X/P;
- w sprawie rezygnacji z funkcji Rzecznika Prasowego ORL - Uchwała Nr 9/2026/X/P;
- w sprawie powołania Redakcji Biuletynu - Uchwała Nr 10/2026/X/P;
- w sprawie pokrycia kosztów udziału kol. R. Kucharskiego w Ogólnopolskim Zjeździe Komisji Młodych Lekarzy w Łodzi - Uchwała Nr 11/2026/X/P;
- w sprawie udostępnienia bezpłatnie sali konferencyjnej i klubu lekarza - Uchwała Nr 12/2026/X/P;
- w sprawie upoważnienia do podpisania umowy z Ministrem Zdrowia - Uchwała Nr 13/2026/X/P;
- w sprawie opłacenia faktury za zakup laptopa - Uchwała Nr 14/2026/X/P;
- w sprawie zakupu laptopa wraz z oprogramowaniem - Uchwała Nr 15/2026/X/P;
- w sprawie wydatkowania środków finansowych z budżetu Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej - Uchwała Nr 16/2026/X/P;
- w sprawie wydatkowania środków finansowych z budżetu Okręgowego Sądu Lekarskiego - Uchwała Nr 17/2026/X/P;
- w sprawie wydatkowania środków finansowych z budżetu Komisji Kształcenia - Uchwała Nr 18/2026/X/P;
- w sprawie wydatkowania środków finansowych z budżetu Komisji Kultury - od Uchwały Nr 19/2026/X/P do Uchwały Nr 24/2026/X/P;
- w sprawie wydatkowania środków finansowych z budżetu Komisji Sportu - od Uchwały Nr 25/2026/X/P do Uchwały Nr 30/2026/X/P;
- w sprawie wypłacenia jednorazowego świadczenia z tytułu narodzin dziecka - od Uchwały Nr 31/2026/X/P do Uchwały Nr 39/2026/X/P;
- w sprawie dofinansowania szkolenia lekarzy - od Uchwały Nr 40/2026/X/P do Uchwały Nr 45/2026/X/P;

- w sprawie nagród jubileuszowych - od Uchwały Nr 46/2026/X/P do Uchwały Nr 70/2026/X/P.

Uchwały z posiedzenia Prezydium ORL w dniu 6 maja 2026 roku:

- w sprawie wytypowania przedstawiciela do komisji konkursowej na stanowiska Pielęgniarki Oddziałowej/Pielęgniacza Oddziałowego Pionu Noworodkowego Szpitala Wojewódzkiego w Łomży - Uchwała Nr 71/2026/X/P;

- w sprawie wyrażenia zgody na przedłużenie umowy najmu pokoju gościnnego na miesiąc czerwiec 2026 r. na dotychczasowych warunkach - Uchwała 72/2026/X/P;

- w sprawie wytypowania przedstawiciela do uczestnictwa w posiedzeniach Rady POW NFZ w charakterze obserwatora - Uchwała Nr 73/2026/X/P;

- w sprawie pokrycia kosztów wyjazdu pracowników na spotkanie szkoleniowo-integracyjne pracowników izb lekarskich organizowane przez Lubelską Izbę Lekarską, które odbędzie się w Nałęczowie - Uchwała Nr 74/2026/X/P;

- w sprawie spełnienia warunków przez podmiot leczniczy do prowadzenia stażu podyplomowego lekarza: Bogdan Jerzy Dąbrowski NZOZ „STOMATOLOGIA RODZINNA” - do wyjaśnienia, wystosować pismo z zapytaniem o opiekuna stażu wraz z dopełnieniem obowiązku doskonalenia zawodowego,

Periodontologia Anna Skurska - Uchwała Nr 75/2026/X/P;

- w sprawie pokrycia kosztów noclegu na KZL - Uchwała Nr 76/2026/X/P;

- w sprawie wydatkowania środków finansowych na projekt i wyposażenie patio - Uchwała Nr 78/2026/X/P;

- w sprawie wydatkowania środków finansowych z budżetu Komisji ds. Młodych Lekarzy - Uchwała Nr 79/2026/X/P;

- w sprawie wydatkowania środków finansowych z budżetu Komisji Stomatologicznej - Uchwała Nr 80/2026/X/P;

- w sprawie zwolnienia z opłacania składek członkowskich - od Uchwały Nr 82/2026/X/P do Uchwały Nr 87/2026/X/P;

- w sprawie wypłacenia jednorazowego świadczenia z tytułu narodzin dziecka - od Uchwały Nr 88/2026/X/P do Uchwały Nr 90/2026/X/P;

- w sprawie dofinansowania szkolenia lekarzy - od Uchwały Nr 91/2026/X/P do Uchwały Nr 94/2026/X/P;

Uchwały z posiedzenia Prezydium ORL w dniu 20 maja 2026 roku:

- w sprawie pokrycia kosztów wyjazdu na KZL - Uchwała Nr 95/2026/X/P;

- w sprawie wytypowania przedstawiciela do komisji konkursowej na stanowisko Pielęgniarki Naczelnej w SPZOZ w Augustowie - Uchwała Nr 96/2026/X/P;

- w sprawie darowizny na Fundację Na Rzecz Pomocy Dzieciom z Grodzieńszczyzny - Uchwała Nr 97/2026/X/P;

- w sprawie zawarcia umowy na wyposażenie patio oraz na wypłacenie zaliczki - Uchwała Nr 98/2026/X/P;

- w sprawie wydatkowania środków finansowych z budżetu Komisji ds. Młodych Lekarzy - Uchwała Nr 99/2026/X/P;

- w sprawie wydatkowania środków finansowych z budżetu Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów - Uchwała Nr 100/2026/X/P;

- w sprawie rozwiązania za porozumieniem stron umowy na udzielanie porad prawnych członkom OIL w Białymstoku - Uchwała Nr 101/2026/X/P;

- w sprawie zawarcia umowy na udzielanie porad prawnych członkom OIL w Białymstoku - Uchwała Nr 102/2026/X/P;

- w sprawie spełnienia warunków przez podmiot leczniczy do prowadzenia stażu podyplomowego Lekarza (Bogdan Jerzy Dąbrowski NZOZ „STOMATOLOGIA RODZINNA”) - Uchwała Nr 103/2026/X/P;

- w sprawie wydatkowania środków finansowych z budżetu Komisji Kultury - Uchwała Nr 104/2026/X/P;

- w sprawie składek członkowskich - od Uchwały Nr 105/2026/X/P do Uchwały Nr 106/2026/X/P;

- w sprawie uchylenia uchwały Nr 84/2026/X/P w sprawie zwolnienia z opłacania składki - Uchwała Nr 107/2026/X/P;

- w sprawie uchylenia uchwały Nr 85/2026/X/P oraz odmowy umorzenia zaległości w opłacaniu składek na rzecz Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku - Uchwała Nr 108/2026/X/P;

- w sprawie wpłacenia odpłaty pośmiertnej - Uchwała Nr 109/2026/X/P;

- w sprawie wypłacenia jednorazowego świadczenia z tytułu narodzin dziecka - od Uchwały Nr 110/2026/X/P do Uchwały Nr 112/2026/X/P;

- w sprawie dofinansowania szkolenia lekarzy - od Uchwały Nr 113/2026/X/P do Uchwały Nr 123/2026/X/P.

Uchwały z posiedzenia Prezydium ORL w dniu 3 czerwca 2026 roku:

- w sprawie wyznaczenia I Wiceprezesa do pełnienia funkcji na czas nieobecności Prezesa ORL - Uchwała Nr 124/2026/X/P;

- w sprawie zakupu sprzętu multimedialnego - Uchwała Nr 125/2026/X/P;

- w sprawie zatrudnienia głównej księgowej - Uchwała Nr 126/2026/X/P;

- w sprawie zmiany uchwały Nr 11/2026/X/P w sprawie pokrycia kosztów wyjazdu - Uchwała Nr 127/2026/X/P;

- w sprawie wytypowania kandydata na członka wojewódzkiego zespołu koordynacji do spraw polityki umiejętności kadencja 2026-2031 - Uchwała Nr 128/2026/X/P;

- w sprawie wydatkowania środków finansowych z budżetu Działu Rejestru i Praw Wykonywania Zawodu Lekarza - Uchwała Nr 129/2026/X/P;

- w sprawie wydatkowania środków finansowych z budżetu Komisji ds. Lekarzy Rodzinnych - Uchwała Nr 130/2026/X/P;

- w sprawie wydatkowania środków finansowych z budżetu Komisji Sportu na dofinansowanie udziału w imprezie sportowej - od Uchwały Nr 131/2026/X/P do Uchwały Nr 133/2026/X/P;

- w sprawie wydatkowania środków finansowych z budżetu Komisji Sportu - wydatkowanie środków na dofinansowanie aktywności sportowych w trakcie konferencji „Pacjent w szpitalnym oddziale ratunkowym” - Uchwała Nr 134/2026/X/P;

- w sprawie objęcia patronatem konferencji „Niezbędnik Kardiologiczny dla Lekarzy Praktyków” oraz dofinansowania organizacji konferencji - Uchwała Nr 135/2026/X/P;

- w sprawie wypłacenia odpłaty pośmiertnej - od Uchwały Nr 137/2026/X/P do Uchwały Nr 138/2026/X/P;

- w sprawie wypłacenia jednorazowego świadczenia z tytułu narodzin dziecka - od Uchwały Nr 139/2026/X/P do Uchwały Nr 146/2026/X/P;

- w sprawie dofinansowania szkolenia lekarzy - od Uchwały Nr 147/2026/X/P do Uchwały Nr 157/2026/X/P;

- w sprawie opłacenia faktury 91/2026 przewozu egzemplarzy informatora o uzależnieniach wśród lekarzy - Uchwała Nr 158/2026/X/P;

- w sprawie zwolnienia z opłacania składki - od Uchwały Nr 159/2026/X/P do Uchwały Nr 162/2026/X/P;

- w sprawie wyrażenia zgody na zmianę porozumienia - Uchwała Nr 163/2026/X/P.

SZCZEGÓŁOWA TREŚĆ UCHWAŁ
DOSTĘPNA JEST W BIURZE OIL.

Ośrodek Konferencyjno-Szkoleniowy w Turośni Kościelnej NA SPRZEDAŻ!



OKRĘGOWA RADA LEKARSKA W BIAŁYMSTOKU INFORMUJE O SPRZEDAŻY OŚRODKA KONFERENCYJNO-SZKOLENIOWEGO POŁOŻONEGO W TUROŚNI KOŚCIELNEJ

Rodzaj nieruchomości: nieruchomość zabudowana budynkiem ośrodka konferencyjno-szkoleniowego

Położenie: ul. Wysokie 3A, 18-106 Turośń Kościelna

Nr ewidencyjny działki: 1135/5

Powierzchnia nieruchomości: 1,0267 ha

Powierzchnia użytkowa budynku: 1829,73 m²

Dodatkowe informacje: sala konferencyjna o pow. 220 m² (ok. 200 miejsc), sala seminaryjna o pow. 60 m² (ok. 50 miejsc), 24 pokoje hotelowe, zaplecze kuchenne, recepcja

Szczegółowych informacji udziela:
Jerzy Gryko – dyrektor Biura OIL, tel. 605 683 511



Praca dla lekarzy dentystów

Lecz. Edukuj. Inspiruj.
Zmieniaj dziecięce uśmiechy na lepsze.

Agenci Uśmiechu to ogólnopolski model bezpłatnej opieki stomatologicznej dla dzieci, realizowany w nowoczesnych gabinetach, tworzonych we współpracy ze szkołami, samorządami i rodzicami.

Naszym celem jest realny dostęp dzieci do profilaktyki i leczenia stomatologicznego – blisko miejsca nauki, bez zbędnych barier i w atmosferze, która pomaga budować dobre skojarzenia z wizytą u dentysty.

Do naszego zespołu szukamy lekarzy dentystów, którzy chcą pracować z dziećmi, rozwijać się zawodowo i mieć poczucie, że ich praca ma konkretny sens społeczny.

Co oferujemy

- atrakcyjne i stabilne warunki współpracy,
- elastyczny model pracy,
- nowoczesne, dobrze wyposażone gabinety,
- wsparcie organizacyjne i administracyjne,
- pracę w przyjaznym zespole,
- możliwość rozwoju w obszarze stomatologii dziecięcej.

Aplikacje i pytania prosimy kierować na adres:
rekrutacja@stardentalgroup.pl

