



BIULETYN OKRĘGOWEJ IZBY
LEKARSKIEJ W BIAŁYMSTOKU

wrzesień – listopad 2026, nr 7(159)
ISSN 1233-1449

Verbum MEDICUM

DEZINFORMACJA MEDYCZNA – gdy fałszywa informacja staje się czynnikiem ryzyka zdrowotnego



NOWI CZŁONKOWIE OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W BIAŁYMSTOKU
OD POLSKI B DO EUROPEJSKIEGO POZIOMU



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-
Żeleznikowicz
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
Władysław Smirnow
tel. 85 732 19 35
e-mail: wladyslaw.smirnow@oilbialystok.pl

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 Pędziniński
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:
prof. dr hab. n. med. Anna Zalewska,
lek. Natalia Sot-Muszyńska,
prof. dr hab. n. med. Jerzy Konstantynowicz,
prof. dr hab. n. med. Jerzy Robert Ładny,
lek. Paweł Pecuszek,
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:
Magdalena Muskała, Małgorzata
Sadłowska-Suprun, Paweł Pecuszek,
Ewa Tyszcza, „Medyk Białostocki”, USK
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.

SPIS TREŚCI

- 4 **WYJAZDOWE POSIEDZENIA**
Natalia Sot-Muszyńska
- 4 **NOWI CZŁONKOWIE OIL
W BIAŁYMSTOKU**
- 5 **NOWY ROK W ABECADLE**
- 5 **GDY WOJNA TUŻ ZA ROGIEM...**
- 6 **DWA PATENTY DLA LEKARZY
DENTYSTÓW Z UMB**
Anna Zalewska
- 7 **PORADNIK DLA LEKARZY
DENTYSTÓW**
Anna Zalewska
- 7 **ŁOMŻYŃSKA DELEGATURA
PO LIFTINGU**
- 8 **NOWY ETAP,
NOWE WYZWANIA**
rozmowa z Władysławem Smirnow
- 10 **DEZINFORMACJA MEDYCZNA –
gdy fałszywa informacja staje się
czynnikiem ryzyka zdrowotnego**
Małgorzata Chlabicz
- 14 **MÓJ PIERWSZY DYŻUR**
Rafał Kucharski
- 16 **NAGRODA NOBLA Z MEDYCYNY
W ROKU 2026**
Włodzimierz Buczek
- 17 **TO JUŻ PÓŁ ROKU X KADENCJI**
Małgorzata M. Topolska
- 20 **OD POLSKI B DO
EUROPEJSKIEGO POZIOMU**
Katarzyna Malinowska-Olczyk
- 23 **UNIKATOWE RECEPTURY
PRODUKCJI PENICYLINY
W MUZEUM UMB**
Magdalena Muskała
- 24 **O PTAKACH TO I OWO,
O FOTOGRAFII – FACHOWO**
wystawa Zbigniewa Mazurkiewicza
- 25 **„OGNOZJA”**
wystawa Tomasza Kukawskiego
- 26 **NIE MILIONERZY, LECZ LEKARZE**
Agnieszka Gniotek
- 27 **GALERIA JEDNEGO OBRAZU**
Jerzy Konstantynowicz
- 28 **OGRANICZENIA I LIMITY –
projekt nowych przepisów
o czasie pracy lekarzy**
adw. Anna E. Olesiuk
- 29 **SENIORZY**
- 32 **SPORT**
- 34 **ZAPROSZENIA**
- 35 **WSPOMNIENIE**
- 35 **PRO MEMORIA**

Nie pozwólmy, by obecny kryzys nic nie zmienił

Wydarzenia ostatnich miesięcy, rozpoczęte aferą w Szpitalu Południowym w Warszawie, a skutkujące ofensywą legislacyjno-medialną wymierzoną w nasze środowisko, były szokiem dla nas wszystkich. Zrozumienie wielkości środowiska dotyczy regulacji wyceny procedur czy ucywilizowania zapisów dotyczących czasu pracy. Niestety, oprócz jakościowych zmian prawodawca wprowadza zmiany sprzyjające jawnej inwigilacji lekarzy i lekarzy oraz ograniczania wolności zawodowej. W związku z możliwym naruszeniem przepisów dotyczących danych wrażliwych, zawartych w tak zwanej ustawie PESEL-owej, Naczelna Rada Lekarska złożyła wnioski o kontrolę do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, Trybunału Konstytucyjnego oraz odpowiednich trybunałów unijnych - czekamy na ich orzecznictwo.

Problem, który pojawił się w obecnym roku, jest jednak głębszy niż tylko zmiany prawne. Narracja medialna, a szczególnie ta w social mediach, doprowadziła do zburzenia zaufania na linii lekarz-pacjent w skali nieobserwowanej być może nigdy wcześniej. Dodatkowo w czasie najgłębszego kryzysu doszło do tryumfu środowisk pseudomedycznych z powodu zawetowania przez prezydenta RP ustawy „lex szarlatan”. Czas spojrzeć analitycznie, czemu nasze środowisko, tak oddane akademickiemu podejściu naukowemu oraz etosowi judymowej pracy, w niewydolnym systemie ochrony zdrowia zostało zepchnięte do defensywy. Dlaczego opinia publiczna stała się przychylna szarlatanom, a my jesteśmy na cenzurowanym?

Dlatego, że zbyt długo udawaliśmy, że tak jak Syzyf możemy utrzymywać cały niewydolny system na swoich barkach, a pacjenci będą za to wdzięczni. Być może zapomnieliśmy, że dla społeczeństwa twarzą systemu nie jest minister zdrowia ani jakiegokolwiek urzędnik, tylko my sami. A skoro zgodziliśmy się na pracę na etacie lekarza, analityka NFZ, urzędnika ministerstwa, rejestratora medycznego jednocześnie (bo przecież tego wymaga się od nas na naszych stanowiskach pracy), to zabrakło nam tego, co mają do zaoferowania szarlatani - czasu z pacjentem.

Fenomen pseudomedycyny opiera się w zasadzie na dwóch rzeczach - sprzedaży fałszywej nadziei (tym będziemy się różnić zawsze) oraz ilości czasu, jaką szarlatani oferują zainteresowanym ich usługami. My czasu mamy zaś mało, ponieważ daliśmy sobie wmówić, że jesteśmy niezastąpieni na każdym szczeblu systemu. Państwa nie stać na asystenta medycznego? Nie ma problemu, będziemy zajmować się wypełnianiem ton dokumentów. Jak co roku brakuje pieniędzy na opiekę ambulatoryjną? To nic, przecież wizyty można skracać, żeby opanować kolejkę.

Powyższe przykłady można mnożyć. Efekt jest taki, że zamiast wdzięczności za ratowanie systemu pacjenci są coraz bardziej sfrustrowani brakiem czasu i zmęczeniem leczących ich medyków. A potem często kierują się do ludzi, którzy nie mają żadnych kompetencji, ale za to mają dość czasu, by poudawać, że jest inaczej. Być może jest to najwyższa pora, by powiedzieć dość i nie godzić się na dokładanie dodatkowych obowiązków w imię nie pogarszania kryzysu. I obserwować, czy bez judymowego poświęcenia świat się zawali. W mojej opinii się nie zawali. Będzie musiał się za to zreformować - na przykład wykształcić dodatkowy personel pomocniczy (co zapewni nowe miejsca pracy) oraz z informatyzować (na poziomie godnym XXI wieku). Winston Churchill podobno powiedział kiedyś: *Never let a good crisis go to waste*. I być może jest to światełko nadziei w środku naszej obecnej sytuacji. Być może to jest właśnie moment, aby zacząć debatę o tym, gdzie kończy się nasza rola w odpowiedzialności za niedomogi systemu, bo zaczyna brakować nam czasu na kontakt z chorym. Pacjenci na pewno to dostrzegą i docenią. My sami również.

dr n. med. Piotr Sietatycki
prezes ORL w Białymstoku



WYJAZDOWE POSIEDZENIA

Po raz pierwszy w historii naszej Izby odbyły się wyjazdowe posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej.

Pierwsze z nich - 19 sierpnia 2026 roku - miało miejsce w Suwałkach. W spotkaniu uczestniczył też gość zaproszony przez prezesa ORL, przedstawiciel młodych lekarzy z regionu, dr Juliusz Błażewicz. Najważniejsze uchwały podjęte przez prezydium dotyczyły m.in.: zatrudnienia prawnika do porad prawnych dla członków OIL, rozszerzenia zespołu redakcyjnego biuletynu OIL o przedstawiciela lekarzy dentyistów prof. dr hab. n. med. Annę Zalewską, wytypowania przedstawicieli do pracy w Komisji ds. Współpracy Międzynarodowej NRL i do komisji konkursowych na stanowiska pielęgniarek oddziałowych w Szpitalu Wojewódzkim w Suwałkach, objęcia patronatem jubileuszu 70-lecia Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA-Poland, spełnienia warunków przez podmiot leczniczy do prowadzenia stażu podyplomowego, wydatkowania środków finansowych z budżetu komisji: ds. Rejestru i Praw Wykonywania Zawodu, Stomatologicznej, ds. Młodych Lekarzy i Sportu.

Drugie wyjazdowe posiedzenie odbyło się 9 września 2026 roku w Łomży. Oprócz członków prezydium uczestniczył w nim również dr Maciej Makarewicz. Istotne uchwały podjęto w sprawie: zatrudnienia głównej księgowej na czas nieokreślony, zawiadomienia o popełnieniu przestępstwa, podpisania umowy na miejsca parkingowe, objęcia patronatem honorowym wydarzenia

III „Przegląd Pediatryczny” - Kongres Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, dofinansowania materiałów informacyjnych działalności statutowej Stowarzyszenia Przyjaciół Kardiochirurgii, wytypowania przedstawicieli do komisji konkursowych na stanowisko zastępcy ds. lecznictwa w Szpitalu Wojewódzkim w Łomży, pielęgniarki oddziałowej Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego w SPZOZ w Hajnówce oraz zastępcy dyrektora ds. lecznictwa w Szpitalu Ogólnym w Kolnie, przyznania nagród za osiągnięcie najlepszego wyniku Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego, wydatkowania środków finansowych z budżetu Komisji Kultury, Kształcenia i Sportu.

Treści uchwał podjętych przez Prezydium ORL, ORL oraz w przyszłości przez Okręgowy Zjazd Lekarzy znajdują w naszym Biuletynie Informacji Publicznej, który będziemy uzupełniać na bieżąco.

Natalia Sot-Muszyńska

Przekierowanie do Biuletynu Informacji Publicznej OIL w Białymstoku znajduje się w prawym dolnym rogu na głównej stronie izby: www.oilbialystok.pl (znaczek BIP).

NOWI CZŁONKOWIE OIL W BIAŁYMSTOKU

Ponad 180 lekarzy stażystów i lekarzy dentyistów stażystów uroczystie złożyło przyrzeczenie lekarskie i odebrało prawo wykonywania zawodu. W ten symboliczny sposób rozpoczęli swoją drogę zawodową.

Do niedawna prawo wykonywania zawodu w tak uroczystej formie otrzymywali z rąk prezesa ORL lekarze i lekarze dentyści. Obecne władze samorządu lekarskiego postanowiły podobnie uhonorować także tych, którzy dopiero rozpoczynają staż lekarski lub dentyistyczny.

Uroczystość odbyła się we wrześniu w sali konferencyjnej w Podlaskim Urzędzie Wojewódzkim. Wśród zaproszonych gości byli m.in. wojewoda Jacek Brzozowski, prof. dr hab. Janusz Dzieciół, prorektor ds. szpitali klinicznych i kształcenia podyplomowego UMB, oraz prof. dr hab. Tomasz Hryszko, dziekan Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Stomatologii. Przybyli także członkowie rodzin oraz przyjaciele młodych lekarzy.

- Stało się, otrzymaliście państwo prawo wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentyisty, w tym momencie z mocy ustawy jesteście członkami Okręgowej Izby Lekarskiej - powiedział Ryta Filipkowska, zastępcza sekretarza ORL i przewodnicząca

komisji ds. rejestru i prawa wykonywania zawodu, która przygotowała uroczystość. - Witamy was w gronie społeczności lekarskiej i życzymy wielu sukcesów w pracy zawodowej. A jeśli się stanie, że praca będzie waszą pasją, to znaczy, że jesteście szczęściarzami, bo nie ma nic wspanialszego, niż robić to, co się kocha.

Listy gratulacyjne oraz nagrody finansowe otrzymały dwie stażystki, które w tegorocznej sesji wiosennej najlepiej zdały Lekarski Egzamin Końcowy - Gabriela Sosnowska oraz Joanna Kielczewska.

Uroczystość uświetnił koncert chóru MediCoro pod dyktando prof. Bożenney Sawickiej.

Wszystkim lekarzom stażystom jeszcze raz serdecznie gratulujemy, życzymy spokojnej pracy i wielu sukcesów zawodowych.

MS

Na stronach 18-19 zamieszczamy fotorelację z tego wydarzenia.

NOWY ROK W ABECADLE

2 października Uniwersytet Medyczny w Białymstoku zainaugurował 76. rok akademicki. Naukę rozpoczęło ok. 6400 studentów (w tym prawie 400 na studiach anglojęzycznych), ponad 260 doktorantów, a pracę – 1000 nauczycieli akademickich.

- Ludzie są największym zasobem XXI wieku. A największym skarbem pozostanie krytyczne myślenie – powiedział podczas inauguracji prof. dr hab. n. med. Marcin Moniuszko, rektor uczelni. - Tego chcemy Was uczyć między innymi... Niestety za rzadko szukamy prawdy, łatwiej przychodzi nam szukanie potwierdzenia, że mamy rację, że jesteśmy w jakiejś grupie, bo szukamy akceptacji, uznania.

Uroczystość odbyła się w nowym budynku, w Centrum Dydaktyczno-Egzaminacyjnym Abecadło Medycyny przy ul. Szpitalnej, w okazałej Auli Medica, nowoczesnych i komfortowych wnętrzach mieszczących 600 osób.

To jedna z kilku nowych inwestycji UMB. W ostatnim czasie powstały także Centrum Bioinformatyki i Biostatystyki Klinicznej przy ul. Żelaznej oraz Centrum Pielęgniarstwa przy ul. Żurawiej. W Uniwersyteckim Dziecięcym Szpitalu Klinicznym budowany jest nowoczesny blok poradni specjalistycznych, a kolejna ogromna inwestycja to przebudowa i rozbudowa szpitala USK na Dojlidach. Trwa również budowa Centrum Dydaktyki Nauk Podstawowych przy ul. Mickiewicza, w planach jest powstanie nowego Centrum Stomatologii.



W tym roku uczelnia zanotowała rekordową rekrutację – zgłosiło się 14 700 osób (rok temu ok. 9250).

Nic w tym jednak dziwnego, gdyż – przypominamy – w tegorocznym rankingu Fundacji Edukacyjnej Perspektywy UMB uznany został za najlepszą polską uczelnię medyczną i 10. uczelnię akademicką w Polsce.

MS

GDY WOJNA TUŻ ZA ROGIEM...

Co robić w sytuacjach kryzysowych? Jak organizować pomoc medyczną i humanitarną? O tym m.in. rozmawiali uczestnicy spotkania „Działania kadry medycznej w sytuacji szczególnej”, które 6 października odbyło się w Podlaskim Urzędzie Wojewódzkim.

Adam Czuby, dyrektor Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego w PUW, mówił o głównych założeniach programu ochrony ludności i obrony cywilnej. Natomiast st. sierż. Marcin Korzeniewski z 1. Podlaskiej Brygady Obrony Pogranicza przypominał, jak jak reagować w sytuacjach kryzysowych. Rozmawiano także o organizacji pomocy humanitarnej i o zapewnieniu ciągłości działań ratowniczych. Nie obyło się bez przytaczania konkretnych przykładów z wojny na Ukrainie. Celem spotkania była bowiem wymiana wiedzy i doświadczeń.



Gospodarzem był Jacek Brzozowski, wojewoda podlaski. Okręgową Izbę Lekarską w Białymstoku reprezentował dr n. med. Piotr Sielatycki.

Więcej o tym, jak ma wyglądać pomoc medyczna w sytuacjach zagrożenia i wojny, napiszemy w kolejnym numerze „Verbum Medicum”.

MS

DWA PATENTY DLA LEKARZY DENTYSTÓW Z UMB

Przełom 2025 i 2026 roku przyniósł Uniwersytetowi Medycznemu w Białymstoku decyzje Urzędu Patentowego RP o udzieleniu dwóch patentów na innowacyjne rozwiązania medyczne. Opracowane technologie z zakresu stomatologii, farmacji oraz diagnostyki udarów mózgu stanowią istotny krok w stronę nowoczesnej, spersonalizowanej opieki nad pacjentem.

NOWATORSKI EMULŻEL W TERAPII SCHORZEŃ ŚLIZÓWKI (PAT. 247904)

Pierwszy z patentów chroni „Kompozycję farmaceutyczną o właściwościach mukoadhezyjnych oraz jej zastosowanie”. Wynalazek powstał w wyniku interdyscyplinarnej współpracy Zakładu Chorób Przyzębia i Błony Śluzowej Jamy Ustnej, Zakładu Farmacji Stosowanej oraz Zakładu Fizjologii UMB.

Opracowany nośnik w postaci emulżelu cechuje się wybitną zdolnością przylegania do błony śluzowej, co znacząco wydłuża czas ekspozycji leku w ognisku chorobowym. Badania kliniczne i przedkliniczne (m.in. w ramach programów B+R i Inkubatora Innowacyjności 4.0) potwierdziły wysoką skuteczność kompozycji w terapii fotodynamicznej u pacjentów z liszajem płaskim jamy ustnej (oral lichen planus) i miejscowym leczeniu kandydozy jamy ustnej.

Zespół autorski: prof. dr hab. Małgorzata Pietruska, dr hab. Magdalena Sulewska, dr hab. Emilia Szymańska, prof. dr hab. Katarzyna Winnicka, prof. dr hab. Marcin Baranowski oraz dr Joanna Potaś-Stobiecka.

ŚLINOWY BIOMARKER W DIAGNOSTYCE I RÓŻNICOWANIU UDARÓW MÓZGU (PAT. 249333)

Drugi patent przyznano za „Zastosowanie ślinowej oksydazy ksantynowej jako biomarkera w diagnozowaniu, różnicowaniu i ocenie neuropsychologicznej in vitro pacjentów z udarem mózgu”. Projekt zrealizowano we współpracy Zakładu Stomatologii Zachowawczej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Zakładu Higieny, Epidemiologii i Ergonomii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku i Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Technologia opiera się na nieinwazyjnym pomiarze aktywności enzymu naturalnie występującego w ślinie. Pozwala na szybkie i precyzyjne różnicowanie udaru niedokrwiennego od krwotocznego oraz ocenę stopnia zaburzeń poznawczych (łagodne vs. umiarkowane).

Metoda bazuje na powszechnie dostępnych technikach laboratoryjnych - nie wymaga kosztownej aparatury, co daje realne perspektywy na wdrożenie w diagnostyce szpitalnej, laboratoriach oraz w praktyce lekarza POZ.

Zespół autorski: prof. dr hab. Anna Zalewska (UMB), dr hab. Mateusz Maciejczyk (UMB) oraz prof. dr hab. Karolina Gerreth i prof. dr hab. Katarzyna Hojan (UMP).

Oba zgłoszenia zostały przekazane do procedowania w Europejskim Urzędzie Patentowym (EPO), co otwiera drogę do ochrony własności intelektualnej w skali europejskiej. Gratulujemy zespołom badawczym i życzymy szybkiej komercjalizacji wyników badań!

Anna Zalewska



PORADNIK DLA LEKARZY DENTYSTÓW

Zespół ds. staży podyplomowych Komisji Stomatologicznej Okręgowej Rady Lekarskiej w Białymstoku opracował kompleksowy poradnik dedykowany lekarzom denty stom rozpoczynającym staż podyplomowy *Poradnik lekarza stażysty*. Jest to bardzo praktyczne kompendium wiedzy, które ma ułatwić absolwentom kierunku lekarsko-dentystycznego płynne wejście w realia polskiego systemu ochrony zdrowia.

Poradnik krok po kroku przeprowadza młodego lekarza przez meandry procedur formalno-prawnych. W opracowaniu szczegółowo omówiono proces uzyskiwania prawa wykonywania zawodu, zasady prowadzenia karty stażu oraz aktualizację roli w systemie SMK. Dużym atutem opracowania jest przejrzyste rozpisanie programu stażu z podziałem na poszczególne dziedziny stomatologii, co ułatwia kontrolowanie realizacji wymaganych procedur medycznych.

W poradniku nie zabrakło również kluczowych informacji z zakresu prawa pracy, zasad wynagradzania, wymiaru czasu pracy oraz przysługujących lekarzom stażystom urlopów. Młodzi

dentyści znajdą tam również procedury związane z zakładaniem działalności leczniczej, jak również wskazówki dotyczące wzorów pieczętek lekarskich. Publikacja przypomina także o zasadach odpowiedzialności zawodowej i etyce lekarskiej. Poradnik jest bezpłatny i dostępny dla wszystkich członków izby i stanowi nieocenione wsparcie na początku ścieżki zawodowej.

Poradnik jest do pobrania: <https://oibialystok.pl/poradnik-lekarza-stazysty-praktyczne-wsparcie-na-poczatku-zawodowej-drogi-dla-lekarzy-dentystow/>

Anna Zalewska



ŁOMŻYŃSKA DELEGATURA PO LIFTINGU

Łomżyńska delegatura Okręgowej Izby Lekarskiej mieści się w zaadaptowanym przed laty trypokojowym mieszkaniu na parterze bloku przy ul. Kazańskiej 14/22. Systematycznie spotykają się w nim lekarze seniorzy, ostatnio odbyło się tam także wyjazdowe posiedzenie prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej.

W ubiegłym roku rozpoczął się duży remont delegatury. Wymienione zostały podłogi, odmalowano ściany we wszystkich pokojach i na korytarzu. W zabudowie kuchennej wymieniony został blat. Latem tego roku, w przerwie między sezonami grzewczymi, zamontowano także nowe grzejniki.

- Mamy teraz bardzo elegancką siedzibę - powiedział dr Waldemar Pędziński, kierownik delegatury w Łomży, nie kryjąc zadowolenia.

Aktualnie kończy się umeblowanie. Stoją już nowe krzesła, stół i kanapa, brakuje jeszcze kilku szaf i szafek.



PRZYPOMNIJMY:

Na co dzień w delegaturze urzęduje Ewa Tyszką, do której można zwracać się z różnymi lekarskimi sprawami. Natomiast seniorzy spotykają się w pierwszy i trzeci czwartek każdego miesiąca, w godz. 11-15. Delegatura w Łomży ma jednak zamiar znacznie bardziej się teraz uaktywnić i rozwijać swoją działalność. Plany już są, gdy zostaną zatwierdzone przez ORL, na pewno szczegółowo poinformujemy o tym na łamach naszego biuletynu.

MS

NOWY ETAP, NOWE WYZWANIA

Z Władysławem Smirnow,
dyrektorem biura Okręgowej
Izby Lekarskiej w Białymstoku,
rozmawia Małgorzata Sadłowska-Suprun



Od 1 września 2026 roku jest Pan dyrektorem biura Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku. To tylko kolejny etap w Pana bogatej karierze zawodowej czy jednak bardzo duże wyzwanie?

- Jedno i drugie. Wyzwanie, bo wcześniej nie pracowałem w środowisku samorządowym. Mam jednak wieloletnie doświadczenie w biznesie. A każda organizacja ma przecież swoje cele, strukturę, budżet i zadania. Różnica polega na tym, że izba jest organizacją non profit - jej celem nie jest zysk, ale służenie środowisku lekarskiemu.

Współpracował Pan już kiedyś z lekarzami?

- Tak. Przez wiele lat działałem w sektorze usług medycznych. Byłem współwłaścicielem sieci aptek, którą wspólnie z żoną rozwijaliśmy. Kilka lat temu wyszliśmy z tego biznesu. To doświadczenie daje mi dziś pewną wiedzę, którą mogę wykorzystać.

Jak wygląda nasza izba z perspektywy osoby, która właśnie zaczęła nią zarządzać?

- Moim zdaniem wymaga pewnego odświeżenia - zarówno organizacyjnego, jak i wizualnego. Świat wokół nas bardzo szybko się zmienia, podobnie jak przepisy i sposób funkcjonowania ochrony zdrowia. Organizacja musi za tym nadążać.

Co powinno zmienić się w pierwszej kolejności?

- Przede wszystkim efektywność pracy i sposób załatwiania spraw przez lekarzy. Ale zanim podejmę konkretne decyzje, muszę dokładnie poznać organizację. Mam już pewne spostrzeżenia i pomysły, ale nie chcę wyciągać pochopnych wniosków. Rozpocząłem też już konkretne działania i zmiany. Część z nich została sfinalizowana. Zostały też poczynione kroki w kierunku reorganizacji samego funkcjonowania izby, pracownicy urzędują na pierwszym piętrze. Drugie przeznaczone jest dla Sądu Lekarskiego, który

potrzebuje odpowiednich warunków, są tu także pokoje dla członków prezydium.

Zainicjowałem też inne bardzo ważne procesy w zakresie optymalizacji bieżących i - co wymaga podkreślenia - stałych, ponoszonych od dłuższego czasu przez izbę kosztów działalności. Obecnie trwają intensywne prace nad weryfikacją i modyfikacją funkcjonujących umów.

Będzie rewolucja?

- Raczej uporządkowanie i usprawnienie oraz istotny postęp. Nie ukrywam, że chętnie skorzystam z istniejących rozwiązań już sprawdzonych w innych izbach, ale pod jednym warunkiem, że będą one dopasowane i skrojone na nasze potrzeby, skalę i zakres działalności. Ale najpierw zaczyna się od drobnych rzeczy. Kiedy lekarz przychodzi do izby, powinien widzieć, że jest w miejscu, które reprezentuje ważną instytucję i środowisko lekarskie. Są sytuacje, kiedy tak zwane drobiazgi mają wpływ na pierwsze wrażenie, a co za tym idzie - odbiór całej instytucji.

No, ale to są sprawy wizerunkowo-organizacyjne, prowadzone na bieżąco, równolegle trwają prace nad innymi, o wiele bardziej priorytetowymi i ważnymi.

Czyli?

- Jednymi z ważniejszych tematów są sprawozdawczość i księgowość. Informacje finansowe powinny być dostępne znacznie szybciej niż obecnie. Jeżeli władze izby potrzebują wiedzieć, ile kosztuje utrzymanie konkretnego obiektu albo jaka jest aktualna sytuacja finansowa, nie powinno to wymagać wielogodzinnego przeszukiwania danych, tylko ma być gotowe w kilka minut.

Dlatego od nowego roku chcemy zmienić sposób prowadzenia księgowości, a przede wszystkim wprowadzić nowy plan kont. Chodzi o to, żeby zarządzający mieli dostęp do informacji w możliwie rzeczywistym czasie. Ważnym tematem rzeką są prace nad nowym budżetem, opartym na rzeczywistych dochodach

i wydatkach. Jako osoba mająca duże doświadczenie w planowaniu i tworzeniu budżetów, ze szczególnym uwzględnieniem planów inwestycyjnych, muszę przyznać, że obecny proces sporządzania budżetu wymaga istotnych zmian.

Czy to oznacza nowe miejsca pracy w izbie?

- Potrzebna jest dodatkowa osoba w księgowości, szczególnie ze względu na kadry i płace. Ważne jest też stworzenie systemu zastępstw. Nie może być tak, że nieobecność jednej osoby powoduje zatrzymanie całego procesu.

A możliwe są zwolnienia pracowników?

- Nie przewidyuję.

Lekarze chcą więcej spraw załatwiać elektronicznie, bez wychodzenia z domu czy z pracy.

- Szczególnie dla młodych lekarzy może to być bardzo dobre rozwiązanie. Trzeba jednak robić to z głową. Nie jestem zwolennikiem wprowadzania rozwiązań tylko po to, żeby móc powiedzieć: „Jesteśmy w XXI wieku”. Cyfryzacja musi rzeczywiście ułatwiać życie lekarzom. Trzeba też policzyć koszty i sprawdzić, czy efekt będzie wart poniesionych nakładów. Na pewno jednak e-Izba, czyli nowe rozwiązania teleinformatyczne, to jeden z moich priorytetów: archiwizacja wszystkich dokumentów, sprawna komunikacja wewnętrzna i zewnętrzna, obieg dokumentów, załatwiania spraw, np. ubezpieczenia poprzez dedykowaną aplikację itd.

Kiedy zobaczymy pierwsze efekty wprowadzonych przez Pana zmian?

- Najpierw chcę dobrze poznać wszystkie dane, uporządkować sprawy, które tego wymagają, i dopiero wtedy podejmować większe decyzje. Wolę też działać, niż dużo mówić. Ale mam nadzieję, że pierwsze efekty będą jeszcze w tym roku.

Remont obecnej siedziby?

- Moim zdaniem konieczne są niezbędne prace i naprawy, które - prawdę mówiąc - już przede mną wymagały podjęcia odpowiednich działań.

Izba pełni przecież też funkcję reprezentacyjną, przychodzą tu nie tylko lekarze, lecz także urzędnicy, adwokaci, kadra naukowa. To poważna organizacja, po zmianach we władzach z dużymi aspiracjami, która musi również poprawić komfort pracy.

Ale, jak już wspominałem, najważniejsze są jednak strategiczne zarządzanie, business plany, plany inwestycyjne i odpowiedni budżet. Chciałbym też wprowadzić zasady powstawania business planów do każdej większej inwestycji. Konieczne jest również poprawienie wskaźnika ściągalności składek członkowskich i usprawnienie procesu ich windykacji.

Czy lekarze mogą zgłaszać do Pana swoje pomysły i potrzeby?

- Oczywiście. Nie zamykam przed nikim drzwi. Im lepiej znamy potrzeby członków izby, tym bardziej świadomie możemy podejmować decyzje.

Największym wyzwaniem wydaje się jednak planowana budowa nowej siedziby.

- To rzeczywiście bardzo poważny temat. Uważam, że potrzeba odpowiedniego obiektu istnieje. Izba organizuje sympozja,

konferencje i szkolenia, a dziś część pomieszczeń trzeba wynajmować na zewnątrz, co generuje koszty. Nie oznacza to jednak, że potrzebujemy ogromnego obiektu. Trzeba dokładnie przeanalizować, jaka skala inwestycji jest rzeczywiście potrzebna.

Dobrym przykładem niepotrzebnie ponoszonych kosztów jest budynek w Turośni Kościelnej...

- Tak. Obiekt stoi pusty, a izba nadal ponosi koszty jego utrzymania. To pokazuje, że przy każdej inwestycji trzeba patrzeć nie tylko na moment jej powstania, ale przede wszystkim na to, co będzie później.

Obiekt w Turośni ma swoje wady i zalety. Dlatego proces jego sprzedaży ma swoją specyfikę, ale liczę, po już podjętych działaniach, na jego przyspieszenie. Obecnie pracuję nad zmniejszeniem kosztów utrzymania obiektu.

Jest Pan zwolennikiem budowy nowej siedziby izby?

- Jeszcze raz podkreślam, że wszystko zależy od kosztów. Sama idea może być zasadna. Nie wykluczam jednak różnych wariantów, tj. budowy nowej siedziby, zakupu innego lokalu z rynku pierwotnego czy też całkowitego remontu obecnej siedziby. Wszystko to uzależniam od wielkości inwestycji i możliwości. Oczywiście jest, że bardzo istotną sprawą będą późniejsze koszty utrzymania. Nie jestem zwolennikiem drenowania środków zgromadzonych przez wiele lat. To są pieniądze wszystkich członków izby - lekarzy, którzy opłacali i będą opłacać składki. Nie można wydać wszystkiego i cieszyć się, że mamy siedzibę, a później zastanawiać się, jak ją utrzymać.

Ostateczna decyzja musi być podjęta jak najszybciej i zapewne będzie omawiana na listopadowym nadzwyczajnym zjeździe lekarzy.

Dziękuję za rozmowę.

WŁADYSŁAW SMIRNOW – lat 53, ekonomista, specjalizacja: zarządzanie finansami, ma wieloletnie doświadczenie w kształtowaniu strategii działalności firm, tworzeniu business planów oraz realizacji projektów inwestycyjnych. Jest także biegłym sądowym (czwartą kadencję) z zakresu rachunkowości. Hobby: żeglarsstwo, posiada patent motorowodniaka i żeglarza. Żona jest farmaceutką.

UWAGA, DELEGACI!

NADZWYCZAJNY XLVII OKRĘGOWY ZJAZD LEKARZY OIL W BIAŁYMSTOKU

**odbędzie się 7 listopada 2026 roku
o godz. 10:00 w Hotelu 3 Trio
przy ul. Hurtowej 3 w Białymstoku.**

**ZJAZD BĘDZIE POŚWIĘCONY
JEDNEMU ZAGADNIENIU –
BUDOWIE NOWEJ SIEDZIBY OIL.**

DEZINFORMACJA MEDYCZNA – gdy fałszywa informacja staje się czynnikiem ryzyka zdrowotnego

Dezinformacja medyczna przestała być problemem ograniczonym do pojedynczych teorii spiskowych czy treści publikowanych na marginesie debaty publicznej. Obecnie jest zjawiskiem dotyczącym codziennych decyzji zdrowotnych, relacji lekarz-pacjent, zaufania do medycyny opartej na dowodach (EBM, *evidence based medicine*) czy instytucji publicznych.

Jej konsekwencje mogą obejmować brak prawidłowych działań prewencyjnych, np. rezygnację ze szczepień, opóźnianie diagnostyki, rezygnację ze skutecznego leczenia czy stosowanie niesprawdzonych terapii. W odpowiedzi na te wyzwania rośnie rola środowiska akademickiego i medycznego, zarówno w prostowaniu fałszywych przekazów, jak i w budowaniu odporności informacyjnej społeczeństwa.

Z dezinformacją medyczną mogłaby walczyć ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, potocznie nazywana „lex szarlatan”.

Jej głównym celem jest ograniczenie pseudomedycyny, dezinformacji zdrowotnej i działalności osób, które oferują niesprawdzone „terapię” jako leczenie.

Sejm przyjął ustawę, Senat wprowadził poprawki, Sejm je zaakceptował 31 lipca 2026 roku. Następnie ustawa trafiła do prezydenta. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zaapelowało do prezydenta RP o jej podpisanie.

Ale prezydent ustawy nie podpisał, za to skierował ją do Trybunału Konstytucyjnego.

PROBLEM, KTÓRY WYSZEDŁ POZA MEDIA SPOŁECZNOŚCIOWE

Jeszcze kilka lat temu o dezinformacji medycznej mówiono głównie przy okazji ruchów antyszczepionkowych, teorii spiskowych lub pojedynczych „cudownych terapii” krążących w internecie. Dziś zjawisko jest znacznie szersze. Fałszywe lub wprowadzające w błąd treści dotyczą szczepień, diagnostyki, leczenia chorób przewlekłych, nowotworów, suplementacji, żywienia, zdrowia psychicznego czy medycyny „naturalnej”. Coraz częściej nie mają formy łatwej do rozpoznania teorii spiskowej. Mogą wyglądać jak praktyczna porada, osobista historia pacjenta, profesjonalnie przygotowany film, wypowiedź influencera albo materiał odwołujący się do pojedynczej publikacji naukowej wyrwanej z kontekstu.

Warto rozróżnić misinformację, czyli informację nieprawdziwą, tworzoną i rozpowszechnianą bez intencji wyrządzenia szkody, od dezinformacji, tworzonej i rozpowszechnianej w celu oszukania odbiorców. W praktyce granica ta bywa trudna do ustalenia. Z perspektywy lekarza i zdrowia publicznego ważniejszy jest skutek: czy przekaz jest zgodny z aktualną wiedzą oraz czy może prowadzić do decyzji szkodliwej dla zdrowia.

Skala ekspozycji na niewiarygodne treści jest trudna do oszacowania. Polskie dane pokazują, że styczność z dezinformacją stała się doświadczeniem powszechnym. W raporcie „Dezinformacja oczami Polaków 2026” 77% badanych deklарowało, że zetknęło się z dezinformacją, a blisko osiem osób na dzieśięć uważało, że jej skala w ostatnich latach wzrosła. Nie oznacza to, że każda z tych osób zetknęła się właśnie z dezinformacją medyczną, ale pokazuje środowisko informacyjne, w którym funkcjonują również pacjenci.

Oszukać siebie: dlaczego nasz mózg lubi dezinformację?



Raport poświęcony dezinformacji medycznej w polskiej przestrzeni publicznej przygotowany przez Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu objął okres od stycznia 2025 roku do połowy maja 2026 roku. Zmonitorowano ponad 32 tys. publikacji w mediach tradycyjnych i ponad 347 tys. wpisów na platformach społecznościowych. W analizowanym przekazie ruchy antyszczepionkowe odpowiadały za 54% treści. Drugą dużą kategorię stanowiły teorie żywieniowe – 23%.

DLACZEGO TO DZIAŁA?

Dezinformacja jest skuteczna, ponieważ dobrze wykorzystuje mechanizmy poznawcze, emocje oraz sposób funkcjonowania współczesnego internetu. Informacja naukowa jest z natury ostrożna. Zawiera warunki, prawdopodobieństwa, przedziały ufności i wyjątki. Dezinformacja częściej proponuje odpowiedź prostą, jednoznaczną i emocjonalną: „to działa”, „to szkodzi”, „oni to przed tobą ukrywają”. Taki komunikat jest łatwiejszy do zapamiętania i przekazania dalej.

Znaczenie ma również powtarzalność. Treść widziana wielokrotnie może z czasem wydawać się bardziej znajoma, a przez to bardziej wiarygodna. Na portalach społecznościowych dochodzi do tego atrakcyjna forma, osobista narracja, wizerunek osoby „takiej jak ja” i możliwość natychmiastowego udostępnienia przekazu.

Dezinformacja potrafi też skutecznie imitować język nauki. Autor materiału może przywołać nazwę czasopisma, pokazać wykres, użyć określeń takich jak „badania dowodzą” albo „naukowcy potwierdzili”, a jednocześnie pominąć informację, że chodzi o eksperyment na komórkach, badanie na małej grupie, analizę obserwacyjną lub pracę, której wyników nie potwierdzono

później w innych badaniach. Dla odbiorcy bez przygotowania metodologicznego wszystkie „badania” mogą wyglądać podobnie. Tymczasem EBM nie polega na znalezieniu jednej publikacji pasującej do tezy, lecz na krytycznej ocenie całego dostępnego materiału, projektu badania, wielkości próby, ryzyka błędu systematycznego, powtarzalności wyników oraz ich zgodności z pozostałymi danymi.

Dlatego jednym z najważniejszych elementów weryfikacji treści jest nie tylko pytanie „czy podano źródło?”, lecz także „jakiego rodzaju jest to źródło i jak mocny dowód rzeczywiście przedstawia?”. To szczególnie ważne w medycynie, gdzie pojedyncza publikacja może zostać wykorzystana do uzasadnienia twierdzenia pozostającego w sprzeczności z całokształtem dostępnych dowodów.

Istotnym elementem jest również zaufanie. Jeżeli pacjent ma za sobą złe doświadczenia z systemem ochrony zdrowia, długi czas oczekiwania, poczucie lekceważenia albo nie rozumie języka używanego przez personel, atrakcyjna staje się osoba, która oferuje prostą odpowiedź i poczucie kontroli. Dlatego walka z dezinformacją nie może sprowadzać się do publikowania kolejnych sprostowań. Jest też problemem jakości komunikacji medycznej.

OD POSTA DO DECYZJI KLINICZNEJ

Najważniejsze pytanie brzmi: czy ekspozycja na fałszywe informacje rzeczywiście zmienia zachowania zdrowotne? Nie dla wszystkich obszarów mamy równie mocne dane, ale istnieją badania eksperymentalne wskazujące na możliwy efekt przyczynowy. W badaniu przeprowadzonym w Wielkiej Brytanii i USA ekspozycja na dezinformację dotyczącą szczepionek przeciw COVID-19 zmniejszyła odsetek osób deklarujących zdecydowaną gotowość

Społeczne uwarunkowania dezinformacji medycznej

Dr Łukasz Kiszkiel,
Wydział Socjologii
Uniwersytetu w Białymstoku



Kiedy oceniamy informacje o zdrowiu, znaczenie ma także to, od kogo je otrzymujemy. Wiadomość przekazana przez bliską osobę lub kogoś z naszego środowiska łatwiej budzi zaufanie, zwłaszcza jeśli pasuje do tego, co już myślimy. Wiarygodność nadawcy może więc przenosić się na samą informację. To jeden z powodów, dla których dostęp do rzetelnej wiedzy nie zawsze wystarcza, by przekonać do niej odbiorców.

Teorie spiskowe są częścią tego szerszego zjawiska. Mogą być szczególnie atrakcyjne dla osób, które czują się zagrożone, bezsilne lub wykluczone. Obiecują zrozumiałe wyjaśnienie wydarzeń, wskazują winnych i dają nadzieję na odzyskanie kontroli. Mogą też wzmacniać przekonanie, że własna grupa dostrzega coś, czego inni nie rozumieją. Ich siła tkwi w tych obietnicach, choć badania nie potwierdzają, że wiara w takie wyjaśnienia rzeczywiście zaspokaja stojące za nią potrzeby.

Trudno jednak wskazać jedną grupę najbardziej podatną na fałszywe informacje. Badania dotyczące COVID-19 prowadzone w pięciu krajach pokazały, że częściej wierzyły w nie osoby mniej ufające naukowcom i słabiej radzące sobie z danymi liczbowymi. Znaczenie wieku i poglądów politycznych różniło się zależnie od kraju. Sam dyplom również nie wystarcza, by uznać kogoś za odpornego na dezinformację.

Warto przy tym odróżnić wiarę w informację od przekazywania jej dalej. Eksperymenty Pennycook i współpracowników pokazują, że część osób udostępnia fałszywe treści, ponieważ w danej chwili nie zastanawia się nad ich prawdziwością. Zwrócenie uwagi na tę kwestię pomagało im wybierać rzetelniesze materiały. Udostępnienie wiadomości nie musi więc oznaczać, że jej odbiorca jest przekonany o jej prawdziwości.

Społeczny kontekst tych przekonań widać także w naszych badaniach dotyczących COVID-19 w Polsce. W próbie tysiąca osób silniejsza wiara w teorie spiskowe wiązała się z niższym wykształceniem, mniejszym zaufaniem do instytucji eksperckich i obawami o finanse. Osoby te rzadziej deklarowały przestrzeganie zaleceń profilaktycznych. Z kolei w badaniu panelowym z lat 2021-2025 silniejsze przekonania spiskowe, obawy przed działaniami niepożądanymi szczepionek oraz trudności w korzystaniu z informacji zdrowotnej wiązały się z mniejszą szansą zaszczepienia. Wyniki pokazują powiązania między tymi zjawiskami, ale same w sobie nie dowodzą, że jedno powoduje drugie.

Skutki dezinformacji mogą dotyczyć całych społeczności. Fałszywe przekazy pogłębiają niekiedy podziały wokół zdrowia i osłabiają zaufanie potrzebne do wspólnego reagowania na zagrożenia. Nasze badania pokazały też, że deklarowana gotowość do szczepienia nie zawsze prowadziła do zaszczepienia. Aby zrozumieć decyzje zdrowotne, trzeba więc przyrzeć się zarówno przekonaniom ludzi, jak i warunkom, w których działają: komu ufają, czego się obawiają i jak radzą sobie z informacjami o zdrowiu.

do szczepienia o 6,2% w Wielkiej Brytanii i 6,4% w USA w porównaniu z ekspozycją na rzetelne informacje. Wyniku tego nie należy bezpośrednio przenosić na wszystkie szczepienia i populacje, ale pokazuje on, że nawet krótkotrwały kontakt z odpowiednio przygotowanym fałszywym przekazem może wpływać na intencję zdrowotną.

W gabinecie lekarskim problem przestaje być już abstrakcyjnym zjawiskiem internetowym. Przychodzi razem z pacjentem. Niewiarygodna informacja może zmienić jego oczekiwania wobec diagnostyki i leczenia, sposób interpretowania objawów, zaufanie do zaleceń oraz gotowość do współpracy z lekarzem. W efekcie czas konsultacji, który miał służyć diagnostyce lub omówieniu leczenia, bywa poświęcany na prostowanie treści przeczytanych lub obejrzanych wcześniej w internecie.

SZTUCZNA INTELIGENCJA – NOWE PRZYSPIESZENIE

Rozwój generatywnej sztucznej inteligencji (AI, *artificial intelligence*) dodatkowo obniżył koszt tworzenia przekonujących materiałów. Tekst, obraz, głos czy film mogą dziś powstawać szybko i na dużą skalę. Aktualne publikacje wskazują, że generatywna AI zwiększa możliwości szybkiej i skalowalnej produkcji wiarygodnie wyglądającej dezinformacji zdrowotnej. Autorzy zwracają również uwagę na trudności odbiorców w różnieniu treści wygenerowanych przez AI od materiałów przygotowanych przez ludzi oraz na ograniczenia istniejących systemów detekcji.

CO DZIAŁA W PRZECIWDZIAŁANIU DEZINFORMACJI?

Najlepiej przebadane są dwie strategie, tj. *debunking* i *prebunking*. *Debunking* polega na prostowaniu konkretnej nieprawdziwej informacji już po jej pojawieniu się. Skuteczna korekta nie powinna ograniczać się do komunikatu „to nieprawda”. Dobrze, jeśli zawiera krótkie wskazanie błędu, wyjaśnienie, dlaczego jest on błędny, oraz alternatywne, prawidłowe wyjaśnienie. *Prebunking* działa wcześniej, uczy rozpoznawać techniki manipulacji, zanim odbiorca zetknie się z konkretnym fałszywym twierdzeniem. Można porównać go do swoistego „uodpornienia informacyjnego”. Odbiorca poznaje wcześniej takie mechanizmy, jak fałszywy autor, emocjonalizacja, tworzenie fałszywej dychotomii czy przedstawianie anegdoty jako dowodu.

UNIwersytet Medyczny jako Źródło WIARYGODNEJ INFORMACJI

Z takiego założenia wychodzi inicjatywa Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku związana z funkcją pełnomocnika rektora ds. przeciwdziałania dezinformacji medycznej, którą pełni dr hab. n. med. Małgorzata Chlabicz. Misją inicjatywy jest ograniczanie negatywnych skutków dezinformacji medycznej oraz wzmacnianie odporności społecznej na manipulację w obszarze zdrowia. Działania zostały zaplanowane dla trzech głównych grup: społeczeństwa, środowiska medycznego oraz środowiska naukowego.

W odniesieniu do społeczeństwa szczególną funkcję mają pełnić *debunking* i *prebunking*. Chodzi zarówno o szybkie, oparte na dowodach prostowanie konkretnych mitów, jak i o uczenie odbiorców rozpoznawania typowych technik manipulacji, zanim

falszywy przekaz wpłynie na ich decyzję zdrowotną. W założeniach znalazło się także prowadzenie zajęć dla uczniów i studentów oraz działań dostosowanych do różnych grup odbiorców, budujących nawyk sprawdzania źródeł, daty publikacji i jakości przedstawianych dowodów.

Inny ważny filar dotyczy środowiska naukowego. Dezinformacja medyczna jest problemem interdyscyplinarnym, dlatego wymaga współpracy medycyny, zdrowia publicznego, psychologii, socjologii i medioznawstwa. W planach znalazły się m.in. integracja ekspertów oraz rozwijanie projektów naukowych. Przewidziano współpracę ze środowiskiem naukowym, mediami i instytucjami odpowiedzialnymi za zdrowie publiczne.

LEKARZ PRAKTYK W CENTRUM KOLEJNEGO ETAPU

Szczególnie ważnym kierunkiem będą działania skierowane do lekarzy praktyków. Coraz częściej pacjent przychodzi do gabinetu nie tylko z objawami, lecz także z gotową interpretacją choroby zaczerpniętą z internetu. Może twierdzić, że statyny „niszczą wątrobę”, szczepionka „przeciąża odporność”, terapia onkologiczna „karmi nowotwór”, a suplement lub dieta mogą zastąpić leczenie. Sama znajomość EBM przez lekarza nie rozwiązuje wtedy problemu. Potrzebna jest również umiejętność rozmowy.

Dlatego w ramach działań pełnomocniczki planowane są szkolenia pokazujące lekarzom, jak postępować z pacjentem, który podczas wizyty powołuje się na teorie lub informacje niezgodne z EBM. Ich celem będzie nie tylko przekazanie wiedzy na temat mechanizmów dezinformacji, lecz także przede wszystkim rozwijanie praktycznych kompetencji komunikacyjnych. Istnieje bowiem potrzeba prowadzenia rozmowy bez lekceważenia pacjenta, ograniczania eskalacji konfliktu, wzmacniania zaufania, kierowania chorego do wiarygodnych źródeł.

Punktem wyjścia takiej rozmowy powinno być ustalenie, czego pacjent się obawia, skąd pochodzi informacja i co sprawia, że uznaje ją za wiarygodną. Następnie można oddzielić emocję od faktu: uznać prawo pacjenta do niepokoju, ale nie potwierdzać fałszywego twierdzenia. Kolejnym krokiem jest przedstawienie krótkiego, zrozumiałego wyjaśnienia, najlepiej z odniesieniem do bilansu korzyści i ryzyka oraz wskazaniem wiarygodnego źródła, do którego pacjent może wrócić po zakończeniu wizyty.

W praktyce oznacza to, że celem rozmowy nie zawsze musi być natychmiastowa zmiana przekonania. Czasem sukcesem jest utrzymanie relacji, ograniczenie ryzyka oraz otwarcie drogi do kolejnej rozmowy. Próba „wygrania sporu” za pomocą wielu danych i publikacji może okazać się mniej skuteczna niż próba zrozumienia, dlaczego konkretna informacja stała się dla pacjenta przekonującą.

Szkolenia dla personelu medycznego powinny zatem obejmować również rozpoznawanie najczęstszych mechanizmów manipulacji, tj. odwoływania się do „ukrywanych prawd”, wykorzystywania fałszywego autorytetu, wybiórczego cytowania badań, mylenia korelacji z przyczynowością, wyolbrzymiania pojedynczych działań niepożądanych czy przedstawiania anegdoty jako dowodu naukowego. Przydatna jest też umiejętność szybkiego wskazania pacjentowi źródeł, które można zweryfikować, oraz

dokumentowania sytuacji, w których dezinformacja prowadzi do odmowy diagnostyki lub terapii.

NIE WYGRA TEN, KTO MÓWI NAJGŁOŚNIEJ

Dezinformacji medycznej nie da się wyeliminować jednym narzędziem. Nie wystarczy *fact-checking*, podobnie jak nie wystarczy apel, by pacjenci „sprawdzali źródła”. Potrzebna jest równoczesna praca na kilku poziomach: szybkie korygowanie fałszywych narracji, *prebunking*, edukacja zdrowotna i cyfrowa, obecność ekspertów w mediach, odpowiedzialność platform cyfrowych oraz lepsza komunikacja w gabinecie lekarskim.

Środowisko medyczne ma w tym procesie szczególną rolę. Autorytet lekarza nadal może być jednym z najważniejszych punktów odniesienia dla pacjenta, ale autorytet nie działa już wyłącznie dzięki tytułowi zawodowemu. Musi być wsparty zrozumiałym językiem, gotowością do dialogu i umiejętnością wyjaśnienia, dlaczego konkretna rekomendacja wynika z EBM.

W świecie, w którym fałszywa informacja może dotrzeć do ogromnej grupy odbiorców szybciej niż eksperckie sprostowanie, rzetelna medycyna musi być nie tylko dobrze udokumentowana. Musi być również dobrze komunikowana.

Małgorzata Chlabicz
Piśmiennictwo u autorki

Dr hab. n. med. Małgorzata Chlabicz jest pełnomocniczką rektora UMB ds. przeciwdziałania dezinformacji medycznej.

Kongres REINFO

W dniach 22 i 23 września 2026 roku na Uniwersytecie w Białymstoku odbył się REINFO – 1. Kongres Bezpieczeństwa Informacyjnego, poświęcony problematyce dezinformacji, operacji wpływu, bezpieczeństwa infosfery oraz budowania odporności społecznej na zagrożenia informacyjne. Organizatorem wydarzenia była Fundacja Instytut Zamenhofa we współpracy z Uniwersyteciem w Białymstoku. Kongres zgromadził ekspertów reprezentujących środowisko naukowe, administrację publiczną, media, organizacje społeczne i sektor technologiczny.

W gronie ekspertów znalazła się dr hab. n. med. Małgorzata Chlabicz z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, która wzięła udział w panelu poświęconym mechanizmom podatności na dezinformację. Dyskusja dotyczyła m.in. błędów poznawczych, wpływu emocji na ocenę informacji oraz praktycznych sposobów wzmacniania odporności odbiorców na manipulację. W panelu uczestniczyli również przedstawiciele Uniwersytetu w Białymstoku, Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu oraz niezależni eksperci zajmujący się problematyką dezinformacji.

Udział przedstawicielki UMB w kongresie był kolejną okazją do wymiany doświadczeń i prezentowania perspektywy środowiska medycznego w ogólnopolskiej debacie dotyczącej przeciwdziałania dezinformacji i wzmacniania zaufania do rzetelnej informacji naukowej.

MÓJ PIERWSZY DYŻUR



Pierwszy samodzielny dyżur to jeden z tych momentów w życiu zawodowym lekarza, które pamięta się długo. Po latach studiów, stażu i pracy pod nadzorem przychodzi chwila, kiedy trzeba samodzielnie podjąć decyzję, zareagować na nagłe pogorszenie stanu pacjenta, odpowiedzieć na telefon z oddziału czy zdecydować o dalszym postępowaniu.

Właśnie z myślą o młodych lekarzach stojących u progu samodzielnej pracy Okręgowa Izba Lekarska w Białymstoku zorganizowała w dniach 2-3 października 2026 roku w Augustowie pierwszą edycję konferencji „Mój pierwszy dyżur”.

Pomysł był prosty – stworzyć spotkanie jak najbardziej zbliżone do realiów codziennej pracy. Nie kolejną konferencję przeładowaną teorią, ale wydarzenie skupione na problemach, które rzeczywiście mogą pojawić się podczas dyżuru. Program przygotowano tak, aby znalazło się w nim miejsce zarówno na uporządkowanie

wiedzy dotyczącej najczęstszych stanów nagłych, jak i na zajęcia praktyczne.

CHĘTNYCH NIE BRAKOWAŁO

Konferencja odbyła się w Hotelu Warszawa w Augustowie i od początku cieszyła się dużym zainteresowaniem. Przygotowano 60 miejsc, które zapełniły się błyskawicznie. Pokazało to, że młodzi lekarze potrzebują właśnie takich szkoleń – konkretnych, praktycznych i odnoszących się bezpośrednio do problemów spotykanych na dyżurach.

Pierwszy dzień poświęcono przede wszystkim stanom nagłym. Program obejmował diagnostykę i postępowanie w zawałe mięśnia sercowego, ostrym zapaleniu trzustki, krwawieniu z przewodu pokarmowego, nagłych stanach endokrynologicznych oraz anafilaksji i wstrząsie anafilaktycznym. Osobny blok dotyczył ostrej niewydolności oddechowej, wspomagania oddychania i podstaw respiratoroterapii.

Dobór tematów nie był przypadkowy. Chodziło o sytuacje, które mogą wydarzyć się niezależnie od tego, czy dyżurujemy na oddziale internistycznym, zabiegowym, w izbie przyjęć czy na SOR-ze. W takich momentach liczy się nie tylko wiedza, ale też umiejętność uporządkowania postępowania i podjęcia właściwej decyzji pod presją czasu.

Drugi dzień miał charakter warsztatowy. Uczestnicy wzięli udział w zajęciach z POCUS, szycia i zaopatrywania ran, postępowania z ranami trudno gojącymi się oraz rozpoznawania i zaopatrywania urazów ortopedycznych. Była to okazja, żeby nie tylko posłuchać o danej procedurze, lecz także samemu ją przećwiczyć, zadać pytania i przedyskutować najczęstsze problemy pojawiające się w praktyce.

Taka forma spotkania dobrze oddawała ideę całej konferencji. Pierwszych dyżurów nie da się nauczyć wyłącznie z książek ani prezentacji. Każdy, kto je pamięta, wie, że największe emocje budzą zwykle nie sytuacje podręcznikowe, ale te, w których trzeba





szybko połączyć kilka informacji, zdecydować, co jest najpilniejsze, i po prostu zacząć działać.

„Mój pierwszy dyżur” był więc nie tylko okazją do zdobycia czy uporządkowania wiedzy. Równie ważna była możliwość rozmowy z bardziej doświadczonymi kolegami i koleżankami. Historie z dyżurów, dyskusje o trudnych przypadkach czy zwykła wymiana doświadczeń często zostają w pamięci na dłużej niż kolejny slajd z prezentacji.

Duże znaczenie miała także integracja uczestników. Początek pracy zawodowej to czas intensywny i nie zawsze łatwy. Dobrze wiedzieć, że problemy, które pojawiają się podczas pierwszych miesięcy pracy, nie są czymś wyjątkowym i że podobne sytuacje przeżywa wielu młodych lekarzy.

OKAZJA DO INTEGRACJI

Konferencja stworzyła przestrzeń do rozmowy również poza salą wykładową. Mniej formalna atmosfera sprzyjała nawiązywaniu nowych znajomości i wymianie doświadczeń pomiędzy osobami pracującymi w różnych miejscach i specjalnościach.

Swoją rolę odegrał też sam Augustów. Jesienna sceneria, jeziora i otoczenie natury dobrze współgrały z charakterem wydarzenia. Po intensywnej części naukowej był czas na rozmowę, odpoczynek i integrację. Dzięki temu konferencja nie ograniczała się wyłącznie do kolejnych wykładów i warsztatów, ale stała się również okazją do spotkania środowiska młodych lekarzy w mniej formalnych warunkach.

Pierwsza edycja „Mojego pierwszego dyżuru” pokazała, że taka formuła ma sens i odpowiada na rzeczywiste potrzeby młodych lekarzy. Duże zainteresowanie wydarzeniem, szybkie wypełnienie dostępnych miejsc oraz zaangażowanie uczestników potwierdziły, że praktyczne podejście do tematów dyżurowych jest dobrym kierunkiem na kolejne spotkania.

I na tym pierwszym spotkaniu nie zamierzamy poprzestać. „Mój pierwszy dyżur” ma być wydarzeniem cyklicznym,



poświęconym medycynie stanów nagłych i codziennym problemom, z którymi spotykamy się podczas pracy. Kolejna edycja planowana jest już na przedwiośnie 2027 roku, podobnie jak pierwsza, ma łączyć część wykładową z praktycznymi warsztatami.

Mamy nadzieję, że wiedza i umiejętności zdobyte w Augustowie przydadzą się uczestnikom podczas kolejnych dyżurów. Być może któryś z omawianych przypadków przypomni się w odpowiednim momencie, a przećwiczony wcześniej schemat postępowania pozwoli szybciej podjąć decyzję.

Pierwsza edycja za nami, a przed nami kolejne. Jeśli zainteresowanie będzie równie duże jak jesienią, „Mój pierwszy dyżur” ma szansę na stałe wpisać się w kalendarz wydarzeń skierowanych do młodych lekarzy.

Do zobaczenia na przedwiośniu 2027 roku!

Rafał Kucharski

NAGRODA NOBLA Z MEDYCyny W ROKU 2026



Karl Deisseroth, Peter Hegemann, Georg Nagel. Fot. Christopher P. Michel / Wikimedia, Humboldt University of Berlin, Christian Wiese / University of Würzburg

Dokładnie 90 lat temu Nagrodą Nobla w dziedzinie fizjologii i medycyny wyróżniono badania nad układem nerwowym. W 1936 roku po raz pierwszy otrzymali ją prof. Henry Hallett Dale z Wielkiej Brytanii i prof. Otto Loewi z Austrii za „odkrycie chemicznego przekazywania impulsów nerwowych na zakończeniach nerwowych przez substancje chemiczne”.

Po 27 latach, w roku 1963, Komitet Noblowski przyznał prof. Alanowi Lloydowi Hodkinowi i Andrew Fieldingowi Huxleyowi z Wielkiej Brytanii nagrodę za „odkrycie mechanizmów jonowych zaangażowanych w pobudzanie i inhibicję peryferyjnych i centralnych części błony komórkowej nerwów”.

Laureaci nagrody z roku 1970 – prof. Ulf von Euler ze Szwecji i prof. Bernard Katz z Wielkiej Brytanii – zostali wyróżnieni „za odkrycia dotyczące humoralnych transmiterów w zakończeniach nerwowych i mechanizmu ich przechowywania, uwalniania i inaktywacji”. Tak więc uczeni ci, potwierdzając wyniki badań swoich poprzedników, znacznie poszerzyli wiedzę na temat transmisji mózgowo-neuronalnej.

Wyniki tych badań są nadal aktualne. Wydawało się więc, że w połączeniu z danymi uzyskanymi w badaniach elektrofizjologicznych na zwierzętach laboratoryjnych, jak też z obserwacjami u ludzi z zaburzeniami funkcji tkanki mózgowej, wszystko lub prawie wszystko, co jest związane z patofizjologią tkanki nerwowej, zostało już wyjaśnione.

Nagrodę Nobla za 2026 rok Komitet Noblowski przyznał prof. Peterowi Hegemannowi, biofizykowi, prof. Georgowi Nagelowi, neurobiologowi (obaj z Niemiec), oraz prof. bioinżynierii, psychiatrii i nauk behawioralnych Karlowi Deisserothowi z USA, za stworzenie i rozwinięcie optogenetyki – metody, która umożliwia włączenie lub wyłączenie aktywności pojedynczych komórek nerwowych w żywym mózgu przy pomocy światła.

Cały naukowy szlak zapoczątkował Hegemann, który zauważył i opisał, że glon *Chlamydomonas* płynie zwykle w kierunku źródła

światła. Nieco później wspólnie z Nagelem odkryli białko rodopsynę kanałową na powierzchni *Chlamydomonas*, który oświetlony światłem niebieskim otwiera kanały jonowe. Z kolei jony wpływające do komórki glona wytwarzają impuls elektryczny. W następnych latach okazało się, że rodopsyna uwalnia na światło także inne komórki. Dlatego też, bazując na powyższych obserwacjach, prof. Deisseroth, wprowadzając gen rodopsyny kanałowej do komórek nerwowych szczura i używając światła niebieskiego, wywołał nerwowy sygnał. Idąc dalej, zainstalował przełączniki sterowane światłem pracy komórek nerwowych w mózgach myszy.

Należy podkreślić, że nie są to kanały i sygnały wywołane jak w poprzednich badaniach przez znane już związki chemiczne (neurotransmitery), ale przez światło. To światło odbierane przez receptory komórkowe uruchamia ich aktywność, prowadząc do napływu jonów do wnętrza komórki i wytwarzając impuls elektryczny.

Odkrycie to znalazło już zastosowanie w badaniach prowadzonych w licznych laboratoriach na świecie, a szczególnie – co należy podkreślić – w licznych schorzeniach tkanki mózgowej, poczynając od zaburzeń wzroku i słuchu, oraz licznych zaburzeniach neurologicznych, takich jak depresja, amnezja.

Pozwala ono na ocenę, jak środowisko wpływa np. na nasze zachowanie czy myślenie. Już wiadomo, że ma też ogromne pole poznawcze w ocenie naszej wyobraźni.

Metoda określana jako optogenetyka daje możliwość mapowania mózgu w sposób, o jakim mogliśmy sobie wcześniej jedynie pomarzyć.

Niewątpliwie stanie się ona impulsem do pogłębiania dalszych badań nad patologią nie tylko tkanki mózgowej, lecz także narządów obwodowych oraz opracowania nowych strategii ich terapii, np. przeciwnowotworowej.

Laureaci otrzymali nagrodę w wysokości 12 mln koron szwedzkich (ok. 4 mln 670 tys. zł) po równo do podziału.

Włodzimierz Buczek

TO JUŻ PÓŁ ROKU X KADENCJI



Minęło pół roku nowej X kadencji. Patrząc z perspektywy piątego roku pracy jako OROZ, był i jest to czas bardzo pracowity, ponieważ jeszcze nigdy nie było tyle skarg i zawiadomień o możliwości popełnienia przewinienia zawodowego lub etycznego.

W ciągu dziewięciu miesięcy bieżącego roku wpłynęły 142 skargi. Ich liczba wzrastała systematycznie w uprzedniej kadencji, ale w tym roku „idziemy na rekord”. Cieszyć się nie ma z czego. Wydaje się, że ogólna sytuacja dotycząca naszego środowiska generuje i raczej nadal będzie generować wzrost zawiadomień i skarg.

Rzecznik jak ognia unikał spraw związanych z zachowaniem lekarzy nie dotyczącym wykonywania zawodu. Starał się wydziełać sferę niemedycznego funkcjonowania lekarzy ze swego procedowania, chociaż zgodnie z KEL podlega to postępowaniu przez OROZ.

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

Art. 1

- Zasady etyki lekarskiej wynikają z ogólnych norm etycznych.
- Zobowiązują one lekarza do przestrzegania praw człowieka i dbania o godność zawodu lekarskiego.
- Naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu.

Ale co ma zrobić rzecznik ze zgłoszeniem od policji dotyczącym lekarza, który kierował samochodem pod wpływem alkoholu czy morfiny, i to jeszcze skontrolowany dzień po dniu z wielokrotnie większą dawką niż dzień wcześniej?

O problemie narkotykowym pisałam w poprzednim felietonie. A tak na marginesie, z tego powodu pojawiły się ataki na rzecznika. Co ma zrobić rzecznik z innymi patologicznymi zachowaniami lekarza w czasie pozazawodowym? A docierają różności: agresywne zachowania, internetowe komentarze, spory międzyludzkie. Mamy w strukturach OIL mediatora, mamy Komisję Etyki i, jak sądzę, niektóre te sprawy leżałyby w ich kompetencjach. Liczę na dobrą współpracę.

W okresie trzech kwartałów bieżącego roku wpłynęła mnogość skarg na lekarzy dentystów, bo aż 32, co w odniesieniu do roku ubiegłego, gdy procedowano 3 skargi, daje ogromny przyrost - aż strach podawać wzrost w procentach. Jak na razie większość spraw po postępowaniu wyjaśniającym została umorzona. Dominują problemy w leczeniu ortodontycznym i protetycznym, ale także problemy z nieudostępnianiem dokumentacji medycznej pacjentom i rzecznikowi, prowadzeniem dokumentacji niezgodnie

z obowiązującymi przepisami o dokumentacji elektronicznej. Dokumentacja papierowa może być prowadzona w wyjątkowych sytuacjach. Wnoszę apel do Prezydium i Komisji ds. Praktyk Prywatnych o przypominanie koleżankom i kolegom po fachu, jakie obowiązki na nich ciążyą w trakcie wykonywania zawodu i po jego zaprzestaniu, szczególnie gdy prowadzili praktykę prywatną. Liczę, że planowane przez Komisję Kształcenia szkolenie dotyczące obowiązujących przepisów przyniesie skutek, a rzecznik odetchnie. Ale nie ma co narzekać, nikt nie kazał kandydować. Do roboty.

Dochodzą rzecznika słuchy o planowanej zmianie ustawy o izbach lekarskich, w tym zasad odpowiedzialności zawodowej. Do okręgowych rzeczników wszystkich izb wpłynęła na początku września prośba z Naczelnej Rady Lekarskiej o przygotowanie propozycji zmian przepisów, które obecnie stanowią połowę ustawy. Trochę późno, ale lepiej późno niż wcale. Rzecznik przekazał propozycje, w tym umorzenie postępowania przez OROZ w sprawach mniejszej wagi i kierowanie delikwenta na dyscyplinującą rozmowę z prezesem, nakazanie przeprosin pokrzywdzonego, przedstawił także możliwość skierowania sprawy do mediacji w czasie trwania postępowania wyjaśniającego, bo zgoda buduje. Posiłkował się zasadami przyjętymi w samorządach adwokatów i radców prawnych. W sprawach wysokiej wagi wnioski o ukaranie będzie kierowany do okręgowego sądu lekarskiego, do kolegiąlnego rozpatrzenia.

Dotarły także ostatnio szeroko komentowane przez wiele mediów informacje o spotkaniach przedstawicieli Naczelnej Izby Lekarskiej z Komisją Zdrowia Sejmu RP. Był jakiś problem z przedstawieniem informacji o zasadach i efektach procedowanych spraw przed rzecznikami i okręgowymi sądami lekarskimi. Liczę, że reprezentanci środowiska lekarskiego, wybrani w wyborach na Krajowym Zjeździe Lekarzy, będą współpracowali z organem, który tę ustawę będzie opracowywał i przegłosowywał.

Piszę tak bardziej jak Pytia, bo aż strach, żeby ktoś obrażony zwróceniem uwagi nie założył mi sprawy cywilnej za naruszenie dóbr osobistych. A że zaczął się rok akademicki i już ruszam do nauczania neurokognitywistyki, to potencjalnie zainteresowanych informuję, że rzecznik ma słabo rozwinięte ciało migdałowate i strach ma przez to mały. Jednocześnie ma dobrze rozwiniętą korę przedczołową, która odpowiada za planowanie, kontrolę emocji i podejmowanie decyzji.

Małgorzata M. Topolska





**PONAD 180 LEKARZY STAŻYSTÓW I LEKARZY DENTYSTÓW
STAŻYSTÓW UROCZYŚCIE ZŁOŻYŁO PRZYZRZECZENIE
LEKARSKIE I ODEBRAŁO PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU**

OD POLSKI B DO EUROPEJSKIEGO POZIOMU

Trzydzieści lat temu na Podlasiu działało kilka oddziałów kardiologicznych, ale możliwości leczenia chorób serca były nieporównywalnie mniejsze niż w innych rejonach kraju. Nie było kardiologii inwazyjnej ani kardiochirurgii, a pacjenci wymagający najbardziej zaawansowanego leczenia musieli szukać pomocy poza regionem.

Profesor Zbigniew Religa przed zabiegiem przeprowadzanym w białostockiej Klinice Kardiologii w 1998 roku

Przez lata udało się stworzyć w Białymstoku ośrodek, który dziś kompleksowo leczy całe spektrum chorób serca. To była ogromna praca i efekt zaangażowania wielu osób. Kluczowe było sprowadzenie do UMB, na Podlasie specjalistów z Polski - z Łodzi, Śląska, Warszawy i Wrocławia. Nie byłoby to możliwe bez wsparcia polityków, ministrów, władz miasta i innych osób, które przed laty uwierzyły, że w Białymstoku można stworzyć kardiologię i kardiologię na najwyższym poziomie.

Dziś kończy się pewien etap tej historii. Wieloletni kierownik Kliniki Kardiologii prof. dr hab. n. med. Włodzimierz Musiał, pocho-

dzący z Łodzi, przeszedł na emeryturę, całkowicie zrezygnował z pracy lekarza i wraca w rodzinne strony. Z kolei z końcem września pracę w USK w Białymstoku skończył prof. dr hab. n. med. Tomasz Hirnle, kierownik Kliniki Kardiologii, który wraca do rodzinnej Wrocławia.

To ważny moment. Po trzydziestu latach zamyka się pewien rozdział historii białostockiego ośrodka diagnozowania i leczenia chorób serca. Ale to nie koniec tej historii. Stworzone dzieło pozostaje - w ludziach, doświadczeniu, wiedzy i przede wszystkim w tysiącach pacjentów, którym każdego dnia można pomagać tutaj, na Podlasiu.



**Z PROF. DR. HAB.
N. MED. JANEM
GÓRSKIM,
BYŁYM REKTOREM
UMB, ROZMAWIA
KATARZYNA
MALINOWSKA-OLCZYK**

Jak wyglądała białostocka kardiologia na początku lat 90.?

- W latach 90., kiedy na emeryturę odszedł prof. Andrzej Kaliński (1993 rok - red.), nie było nikogo, kogo można było powołać na kierownika Kliniki Kardiologii w Państwowym Szpitalu Klinicznym. Na pełniącego obowiązki powołałem dr. Wojciecha Modrzejewskiego. Myślałem, że będzie łatwo pozyskać ludzi z Polski. Ogłosiłem konkurs, obdzwoniliśmy ośrodki kardiologiczne w Polsce. Przyjechało czworo kandydatów, ale gdy każdy zobaczył, że nie ma

tu wyposażenia, że jest dosłownie pustynia kardiologiczna, to nie chciał wystartować w konkursie. Już wtedy w klinikach i oddziałach w Polsce były pracownie hemodynamiczne, w których wykonywano badania koronarograficzne oraz koronaroplastykę. W większości uczelni, jeśli nie we wszystkich, były kliniki kardiologii. A u nas zero, nie było nic. Nikt nie chciał przyjść, choć obiecywałem złote góry. Wtedy kandydaturę swoją zgłosił dr hab. Włodzimierz Musiał z Kliniki Kardiologicznej w Akademii Medycznej w Łodzi. Uwierzył, że stworzymy ośrodek leczenia chorób serca. Docent (później profesor) Musiał zreorganizował pracę kliniki i rozwinął badania naukowe. Aktywnie wspierał wszystkie działania zmierzające do poprawienia warunków leczenia chorób serca. Zainicjował spotkania kardiologów Wschód-Zachód. Wypromował kilkunastu doktorów nauk, kilku doktorów uzyskało stopień habilitowanego, a następnie tytuły profesora.

Czyli pojawił się specjalista. Ale nadał nie było sprzętu.

- Dowiedziałem się wszystkiego, wyliczyłem, czego nam potrzeba. Pomyślałem, że trzeba zacząć od koronarografii. Działał wtedy Narodowy Program Ochrony Serca w Polsce, którego dyrektorem był prof. Zygmunt Sadowski z Instytutu Reumatologii. Postanowiłem pojechać do niego, choć nie miałem pomysłu, jak go przekonać



do czegokolwiek. Po drodze do Warszawy, w Ostrowi Mazowieckiej kupiłem mapę Polski. Wszedłem do jego gabinetu, wyłożyłem tę mapę i mówię: panie profesorze, niech mi pan pokaże na wschód od Wisły, z wyjątkiem Lublina, miejsca, gdzie kompleksowo leczą serce. A on mówi: panie rektorze, jest pan pierwszym człowiekiem z waszego regionu, który do mnie przyjechał w tej sprawie. Proszę bardzo, jeśli pan chce, może pan liczyć na moją pomoc. Możemy zaczynać. Na początek mogę dać panu pieniądze na zakup koronarografu i na adaptację pomieszczeń. No, ale jest jeden warunek: musi pan mieć kierownika kliniki ze stopniem doktora habilitowanego.

Docent Musiał wtedy dopiero uwierzył, że będzie tu kardiologia z prawdziwego zdarzenia. Potem z Anina przyszedł dr Wacław Kochman, który utworzył Pracownię Hemodynamiki. Doktor Kochman był jedną kadencję. Profesor Sadowski proponował, żeby z Białegostoku przyjechało dwóch lekarzy, a on miał im pomóc się wyszkolić. Jednym z tych lekarzy był dr Sławomir Dobrzycki (obecnie profesor, kierownik Kliniki Kardiologii Inwazyjnej).

Nie było też kardiologii.

- Tak, mieliśmy kardiologię, koronarografię, ale potrzebowaliśmy kardiologii. Ale nie było miejsca, dużej przestrzeni na sale łóżkowe, sale operacyjne. Trzeba było znaleźć ludzi i pieniądze. Wyliczono mi, że potrzebujemy wstępnie 130 mln zł. Pojechałem do ministra zdrowia. A on mówi: mogę dać panu 19 mln zł. Więcej nie mam. I jeszcze brak pomieszczeń w szpitalu na tak duży oddział i jeszcze brak specjalistów. Pomyślałem, że nie da się pokonać tych przeszkód. Przedstawiłem sprawę na posiedzeniu Senatu AMB. Jakiś czas po tym przyszedł do mnie członek Senatu, prof. Jan Prokopowicz. I mówi: panie rektorze, mam propozycję pomieszczeń. W DSK zaprojektowano kuchnię na czas niedoborów. To znaczy są tam duże pomieszczenia do przechowywania zapasów żywności. A teraz nie ma już takiej potrzeby, bo wszystko

jest dostępne, wszystko można kupić. A równocześnie sypie się kuchnia w PSK na czwartym piętrze. Kuchnia w DSK była w trakcie budowy. Można było powiększyć jej możliwości przygotowywania posiłków dla obu szpitali i ten plan zaczęliśmy realizować. Umożliwiałoby to przeznaczenie pomieszczeń kuchni w PSK na potrzeby kardiologii. Wprowadziliśmy wtedy przygotowywanie posiłków na tacach dla każdego chorego.

Nie było protestów pracowników?

- Oczywiście, że były. Kiedy zapadła decyzja o przeniesieniu kuchni do DSK, to zespół pracowników kuchni z PSK wystosował skargę na mnie do ministra zdrowia. Minister zadzwonił i wezwał mnie do siebie, pokazał pismo i zażądał wyjaśnień. Od słowa do słowa wszystko wyjaśniłem, skąd pomysł, po co, na co i dlaczego. I minister zaakceptował nasz plan.

Pozostała sprawa pieniędzy. Z 19 mln obiecanych przez ministra nie można było zaczynać tak wielkiej inwestycji. Wtedy premierem był Włodzimierz Cimoszewicz. Postanowiłem nawiązać z nim kontakt, zaangażował się w to prof. Marian Szamatowicz. Premier podszedł do sprawy bardzo poważnie. Jak potem się zorientowałem, zasięgnął w tej sprawie opinii prof. Religi. I któreś soboty zostaliśmy zaproszeni do kancelarii premiera na rozmowę. My, tzn. ja, dr Andrzej Gajewski (który był wówczas wojewodą) i prof. Marian Bielecki, dyrektor PSK. Premier też nie wiedział, skąd wziąć takie pieniądze. Zaprosił na to spotkanie ministra finansów, ministra zdrowia i jeszcze chyba z dwóch innych ministrów. I każdego pytał: skąd by wziąć na to pieniądze. Ale jednoznacznych odpowiedzi nie uzyskał. I w końcu premier mówi tak: Słuchajcie, a jest taki fundusz europejski, którego nikt nie umie ruszyć, program K200 (była to specjalna linia kredytowa przeznaczona na modernizację polskiej ochrony zdrowia i zakup nowoczesnej aparatury medycznej - red.). Czy można go ruszyć, czy nie? Pyta ministra finansów. Minister finansów mówi: no, myślę, że tak. W takim razie -

polecenie służbowe, proszę z tego funduszu pozyskać pieniądze. I z tego funduszu dostaliśmy 150 mln. Takie ogromne pieniądze. Mogliśmy za to zrobić remont całego piętra, zbudować sale operacyjne i zakupić bardzo kosztowne wyposażenie.

Ale pewnie znowu był problem z pracownikami?

- Dokładnie. Przecież u nas na Podlasiu nikt nie znał się na kardiologii. Spotkałem się z prof. Religą, który do mnie powiedział: kardiologów to ty nie masz.

No nie mam. To ja ci przysłę, jednego lub dwóch. Instrumentariuszek to ty też nie masz. Mówię: mamy duży blok operacyjny, mamy instrumentariuszki. Nie, to nie są te instrumentariuszki. Instrumentariuszki kardiologiczne muszą być szkolone od początku. Inaczej. Pompierzy (czyli perfuzjonistów) też nie masz. To ja ci dwóch przysłę. Anestezjologów. Mówię: mamy blok, mamy anestezjologów. A nie, to inni anestezjologowie. Postaram ci się choć jednego przysłać. I tak stworzyliśmy na papierze zespół.

Ci wszyscy ludzie musieli gdzieś mieszkać. Szpital miał swój blok, tak zwane Kolorado przy ul. Szpitalnej.

- Tak, było jedno mieszkanie wolne, ale zajął je wcześniej doc. Musiał z rodziną. Ale gdzieś mi chodziło po głowie, że może w zasobach miasta coś jest wolnego. Poszedłem do prezydenta Krzysztofa Jurgieła i przedstawiłem mu sprawę. Mówię, że wystarałem się o pieniądze, o miejsce, specjalistów z zewnątrz. Ale im trzeba zapewnić mieszkania. Jeśli prezydent nie pomoże z mieszkaniami, to cały plan runie i wszystko stracimy. Prezydent przyznał, że ma pulę mieszkań dla specjalistów. Poprosił o kilka dni na wybadanie sytuacji. I okazało się, że jest osiem czy dziesięć takich mieszkań. Bałem się, żeby z tego się nie wycofał. Poprosiłem prezydenta: niech to pan powie w telewizji, że miasto zabezpieczy mieszkania. Przyjechały kamery, prezydent wyszedł przed urząd i publicznie zagwarantował, że będą mieszkania dla specjalistów. Podkreślił, że to szansa dla miasta i dla województwa, żeby tutaj stworzyć ośrodek leczenia chorób serca. I wszystko się udało.

Po drodze były jeszcze perturbacje m.in. z kardiologiem!



**PROF. DR HAB. N. MED.
TOMASZ HIRNLE,
KIEROWNIK KLINIKI
KARDIOCHIRURGII:**

- Przez te 25 lat udało się doprowadzić na bardzo wysoki poziom współpracę pomiędzy wszystkimi podmiotami zajmującymi się chorobami serca (kardiologami, kardiologami inwazyjnymi, elektrofizjologami). I w ten sposób, współdziałając razem, rzeczywiście udało nam się wejść na poziom jeden z najwyższych, jakie są

- Tak, po pięciu latach z powodów personalnych odszedł organizator i pierwszy kierownik kliniki dr Bronisław Czech. Do dziś nie wiem, co było powodem tej decyzji. Klinika działała, operacje były wykonywane, ale my zostaliśmy bez kardiochirurga ze specjalizacją. I znów miałem ból głowy: skąd wziąć specjalistę. Spotkałem się z prof. Religą oraz z dyrektorem Instytutu Kardiologii w Aninie. A prof. Religa do mnie mówi: no tak, nie potraficie szanować ludzi, to nikt do was już więcej nie przyjdzie. Ja mówię: proszę podać argumenty, co się stało. Okazało się, że profesor został jednostronnie poinformowany, że my źle potraktowaliśmy dr. Czecha i jego żonę. Ja mówię: panie profesorze, najlepszym przykładem, że atmosfera jest dobra, jest to, że żona pana dr. Czecha uzyskała u nas stopień doktora habilitowanego. Gdybyśmy źle im życzyli, to nie stworzylibyśmy jej takiej możliwości. Profesor Religa przyznał, że o tym nie wiedział. I to rozładowało sytuację. Na tym spotkaniu zaczęliśmy szukać kandydata. Padło nazwisko doc. Tomasza Hirnlego, kardiochirurga z Wrocławia. Zaprosiłem go, obejrzał klinikę i aż „zrobił” oczy, że tu wszystko jest, a ponadto jest ładne, nowe. Zdecydował się objąć funkcję kierownika. Jego żonę dr hab. Bożenę Sobkowicz, kardiolog, zatrudniliśmy w Klinice Kardiologii. Po przejściu prof. Musiała na emeryturę objęła funkcję jej kierownika.

Profesor Hirnle bardzo rozwinął działalność Kliniki Kardiologii. Przeprowadzane są bardzo złożone operacje serca. Wykształcono specjalistów kardiologii.

Jest Pan dumny z tego, co udało się osiągnąć przez te lata? Z tego, że mieszkańcy Podlasia nie muszą już jeździć na zabiegi do Anina czy Zabrze, by leczyć serce?

- Uważam, że „projekt serce” był największym kompleksowym projektem dotyczącym diagnostyki i leczenia chorób serca, jaki udało się zrealizować w naszym województwie. Jestem dumny, że stworzyliśmy miejsce, w którym pacjent może otrzymać kompleksową pomoc - od diagnostyki przez kardiologię, kardiologię inwazyjną, elektrofizjologię po kardiologię - pod jednym dachem. Ale to nie jest moja osobista zasługa. Sam niewiele mógłbym zrobić. Udało się to dzięki całemu łańcuchowi ludzi dobrej woli, którzy uwierzyli w ten projekt i pomogli go zrealizować.

Dziękuję za rozmowę.

możliwe w medycynie. Dysponujemy absolutnie pełnym portfolio wykonywania wszelkiego rodzaju zabiegów diagnostycznych, leczniczych i operacyjnych, jakie tylko istnieją w kardiologii i w kardiologii dorosłych. Mieszkańcy Podlasia nie muszą jechać do Zabrze czy Warszawy, bo tu dostaną diagnostykę i identyczne leczenie. Procedury są w pewnym sensie zunifikowane, zgodne z rekomendacjami towarzystw naukowych amerykańskich i europejskich. I absolutnie jesteśmy na równo z tymi wszystkimi zaleceniami. Oprócz tego są niektóre bardzo specyficzne rzeczy, które tylko tu jesteśmy w stanie zrobić. No, ale to są takie drobiazgi, takie wąskie tematy, które tylko tu są robione. Ale podobnie ma każdy ośrodek. Ponadto te operacje przez 25 lat się też zmieniły. Pierwsze nasze operacje rejestrowaliśmy, odbywały się z pełną sternotomią, z dużym dostępem, były to bardzo rozległe zabiegi. W tej chwili, bo też rejestrujemy nasze operacje, ponad 30% to zabiegi z małych dostępów. Około jedna trzecia jest w ogóle robiona przezcewnikowo. I to będzie szło w tym kierunku.



**PROF. DR HAB. N. MED.
WŁODZIMIERZ MUSIAŁ,
BYŁY KIEROWNIK
KLINIKI KARDIOLOGII:**

- Kiedy przyjechałem do Białegostoku, działała tu klinika uniwersytecka, ale była słabo wyposażona i uprawiała przede wszystkim „zachowawczą” medycynę. Białostocki ośrodek był postrzegany jako Polska B, a może nawet C. Wszystkie trudniejsze przypadki trafiały do Warszawy. Tam pacjentów wysyłano na echo, tam kierowano chorych wymagających bardziej zaawansowanego leczenia. Jak przyjechałem, byłem jedynym samodzielnym pracownikiem naukowym posiadającym specjalizację z kardiologii. Jechałem jednak z konkretnym planem modernizacji i rozbudowy. W tym planie wspierał mnie ówczesny rektor, prof. Jan Górski. Początki były jednak naprawdę trudne. Pamiętam, że w pierwszym roku mojej pracy zepsuł się echokardiograf. Był tak wyeksploatowany, że nie nadawał się już do naprawy. Kiedy zwróciłem się o zakup nowego,

usłyszałem, że jest taka możliwość, ale... za dwa lata. Bez echokardiografu klinika kardiologii nie mogła przecież normalnie funkcjonować. Wtedy pożyczyłem aparat z Łomży. Tamtejszy szpital dopiero się budował, ale działała już poradnia kardiologiczna i właśnie stamtąd udało się go wypożyczyć. Podobnie było z początkiem działalności pracowni hemodynamiki. Początkowo po koronarografii wysyłaliśmy pacjentów na leczenie do Warszawy. Po trzech miesiącach usłyszeliśmy jednak: „Nie przysyłajcie nam chorych, bo my nie wyrabiamy się ze swoimi”. Wtedy uzgodniłem, że dwóch najcięższych pacjentów będziemy co tydzień wysyłać na operacje kardiochirurgiczne do Łodzi. Było to ogromne obciążenie zarówno dla chorych, jak i dla nas. Innego rozwiązania po prostu wtedy nie było. Przez te 30 lat dokonał się jednak ogromny skok cywilizacyjny. Białystok wykorzystał swoją szansę i stworzył ośrodek kardiologiczny, który dziś dorównuje poziomem najlepszym ośrodkom w Polsce, a w wielu obszarach także europejskim. Oczywiście nie wydarzyło się to z dnia na dzień. To były lata konsekwentnego budowania zespołu, zdobywania doświadczenia i podejmowania się coraz trudniejszych przypadków. Pojawiła się możliwość współpracy i konsultacji z kardiologami inwazyjnymi oraz kardiochirurgami. Krok po kroku zaczęliśmy leczyć pacjentów, których wcześniej trzeba było wysyłać poza region. Dziś, patrząc z perspektywy tych 30 lat, widać, jak ogromną drogę przeszedł białostocki ośrodek - od miejsca, do którego przyjeżdżali pacjenci wymagający podstawowej diagnostyki, do nowoczesnego centrum, w którym można kompleksowo leczyć nawet najtrudniejsze choroby serca.

Unikatowe receptury produkcji penicyliny w Muzeum UMB

Penicylina to pierwszy antybiotyk, który zapisał się w dziejach medycyny. Świat zawdzięcza go Aleksandrowi Flemingowi, Polska zaś prof. Tadeuszowi Korzybskiemu. Jego bezcenne zeszyty zawierające patenty i receptury produkcji polskiej penicyliny są dziś przechowywane w Muzeum Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku i Pałacu Branickich.

Unikatowa kolekcja zeszytów oraz książek prof. Tadeusza Korzybskiego trafiła do zbiorów Muzeum UMB za sprawą Blanki Wysznińskiej Walczak - jego stryjecznej wnuczki. Zeszyty wypełniają odręczne notatki i rysunki sporządzone podczas pobytu szkoleniowego w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie w latach 1946-1947. Pobyt miał na celu poznanie procesu technologicznego produkcji penicyliny, a następnie wykorzystanie zgromadzonej wiedzy na terenie Polski. W 1949 roku według wskazówek profesora zbudowano i uruchomiono w Tarchominie zakłady Polfa - pierwszą fabrykę penicyliny w Polsce i jedną z nielicznych w Europie. Rok wcześniej prof. Tadeusz Korzybski i prof. Włodzimierz Kuryłowicz w tarchomińskim laboratorium mieszczącym się w tak zwanej mysiej wieży wyizolowali pierwsze fabryczne 4 g polskiej penicyliny.

Przekazana do Muzeum UMB kolekcja zawiera również zeszyty z czasów pobytu prof. Korzybskiego we Lwowie. Od 1937 roku pracował tam na Uniwersytecie Jana Kazimierza pod kierunkiem prof. Jakuba Parnasa. W czasie II wojny światowej związał się zawodowo z lwowskim Instytutem Zwalczania Duru Plamistego u prof. Rudolfa Weigla. Kierował też Pracownią Biochemii w Klinice



Kolekcja zeszytów prof. Tadeusza Korzybskiego z odręcznymi notatkami o procesie produkcji penicyliny, lata 40. XX w.

Gruźlicy, a następnie został zatrudniony w Katedrze Chemii Organicznej Instytutu Medycyny.

Podczas pobytu we Lwowie brał udział w muzycznych zebraniach organizowanych przez prof. Tadeusza Kielanowskiego - późniejszego pierwszego rektora Akademii Medycznej w Białymstoku. Po wojnie powrócił do Krakowa, gdzie rozwinął badania nad penicyliną. W 1946 roku w laboratorium Państwowego Zakładu Higieny wyodrębnił pierwszy polski preparat penicyliny.

Profesor Korzybski zasługuje na określenie człowieka renesansu - był nie tylko słynnym biochemikiem, lecz także miał ogromny talent artystyczny. Jego różnorodną postać i dokonania przybliży wystawa zaplanowana na listopad w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Białymstoku. Będzie to również okazja do obejrzenia kolekcji unikatowych zeszytów ze zbiorów Muzeum UMB.

Magdalena Muskała

O PTAKACH TO I OWO, O FOTOGRAFII – FACHOWO



Wernisaż fotografii dr. n. med. Zbigniewa Mazurkiewicza zainaugurował po przerwie wakacyjnej kolejny sezon wydarzeń artystycznych przygotowywanych przez Komisję Kultury ORL w Białymstoku.

Dr n. med. Zbigniew Mazurkiewicz to uznany ortopeda, emerytowany ordynator Oddziału Ortopedii i Traumatologii Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku. Ten ceniony specjalista nie był dotychczas znany szerszej publiczności z hobbystycznej działalności artystycznej – a jak się

okazało – jest również świetnym fotografikiem, a do tego pasjonatem i znawcą natury, w szczególności ptaków.

Oprócz tego, że po raz kolejny we wnętrzach OIL zagościła fotografia, ponownie i nie po raz pierwszy pojawiły się ptaki – zarówno w tytule, jak i w treści wystawy. I faktycznie – autor pokazał kolekcję artystyczną, a zarazem na swój sposób ornitologiczną, zawierającą ogromny walor edukacyjny, czego dowody można było zobaczyć przede wszystkim na zdjęciach w obszernym, skrupulatnie skomponowanym katalogu.

Ptaki bywały już kilka razy tematem wystaw w OIL, przylatywały tu czasami w różnej formie: fotografii, malarstwa, w postaci rzeźb... Były więc ptaki na obrazach olejnych znakomitej malarki współczesnej Iwony Ostrowskiej, zaprezentowano kiedyś niesamowite ptasie rzeźby Dionizego Purty, legendarnego twórcy, przedstawiciela „art naif”, na ścianach galerii pojawiły się też piękne pawie mistrza Józefa Wilkonina na jego pamiętnej wystawie w 2024 roku.

Tym razem w roli głównej wystąpił dr Zbigniew Mazurkiewicz, który ujawnił się nam jako pasjonat i znawca natury, w szczególności ekspert od ptaków, przy czym nie ma w tym stwierdzeniu przesady. Z przedmowy do opublikowanego katalogu dowiadujemy się, że to unikatowe i specyficzne zainteresowanie pojawiło się bardzo wcześnie. Autor wspomina: „W pierwszym zapamiętanym epizodzie pojawiła się sowa, która usiadła na dachu dawnego prosektorium. Mieszkaliśmy wówczas w starym budynku poszpitalnym. Przestraszyłem się, a uspokajał mnie siedzący obok stryj... Gdy przeprowadziliśmy się do własnego domu, w przydomowym ogródku gościły ptaki – zauważałem je. Zimą do wysypywanej na parapecie kuchennego okna karmy przylatywały sikorki, wróble i mazurki, a niekiedy gile. Ptaki te obserwowałem z bliskiej odległości. Dzieliła nas jedynie szyba okienna.”

Idea portretowania ptaków przetrwała i wpłynęła istotnie na sposób spędzania czasu przez dr. Mazurkiewicza. Na wystawie przekonaliśmy się, że autor ma ogromną wiedzę, pasję, wyczucie i talent fotograficzny. Te piękne i urzekające fotografie,



które licznie zgromadzona, sympatyczna publiczność zobaczyła w galerii, stanowiły prawdziwą lekcję przyrody. Wernisaż był zarazem cudownym, kolorowym fotograficznym wykładem z ornitologii.

Natomiast na zdjęciach w katalogu można naprawdę odnaleźć sytuacje fenomenalne albo dostrzec zaskakujące i wyjątkowe momenty z życia i behawioru ptaków – uchwycone z ukrycia obiektywem dr. Mazurkiewicza. Niektóre z tych ujęć mogłyby bez problemu ilustrować jakiś ptasi rozdział w wydaniu „National Geographic”. Zdjęcia Zbigniewa Mazurkiewicza to jednak nie tylko fachowa wiedza i doskonały warsztat fotograficzny, ale coś jeszcze. Można sobie uzmysłowić, ile cierpliwości, pokory i determinacji wymagały niektóre z tych ujęć. Widać, że lekarze mają cierpliwość i respekt nie tylko do pacjentów, lecz także wobec matki natury. Kolejna propozycja kulturalna Izby Lekarskiej dowiodła, że warto robić tego rodzaju wydarzenia, bo lekarze potrafią tworzyć sztukę i dzielić się nią ze środowiskiem.

Kuratorem wystawy był Paweł Pecuszok (szef Komisji Kultury OIL), a szczególną pomoc i wsparcie w jej przygotowaniu okazała Anna Worowska

Paweł Pecuszok



TOMASZ M. KUKAWSKI ARE ognozja wybrane prace z lat 1985-91

„Ognozja” – tak zatytułował swoją wystawę Tomasz Kukawski, białostocki grafik, profesor z Katedry Grafiki na Wydziale Architektury PB, artysta bardzo ceniony poza granicami naszego kraju.

Na wernisaż przybyli więc nie tylko interesujący się sztuką lekarze, lecz także studenci grafiki oraz inni znani artyści.

Tomasz Kukawski to przede wszystkim grafik (choć czasem użyje i farb oraz tworzy ołówkiem czy węglem). W latach 1990–2026 brał udział w 400 (!) wystawach i konkursach graficznych, m.in. w Anglii, Hiszpanii, Niemczech, Grecji, Bośni i Hercegowinie, Indiach, Japonii, Tajlandii i na Tajwanie, w Nowej Zelandii, Chile, Korei, Argentynie i USA. Otrzymał 18 wyróżnień w konkursach międzynarodowych i ma kilkanaście prezentacji indywidualnych na swoim koncie. Dlatego jego wystawa w białostockiej izbie była wyjątkowym wydarzeniem. W wydanym katalogu Jerzy Konstantynowicz napisał: Sprawia nam prezent! Tym bardziej że Tomasz Kukawski zaprezentował twórczość z czasów młodości, z lat 1985–1991. Obrazy, rysunki i grafiki w różnych stylach i technikach. Ale – jak i późniejsze dzieła artysty – i one kipią od artystycznej swobody i emocji. Czasem są jak łamigłówka dla naszych umysłów, zmuszają do wyobraźni i skupienia. Niepokoją, intrygują, wyzwalaają...

Było to ostatnie przed przerwą wakacyjną wydarzenie w Galerii OIL przygotowane przez Komisję Kultury. Kuratorem wystawy był Jerzy Konstantynowicz.

MS



NIE MILIONERZY, LE CZ LEKARZE

Sztuka w naszym kraju nie jest uważana za oznakę statusu i prestiżu w kręgach osób, które wypracowały znaczący majątek w ostatnich latach. Dla nich liczą się ciągle ekstrawagancki samochód, jacht i cenne zegarki na nadgarstku.

Kto więc kupuje w Polsce sztukę? Pokolenie trzydziestolatków, które pracami młodych artystów aranżuje swoje pierwsze mieszkania i wybiera malarstwo mocno dekoracyjne. To grupa, z której z czasem wyłonią się kolekcjonerzy, bo sztuka ma magiczną moc wciągania w zbieraczą pasję.

Sztukę w Polsce kupuje inteligencja niepierwszo pokoleniowa, osoby średniozamożne, w których domach czytało się książki, chodziło do teatru i filharmonii. Często przedstawiciele kolejnych pokoleń inteligencji to jednocześnie przedstawiciele zawodów trudnych i wymagających, kojarzących się ze służbą publiczną: lekarze, prawnicy, architekci, farmaceuci. Wraz z nimi sztukę kupują też właściciele firm oraz pracownicy korporacji średniego szczebla. Wśród kolekcjonerów największą grupę bez wątpienia stanowią medycy i członkowie palestry.

Skąd wiem, że w kręgu kolekcjonerów jest wielu lekarzy? W czasach, gdy na aukcjach większość klientów licytuje niemal anonimowo, a zakupione dzieła odbiera przez kuriera, wiedza o klientach jest trudna do ustalenia. Część kolekcjonerów nawiązuje relacje z galerią, inni nie mają na to czasu lub ochoty. Często jednak dzwonią przed aukcją i proszą o zmianę zlecenia licytacji telefonicznej na limit, bo niestety wpadł im dyżur w szpitalu. Czasami przepraszają, że nie mogli odebrać telefonu w trakcie aukcji, bo sprawy się pokomplikowały - poród miał być naturalny, a trzeba było szybko zrobić cesarkę. Czasami dopięcie transakcji zostawiają asystentce, bo między pacjentami mają za mało czasu na rozmowy telefoniczne. Po odbiór dzieła „wpadają” w przerwie medycznych konferencji, które szczęśliwie często mają miejsce w Warszawie. Przesyłają zdjęcia zakupionych obrazów, dzięki czemu widzę, że sztuka trafia nie tylko do ich domów, lecz także do gabinetów laryngologicznych, ginekologicznych i stomatologicznych.

Lekarze z braku czasu wolą kupować na aukcjach. Często żałują, że nie mogli zobaczyć dzieła na żywo. Starają się



Z kolekcji prywatnej w Warszawie - prace Andrzeja Ciołka, Joanny Pałys i Izzy Staregi

wygospodarować czas na relacje z galeriami, bo zdają sobie sprawę, jak one są ważne. Poza tym lubią rozmawiać o sztuce. To pozwala się oderwać od wymagającej zawodowo codzienności.

Kolekcjonują bardzo różne obiekty. Nie tylko malarstwo, rzeźbę i grafikę, lecz także przykłady rzemiosła artystycznego, plakaty, tkaniny i fotografie. Są wszechstronnymi erudytami, ale wielu z nich ma też społecznikowskie zacięcie, które jakoś dobrze łączy się z uprawianym zawodem. Dlatego w obręb swoich zbiorów włączają dzieła artystów lokalnych. Chętnie pokazują posiadane prace na wystawach i dzielą się informacjami w publikacjach.

To, że kolekcje zdobią gabinety lekarskie i przychodnie, można uznać za egoistyczną potrzebę chwalenia się przed innymi. Z rozmów, jakie prowadzę z lekarzami, wynika jednak, że kierują nimi zazwyczaj zupełnie inne pobudki. Zdają sobie sprawę, że sztuka pozytywnie wpływa na psychikę pacjentów i personelu, a także oczywiście na ich psychikę. Dzielą się kolekcjonerską pasją, aby inspirować innych do poznania sztuki. Wiedzą też, że obrazy na ścianach często pozwalają lepiej poprowadzić rozmowę z pacjentem, pokierować jego myśli na kwestie, do których nie zawsze chce się przyznać, pozwolić mu odprężyć się w rozmowie.

Lekarze rzadko kupują sztukę dekoracyjną. Wybierają raczej prace głębokie intelektualnie, nieoczywiste, frapujące. Część z nich ceni abstrakcję, zwłaszcza geometryczną, która pozwala się wyłączyć z codzienności i ma moc kiełznanie chaosu.

Osobnym tematem są dzieła wybierane przez psychiatrów. O tym należałoby kiedyś napisać odrębny artykuł. Wśród nich jest wielu znanych i cenionych kolekcjonerów, a ich kolekcje zazwyczaj nie nadają się do publikowania w social mediach, bo platformy internetowe blokują publikowanie takich „obrazków”. To nie zmienia faktu, że to wybitna sztuka, tyle że trudna i wymagająca wiele od odbiorcy.



Z kolekcji prywatnej w Warszawie - obraz autorstwa Agaty Czeremuszkin-Chrut

Z kolekcji prywatnej w Lublinie - obrazy Agaty Rościczy

Z kolekcji prywatnej w Warszawie - praca na papierze autorstwa Michała Paryżskiego

Lekarzy cechuje konsekwencja. Kiedy już zaczynają zbierać sztukę, to wiadomo, że do śmierci nie zrezygnują z tej pasji. Także dlatego, że potrafią się sztuką naprawdę cieszyć. Ta radość jest zaraźliwa i promieniuje na młodsze lekarskie pokolenia.

Jakiego rodzaju sztukę preferują lekarze? Brak czasu często uniemożliwia im bieżące rozeznanie w sztuce międzynarodowej, co wymaga podróży, uczestniczenia w targach zagranicznych i budowania relacji z galeriami w innych krajach. Dlatego koncentrują się na sztuce polskiej. Zazwyczaj zachowują się tak jak inni kolekcjonerzy, czyli wybierają dzieła tych artystów, którzy są im bliscy pokoleniowo. Ponieważ więcej czasu i funduszy w lekarskim świecie robi się w drugiej połowie życia, to często ich kolekcje składają się z prac nestorów polskiej sceny artystycznej.

Czy medyczna specjalizacja ma wpływ na wybierane dzieła sztuki? Poza specyficznymi preferencjami psychiatrów nie stwierdzam takiej zależności, choć mam wrażenie, że okuliści nieco inaczej patrzą na malarstwo. Widzą to, co widzi też artysta. Potrafią stwierdzić, kiedy sposób kreowania sztuki wynika z konkretnych uwarunkowań fizjologicznych wzroku. Czasami to ich pociąga, a czasami nie ma wpływu na konstruowanie zbiorów.

Jakie są kolekcje lekarskie? Bardzo różnorodne. Spełniony lekarz i producent win doktor Werner Jerke jest założycielem muzeum sztuki polskiej poza jej granicami - Muzeum Jerke w Recklinghausen. Choć jest Niemcem, to jego wyjątkowa pasja do awangardowej sztuki czyni go jednym z najbardziej znanych polskich kolekcjonerów. Może się wydawać, że to sytuacja wyjątkowa. Niezupełnie. Inny lekarz z Niemiec, Osman Djajadisastra, też od lat konsekwentnie buduje kolekcję polskiej sztuki XX stulecia. W jego zbiorach znajdują się m.in. prace Edwarda Dwurnika, Gruppy, Łodzi Kaliskiej, Marii Pinińskiej-Bereś czy Ewy Partum. Polscy lekarze również często gustują w rodzimej awangardzie. Poza nią sięgają po dzieła z zakresu sztuki dawnej. Andrzej Papiewski specjalizuje się w chirurgii ogólnej, a także w kolekcjonowaniu szkła i porcelany secesyjnej. Ma też w swoich zbiorach kolekcję lasek, piór wiecznych i autoportretów artystów tworzonych na papierze, które wielokrotnie prezentował na wystawach. Kilka razy współpracował z Muzeum Miejskim w Zgierzu.

Wielu lekarzy, nie tylko psychiatrów, potrafi powiązać pasję kolekcjonerską i specjalizację zawodową. W Radzynie Podlaskim doktor laryngologii Dorota Kotowska powiesiła w swoim gabinecie portret kobiety autorstwa Izy Staręgi. Mało spostrzegawczy sądzą, że modelka nosi naszyjnik, uważniejsi widzą podcięte gardło. To nie makabra, to przestroga. Inny lekarz w klinice medycyny estetycznej tworzy kolekcję malarstwa poświęconą przemijalności ludzkiego ciała i kruchości naszej fizycznej powłoki. Kolekcjonowane przez niego prace mają być inspiracją i skłaniać do przemysleń. Kardiochirurg z Poznania Tomasz Urbanowicz od lat dzieli się swoją kolekcją prac artystów młodego pokolenia na ścianach kliniki oraz na profilu na Instagramie.

Sztuka ma magiczną moc. Czasami jest to też moc uzdrawiania. Lekarze to wiedzą. Kolekcjonują, żeby zawodowo nie zwariować, lepiej służyć innym i dzielić się z otoczeniem piękną pasją. W medycynie brak wiedzy o sztuce pacjenta nie zabija, ale w środowisku lekarskim zdecydowanie nie wypada się na niej nie znać.

Agnieszka Gnietek

Autorka jest krytykiem sztuki i właścicielką Xanadu Galerii i Domu Aukcyjnego w Warszawie.

GALERIA JEDNEGO OBRAZU

ANNA LASKOWSKA

ZASTAWIANIE PUŁAPKI, 2025,
obraz wykonany techniką olejną
na płótnie, 140 x 100 cm (dzięki
uprzejmości Biura Wystaw /
Fundacji Polskiej Sztuki
Nowoczesnej w Warszawie)



W tym wydaniu prezentujemy obraz Anny Laskowskiej - artystki sztuk wizualnych tworzącej głównie w technice malarstwa olejnego oraz haftu. Ta uzdolniona młoda malarka jest obecnie studentką Wydziału Malarstwa Akademii Sztuk Pięknych w Warszawie. Mieszka i tworzy w Mysiadle w Polsce oraz we włoskiej Bolonii. Została niedawno uwzględniona w rankingu „Kompas Młodej Sztuki” - prestiżowym zestawieniu artystów przed 35. rokiem życia, których dokonania warto zauważać i śledzić ich kariery. Ranking ten oparty jest na nominacjach ważnych galerii komercyjnych i niekomercyjnych i w pewnym sensie wyznacza trendy w nowej sztuce oraz kształtuje perspektywy rozwoju współczesnych młodych twórców.

Malarka dysponuje niewątpliwie świetnym warsztatem. W swojej praktyce artystycznej wykorzystuje motywy i idiomy kultury polskiej, eksplorując powiązania i interakcje tradycji chrześcijańskich z pradawnymi, archaicznymi, przy tym często zapomnianymi już wierzeniami, legendami i mitami słowiańskimi. Jej malarstwo skupia się na symbolice animistycznej, wykorzystuje motywy zwierząt i intrygujących tworów chimerycznych. Dość często możemy zobaczyć powtarzające się wizerunki psów albo gadów, ze szczególnym upodobaniem węży, których symbolika miała zawsze duże kulturowe znaczenie w historii. Poza tym artystka wyraża w swoich obrazach także głęboką refleksję nad kobiecością, podejmując osobisty dialog z historyczną, tradycyjną oraz wielokulturową symboliką związaną z kobietą. Tu również możemy spotkać w obrazach Laskowskiej groźne, napawające lękiem wizerunki gadów oplatających ciała kobiece. To surrealistyczne sceny zanurzone w mitach i mieszanice wierzeń.

Prezentowany w Galerii Jednego Obrazu w OIL tytuł „Zastawianie pułapki” z 2025 roku stanowi w zasadzie element pewnego dyptyku. Łącznie z utrzymanym w podobnej kolorystyce obrazem zatytułowanym „Wąż upolowany” (2025) komentuje stereotypy kulturowe i literackie związane właśnie z węzami. Ludzie oraz psy lub wilki uczestniczą w jakiejś niepokojącej grze o niejasnych regułach, w polowaniu, którego celem staje się nie tylko samo zwierzę, lecz także wyrażany przez nie symbol zła, czyli grzechu. Ta symbolika i alegoryczne przedstawianie zwierząt są szczególnie wyraźne w tradycji chrześcijaństwa, a także - już od czasów średniowiecza - w malarstwie sakralnym i świeckim związanym z kulturą i wiarą chrześcijańską. „Zastawianie pułapki” to obraz bardzo plastyczny, intrygujący i nasycony emocją, odnosi się do sposobu, w jaki kultura wpływa na postrzeganie węża, a przez to kształtuje idiom lęku, winy, niechęci i obaw egzystencjalnych.

Jerzy Konstantynowicz

OGRANICZENIA I LIMITY – projekt nowych przepisów o czasie pracy lekarzy

Rządowy projekt nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej może zasadniczo zmienić warunki pracy personelu medycznego finansowanego przez NFZ. Przewiduje maksymalny łączny wymiar zatrudnienia, minimalne zaangażowanie w szpitalu oraz limity wynagrodzeń. Według stanu na 6 października 2026 roku nie są to jednak obowiązujące przepisy. Projekt może jeszcze zostać zmieniony.

Lekarza zatrudnionego na umowie o pracę w podmiocie leczniczym obowiązuje obecnie co do zasady norma 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut tygodniowo. Dyżur wlicza się do czasu pracy. Łączny czas wraz z dyżurami zasadniczo nie powinien przekraczać przeciętnie 48 godzin tygodniowo, chyba że lekarz pisemnie zgodził się na klauzulę opt-out. Nadal należy zachować ustawowe okresy odpoczynku. Zasady te wynikają z art. 93–97 ustawy o działalności leczniczej.

Normy te rozlicza się jednak w ramach konkretnego stosunku pracy. Nie tworzą jednego limitu obejmującego równocześnie etat w jednym szpitalu, kontrakt w drugim i praktykę zawodową. Projektowany art. 132aa ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ma to zmienić. Łączny wymiar zatrudnienia osoby wykonującej zawód medyczny (w tym lekarzy) u wszystkich świadczeniodawców mających umowy z NFZ – z uwzględnianą przez projekt pracą w praktyce poza zakładem leczniczym – nie będzie mógł przekroczyć równowartości dwóch pełnych etatów miesięcznie. Limit obejmie umowy o pracę, kontrakty cywilnoprawne i inne podstawy zatrudnienia.

Regulacja nie dotyczy wyłącznie lekarzy. Ogólny pułap obejmie szeroko rozumiane osoby wykonujące zawody medyczne. Obowiązek co najmniej połowy etatu w szpitalu i poradni przy szpitalnej ma natomiast dotyczyć lekarzy, pielęgniarek, położnych, fizjoterapeutów i ratowników. Praca w kolejnym szpitalu będzie wymagała zgody dotychczasowych podmiotów. Odmowę uzasadnią niezaspokojone potrzeby kadrowe; brak odpowiedzi w ciągu 14 dni będzie oznaczał zgodę.

Wyjątki przewidziano m.in. dla osoby pracującej tylko u jednego świadczeniodawcy oraz w AOS, gdy mniejszy wymiar wynika z harmonogramu umowy z NFZ. Szczególne zasady obejmą także określone dyżury i pracę zmianową poza normalnymi godzinami. Do limitu nie wejdzie czas samej gotowości poza placówką, a w razie niedoboru kadr prezes NFZ będzie mógł zezwolić na czasowe odstępstwo.

Pełny miesięczny wymiar projekt definiuje jako 8 godzin pomnożone przez liczbę dni od poniedziałku do piątku, z odjęciem 8 godzin za każde święto przypadające w innym dniu niż niedziela. Przykładowo w listopadzie 2026 roku występuje 21 takich dni, ale Narodowe Święto Niepodległości obniża wymiar o 8 godzin. Jeden etat wyniesie więc 160 godzin, a limit dwóch etatów – 320 godzin.

Lekarz wykonujący 160 godzin w szpitalu A oraz po 80 godzin w szpitalu B i poradni osiągnie dokładnie 320 godzin. Kolejne 16 godzin oznaczałoby przekroczenie limitu. Projektowy przebieg ośmiogodzinny nie uchyla pracowniczej normy 7 godzin 35 minut; służy wyłącznie ustaleniu łącznego pułapu.

Projekt obejmuje także wynagrodzenia za świadczenia realizowane w ramach umów z NFZ. Maksymalna godzinowa stawka brutto wynagrodzenia zasadniczego ma odpowiadać 1/20 minimalnego wynagrodzenia. Przy obowiązującej w 2026 roku płacy minimalnej 4806 zł będzie to 240,30 zł brutto za godzinę.

Maksymalne średniomiesięczne wynagrodzenie ma zasadniczo wynosić ośmiokrotność płacy minimalnej proporcjonalnie do wymiaru zatrudnienia: 38 448 zł przy pełnym etacie i 19 224 zł przy połowie etatu. Przy określonych dodatkach pułap może wzrosnąć do 57 672 zł przy pełnym etacie.

Łączne wynagrodzenie u wszystkich objętych regulacją świadczeniodawców nie przekroczy średniomiesięcznie szesnastokrotności płacy minimalnej, obecnie 76 896 zł. Zakazane będzie również ustalanie pensji jako procentu kontraktu z NFZ. Limity zasadniczo dotyczą świadczeń objętych kontraktem Funduszu, a nie usług całkowicie prywatnych.

Przed zatrudnieniem medyk będzie składał kierownikowi placówki oświadczenia o łącznym wymiarze zatrudnienia i maksymalnym wynagrodzeniu. Zmianę trzeba będzie zgłosić najpóźniej w ciągu siedmiu dni. Oświadczenia będą składane pod rygorem odpowiedzialności karnej, przewidującej karę pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat na zasadach przepisów kodeksu karnego.

Kierownik podmiotu leczniczego naruszający wymagania ma odpowiadać za wykroczenie zagrożone grzywną do 30 tys. zł. Istniejące umowy trzeba będzie dostosować w ciągu sześciu miesięcy od wejścia ustawy w życie. W przeciwnym razie projekt nakazuje ich wypowiedzenie, przy częściowym wyłączeniu ochrony pracownika.

Projekt nie jest więc tylko korektą grafików, ale próbą wprowadzenia osobowego limitu pracy i zarobków w systemie finansowanym przez NFZ. Lekarze będą ujawniać łączne zaangażowanie, a kierownicy placówek kontrolować umowy i oświadczenia pod realną sankcją. Na zmianę kontraktów jest jednak za wcześnie – ostateczne obowiązki poznamy dopiero po uchwaleniu i ogłoszeniu ustawy.

adw. Anna E. Olesiuk

INTEGRACYJNIE W TORUNIU I BYDGOSZCZY

Zwiedzanie Torunia rozpoczęliśmy od zabytkowej kamienicy z XV stulecia, w której znajduje się muzeum Mikołaja Kopernika. Następnie, spacerując po Starym Mieście, zobaczyliśmy Dwór Artusa, gdzie kupcy (ojciec naszego astronoma handlował miedzią) przystąpili do hanzy (izby rzemieślniczej). Byliśmy też przy budynku sądu, w którym toczył się proces w sprawie zabójstwa ks. Jerzego Popiełuszki. Weszliśmy do kościoła Franciszkanów, jednonawowego, z pięknymi stallami i witrażami z XV w. Widzieliśmy też ratusz, piękne kamieniczki, Krzywą Wieżę i mury obronne. Następnie udaliśmy się do Muzeum Piernika, gdzie wraz z bardzo liczną grupą dzieci szkolnych wzięliśmy udział w warsztatach pieczenia tych ciastek.

Kolejnego dnia pojechaliśmy do Bydgoszczy, miasta założonego przez króla Kazimierza Wielkiego nad rzeką Brdą, w zamyśle mającego być wsparciem dla Torunia na wodnym szlaku handlowym, zabudowanym spichlerzami. Zwiedzanie rozpoczęliśmy przy pomniku króla Kazimierza na koniu, w pobliżu znajduje się drugi pomnik, poświęcony mieszkańcom Bydgoszczy pomordowanym przez hitlerowców w pierwszą niedzielę września 1939 roku.

Podczas zwiedzania miasta widzieliśmy Stary Rynek, dawny ratusz, urząd miasta w miejscu spalonego kolegium jezuitów, przepiękne kamienice secesyjne, klub jazzowy w dawnym budynku lodowni, budynek poczty i telegrafu, kościół Klarysek, które w XV w. sprawowały funkcje opiekuńczo-medyczne. Uwagę naszą zwrócił budynek opery, wybudowany w 1973 roku. Weszliśmy także do fary, która powstała jako wotum rady miasta na zakończenie wojny



trzynastoletniej. Przepiękne wnętrze późnogotyckiej budowli urzeka bogato zdobionymi ołtarzami, intensywnie niebieskim sklepieniem, filarami nawy w kolorze fioletowym i ścianami w odcieniu czerwonym.

Ostatnim punktem zwiedzania były Młyny Rothera - wielkie czteropiętrowe budynki, w których obecnie znajduje się centrum wystawienniczo-edukacyjne,

Następnie odbyliśmy półgodzinny rejs statkiem po Brdzie. Przez cały czas dochodziły do nas dźwięki muzyki z opery lub sali koncertowej na wolnym powietrzu. Należy wspomnieć, że Bydgoszcz to nie tylko miasto przemysłowe, lecz także od wielu lat jest nazywane miastem muzyki.

Eugenia Mózdzynska

SPOTKANIA OPŁATKOWE 2026

Komisja ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów ORL w Białymstoku zaprasza na tegoroczne Spotkania Opłatkowe Lekarzy Emerytów i Rencistów.

BIĄŁYSTOK

8 grudnia (wtorek), w godz. 11.00-14.00;
Aula Magna, Uniwersytet Medyczny
w Białymstoku, ul. Kilińskiego 1.

ŁOMŻA

15 grudnia (wtorek), godz. 12.00;
Restauracja „Swojskie Jadło”,
ul. Nowogrodzka 58.
Zgłoszenia do 7 grudnia, tel. 86 218 04 96
oraz 691 364 424.

SUWAŁKI

11 grudnia (piątek), godz. 13.00;
Karczma Polska, ul. Kościuszki 101 a
Zgłoszenia do 7 grudnia, tel. 691 364 484
oraz 87 567 10 35 lub osobiście w biurze
Delegatury OIL w Suwałkach.

UWAGA!

ABSOLWENCI AKADEMII MEDYCZNEJ W BIAŁYMSTOKU ROCZNIK 1971

zapraszają na spotkanie opłatkowe 18 grudnia. Zgłoszenia do 10 grudnia, tel. 667 749 601.



OD EPIFANII DO EPILOGU

W starym zaścianku kresowym Wierobie, niedaleko Białegostoku, spotkali się doktoranci Kliniki Neurologii i Rehabilitacji Dziecięcej. Stanowili grupę dwudziestu pięciu dysertantów, z których następnie osiem osób obroniło habilitację, a cztery uzyskały stopień profesora belwederskiego.

Wśród liczного grona absolwentów, którzy przybyli na to spotkanie (31 maja 2026 roku), obecni byli rektor senior, doktor honoris causa UMB, prof. Jan Górski z małżonką, prof. Marią Górską, a także profesorowie: Maciej Kaczmarek, Wojciech Kułak, Elżbieta Krajewska-Kułak, Maria Sobaniec-Łotowska i Jan Popko.

Było to szczególne spotkanie, każdy z przybyłych doktorantów przedstawił tezy pracy i wspomnienia związane z ich realizacją. Intencję tego spotkania dopełniło okolicznościowe wydawnictwo zatytułowane „Od Epifanii do Epilogu” (Białostocka Biblioteka Padaczki, t. 10) będące próbą spojrzenia na dorobek naukowy zgromadzonych doktorantów i habilitantów.

Epifania w pojęciu neurologicznym to stan, w którym synapsy iskrzą i zaskakują – w sposób zarówno genialny, jak i patologiczny. W praktyce klinicznej powoduje to rozświetlenie i pobudzenie kory mózgowej, które staje się impulsem otwierającym umysł i uruchamiającym również nowe koncepcje badawcze, stanowiące czystą biologię nagłego natchnienia.

Z kolei epilog to drugi biegun doświadczenia neurologicznego. To moment, który zwykle wieńczy dzieło. Jest domknięciem, podsumowaniem skutków i efektów wieloletniego postępowania badacza oraz klinicysty.

Jak wielokrotnie wspominali zgromadzeni doktoranci, przyszło im działać w ciekawych czasach. Przełom XX i XXI wieku zbiegł się z tak zwaną dekadą mózgu. Okres ten rozbłysnął nowatorskimi odkryciami wiedzy medycznej. Szeroka gama nowych możliwości diagnostycznych m.in. MRI, PET, neuro- i elektrofizjologia

układu nerwowego, spektakularny rozwój neurofarmakologii, szczególnie w dziedzinie epilepsji. Także holistyczna opieka specjalistyczna – łącząca pediatrię, neurologię, psychiatrię, neurorehabilitację, neuropatologię, genetykę i inne dziedziny pokrewne. Wszystko to znalazło zastosowanie i odzwierciedlenie w poczynaniach badawczych i terapeutycznych oraz wystąpieniach zgromadzonych doktorantów.

Przybyli na spotkanie koledzy przybliżyli i przypomnieli osiągnięcia środowiska neurologów dziecięcych na Podlasiu, także w sferze wydawniczej (m.in. dziesięć tomów naukowych Białostockiej Biblioteki Padaczki) czy doktorat prof. Wojciecha Kułaka (1994 rok). Składał się on z ośmiu pełnowymiarowych monograficznych publikacji w zagranicznych czasopismach, co jak na warunki sprzed trzydziestu lat było ewenementem nie tylko na naszej uczelni.

Rozwinięto również tematykę ośmiu habilitacji, które obejmowały padaczkę, zespół Downa, migrenę, mózgową porażenie dziecięce, neuroprotekcję i neurodegenerację. Wyniki i opracowania dotyczyły badań zarówno u pacjentów, jak i na zwierzętach (*in vivo*, *in vitro*).

Wspomnieniami wrócono do osób, które odeszły, m.in. prof. Eleonory Jankowicz, współtwórczyni Szkoły Neuropedii w Białymstoku. Kiedy udała się na zasłużoną emeryturę, gościliśmy ją w klinice na cotygodniowych obchodach. Miała tu swoje biurko, szafkę na fartuch, młotek neurologiczny i osobistą filiżankę do kawy. Tak niewiele, a tak miło. Do końca służyła swoją radą i doświadczeniem.

Na kolokwium habilitacyjne piszącego te wspomnienia jechał w 1992 roku recenzent, guru epileptologii polskiej prof. Jerzy Majkowski. W Małkini nastąpiła awaria lokomotywy. Żeby nie odwoływać i nie przesunąć obrony, profesor połączył się z telefonem zawiadowcy z dziekanatem i przekazał poufnie zagadnienia egzaminacyjne. Następnie odpytał z nich jeden z dwóch pozostałych egzaminatorów – prof. Konstanty Wiśniewski. Miłym



zakończeniem był fakt, że spóźniony członek komisji zdążył pod koniec przybyć na dyskusję, głosowanie i wykład habilitacyjny.

Wreszcie uczestnicy spotkania przypomnieli również osiągnięcia organizacyjne ośrodka. W strukturach kliniki powołano: poradnię neurologiczną, leczenia padaczki, dwie pracownice EEG, pracownię EEG Biofeedback, EMG i potencjałów wywołanych, laboratorium płynu mózgowo-rdzeniowego, bariery krew-mózg, farmakokinetiki leków przeciwpadaczkowych z oznaczeniem ich stężenia w surowicy, ślinie, płynie mózgowo-rdzeniowym, a także gospodarki oksydacyjnej OUN, gabinety psychologa i logopedy.

W 2004 roku decyzją rektora prof. Jana Górskiego jednostka została przemianowana na Klinikę Neurologii i Rehabilitacji Dziecięcej, która następnie dała podwaliny pod samodzielną, nowoczesną Klinikę Rehabilitacji Dziecięcej, kierowaną przez neurologa i rehabilitanta prof. Wojciecha Kułaka.

Zjazd w Wierobiach stał się okazją do świętowania podwójnego jubileuszu. Oprócz satysfakcji z pracy naukowej z dumą podsumowano ćwierćwiecze działalności Fundacji Nadzieja i Szansa, której piszący miał zaszczyt być fundatorem. Przez dwadzieścia pięć lat działalności fundacja niosła niestrudzoną pomoc dzieciom specjalnej troski, organizując inicjatywy charytatywne, turnusy rehabilitacyjne i lecznicze dla pacjentów z mózgowym porażeniem dziecięcym, padaczką lekooporną, zespołem Downa i autyzmem.

Ten ogromny sukces społeczny nie byłby możliwy bez ścisłej synergii z Kliniką Neurologii i Rehabilitacji Dziecięcej. Liczni nasi koledzy i koleżanki angażowali się w jej działanie jako wolontariusze, terapeuci i lekarze. Co szczególnie znamienne, dziewięcioro doktorantów pełniło kolejne funkcje prezesów lub zasiadało w zarządzie fundacji. Udowadniali, że naukowa pasja kroczy w parze z wrażliwością na los drugiego człowieka. W tę holistyczną misję z zaangażowaniem włączyli się również wolontariusze ze Studenckiego Koła Naukowego działającego przy klinice, wychowującego kolejne pokolenie wrażliwych medyków.

Po spotkaniu naukowym otwarta została Izba Pamięci poświęcona doktorowi Janowi Rudzińskiemu, absolwentowi Wydziału Medycznego Uniwersytetu w Wilnie (1935), pracującemu przez całe życie w Suchowoli. Pełnił on obowiązki i posługę naczelnego lekarza Armii Krajowej na Bagnach Biebrzańskich w czasie II wojny światowej.

Na zakończenie w miejscowej kaplicy powstańczej odbyła się okolicznościowa msza majowa za tych, którzy odeszli (m.in. dr hab. Leszka Boćkowskiego). Uroczystość celebrował kapelan Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego ks. Marek Gryko.

Dziękując za współpracę, z życzeniami zdrowia i pomyślności.

Wojciech i Piotr Sobańcowie



...NIE MEDALE TU SIĘ LICZĄ, TU LICZY SIĘ NASZ UDZIAŁ...

W ostatnim tygodniu sierpnia (26–29.08.2026) w Cetniewie, tuż nad polskim morzem, odbyły się XXIII Igrzyska Lekarskie. Białostocka Okręgowa Izba Lekarska w klasyfikacji indywidualnej zajęła 20. miejsce.

Tegoroczne igrzyska odbyły się w Centralnym Ośrodku Sportów i były rekordowe pod względem frekwencji – wzięło w nich udział ponad 900 uczestników. Wśród nich reprezentacja z Podlasia.

DZIEWIĘĆ MEDALI

W klasyfikacji sportów indywidualnych lekarzy (rywalizacje drużyn, dzieci i osób towarzyszących były oceniane oddzielnie) OIL z Białegostoku zajęła 20. miejsce (na 24). Zdobyliśmy 9 medali, w tym 4 srebrne i 5 brązowych. To trochę mniej niż na poprzednich igrzyskach, ale z różnych powodów nasza drużyna nie była tak silna i liczna jak rok temu.

Pływanie reprezentowane było w bardzo okrojonym składzie. Startowała jedynie Anna Grzeszczuk, za to w kilku w konkurencjach: 50 m w stylu klasycznym, dowolnym, grzbietowym oraz 100 m w stylu dowolnym. Rywalizacja była jak zawsze stresująca, jednak zdobyte medale są „wisienką na torcie” – 3 brązowe i 1 srebrny.

Dotychczasowa nasza pływaczka Paula Łasica w tym roku zamieniła czepek pływacki na... oszczep, dysk oraz kulę, co zaowocowało zdobyciem 2 srebrnych medali i 1 brązowego.

Natomiast Marta Dyszkiewicz zajęła 2. miejsce w skoku wzwyż oraz 3. w biegu na 1500 m.

- To ogromna satysfakcja móc stanąć na podium w gronie tak wielu świetnych zawodników – powiedziała.

KOSZYKARZE I PIŁKARZE

Sporty drużynowe klasyfikowane były oddzielnie.

Nasza drużyna koszykówki „Bez znieczulenia” grała w składzie: Krzysztof Murawko, Paweł Bacharewicz, Piotr Bogusz, Dima Sajdak, Jerzy Ignatowicz, Ilia Danilevich i Andrzej Karonczyk.

Zajęła 2. miejsce. Trzeba jednak przyznać, że do zawodów w koszykówce zgłosiły się... tylko dwie drużyny. Niestety, jedyni rywale z Gdańska byli lepsi.

- Za rok wrócimy silniejsi – zapowiadają jednak nasi koszykarze.

Natomiast piłkarze zagrali w składzie: Patryk Fabiszewski, Saeid Abdelrazek, Marek Frank, Marcin Garkowski, Andranik Petrosjan, Andrzej Lewszuk, Michał Szczęch, Mateusz Goras i Grzegorz Rakowski.

Nasza drużyna grała w grupie B. Wyniki prezentują się następująco: z OIL Szczecin 6:7, z Medicus Lublin 5:2, z KPPMK 4:2, z Medyk Zabrze 3:1.



Paula Łasica i Anna Grzeszczuk



Marta Dyszkiewicz



Drużyna koszykówki „Bez znieczulenia”

- Zajęliśmy 2. miejsce w grupie B i awansowaliśmy do ćwierćfinału, gdzie przegraliśmy z Niedźwiadkami 0:3 - zrelacjonował dr Saeid Abdelrazek. - Turniej zakończyliśmy na 5. miejscu w rankingu ogólnym 11 drużyn.

Ponadto Marek Frank i Grzegorz Rakowski grali również w złączonej drużynie Biały Toruń, dla której wygrali złoty medal oraz 1 miejsce. Natomiast nasz zawodnik Patryk Fabiszewski otrzymał nagrodę dla Najlepszego Strzelca - trafił czternaście bramek!

Podczas lekarskich igrzysk na równi z medalami liczą się także wspólna atmosfera, nowe przyjaźnie i imprezy towarzyszące.

- Obiekt COS w Cetniewie nieustannie zachwyca. Świetna infrastruktura sportowa sprzyjała doskonałej organizacji tegorocznego wydarzenia - oceniła Ewa Komorowska-Wojtunik. - Jak co



Oksana Dowlaszewicz, uczestniczka biegu na 100 m

roku brałam udział w biegu na 100 m kobiet. Nie udało mi się stanąć na podium, jednak zabawa była przednia. Wieczorne imprezy integracyjne okraszone dobrą muzyką były strzałem w dziesiątkę, pogoda również dopisała. Czekamy na kolejne igrzyska!

- Liczę, że w przyszłym roku uda się stworzyć liczniejszą drużynę sportową z naszej izby - dodała Marta Dyszkiewicz.

oprac. red.

W klasyfikacji sportów indywidualnych 1. miejsce zajęła Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie, zdobywając 124 medale, w tym 42 złote. Druga była Śląska Izba Lekarska z Katowic, a trzecia Okręgowa Izba z Łodzi.



Drużyna piłkarska



Ewa Komorowska-Wojtunik

PORADY PRAWNE DLA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW

Okręgowa Izba Lekarska w Białymstoku informuje, iż lekarze i lekarze dentyści mogą korzystać z bezpłatnych porad prawnych z zakresu prawa medycznego, udzielanych przez radcę prawnego Andrzeja Kurianowicza.

Jak skorzystać z porady?

telefonicznie - 609 838 238,

mailowo - kancelaria@kancelariakurianowicz.pl,

stacjonarnie w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku - po wcześniejszym umówieniu terminu.

Z porad mogą korzystać lekarze i lekarze dentyści będący członkami Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku.

KURS Z OCHRONY RADIOLOGICZNEJ

Komisja Stomatologiczna ORL w Białymstoku zaprasza do udziału w kursie z ochrony radiologicznej pacjenta. Przeznaczony jest dla lekarzy dentyistów, którzy z zgodnie z art. 33n. ustawy Prawo Atomowe (Dz.U. 2023 r. poz. 1173) wykonują badania diagnostyczne, zabiegi lub leczenie z zastosowaniem promieniowania jonizującego, a także osób nadzorujących ich wykonywanie, i związku z tym są zobowiązani do stałego podnoszenia swoich kwalifikacji z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta. W celu wykonania tego obowiązku osoby te są obowiązane uzyskać co najmniej 20 punktów szkoleniowych w ciągu kolejnych 5 lat poprzez:

- ukończenie szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta zakończonego wewnętrznym egzaminem;
- ukończenie innego niż wskazane w pkt 1 szkolenia obejmującego tematykę ochrony radiologicznej, bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego w celach medycznych lub metod i procedur badania parametrów technicznych urządzeń radiologicznych oraz uzyskanie zaświadczenia o ukończeniu tego szkolenia (osoby te otrzymują 1 pkt szkoleniowy za każdą godzinę szkolenia).

Przedmiotowe szkolenie odbywa się w formie samokształcenia w wymiarze 20 godzin szkoleniowych, a więc spełnia wymogi określone w powyższych przepisach i pozwala zdobyć lub przedłużyć na kolejne 5 lat uprawnienia w zakresie ochrony radiologicznej pacjenta. Szkolenie odbywa się w 100% online, we własnym tempie. Po ukończeniu kursu uczestnik otrzymuje oficjalne zaświadczenie potwierdzające realizację szkolenia ORP.

Dodatkowo po zaliczeniu testu końcowego może uzyskać 20 punktów edukacyjnych w ramach doskonalenia zawodowego lekarzy dentyistów. Szkolenie dostępne jest dla lekarzy dentyistów, członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku, którzy mają uregulowane składki członkowskie.

Liczba miejsc ograniczona. Decyduje kolejność zgłoszeń! Zapisy do dnia 31 października 2026 roku. lub do wyczerpania puli miejsc poprzez formularz rejestracyjny na stronie izby: <https://oil-bialystok.pl/kurs-z-ochrony-radiologicznej-pacjenta-w-formie-samokształcenia/>

PROFILAKTYKA HIV

Collegium Medicum Uniwersytetu Rzeszowskiego serdecznie zaprasza do udziału w konferencji naukowo-edukacyjnej „Profilaktyka HPV w Polsce: rola szkoły, rodziców, POZ i samorządu w eliminacji chorób HPV-zależnych” - 5 listopada 2026 roku, Uniwersytet Rzeszowski, al. Rejtana 16c, Rzeszów.

Konferencja będzie przestrzenią do wymiany wiedzy i doświadczeń pomiędzy środowiskiem medycznym, szkołami, rodzicami, samorządem oraz instytucjami publicznymi. Szczególna uwaga poświęcona będzie roli POZ i podmiotów leczniczych w organizacji szczepień, edukacji zdrowotnej oraz budowaniu zaufania do szczepień przeciw HPV. W programie m.in.:

- aktualna sytuacja epidemiologiczna HPV w Polsce,
- choroby HPV-zależne i perspektywa ich eliminacji,
- program szczepień przeciw HPV w szkołach - organizacja i doświadczenia,
- rola POZ w profilaktyce i edukacji dotyczącej HPV,
- współpraca POZ - szkoła - sanepid przy organizacji szczepień,
- skuteczność i bezpieczeństwo szczepionek przeciw HPV - aktualne dane naukowe,
- bariery szczepień, dezinformacja i wyzwania komunikacyjne,
- dostępność szczepień dla różnych grup dzieci i młodzieży,
- rola samorządu i instytucji publicznych w profilaktyce,
- panel dyskusyjny dotyczący zwiększenia zaufania rodziców i podniesienia poziomu szczepień przeciw HPV.

Formularz zgłoszeniowy:

<https://forms.cloud.microsoft/e/cXx4eiQKWm>

MEDYCYNĄ PALIATYWNĄ

W dniach 26-27 listopada 2026 roku we Wrocławiu odbędzie się I Międzynarodowy Kongres Pediatricznej Medycyny Paliatywnej „Człowiek w hospicjum - po obu stronach opieki”. Tegoroczna edycja po raz pierwszy przyjmie formułę międzynarodowego kongresu, tworząc przestrzeń do wymiany wiedzy, doświadczeń i dobrych praktyk specjalistów z Polski i innych krajów Europy. Wydarzenie jest skierowane do lekarzy, pielęgniarek i pielęgniarzy, fizjoterapeutów, rehabilitantów, opiekunów medycznych oraz pozostałych członków interdyscyplinarnych zespołów terapeutycznych. W programie znajdują się m.in.:

- pediatriczna medycyna paliatywna w Polsce i Europie - modele opieki, doświadczenia i współczesne wyzwania,
- opieka perinatalna nad dzieckiem i jego rodziną,
- leczenie bólu i postępowanie objawowe u dzieci,
- opieka nad pacjentem z chorobą przewlekłą i nieuleczalną - w tym problemy oddechowe i pielęgnacyjne,
- psychologiczne aspekty opieki nad dzieckiem i jego bliskimi,
- współpraca interdyscyplinarna i wyzwania stojące przed zespołami hospicyjnymi,
- warsztaty praktyczne dla przedstawicieli różnych zawodów medycznych.

Rejestracja i więcej informacji na stronie: <https://formuladobra.valuemed.pl/>

JUBILEUSZ 75-LECIA CHÓRU UMB

Chór Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku obchodzi w tym roku jubileusz 75-lecia działalności artystycznej. Z tej okazji komitet organizacyjny zaprasza wszystkich lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy w czasach studiów współtworzyli chór uczelniany, do wzięcia udziału w obchodach. W programie przewidziano m.in. spotkanie pokoleń, wspólne próby, uroczysty koncert galowy oraz bal jubileuszowy.

Szczegółowe informacje oraz formularz zgłoszeniowy dla absolwentów znajdują się na stronie: <https://chor.umb.edu.pl/home-2/jubileusz-75-lecia/program-jubileuszu-75-lecia/>

MARIA JOLANTA ANDRZEJEWSKA-BUCZKO

Urodziła się 10 lutego 1947 roku w Kutnie, w rodzinie inteligentnej. Po przeprowadzce z rodziną do Białegostoku uczęszczała do szkoły podstawowej oraz III Liceum Ogólnokształcącego. W 1966 roku rozpoczęła studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Białymstoku.

W 1972 roku ukończyła studia medyczne. Po odbyciu stażu podyplomowego rozpoczęła pracę w Zakładzie Anestezjologii Akademii Medycznej, uzyskując w 1976 roku specjalizację pierwszego stopnia. W 1972 roku wyszła za mąż za Włodzimierza Buczkę, lekarza i asystenta w Zakładzie Farmakologii, późniejszego dziekana i prorektora Akademii Medycznej.

W roku 1983 związała swoją drogę zawodową z Kliniką Okulistyczną, gdzie zdobyła pierwszy i drugi stopień specjalizacji z okulistyki oraz w 1987 roku obroniła pracę doktorską.

Przez wiele lat, aż do przejścia na emeryturę, pracowała na stanowisku adiunkta w Klinice Okulistycznej, gdzie odpowiadała również za organizację procesu dydaktycznego. Była cenionym i lubianym nauczycielem akademickim, oddanym swojej pracy oraz studentom.

Przed wszystkim jednak była lekarką z powołania, która z wielkim zaangażowaniem, troską i oddaniem pomagała swoim pacjentom. W swojej pracy łączyła wiedzę i doświadczenie z życzliwością oraz wrażliwością na drugiego człowieka. Zawód lekarza traktowała nie tylko jako profesję, lecz także jako misję, w której najważniejsze były zdrowie, bezpieczeństwo i dobro pacjenta.

Była mamą dwóch synów: Pawła, późniejszego dyrektora Wojewódzkiej Stacji Epidemiologicznej w Białymstoku, oraz Piotra, który został ortodontą. Rodzina zajmowała szczególne miejsce w jej życiu. Z radością spędzała czas z najbliższymi, ciesząc się obecnością czworga swoich wnuków, których zawsze serdecznie przyjmowała wraz z rodziną i przyjaciółmi.

Maria była kobietą o wielu talentach i różnorodnych zainteresowaniach. Kochała dobrą literaturę, a także gotowanie, które było dla niej czymś więcej niż codzienną czynnością – stanowiło sposób

wyrażania troski i gościnności. Z pasją przygotowywała zarówno tradycyjne dania kuchni polskiej, jak i potrawy inspirowane kuchniami świata. Lubiła odkrywać nowe smaki i dzielić się nimi z innymi. Jej dom był miejscem spotkań, rozmów, serdeczności i wspólnie spędzanych chwil.

Była osobą pogodną, życzliwą i lubianą przez studentów, współpracowników oraz przyjaciół. Potrafiła łączyć powagę zawodowych obowiązków z ciepłem i otwartością w relacjach z ludźmi. Miała w sobie ciekawość świata, zamiłowanie do piękna i umiejętność dostrzegania radości w codziennym życiu.

Szczególnym miejscem odpoczynku była dla niej działka w Macharcach nad jeziorem Serwy. Tam, z dala od zawodowych obowiązków, odnajdywała spokój i wytchnienie. Zawsze z radością gościła tam rodzinę, wnuki i przyjaciół, tworząc atmosferę, do której chciało się wracać.

Zmarła 23 lipca 2026 roku, po długiej i ciężkiej chorobie. Odeszła, pozostawiając po sobie wspomnienie osoby oddanej innym, pełnej życzliwości i ciepła. Spoczęła u boku syna Pawła na cmentarzu farnym w Białymstoku.

Pozostanie w pamięci jako wspaniała lekarka, oddana mama i babcia, kobieta wielu talentów, miłośniczka literatury i dobrej kuchni, a przede wszystkim jako człowiek, który potrafił dawać innym swój czas, troskę i serce.

Jej odejście pozostawiło pustkę, której nie sposób wypełnić, ale pamięć o niej będzie trwać w sercach tych, którzy mieli szczęście ją poznać.

Na zawsze pozostanie w naszej pamięci.
Przyjaciele



W TRZECIM KWARTALE 2026 ROKU ODESZLI:

† **Dr hab. n. med. Marek Baltaziak**, absolwent Akademii Medycznej w Białymstoku z 1984 roku, specjalista patomorfologii. Zmarł 15 lipca 2026 roku, w wieku 67 lat.

† **Dr n. med. Maria Jolanta Andrzejewska-Buczko**, absolwentka Akademii Medycznej w Białymstoku z 1972 roku, specjalista okulistyki. Zmarła 23 lipca 2026 roku, w wieku 79 lat.

† **Dr. n. med. Zbigniew Piotr Chwal**, reumatolog, wieloletni ordynator Oddziału Reumatologicznego Szpitala Wojewódzkiego w Suwałkach. Zmarł 29 sierpnia 2026 roku, w wieku 80 lat.

**Rodzinom i Przyjaciółom
składamy
wyrazy głębokiego współczucia.**

PRO MEMORIA

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

Informacje: tel. 85 732 19 35

