



MEDIUM

ISSN 1425-9397

Gazeta Dolnośląskiej Izby Lekarskiej

Jesienna strategia walki z pandemią
COVID-19. CO CZEKA LEKARZY?

s. 6-8



mali pacjenci,
DUŻE PROBLEMY

s. 9-15



Konferencja Naukowo-Szkoleniowa

Jak leczyć pacjenta po wypisie z Oddziału Kardiologii?



12.12.2020 r.

konferencja online
www.standardywkardiologii.pl



PATRONAT NAUKOWY:
 Prof. Waldemar Banasiak, Prof. Piotr Ponikowski

Jak leczyć pacjenta po wypisie z Oddziału Kardiologii?

Program Konferencji

Szanowni Państwo,

Tematyka naszej kolejnej konferencji dotyczyć będzie praktycznych aspektów związanych z postępowaniem terapeutycznym u pacjentów po wypisie z Oddziału Kardiologii. Zaprezentowane będą najczęstsze sytuacje kliniczne, które wymagają leczenia szpitalnego tj. kryza nadciśnieniowa, zator tętnicy płucnej, ostry zespół wieńcowy, zabieg PCI i CABG, zaburzenia rytmu pod postacią migotania przedsionków, zaostrzenie przewlekłej niewydolności serca, zabieg implantacji kardiochirurgicznej i przeciwniełkowej sztucznej zastawki serca oraz problemy z leczeniem współistniejącej cukrzycy w opinii diabetologa i kardiologa. Jak postępować optymalnie w/w sytuacjach klinicznych w okresie po wypisie ze szpitala będziemy chcieli przedstawić Państwu w trakcie tego spotkania. W związku z aktualną sytuacją epidemiologiczną proponujemy przeprowadzić konferencję w trybie komunikacji multimedialnej pozostając w nadziei, że ta forma kontaktu zostanie przez Państwa zaakceptowana.

Serdecznie zapraszamy!

Prof. Waldemar Banasiak

Prof. Piotr Ponikowski

Informacje Organizacyjne

Udział lekarzy w Konferencji jest bezpłatny.

Konferencja odbędzie się w formie online.
 Zapraszamy do rejestracji na stronie www.standardywkardiologii.pl

Konferencja sfinansowana jest do osób sprawujących do wystawienia recept lub osób prowadzących obrot produktów leczniczych - podlega prawna Unii z dn. 6 września 2007r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008r. 234, poz. 1526).

9:00

Otwarcie Konferencji

Przewodniczący: prof. Waldemar Banasiak, prof. Piotr Ponikowski, dr med. Jacek Skiba

9:10 - 10:40

I Sesja | Jak leczyć pacjenta po wypisie z Oddziału Kardiologii?

Po kryzysie nadciśnieniowej - dr med. Bartosz Knapkowiak

Po zatorze tętnicy płucnej - dr hab. med. Robert Zyrnicki

Po zabiegu PCI i CABG - dr hab. med. Piotr Kubacki

Po zaostrzeniu przewlekłej niewydolności serca - dr hab. med. Jan Biegus

Po implantacji kardiochirurgicznej i przeciwniełkowej sztucznej zastawki serca

- dr med. Dariusz Kustrzycki-Kratomail

10:10 - 10:25

Panel dyskusyjny

10:25 - 10:40

Przerwa

11:00 - 12:05

II Sesja | Nowe zalecenia ESC - jak stosować w praktyce?

Migotanie przedsionków - dr hab. med. Dawid Jagielski

Zawał serca bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI) - prof. Krzysztof Reschus

Panel dyskusyjny

12:05 - 12:20

Przerwa

12:20 - 13:15

III Sesja | Pacjent kardiologiczny ze współistniejącą cukrzycą - jak optymalnie postępować?

Przewlekły zespół wieńcowy - prof. Waldemar Banasiak

Niewydolność serca - prof. Piotr Ponikowski

Panel dyskusyjny

13:15

Zakończenie konferencji

Co nowego w medycynie

4

JESIENNA STRATEGIA WALKI Z COVID-19

6

Dobry klimat po dużych nerwach

Agata Grzelińska

MALI PACJENCI, DUŻE PROBLEMY

9

Przez koronawirusa musieli zmienić prawie wszystko

Robert Migdał

13

Program lekowy SMA: sukces dzięki pacjentom

Maciej Sas

Kolejne ułatwienie w pracy z pacjentami:

e-skierowania

16

17

Jak dzieci chorują na COVID-19?

Agata Grzelińska

19

Cięcie cesarskie, czyli nie wszystko noworodkowi jedno

Rozmawia Aleksandra Szoltys

21

Lekarz, dziecko, opiekun. O czym warto pamiętać?

Dariusz Delikat

PRAWO I MEDYCINA

24

Czy zawsze trzeba mówić całą prawdę?

Agnieszka Sierńko

Bliżej stomatologii

28

Wydarzyło się

29

WYWIAD „MEDIUM”

34

Odnaleźć siebie w starości

Rozmawia Magdalena Orlicz-Benedykca

Wielki Albert

38

Rozmawia Aleksandra Solarewicz

Prawo i medycyna

42

Uchwały DRL

53

Konferencje i szkolenia

54

Zjazdy absolwentów AM we Wrocławiu

56

Wspomnienia pośmiertne

58

Pro memoria

60

Kulturalnik lekarski

61

Kącik poetycki

62

Felietony

63

Rozrywka

67

Ogłoszenia

68

Wydawca: Dolnośląska Izba Lekarska, 50-077 Wrocław, ul. Kazimierza Wielkiego 45, tel. 71 798 80 50, fax 71 798 80 51, redakcja: 71 798 80 80, e-mail: redakcja@dilnet.wroc.pl PKO BP SA: 62 1020 5242 0000 2402 0349 0570

Magdalena Janiszewska – redaktor naczelna
e-mail: naczelnia@dilnet.wroc.pl, kom. 535 814 903

Katarzyna Naskrent – sekretarz redakcji

Wiktor Wołodkiewicz – skład i łamanie,

Tomasz Janiszewski – projekt okładki

Kolegium redakcyjne:

Andrzej Wojnar – przewodniczący,

Małgorzata Niemiec – zastępca przewodniczącego,

Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska, Katarzyna Jungiewicz-Janusz,

Bożena Kaniak, Andrzej Kierzek, Marta Kornacka,

Dorota Radziszewska, Iwona Świętkowska, Krzysztof Wronecki

Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń, reklam. Nie zwraca materiałów niezamówionych, zastrzega sobie prawo do skracania i adiustacji tekstów, opracowania redakcyjnego oraz zmian w tytułach.

Numer zamknięto 5 października 2020 r.

Druk: GREG PRINT spółka z ograniczoną odpowiedzialnością sp. k., ul. Poezji 19, 44-113 Gliwice, tel. 32 234 08 36, fax 32 234 12 70



Fot. z archiwum PW.

Komentarz aktualny

Nowa strategia walki z pandemią SARS-CoV-2, zapowiedziana w komentarzu do poprzedniego wydania „Medium”, polegająca na włączeniu w proces lekarzy rodzinnych, rodzi się w bólach. Niestety, jak to zwykle bywa, zaskoczono samych zainteresowanych: najpierw wprowadzając zmiany ustawowe, a potem rzucając uczestników systemu na głęboką wodę. Bo przecież po włączeniu w walkę z COVID-19 POZ konieczne było uaktualnienie wszystkich dotychczasowych procedur. Na to zamieszanie nakłada się niestety gwałtowny wzrost liczby przypadków dodatnich. Celowo nie napisałem: chorych, bo po doniesieniach, że pacjenci bezobjawowi nie są aż takim zagrożeniem – skrócono czas kwarantanny oraz izolacji i, co najważniejsze, przestano uzależniać decyzje o wyzdrowieniu od konieczności jej potwierdzenia ujemnymi wynikami badania molekularnego RT-PCR. Generalnie chodziło też o to, żeby powoli odzwyczajając się od testów i badać tylko osoby objawowe, ale wyszło – jak zawsze: podaź usług jest duża, media nakręcają atmosferę strachu, a ze środowisk decyzyjno-naukowych płyną sprzeczne sygnały. Z jednej strony mówi się, żeby ograniczyć badania do osób objawowych, z drugiej – nadal wywiera się presję na robienie ich w jak największej ilości. Konia z rzędem temu, kto z tego chaosu wyciągnie potem konstruktywne wnioski...

Generalnie trzeba jednak przyznać, że po okresie wakacyjnym nastąpiło lekkie rozluźnienie reżimu przeciwepidemicznego. Wrócili studenci, także zagraniczni, ożyły kawiarnie i kluby, a oliwy do ognia dołączyły kuriozalne postępowanie policji i następnie sądu, który skazał w trybie nakazowym ekspedientkę sklepu za to, że odmówiła obsługi klientki bez maseczki. I choć w kolejnej instancji wyrok uchylono, to sprawa poszła w eter i wywołała określone skutki: pobicia za próby interwencji w podobnych sytuacjach i „antypandemiczne” manifestacje. Niestety, obecny kryzys obnaża bezwzględnie słabość naszego państwa i społeczeństwa. Generowana od lat przez polityków wojna polsko-polska, skutkująca brakiem zaufania do władz, niszczeniem autorytetów i podważająca prawdy naukowe, zbiera swoje żniwo. Na to wszystko nakładają się sztucznie generowane konflikty światopoglądowe, w których aborcję i eutanazję zastąpiono nowymi powodami sporu: LGBT+ i gender. I tak, zamiast koncentrować się na prawdziwych problemach i zagrożeniach, demontujemy konsekwentnie nasze państwo i poczucie wspólnoty...

Tymczasem jednak, przynajmniej lokalnie, szykujemy się do dalszej walki. W tym miesiącu rozdamy lekarzom opieki ambulatoryjnej, którzy zgłosili się do Izby, 47 tys. maseczek FFP2. Na koncie Fundacji „Lekarze Lekarzom” pozostało jeszcze kilka milionów złotych, ale nadal trwają narady, na co je wydać. Najbliższe miesiące to okres wytężonej pracy w dużym napięciu psychicznym, bo liczba zakażonych z pewnością będzie rosła, a do tego dojdą typowe dla okresu jesiennej choroby przebiegi. Wchodzimy więc w kolejny etap zmagania z pandemią.

Poprzedni zakończył się natomiast miłym akcentem dla naszego środowiska: w ramach 38. edycji Wrocławskiej Księgi Pamięci, pomysłu niezastąpionej dokumentalistki historii naszego miasta i jego mieszkańców – red. Wandy Ziembickiej-Has, lekarze dotychczas najbardziej zaangażowani w walkę z pandemią, za odwagę i determinację w swoich działaniach otrzymali z rąk prezydenta Wrocławia Super Diamenty oraz Laury Wrocławia – najwyższe wyróżnienie Towarzystwa Miłośników Wrocławia (patrz s. 26). Wszystkim serdecznie gratuluję. Pamiętajmy jednak, że to nie koniec! Wojna trwa nadal!



Co nowego w... medycynie



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/medical-1503211/artinthehead

► REGENERACJA USZKODZONYCH PŁUC DO PRZESZCZEPÓW

Naukowcy z Uniwersytetu Vanderbilta i Fu Foundation School of Engineering and Applied Science Uniwersytetu Columbia opracowali nowatorski sposób regeneracji pobranych od biorcy, ale uszkodzonych płuc, przywracający ich pełną sprawność oddechową. Jest to możliwe dzięki podłączeniu ich do krwioobiegu zwierzęcia (tzw. krążenie skrzyżowane). O wynikach powyższych badań można przeczytać na łamach czasopisma „Nature Medicine”.

Trzy lata temu badacze udowodnili w swoich eksperymentach, że za pomocą krążenia skrzyżowanego można utrzymać płuca przy życiu. W ubiegłym roku za pomocą tej metody przeprowadzili regenerację płuc świni, a jeszcze w tym roku wydłużyli możliwy czas trwania zabiegu aż do czterech dni. – Zapewniamy naturalne mechanizmy naprawcze przez wystarczająco długi okres, aby możliwe było odzyskanie funkcji mocno uszkodzonych płuc, których nie da się inną metodą uratować – piszą autorzy w swojej publikacji.

W swoim najnowszym doniesieniu specjaliści opisali przypadek ludzkich płuc, które zostały odrzucone przez różne ośrodki transplantacji i przeznaczone do badań. Po 24-godzinnym zabiegu z użyciem krążenia skrzyżowanego płuca odzyskały swoje funkcje. Komórkom przywrócono aktywność, a tkance jej właściwości, pojawiły się poprawne reakcje immunologiczne i – co najważniejsze – wróciły funkcje oddechowe. – Zdołaliśmy uratować pobrane od dawcy płuca, których nie udało się przywrócić do właściwego stanu z pomocą pozaustrojowej perfuzji – standardowo stosowanej dzisiaj metody. To najbardziej rygorystyczny test naszej opartej na krążeniu skrzyżowanym platformy. Daje on ogromne nadzieje na kliniczne wykorzystanie – podkreśla kierująca pracami prof. Gordana Vunjak-Novakovic.

– Jako chirurg zajmujący się transplantacjami widziałem wielu pacjentów, którzy nie otrzymali niezbędnego im przeszczepu płuc. Uważam tę pracę za intrygującą i mam nadzieję, iż dzięki tej technologii dostępnych będzie więcej pobranych od dawców płuc – przekonuje dr Zachary Kon, chirurg niezwiązany z badaniem, dyrektor programu transplantacji płuc w Centrum Medycznym Langone’a Uniwersytetu Nowojorskiego.

Naukowcy będą prowadzić dalsze testy swojej metody przed wprowadzeniem jej do praktyki klinicznej w szpitalach

na dwóch ścieżkach doskonalenia swojego pomysłu, tj.: podłączenia płuc do układu krążenia specjalnego, wolnego od chorób zwierzęcia lub połączenie płuc z krążeniem ich przyszłego biorcy. ■

Źródło: *Nature Medicine*, 2020



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/smartphone-4942918/geralt

► SZTUCZNA INTELIGENCJA POTRAFI ZDIAGNOZOWAĆ COVID-19

Jak donoszą hiszpańscy uczeni, odpowiednio zaprogramowany system sztucznej inteligencji potrafi rozpoznać COVID-19 na podstawie zdjęć rentgenowskich prawie ze 100% skutecznością. – Rozprzestrzenianie się SARS-CoV-2 zamieniło COVID-19 w globalną epidemię. Większość używanych obecnie testów jest inwazyjna, czasochłonna i wymaga zasobów, które są ograniczone. Zdjęcia uzyskiwane z badań rezonansem magnetycznym i/lub prześwietleń rentgenowskich coraz częściej wykorzystuje się jako wsparcie diagnostyki. Skutecznie przetestowano je już w identyfikacji zaburzeń płuc. Jednak metody te wymagają specjalistów, co ogranicza ich masowe użycie – wyjaśnia prof. Manuel Jesús Domínguez, autor pracy opublikowanej w czasopiśmie „Applied Sciences”.

Naukowcy z Uniwersytetu w Sewilli wykorzystali do tego celu sztuczną inteligencję i technologię o nazwie *deep learning*. Do komputerowego systemu badacze wprowadzili zdjęcia i szczegółowe informacje medyczne zebrane w ogólnodostępnej światowej bazie danych działającej od początku pandemii. Dzięki temu system uczy się prawie ze 100% skutecznością rozróżniać osoby zdrowe, chore na zapalenie płuc oraz na COVID-19. ■

Źródło: *Applied Sciences*, 2020

► ZAKAŻENIE KORONAWIRUSEM WYKRYJE TAKŻE... PSI NOS

Okazuje się, że nie tylko sztuczna inteligencja dysponuje możliwościami szybkiej, skutecznej diagnostyki COVID-19 – potrafią to również... psy. Dzięki odpowiedniemu treningowi za pomocą swojego węchu są w stanie rozpoznać osoby zakażone koronawirusem – twierdzą niemieccy naukowcy z Uniwersytetu Medycyny Weterynaryjnej w Hanowerze. Dodają, że skuteczność czworonogów sięga aż 94%.

Zdaniem badaczy choroby infekcyjne płuc, w tym zakażenie SARS-CoV-2, są związane z wydzielaniem specyficznych lotnych substancji, które potrafią wykryć psy. W swoim eksperymencie przez tydzień



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/dog-2785074/PicsbyFran

trenowali osiem psów, które później miały rozpoznać zakażenie koronawirusem w próbkach śliny oraz materiale pobranym z tchawicy czy oskrzeli. Próbki te pochodziły od zakażonych SARS-CoV-2 z klinicznymi objawami oraz od ludzi bez infekcji w ostatnim czasie. Na ponad tysiąc próbek 157 psy rozpoznały prawidłowo jako zainfekowane, a 792 jako „czyste”. Jednocześnie 33 razy nieprawidłowo wskazały brak wirusa i 30 razy stwierdziły chorobę u osoby zdrowej.

Zdaniem naukowców ich wstępne wyniki mogą sugerować możliwość wykorzystania psów do identyfikacji zakażonych koronawirusem, np. w miejscach użyteczności publicznej. – W krajach o ograniczonym dostępie do testów diagnostycznych psy mogą mieć potencjał do wykorzystania ich w masowej detekcji zakażonych ludzi. Potrzebne są dalsze prace, aby lepiej zrozumieć możliwości i ograniczenia użycia wykrywających zapachy psów w rozpoznawaniu wirusowych chorób układu oddechowego – piszą autorzy pracy opublikowanej w czasopiśmie „BMC Infectious Diseases”. ■

Źródło: *BMC Infectious Diseases*, 2020



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/vtoothbrush-3191097/stevepb

► PŁYNY DO PŁUKANIA UST KONTRA KORONAWIRUS

W czasopiśmie „Journal of Infectious Diseases” opublikowano wyniki interesującego badania prowadzonego przez naukowców z niemieckiego Uniwersytetu Ruhry w Bochum oraz z innych niemieckich ośrodków naukowych. Zostało ono sfinansowane przez Unię Europejską w ramach programu Horyzont 2020. Badacze testowali osiem różnych płynów do płukania ust dostępnych w drogeriach w Niemczech pod kątem ich wpływu na koronawirusa. Okazało się, że mogą one prowadzić do jego skutecznej dezaktywacji.

Do płynów o różnych składach dodawano SARS-CoV-2 w odpowiednim stężeniu oraz roztwór rozcieńczający, który imitował ślinę. Następnie mieszaninę wytrząsano przez trzydzieści sekund, by na-

śladować proces płukania jamy ustnej, po czym dodawano ją do hodowli komórek Vero E6, szczególnie podatnych na zakażenie koronawirusem. W ramach kontroli zastosowano zwykłą pożywkę do hodowli komórek. Badacze odkryli, że wszystkie testowane płyny do płukania ust redukowały poziom wirusa. Trzy z nich obniżały go tak znacznie, że po trzydziestu sekundach nie wykrywano jego obecności. Kolejne planowane badania pomogą ustalić, czy taki sam efekt jest możliwy do uzyskania w praktyce.

To pomyślna wiadomość z punktu widzenia chorych na COVID-19, u których w wymazach z gardła i jamy ustnej wykrywa się duże stężenie SARS-CoV-2. Stosowanie płynów do płukania jamy ustnej skutecznie dezaktywujących wirusa może pomóc w obniżeniu jego poziomu i prawdopodobnie obniżyć krótkotrwale ryzyko przekazania go kolejnym osobom. Ta metoda może okazać się skuteczna np. przed leczeniem stomatologicznym.

Sami badacze przestrzegają przed stosowaniem płynów do płukania jamy ustnej jako środków do leczenia COVID-19. – Płukanie jamy ustnej tymi płynami nie jest w stanie zahamować namnażania się wirusa w komórkach. Może jednak krótkotrwale zmniejszyć jego poziom w miejscach, które są potencjalnie największym źródłem zakażenia, mianowicie w jamie ustnej i w gardle, a to może być pożyteczne w pewnych sytuacjach, takich jak wizyta u dentystry, czy w trakcie leczenia chorych na COVID-19 – skomentowała kierująca badaniami Toni Meister. ■

Źródło: *Journal of Infectious Diseases*, 2020



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/vtoothbrush-3191097/stevepb

► NA INFEKcję GÓRNYCH DRÓG ODDECHOWYCH OD LEKÓW LEPSZY... MIÓD

Miód od wieków stosowany jest zarówno w celach zapobiegania oraz leczenia infekcji. Już sama jego forma sprzyja łagodzeniu objawów powlekając gardło i łagodząc podrażnienia. Okazuje się, że może on radzić sobie z infekcjami górnych dróg oddechowych nie gorzej, a nawet lepiej, niż tradycyjne leki – donoszą brytyjscy naukowcy z Uniwersytetu Oksfordzkiego na łamach „BMJ Evidence-Based Medicine”.

Taki wniosek badacze poparli szczegółową analizą wyników czternastu badań klinicznych porównujących skuteczność popularnych leków na przeziębienie bez recepty, antybiotyków i miodu, w których przebadano 1761 pacjentów. Okazało się, że w leczeniu infekcji górnych dróg oddechowych to miód przynosił najlepsze efekty terapeutyczne – dzięki „terapii miodowej” czas trwania choroby skrócił się średnio o dwa dni. Co więcej, miód o 36% skuteczniej, niż pozostałe leki, zmniejszał częstotliwość kaszlu oraz o 44% jego intensywność. ■

Źródło: *Applied Sciences*, 2020

Opracował Mariusz Kielar



Dobry klimat po dużych nerwach

Tekst Agata Grzeleńska

Sezon grypowy połączony z nową falą pandemii COVID-19 oraz kłopoty wynikające z wprowadzenia jesiennej strategii walki z koronawirusem, a do tego lęk pacjentów przed wizytami w przychodni – wrzesień 2020 to w gabinetach POZ czas dużego stresu i trudnych wyzwań. Październik przynosi zmiany w wytycznych i chęć do wspólnego działania.

Jesienna strategia walki z COVID-19 ogłoszona przez nowego ministra zdrowia Adama Niedzielskiego wywołała prawdziwą burzę w środowisku lekarzy rodzinnych. A to dlatego, że ciężar walki z pandemią spoczął w dużym stopniu na poradniach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Przynajmniej do momentu otrzymania przez pacjenta z podejrzeniem zakażenia koronawirusem wyniku testu. Wytyczne, które zakładały, że jeśli będzie on ujemny, pacjent pozostanie pod opieką lekarza rodzinnego, a jeśli dodatni – zajmie się nim szpital, budziły sporo zastrzeżeń, zarówno wśród lekarzy rodzinnych, jak i lekarzy zakaźników. Wystarczył miesiąc, by okazało się, że ministerialna strategia wymaga pilnych poprawek. Najważniejsze z nich przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia i specjalistów medycyny rodzinnej wypracowali na spotkaniu 1 października. Zaplanowali też prace nad kolejnymi zmianami.

Newralgiczne objawy osiowe

Mimo że dwa tygodnie po wprowadzeniu strategii na posiedzeniu sejmowej Komisji Zdrowia (16.09.2020) minister Niedzielski zapewniał, że nie chodzi o to, by przychodnie POZ dźwigały cały

ciężar leczenia bądź prowadzenia sanitarnego pacjentów z COVID-19, ale o danie lekarzom rodzinnym narzędzia; o prawo, a nie obowiązek kierowania na testy, sytuacja stała się coraz bardziej napięta. Najpoważniejsze zastrzeżenie dotyczyło wymogu badania fizykalnego przed zleceniem testu. Wyjątek stanowiła sytuacja, kiedy u pacjenta wystąpiły wszystkie objawy osiowe. Tylko wtedy możliwe było wysłanie chorego na test w trybie teleporady. Problem w tym, że kaszel, gorączka powyżej 38 stopni Celsjusza, duszność oraz zaburzenia węchu i zaburzenia smaku jednocześnie pojawiają się u bardzo niewielu zakażonych SARS-CoV-2. – Odsetek pacjentów mających cztery objawy osiowe jednocześnie jest bardzo niewielki, rzędu 0,3% – mówi lek. Jacek Krajewski, prezes Dolnośląskiego Związku Lekarzy Rodzinnych-Pracodawców i Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”. – Uważamy, że o wymogu badania fizykalnego powinien decydować lekarz.

Specjaliści medycyny rodzinnej przekonywali, że konieczność zapraszania pacjenta z uzasadnionym podejrzeniem zakażenia COVID-19 do stawienia się w przychodni, tylko dlatego

MZ opracowało dla lekarzy POZ zasady postępowania z pacjentem, który zgłasza się do przychodni z objawami charakterystycznymi dla zakażenia COVID-19. Schematy są dostępne na stronie DIL.

Uczestnicy spotkania w resorcie zdrowia umówili się na kolejne rozmowy. Strategia wymaga jeszcze wielu usprawnień. Dotyczą one m.in. transportu. Jest za mało karetek „wymazówek” i karetek „transportu COVID”, więc czas oczekiwania na nie – długi, zwłaszcza w małych miejscowościach.

Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/coronavirus-5270599/outsideclick

że nie ma wszystkich objawów osiowych, jest zagrożeniem dla dziesiątków innych pacjentów. Lekarka Anna Szadura, prezes Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce tłumaczyła, że nie idzie o strach personelu medycznego przed koronawirusem – lekarze rodzinni na co dzień leczą wszelkie infekcje, ale o strach innych pacjentów, często z grup ryzyka i o zapewnienie bezpieczeństwa wszystkim chorym. – Lekarka rodzinna nie leczy tylko infekcji. Przyjmujemy dzieci na szczepienia, bilanse, seniorów, osoby, które chorują na serce, choroby onkologiczne, cukrzycę, POChP, astmatyków. Ci pacjenci też niekoniecznie dobrze znoszą okres jesienny i trzeba ich przyjąć w przychodni, zrobić EKG, badania – wylicza dr Szadura. – Nasza trudność polega na tym, że nie mamy izolacji, śluzu, że nie mamy, gdzie zatrzymać innych pacjentów, gdy pojawi się osoba potencjalnie zakaźna. Zwłaszcza że nie wszyscy pacjenci stosują się do wytycznych, mimo próśb przychodzą nieumówieni albo dużo wcześniej niż powinni.

Tłum na izbach przyjęć

W myśl pierwszej wersji jesiennej strategii walki z koronawirusem jeżeli wynik testu jest pozytywny, to w opiece nad zakażonym pacjentem, nawet przechodzącym chorobę bezobjawowo lub skąpoobjawowo, kończyła się rola lekarza rodzinnego, a zaczynała rola lekarza zakaźnika. To on miał zlecać izolację i dalej prowadzić taką osobę. Obowiązkiem lekarza POZ było tylko monitorowanie, co się dzieje z pacjentem podczas zleczonej kwarantanny lub izolacji. Lekarka rodzinna nie dostała jednak uprawnień do zwolnienia chorego z kwarantanny bądź izolacji, a jedynie do jej ewentualnego przedłużenia. Wystarczyły trzy tygodnie, by środowisko zakaźników wszczęło alarm, że szpitalne izby przyjęć pękają w szwach i że lecznice nie wytrzymają długo takiego naporu pacjentów, z których duża część nie wymaga hospitalizacji.

Przekonujące argumenty, rzeczowa rozmowa

Piętrzące się trudności sprawiały, że w obu środowiskach – zakaźników i lekarzy POZ – nasilała się atmosfera napięcia. W dodatku stało się to w czasie nowej fali epidemii, kiedy lawinowo wzrosła liczba zachorowań na COVID-19 i u progu sezonu grypowego. Dla wszystkich, łącznie z ministrem zdrowia, stało się jasne, że strategia wymaga pilnej korekty. Pierwszego października w Warszawie zasiedli do stołu przedstawiciele resortu zdrowia i NFZ, „Porozumienia Zielonogórskiego”, Kolegium Lekarzy Rodzinnych, Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia, a także środowiska uniwersyteckiego, sanepidu i Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych. Jak mówi dr Jacek Krajewski, atmosfera spotkania była bardzo dobra.

– Najważniejszy problem, czyli brak komunikacji pomiędzy poszczególnymi elementami systemu, a więc zakaźnikami, lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej, ministerstwem i sanepidem w tej chwili zaczyna współgrać. Nagle okazało się, że wszystkim nam chodzi o to samo. Omówiliśmy sprawy, które przeszkadzają w sprawnym działaniu i stało się jasne, że nie ma między nami różnicy zdań, a jest chęć współpracy – podsumowuje szef „Porozumienia Zielonogórskiego”. – Mamy to, co najważniejsze, czyli obietnicę, że będziemy się spotykać, wymieniać doświadczeniami i wspólnie poprawiać wytyczne. Atmosfera niejasności, lęku dzięki temu spotkaniu mocno zelżała. Wszyscy bardzo się niepokoimy, jak sytuacja się rozwinie. Przed nami jeszcze wiele problemów, więc obietnica ministra, że będziemy w kontakcie w szerokim gronie i co jakiś czas wspólnie omówimy sposoby przeciwdziałania pandemii w Polsce, to dobry efekt rozmów.

Najważniejszym skutkiem spotkania jest zniesienie sztywnego wymogu badania fizykalnego przed skierowaniem pacjenta

na test. – Minister uznał nasze argumenty i zgodnie z nowym rozporządzeniem, na które czekamy, będziemy zlecać testy zgodnie z aktualną wiedzą medyczną – relacjonuje dr Krajewski. – Taki zapis nas nie ogranicza, a pozwala podjąć decyzję stosownie do określonej sytuacji klinicznej. Tak naprawdę bardzo wiele zależy od doświadczenia lekarza.

Zmieni się jeszcze jedna ważna kwestia – pacjent po uzyskaniu dodatniego wyniku testu diagnostycznego automatycznie otrzymuje nakaz izolacji na 10 dni bez potrzeby interwencji lekarza kierującego.

Prace nad narzędziami

Rozmowa dotyczyła też trudności technicznych, z jakimi od początku września borykają się lekarze POZ. Procedura kierowania pacjenta na test jest bardzo czasochłonna, nie można bowiem wystawić e-skierowania w lekarskich aplikacjach gabinetowych, ale na stronie gabinet.gov.pl po wcześniejszym zarejestrowaniu się profilem zaufanym (na przykład przez stronę banku). Gabinet.gov.pl zawieszają się, bywają problemy z jego uruchomieniem. Na spotkaniu zdecydowano, że lekarze przekażą do Centrum E-Zdrowia swoje uwagi w tej kwestii. Minister Niedzielski zgodził się też, by medycy, którzy mają problem z tą aplikacją, mogli wystawiać skierowania na badanie w kierunku COVID-19 w uzasadnionych przypadkach w innej procedurze, z wykorzystaniem WSSE. Docelowo skierowania mają być wystawiane z poziomu aplikacji gabinetowych.

Dobre rokowania na przyszłość

Uczestnicy spotkania w resorcie zdrowia umówili się na kolejne rozmowy. Strategia wymaga jeszcze wielu usprawnień. Dotyczą one m.in. transportu. Jest za mało karet „wymazówek” i karet „transportu COVID”, więc czas oczekiwania na nie – długi, zwłaszcza w małych miejscowościach. Iskrażącym elementem wytycznych są też izolatoria i przekazanie chorego z COVID-19 na oddział zakaźny. Doktor n. med. Agata Sławin, wiceprezes Dolnośląskiego Związku Lekarzy Rodzinnych-Pracodawców zwraca uwagę, że na ministerialnej liście laboratoriów, które na Dolnym Śląsku mają testować w kierunku koronawirusa, widnieją placówki, które dopiero przygotowują się do wykonywania testów, a laboratoria szpitalne (we Wrocławiu są cztery) działają tylko przez dwie-trzy godziny dziennie, rano lub do godziny 13.00. Po południu nie ma gdzie wykonać testu.

Problematyczne jest też odczytywanie wyników. Teraz pacjent może się o nich dowiedzieć z IKP, czyli Internetowego Konta Pacjenta (które mają nieliczni) lub od lekarza rodzinnego, który sprawdzi to w aplikacji gabinet.gov.pl, o ile wynik przyjdzie w godzinach pracy POZ. – Jeśli wynik trafi do aplikacji w piątek o godzinie 19.00, to przez sobotę i niedzielę pacjent nie jest w stanie się dowiedzieć, czy jest dodatni, czy ujemny. I nie wie, co ze sobą zrobić – mówi dr Sławin. – Muszą być punkty badań działające całą dobę, a przynajmniej od rana do wieczora i pacjent musi mieć możliwość dowiedzenia się o wyniku nawet wtedy, gdy nie ma swojego IKP, a jego lekarz jest niedostępny. Może ktoś z laboratorium powinien do niego zadzwonić.

Doktor Krajewski wspomina o jeszcze jednej sprawie, która będzie omawiana na kolejnych spotkaniach. Chodzi o to, żeby sanepid nie blokował przychodni, która miała kontakt z pacjentem zakażonym koronawirusem. – Wielokrotnie zdarzało się, że lekarz, który zbadał pacjenta, jak się później okazywało COVID dodatniego, mimo że odpowiednio się zabezpieczył, był kierowany przez sanepid na kwarantannę, a przychodnia zamykana. Będziemy pracować nad zapisem, żeby takie decyzje nie były podejmowane automatycznie i nadużywane – zapowiada prezes „Porozumienia Zielonogórskiego”. ■



Fot. z archiwum P.W.

Lekarze rodzinni wiedzą, kogo powinni zbadać osobiście

O jesiennej strategii walki z koronawirusem z dr. n. med. Pawłem Wróblewskim, prezesem Dolnośląskiej Rady Lekarskiej i dyrektorem Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej we Wrocławiu, rozmawia Agata Grzeleńska.

Agata Grzeleńska: Jak Pan ocenia nową strategię walki z koronawirusem?

Dr n. med. Paweł Wróblewski: Ta strategia, to efekt lepszego poznania wirusa SARS-CoV-2 i choroby, którą wywołuje. Już wiemy, że w Polsce przebieg pandemii nie jest zbyt burzliwy. Współczynnik reprodukcji wirusa, w zależności od regionu, nieznacznie przekracza 1, co oznacza, że wirus nie jest aż tak zaraźliwy, jak się tego obawiano. U blisko 90% osób wysyłanych przez sanepid na kwarantannę nie rozwija się choroba, były też przypadki, że nawet osoby mieszkające razem z chorymi nie uległy zakażeniu. Miażdżąca większość rozpoznawanych laboratoryjnie zakażeń jest bezobjawowa! Ponad półroczne doświadczenie pokazuje, że istotne znaczenie dla rozwoju choroby ma ilość zaaspirowanego wirusa, a więc stosowanie dystansu społecznego, maseczek, środków dezynfekcyjnych i skrócenie czasu kontaktu z ewentualnym chorym przynosi pozytywne efekty. Wszystko wskazuje na to, że zakaźna jest osoba objawowa, zaś istotna epidemiologicznie emisja wirusa rozpoczyna się około 2 dni przed wystąpieniem objawów i utrzymuje się do 3 dni po ich ustąpieniu.

Bazując na tych obserwacjach, ustalono nowe zasady nakładania kwarantann i izolacji, znacznie mniej uciążliwe dla potencjalnych pacjentów, niewymagające już weryfikacji procesu zdrowienia testami RT-PCR. Ponieważ wkroczyliśmy w okres sezonowych przeziębień, od których trudno odróżnić zakażenie SARS-CoV-2, konieczne było włączenie w proces leczenia i diagnostyki lekarzy rodzinnych. Tym bardziej, że wszystko wskazuje na to, że ten wirus pozostanie z nami i dołączy do pozostałych koronawirusów wywołujących u ludzi sezonowe przeziębienia, czyli stany chorobowe będące w zakresie kompetencji lekarzy rodzinnych.

A.G.: Pana zdaniem obawy lekarzy rodzinnych są słuszne?

P.W.: Niestety, najpierw zmieniono przepisy i zasady postępowania, a dopiero potem zaczęto je wdrażać, przekazując nie do końca przemyślane propozycje działań samym zainteresowanym, czyli lekarzom rodzinnym. Takie wprowadzanie z dnia na dzień zmian w postępowaniu medycznym, bez konsultacji z zainteresowanymi środowiskami, zawsze budzi niepokoje i protesty. W wyniku dość gwałtownej wymiany poglądów pomiędzy przedstawicielami lekarzy rodzinnych i Ministerstwa Zdrowia doszło do bezpiecznego, według mnie, konsensusu – dzięki wykorzystaniu metod teleinformatycznych: teleporad, e-recept i e-zwolnień, można bezpiecznie dla wszystkich stron procesu leczniczego najpierw przeleczyć w domu osoby objawowe, a podejrzane o COVID-19 w taki sam sposób zdiagnozować w oparciu o badanie w kierunku obecności wirusa SARS-CoV-2.

Reasumując: w przypadku pacjenta z objawami przeziębienia, niekwalifikującego się do badania RT-PCR, wykorzystując teleporadę, leczymy go 10 dni w domu, wyczerpując jednocześnie ustawowy okres kwarantanny i dopiero po braku efektu tego leczenia umawiamy ewentualną wizytę, do której można się już odpowiednio przygotować. W przypadku pacjenta reprezentu-

jącego cztery wymagane do wykonania badania PCR objawy sprawa jest prosta: wszystko załatwiamy teleinformatycznie.

A.G.: Czy w tej sytuacji grozi nam paraliż systemu opieki zdrowotnej?

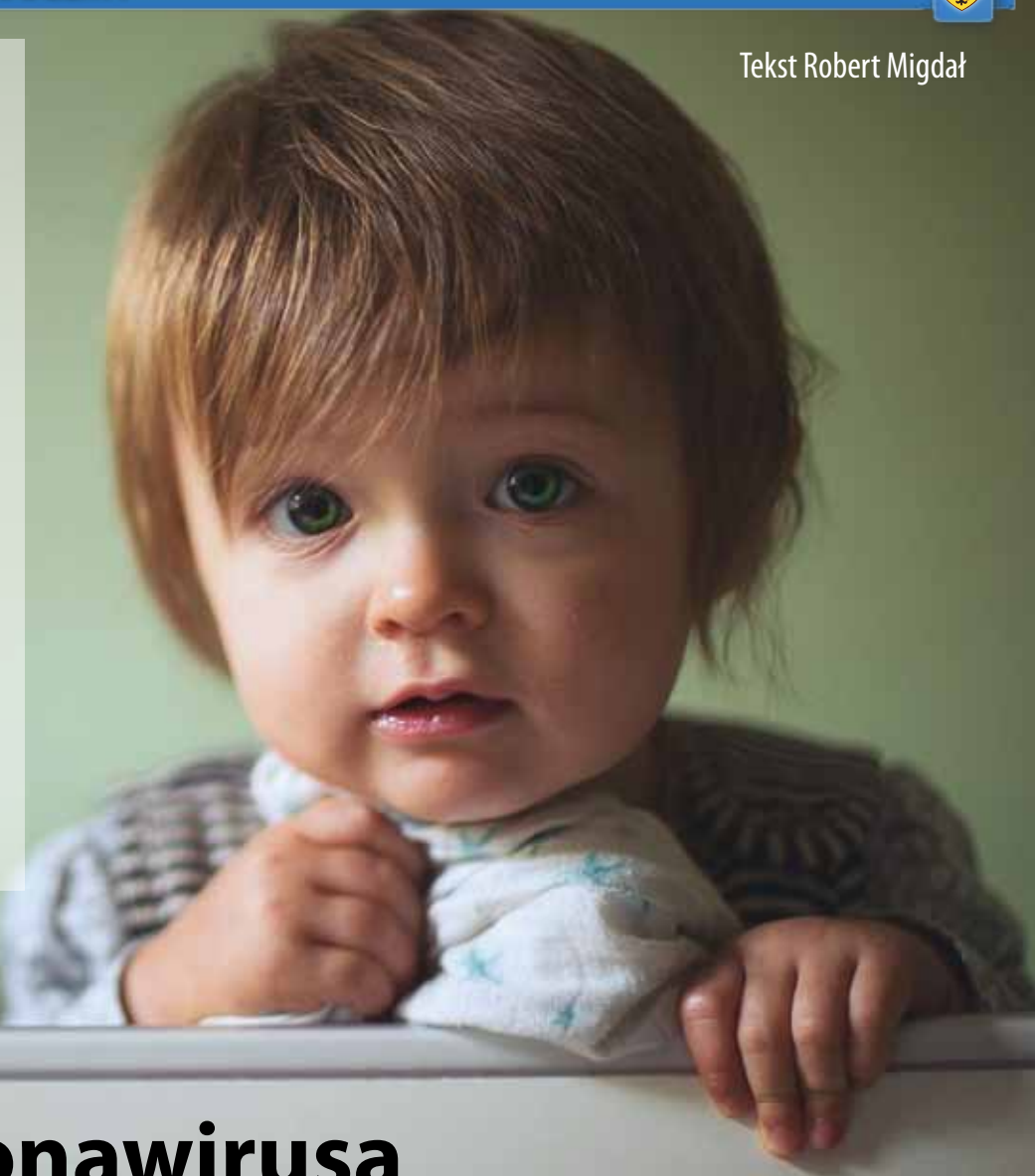
P.W.: Największą niewiadomą jest stan przygotowania teleinformatycznego lekarzy rodzinnych. Okres wiosenno-jesienny to czas znacznie zwiększonej liczby zachorowań na choroby przeziębieniowe, grypopodobne i grypę, co wiąże się ze zwiększonym zapotrzebowaniem na teleporady. Trudno powiedzieć, ile ich będzie, i czy personel przychodni lekarskich jest na ten wzrost przygotowany. Przeżyliśmy taki kryzys w sanepidach: liczba połączeń telefonicznych blokowała centrale, ta nie wytrzymała fizycznie i w efekcie nie można było się dodzwonić. Na szczęście liczba lekarzy rodzinnych wielokrotnie przekracza liczbę pracowników sanepidu, więc może nie będzie tak źle.

Kolejne ryzyko, jakie widzę, to zamieszanie z pacjentami zakażonymi SARS-CoV-2, wymagającymi jednocześnie pilnej hospitalizacji z innych, niż COVID-19, przyczyn. Pomysł szpitali jednoimiennych i obecny – wydzielonych oddziałów „covidowych” w wytypowanych przez wojewodów szpitalach wielospecjalistycznych jest według mnie, w obecnej sytuacji, słabo uzasadniony. Powinniśmy wrócić do normalnej organizacji pracy, która zawsze przewidywała ewentualny kontakt z pacjentem zakaźnym i każdy szpital był na taką sytuację przygotowany. Konieczność transportu pacjenta z COVID-19 i równocześnie zawałem serca np. ze Zgorzelca do szpitala wojskowego we Wrocławiu jest niepotrzebnym narażaniem jego zdrowia i życia, a zamknięcie całego oddziału ginekologii w klinikach przy ul. Chałubińskiego w oczekiwaniu na ewentualną ciężarną z COVID-19 nie ma żadnego sensu epidemiologicznego. Rodzi natomiast poważne problemy medyczno-organizacyjne. Stanów ostrych u pacjentów zainfekowanych jednocześnie wirusem SARS-CoV-2 było od początku pandemii stosunkowo niewiele w porównaniu z podażą świadczeń specjalistycznych, więc tworzenie szpitali jednoimiennych czy oddziałów „covidowych” pozostawiłbym na czas realnego kryzysu. Dziś wróciłbym do normalnego funkcjonowania szpitali z uwzględnieniem zabezpieczenia możliwości leczenia pacjentów dodatkowo obciążonych infekcją nowym koronawirusem.

A.G.: I najważniejsze, czy pacjenci i personel medyczny są w tym wszystkim bezpieczni?

P.W.: Obecna sytuacja jest korzystna dla wszystkich: lekarz nie jest narażony na zakażenie przez nieprzewidywalny, bezpośredni kontakt z potencjalnym chorym, a sami pacjenci też nie będą się tłoczyć w przychodniach, jak to było w poprzednich latach, narażając się wzajemnie na nadkażenie innymi wirusami lub bakteriami. Myślę, że rozwiązanie organizacyjne, polegające na takim wykorzystaniu telemedycyny w okresach zwiększonego narażenia na infekcje, powinno zostać z nami na stałe. Przecież lekarze rodzinni znają swoich pacjentów na tyle, że wiedzą, komu można zaufać, gdy dzwoni z objawami przeziębienia, a kogo lepiej zbadać osobiście, wcześniej się do tego odpowiednio przygotowując. ■

Przed koronawirusem, oprócz opieki paliatywnej, „Wrocławskie Hospicjum dla Dzieci” realizowało też opiekę wychnieniową: jako jedyna placówka na Dolnym Śląsku dawała szansę na odpoczynek mamom, rodzinom, opiekunom, którzy są 24 godziny na dobę przy dziecku. Jednak ze względu na sytuację epidemiologiczną działania takiej opieki zostały zawieszane. Ze zrozumiałych powodów: osoba z zewnątrz nie mogła wejść do domu, w którym przebywała osoba chora. Jednak w porozumieniu z Dolnośląskim Wojewódzkim Urzędem Pracy, z którym hospicjum ma podpisaną umowę na świadczenie tych usług, w okresie pandemii opieka wychnieniowa mogła być zmieniona na bezpośrednią pomoc rodzinom, np. w zakupach i dostarczaniu leków, pozyskaniu niezbędnych rzeczy, które wspierają dom, pacjenta i rodzinę.



Przez koronawirusa musieli zmienić prawie wszystko

Epidemia koronawirusa wywróciła cały świat do góry nogami. Ich świat szczególnie, bo przecież dzieci pod opieką hospicjum są szczególnie narażone na różnego rodzaju infekcje wirusowe. Na początku pojawił się lęk, stres i chaos informacyjny. Zarówno wśród rodzin pacjentów, jak i wśród lekarzy. Ale że są silni i wprawieni w boju, nie załamali rąk, tylko opracowali nowy plan działania i z jeszcze większą siłą ruszyli do walki z nowym wrogiem. O pracy w hospicjum dla dzieci w czasie COVID-19 pisze Robert Migdał.

Wrocławskie Hospicjum dla Dzieci pomaga 60 terminalnie, przewlekłe i nieuleczalnie chorym pacjentom, natomiast 280 chorych – ale stabilnych dzieci – wspiera np. nieodpłatnie wypożyczając sprzęt medyczny czy rehabilitując. Stan pacjentów będących pod opieką hospicjum jest różny: niektóre dzieci leżą, nie są w stanie samodzielnie nawet zmienić pozycji, nie mówią, nie słyszą lub nie widzą, nie potrafią sygnalizować swoich potrzeb, a jedyną formą ich kontaktu z opiekunami jest płacz. Są też tacy pacjenci, którzy znajdują się w stosunkowo dobrym stanie i pomimo choroby – ciężkiej, nieuleczalnej, postępującej – próbują normalnie żyć. »

**Sztab kryzysowy już od pierwszego dnia**

Na co dzień hospicjum boryka się z mnóstwem problemów, a gdy zaczął się koronawirus, problemy uderzyły ze zdwojoną siłą. – Przez trzy pierwsze tygodnie od momentu ogłoszenia stanu epidemiologicznego w Polsce rozpoczęły się intensywne działania naszego „sztabu kryzysowego”. Zanim wyszły rozporządzenia i wytyczne (te ministerialne i NFZ) musieliśmy sami podejmować decyzje: trochę intuicyjnie, ale zawsze w oparciu o przesłanki medyczne. Nie mogliśmy czekać – wspomina Beata Hernik-Janiszewska, prezes Fundacji „Wrocławskie Hospicjum dla Dzieci”.

Dla każdego pacjenta trzeba było dobrać indywidualny sposób podejścia. W niektórych przypadkach lekarze realizowali teleporady, w niektórych – telewizyty. Hospicjum prowadziło również bezpośrednie wizyty, ponieważ tego wymagał stan pacjenta. W tym czasie okazywało się, że inne placówki medyczne (np. POZ, szpitale) nie są w stanie wspierać danej rodziny, a jedynie lekarz hospicjum, z racji swojej dostępności, może przyjechać do pacjenta, ocenić stan odleżyny czy wymienić PEG-a.

– Epidemia koronawirusa spiętrzyła przed nami mnóstwo trudności. My, lekarze, martwiliśmy się i martwimy zarówno o naszych pacjentów, jak i o własne rodziny. Stres potęgował również fakt, że o przeciwniku – koronawirusie – wówczas jeszcze niewiele wiedziano – opowiada dr Anna Puziewicz-Zmonarska, lekarka z hospicjum.

”

Na co dzień hospicjum boryka się z mnóstwem problemów, a gdy zaczął się koronawirus, problemy uderzyły ze zdwojoną siłą. – Przez trzy pierwsze tygodnie od momentu ogłoszenia stanu epidemiologicznego w Polsce rozpoczęły się intensywne działania naszego „sztabu kryzysowego”. Zanim wyszły rozporządzenia i wytyczne (te ministerialne i NFZ) musieliśmy sami podejmować decyzje: trochę intuicyjnie, ale zawsze w oparciu o przesłanki medyczne. Nie mogliśmy czekać – wspomina Beata Hernik-Janiszewska, prezes Fundacji „Wrocławskie Hospicjum dla Dzieci”.

“

Śmiertelne zagrożenie

Pacjenci pozostający pod opieką wrocławskiego hospicjum są pacjentami szczególnie zagrożonymi w okresie epidemii koronawirusa: mają schorzenia dodatkowe i prawie zawsze są bardziej narażeni na cięższy przebieg infekcji wirusowych. Wiąże się to nie tylko ze specyfiką choroby podstawowej, ale też z warunkami, w jakich są zmuszeni przebywać: nie biegają, nie skaczą, siłą rzeczy nie spędzają tak dużo czasu na świeżym powietrzu, jak ich rówieśnicy, często są dużo słabiej odżywieni, bo np. nie przyswajają pokarmu, albo są odżywiani pozajelitowo. Szczególny przypadek stanowią dzieci chorujące na mukowiscydozę – w stanach zaostrenia choroby

podstawowej często walczą o każdy oddech: przechodzenie w tych warunkach infekcji koronawirusowej może być dla nich śmiertelnym zagrożeniem.

Dlatego też od samego początku każda rodzina, która jest pod opieką hospicjum, została powiadomiona, że ma prawo do zdecydowania, czy hospicjum będzie realizować teleporady czy wizyty. Takie decyzje podejmowali rodzice. – Oczywiście w przypadkach, gdy mieliśmy rozbieżne zdanie, bo takowe przypadki zdarzały się, tłumaczyliśmy dlaczego np. teleporady nie będą wykonywane, tylko wizyty, ponieważ nadrzędne dla nas było i jest zdrowie i bezpieczeństwo pacjenta – wspomina prezes wrocławskiej fundacji.

Leczenie przez telefon

Z dnia na dzień, z tygodnia na tydzień, wprowadzano coraz to nowe wytyczne, zalecenia, nakazy i ograniczenia dotyczące pracy lekarza. Wiele z nich znacznie utrudniło pracę. Nagle np. okazało się, że lekarze nie powinni jeździć na wizyty domowe. Mogli to robić tylko w uzasadnionych przypadkach, przestrzegając oczywiście wszystkich zasad: dezynfekcji, izolacji, osłony ust i nosa itd. Konsultacje zmieniły charakter: przede wszystkim odbywały się przez telefon i przez internet (wideorozmowa).

– Nierzadko prosiłam rodziców o wysłanie mi zdjęcia dziecka, opisywanych zmian skórnych, albo filmiku przedstawiającego opisywane objawy przez jeden z komunikatorów. Było to z jednej strony dobre, bo miałam poczucie, że moi pacjenci są nadal pod opieką lekarską, z drugiej jednak mocno niedoskonałe, bo często relacja rodziców była niekompletna, nierzadko nie potrafili oni po prostu, pomimo dobrych chęci, opisać właściwie stanu dziecka. Byłam zmuszona polegać na doświadczeniu, zdawałam się na intuicję. Jak było trzeba, jechałam na wizytę. I tu pojawiały się kolejne problemy: bałam się, że pracując w szpitalu, niechcący mogłabym zarazić wirusem dziecko lub opiekunów, w przypadku, gdybym zakażenie przechodziła bezobjawowo. Bałam się również o swoją rodzinę, której mogłabym po takiej wizycie przywieźć „w prezencie” zakażenie koronawirusem. W tym kontekście dochodził niepokój o pacjentów w szpitalu – opowiada dr n. med. Anna Puziewicz-Zmonarska.

Pracować za pomocą teleporad trzeba się nauczyć – nie jest to łatwa sztuka. Trzeba mieć duże doświadczenie i sporą intuicję, żeby trafnie rozpoznać objawy, z relacji rodziców wyciągnąć właściwe wnioski i zalecić odpowiednie postępowanie. – Teleporady są również sporym wyzwaniem jeszcze pod innym aspektem. Proszę sobie wyobrazić, że są takie sytuacje, kiedy mój telefon dzwoni około sześciu, siedmiu razy w ciągu godziny. A ja właśnie przyjmuję pacjentów. Albo próbuję się szybko zregenerować po nocnym dyżurze. Tak jest bardzo często, ale zdaję sobie sprawę, że dla opiekunów moich pacjentów z hospicjum ten kontakt ze mną jest ważny. Odbieram więc telefony, kiedy tylko mogę, albo oddzwaniam niezwłocznie. Czasem jest to niełatwe – mówi dr Anna Puziewicz-Zmonarska.

Nowe problemy

Wraz z teleporadami pojawił się też niespodziewany problem. Hospicjum, z nazwy jest Wrocławskim Hospicjum dla Dzieci, ale działa na terenie całego Dolnego Śląska i jego pacjenci rozsiadani są po całym województwie. Pacjenci mieszkają również na wsiach, gdzie nie ma sieci internetowej, albo – jeśli nawet jest – to nie jest ona ciągła. – Niektóre z rodzin, będących pod naszą opieką, są słabo wyposażone, w związku z tym, dzięki darczyńcom, pozyskaliśmy laptopy dla rodzin, które nie miały takich możliwości technicznych i sprzętowych, abyśmy mogli realizo-

wać teleporady. Przekazaliśmy rodzinom ponad 10 laptopów i dzięki nim mogliśmy zachować ciągłość leczenia, kontaktu z naszymi podopiecznymi – opowiada Beata Hernik-Janiszewska z fundacji.

”

Epidemia koronawirusa spiętrzyła przed nami mnóstwo trudności. My, lekarze, martwiliśmy się i martwimy zarówno o naszych pacjentów, jak i o własne rodziny. Stres potęgował również fakt, że o przeciwniku – koronawirusie – wówczas jeszcze niewiele wiadano – opowiada dr Anna Puziewicz-Zmonarska, lekarka z hospicjum.

“

Cenna pomoc psychologa

Oprócz wizyt lekarskich wstrzymano początkowo również wizyty pielęgniarskie. A przecież są one fundamentalne w opiece nad pacjentami. Kolejnym zmartwieniem było wstrzymanie rehabilitacji. Regularnie przeprowadzana, na ogół nie poprawia stanu neurologicznego u dzieci z uszkodzeniem centralnego układu nerwowego, jednak często istotnie powstrzymuje postęp choroby, np. narastanie napięć mięśniowych.

Świadczeń rehabilitacyjnych nie można było realizować przez telefon, przez internet, ale sporadycznie zdarzały się sytuacje, które wymagały obowiązkowej fizjoterapii. – Na przykład jedno z dzieci miało zastosowaną terapię toksyną botulinową, w związku z tym rehabilitacja pacjenta była niezbędna. Te zajęcia odbyły się właśnie online. Wykonawcą był rodzic, a osobą, która przeprowadziła takie szkolenie, była nasza szefowa fizjoterapeutów p. Agata Pustuła – wspomina Beata Hernik-Janiszewska.

Na początku epidemii koronawirusa wstrzymane zostały też wizyty zespołu psychologów, choć jak wiadomo opieka psychologiczna to niezmiernie istotny element opieki nad całą rodziną ciężko chorego dziecka. Zostały tylko rozmowy przez telefon. – W kontakcie psychologicznym z pacjentem liczy się nie tylko to, co słyszymy, ale również to, co widzimy. I w takim przypadku teleporada, kiedy rozmawiałem z pacjentem tylko przez telefon, nie dawała takiej możliwości. Trudność polegała więc na tym, że nie mieliśmy pełnego kanału percepcyjnego do oceny stanu chorego – mówi Andrzej Sierakowski, psycholog z hospicjum. – Dlatego teraz staramy się w pewnej mierze odchodzić od teleporad i dążymy do kontaktów na wizytach domowych, twarzą w twarz. Obecnie jest coraz większa otwartość pacjentów i ich opiekunów na takie kontakty. Jeszcze w wakacje nie było takiej gotowości, teraz to się zmienia – dodaje psycholog.

Obniżyć poczucie lęku

Epidemia koronawirusa spowodowała lęk, u niektórych wręcz strach. Pacjenci i ich rodziny natychmiast otrzymali wsparcie z hospicjum: to przede wszystkim wielogodzinne rozmowy: z psychologami, pielęgniarkami, lekarzami oraz pracownikami administracji. Teleporady często trwały godzinę lub więcej. Rozmowy nie tylko polegały na przeprowadzeniu wywiadu

medycznego i wypełnieniu niezbędnej ankiety, ale przede wszystkim miały za zadanie obniżyć poczucie lęku i przywrócić poczucie bezpieczeństwa.

– Większość rodziców dzieci objętych opieką hospicjum, podobnie jak i my wszyscy, byli i są nadal wystraszeni epidemią. Jednak ich sposób reagowania i okazywania emocji był czasami skrajnie różny. Jedna z mam na przykład, podczas mojej wizyty domowej, na moją prośbę o ubranie maseczki, wzruszyła ramionami i powiedziała, że ona nie wierzy w żadną epidemię. Maseczki nie założyła. No cóż... Inna z mam z kolei zareagowała prawie histerycznie, początkowo nalegając, żebym nie przyjeżdżała, bo z dzieckiem nic się nie dzieje, i deklarując pozostanie ze mną tymczasowo w kontakcie telefonicznym. Po częściowym zniesieniu ograniczeń, nadal nie zezwalała na wizytę psychologa, fizjoterapeuty czy też pracownika socjalnego, zarzekając się, że wpuści do dziecka tylko panią doktor. Niektórzy zachowywali się adekwatnie do sytuacji – w pełni doceniali zagrożenie, starali się zachować spokój i przestrzegać zaleceń – opowiada dr Puziewicz-Zmonarska.

A jak w tej całej sytuacji zachowywały się chore dzieci? Większość z nich jest w takim stanie, że nie mają możliwości zareagować na to, co się dzieje wokół. Odbierają raczej emocje opiekunów i mogą reagować przejściowym niepokojem.

I twarzą w twarz, i przez telefon

Teleporady w dużym stopniu ratowały i nadal ratują sytuację podopiecznych hospicjum. Wizyty domowe przebiegają teraz inaczej. Wcześniej istotnym jej elementem, poza badaniem pacjenta i wypisaniem recept, była rozmowa z opiekunami. Teraz, ze zrozumiałych względów, czas wizyty uległ znacznemu skróceniu.

– Ja to organizuję tak, że przed wizytą telefonuję do opiekuna i rozmawiam z nim o dziecku, a sama wizyta jest bardzo krótka. Po nawiązaniu kontaktu z pacjentem badam go i wychodzę po zanotowaniu najważniejszych faktów, potrzebnych mi potem do sporządzenia dokumentacji medycznej z wizyty u pacjenta. Oczywiście pacjenci wiedzą, że mogą do mnie dzwonić nawet wielokrotnie w ciągu dnia i często się tak dzieje. Ogromne ułatwienie stanowi teraz możliwość wypisywania e-recept. Wypisuję je na ogół wieczorem, po odbyciu wizyt, a kod recept wysyłam pacjentom sms-em. Jeśli jakiemuś pacjentowi kończą się przyjmowane leki, wypisuję je na bieżąco na telefoniczną prośbę rodziców – informuje lekarka.

”

Dzisiaj, po kilku miesiącach obecności koronawirusa w Polsce, wrocławskie hospicjum jest silniejsze i nauczone doświadczeniem – gotowe do dalszej walki.

“

Teleporady mają swoje zalety. Jeśli lekarz wie, że mama dziecka jest odpowiedzialna, a jej obserwacje są adekwatne do sytuacji, to mogą czasem polegać na jej opinii. – Zdarzyło mi się nawet w taki sposób rozpoznać zapalenie gardła: mama zrelacjonowała objawy, i wysłała mi zdjęcie gardła dziecka. Wypisałam antybiotyk i rezultat leczenia był dobry – dodaje dr Puziewicz-Zmonarska.

Niestety, nie wszystko można zrobić przez teleporadę. Kiedyś opiekunka była bardzo zaniepokojona stanem dziecka, które »



było niespokojne, gorączkujące, miało dolegliwości bólowe. W takiej sytuacji sam wywiad nie wystarczył: lekarz od razu musiał pojechać do niego. Dalsze postępowanie było możliwe dopiero po zbadaniu dziecka.

Choroba, ograniczenia...

W pracy hospicjum pojawiały się też problemy, które uderzały w ich działalność nagle, niespodziewanie. I na które tak samo trzeba było szybko reagować. Na przykład dwie pielęgniarki zachorowały na COVID-19. Był też przypadek zachorowania jednego z pacjentów. Kwarantann lekarskich też było kilka (głównie dotyczyły powrotów z urlopów). W trudnej sytuacji hospicjum znalazło się w kwietniu, kiedy to szpitale chciały przypisać sobie personel medyczny. Hospicjum walczyło o to, aby ten plan się nie ziścił. Pisali pisma do NFZ, uruchamiali prawników. – Gdyby faktycznie pomysł przypisania lekarzy i pielęgniarek szpitalom miał miejsce, zostalibyśmy w 80% bez lekarzy i w 50% bez pielęgniarek – wspomina prezes Herńnik-Janiszewska.

– Z perspektywy mojej i innych lekarzy hospicjum ten pomysł był nie do przyjęcia. Musiałabym zrezygnować z pracy w szpitalu? – Nie, nie do pomyślenia. Zrezygnować z pracy w hospicjum? Również nie! Nie chciałam zostawiać moich pacjentów. Wiem, że praktycznie wszyscy lekarze z naszego hospicjum mają drugą pracę i w takim przypadku zawsze jacyś pacjenci zostaliby bez opieki – mówi dr Puziewicz-Zmonarska.

Na szczęście ten pomysł nie został wcielony w życie. W pracy hospicjum pojawiały się też prozaiczne, przyziemne problemy, które mogły sparaliżować ich pracę, jak np. brak środków ochrony osobistej. Dzisiaj, po kilku miesiącach obecności koronawirusa w Polsce, wrocławskie hospicjum jest silniejsze i nauce doświadczeniem – gotowe do dalszej walki. ■

Koronawirus uderzył też w Fundację, w jej finanse. Beata Herńnik-Janiszewska, prezes Fundacji „Wrocławskie Hospicjum dla Dzieci”:

– Uderzył w nas i uderzać będzie. Wszystkie organizacje pozarządowe, organizacje pożytku publicznego borykają się z problemami finansowymi. Eventy, które były eventami zewnętrznymi, zbiorowymi, skierowanymi do dużej rzeszy ludzi były wstrzymane. A nasze akcje, które chcieliśmy realizować, miały rozpocząć się właśnie w okresie wiosennym: czy to Wrocławski Bieg Sponsorowany, który rokrocznie przynosi nam ponad 100 tysięcy złotych przychodu, czy akcja „Pola Nadziei” – w podobnej kwocie, czy różne inne akcje, które przychodziły z zewnątrz zostały zablokowane. Wiosną Teatr Polski we Wrocławiu dedykował nam premierę spektaklu dla dzieci „Błękitny pies”, która również została wstrzymana. Na tę chwilę mamy deficyt ponad 300 tysięcy złotych. Akcja „Nakrętki dla Hospicjum” niestety ze względu na pozamykane szkoły i instytucje nie mogła być realizowana, ponieważ zbieranie dobrego plastiku odbywało się głównie w tych miejscach. Obecnie 40% dobrego plastiku wyrzuca się na śmietnik, ponieważ nie było możliwości deponowania go przez 5 miesięcy do dedykowanych pojemników. Nie tylko Fundacja straciła (nie mając możliwości sprzedaży surowca wtórnego), ale również ucierpiała ekologia, gdyż sortowanie plastiku jest bardzo ważne dla środowiska. Obecnie obostrzenia sanepidu związane z brakiem możliwości przynoszenia do szkół i instytucji nakrętek, pociągną za sobą dla nas spore konsekwencje finansowe. Ze sprzedaży nakrętek rocznie organizacja pozyskiwała ok. 100 tys. zł, co pomagało nam w opłaceniu leków dla pacjentów. Filantropia najprawdopodobniej ucierpi: bo jeśli firmy będą miały niższe przychody, to w związku z tym nie będą miały czym się dzielić z organizacjami społecznymi. Zaczynam trochę się martwić. NFZ płaci nam za świadczenia, ale dodatkowe elementy: związane z rehabilitacją, wsparciem psychologicznym, refundacją leków, czy też wysyłaniem chorych dzieci na turnusy rehabilitacyjne, były realizowane właśnie w tych dodatkowych akcjach – z 1%, z eventów, które niestety przez epidemię zostały zamrożone i nie potrafimy powiedzieć, kiedy ponownie będą mogły być realizowane. Zobaczmy, jak będzie. Nadzieja umiera ostatnia.

Docenieni przez Wrocław. Nasi profesorowie odebrali nagrody



24 września, podczas uroczystej sesji rady miejskiej, Nagrodę Prezydenta Wrocławia otrzymał m.in. prof. Krzysztof Simon, a Nagrody Wrocławia – prof. Alicja Chybicka i prof. Piotr Szyber. Z powodu pandemii laureaci wyróżnienia odebrali dopiero teraz, a nie w czerwcu w czasie obchodów święta miasta. Największy szczyt spotkał dr. Macieja Łagiewskiego, wieloletniego dyrektora wrocławskiego muzeum miejskiego, któremu wręczono tytuł Honorowego Obywatela Wrocławia – „Civitate Wratislaviensi Donatus”.

Nagroda Prezydenta Wrocławia trafiła w ręce prof. Krzysztofa Simona, ordynatora 1. Oddziału Chorób Zakaźnych WSS im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu, kierownika Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii UM we Wrocławiu oraz konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie chorób zakaźnych dla województwa dolnośląskiego, za jego zaangażowanie w ratowanie zdrowia i życia ludzkiego w czasie zagrożenia wywołanego COVID-19.

Profesor Alicja Chybicka została uhonorowana Nagrodą Wrocławia jako autorytet w dziedzinie pediatrii, transplantacji szpiku, onkologii i hematologii dziecięcej, za stworzenie we Wrocławiu wiodącego w Polsce ośrodka onkologii dziecięcej. Natomiast prof. Piotr Szyber, emerytowany profesor UM we Wrocławiu i były kierownik Kliniki Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Transplantacyjnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego, został wyróżniony tą samą nagrodą za osiągnięcia w dziedzinie transplantologii. ■



Fot. z archiwum UM we Wrocławiu i UMW

M.J.

Tekst Maciej Sas

Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/knee-2768834/whitesession



Program lekowy SMA:

sukces dzięki pacjentom

Zastrzyk ratujący życie i wskrzeszający nadzieję przyjmuje już ponad 60. Dolnoślązaków chorych na rdzeniowy zanik mięśni. Dzięki udziałowi w ministerialnym programie lekowym SMA mają szansę na powstrzymanie nieuleczalnej do niedawna choroby, a niektórzy – na znaczną poprawę stanu zdrowia. – Ten program jest wielkim sukcesem przede wszystkim dorosłych pacjentów i rodziców dzieci na to cierpiących – podkreśla dr hab. Magdalena Koszewicz z Katedry i Kliniki Neurologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu.

Nadzieja umiera ostatnia – głosił tytuł głośnej książki Haliny Birenbaum. Ci, którzy cierpią na rdzeniowy zanik mięśni, mogą śmiało uznać to krótkie zdanie za swoje motto. Jeszcze 5 lat temu pojawiali się w gabinecie neurologicznym jedynie po to, by sprawdzić, jak szybko okrutna choroba odbiera im zdrowie (w sumie w całej Polsce jest ok. 800-1000 osób cierpiących na SMA). Lekarze niewiele mogli im pomóc, bo nie istniał lek, który powstrzymałby rozwój choroby.

Wszystko zmieniło się 4 lata temu, gdy do użytku (najpierw w Stanach Zjednoczonych, a rok później w Europie) został dopuszczony pierwszy skuteczny lek – Nusinersen (znany też pod handlową nazwą Spinraza®). Od początku 2019 roku możliwość

bezpłatnego leczenia tym specyfikiem ma każda osoba cierpiąca na SMA, której przysługują świadczenia w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia.

Na Dolnym Śląsku program wystartował w 2. kwartale 2019 roku. Pacjenci do 18. roku życia korzystają z niego na Oddziale Neurologii Dziecięcej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. T. Marciniaka we Wrocławiu, a dorośli – w Klinice Neurologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu.

Objawy SMA

Przyczyną SMA (z angielskiego ang. *spinal muscular atrophy*) jest wada genetyczna – mutacja w genie SMN 1. Ma ją w Europie średnio jedna na 35 osób. Choroba pojawia się, gdy człowiek zostaje nią obdarzony przez oboje zwykle nieświadomych tego rodziców. Jej efektem jest obumieranie neuronów rdzenia kręgowego odpowiedzialnych za skurcze i rozkurcze mięśni. To prowadzi do zaniku mięśni szkieletowych, a w końcu do paraliżu i – przy braku możliwości leczenia – śmierci. Dlatego aż do chwili wynalezienia leku ta choroba była najczęstszą genetyczną przyczyną śmierci dzieci przed ukończeniem 2. roku życia. Dodajmy, że intelektualnie człowiek chory na SMA rozwija się zupełnie normalnie.

Objawy są zróżnicowane w zależności od tego, z jakim typem choroby mamy do czynienia (są 4 typy). – W przypadku typu I, czyli najcięższego, pojawiającego się najwcześniej, objawy zwykle nie są obecne ewidentnie przy urodzeniu – mówi dr n. med. Dorota Cichosz, neurolog dziecięcy, jedna z koordynatorek programu lekowego w szpitalu im. T. Marciniaka. – Zazwyczaj objawy pojawiają się w pierwszych tygodniach lub miesiącach życia. Dlatego »



tak ogromna jest rola lekarzy rodzinnych i pediatrów w przypadku wizyt patronażowych i związanych ze szczytami. To oni jako pierwsi mogą wychwycić niepokojące symptomy – podkreśla.

Jak dodaje, to przede wszystkim osłabienie siły mięśniowej, hipotonia. Bardzo charakterystyczne jest zmniejszenie motoryki kończyn, zwłaszcza dolnych. – O ile dzieci całkiem nieźle się mają tuż po urodzeniu, a ich motoryka jest najczęściej prawidłowa, o tyle w kolejnych miesiącach życia słabnie. Po zaobserwowaniu takich objawów niezbędna jest szybka konsultacja neurologiczna – mówi dr Cichosz.

W typie II SMA choroba daje o sobie znać ok. 6.-18. miesiąca życia – dziecko siada samodzielnie, ale nie staje na nogach. Typ III ujawnia się po ukończeniu 12. miesiąca życia. W tym czasie maluch może już stawiać kroki samodzielnie. IV typ choroby dotyczy osób dorosłych – po 30. roku życia.

Im szybciej podamy lek, tym lepsze są rokowania

Start programu lekowego Ministerstwa Zdrowia to dla chorych na SMA rewolucyjna zmiana. Doktor Dorota Cichosz podkreśla, że im szybciej wykorzystywany w nim lek Nusinersen zostanie podany, tym lepiej dla pacjenta.

– Jest to związane z tym, że rdzeniowy zanik mięśni to choroba postępująca. Pacjenci z zaawansowanym stanem mają nasilone zaniki mięśniowe i przykurcze w stawach. To są zmiany, których tym leczeniem nie jesteśmy w stanie odwrócić – wyjaśnia. – Po podaniu leku obserwujemy u nich pewną poprawę w zakresie siły mięśniowej, natomiast jeżeli doszło już do uszkodzenia układu nerwowego, układu mięśniowego, układu szkieletowego, nie jesteśmy w stanie tego typu rzeczy odwrócić – przyznaje neurolog dziecięcy.

Dlatego im szybciej lek zostanie podany, tym większa staje się szansa na prawidłowe albo zbliżone do prawidłowego funkcjonowanie pacjenta. Badania przeprowadzone przez producenta na grupie ponad 20 dzieci wykazały, że podany w okresie przedobjawowym radykalnie poprawił ich stan zdrowia. – Prawie 90% tych dzieci do 5. roku życia chodzi samodzielnie. A przypominam, że jest to taka postać choroby, która w naturalnym przebiegu sprawiłaby prawdopodobnie, że nie dożyłyby 5. roku życia – zaznacza jedna z koordynatorek programu lekowego dla dzieci na Dolnym Śląsku.

Jak to działa?

W programie lekowym Ministerstwa Zdrowia wykorzystywany jest lek Nusinersen – jedyny dotąd zarejestrowany w Europie. Drugi, który jeszcze nie uzyskał europejskiej rejestracji, to Risdiplam. Działają podobnie, a różnica polega na tym, że pierwszy podaje się w formie iniekcji do kanału rdzenia kręgowego, a drugi – doustnie.

Zanim pacjent dostanie lek, musi przejść procedurę dopuszczającą go do programu. Przede wszystkim więc wykonywane są badania genetyczne potwierdzające diagnozę i określające ilość kopii genu SMN2 w organizmie (niejako „zapasowego” względem uszkodzonego genu SMN1, który jest przyczyną choroby). Staranne badania mają też na celu wykazanie, czy w zdeformowanym wskutek choroby kręgosłupie jest miejsce, w którym możliwe będzie podanie leku. Jeśli nie, możliwe jest wykonanie specjalnego okna kostnego, które umożliwi punkcję lędźwiową.

Nusinersen (podobnie jak Risdiplam) działa w ten sposób, że aktywuje wspomniany przed chwilą „zapasowy” gen SMN2. – Wszyscy go mamy, jednak w przypadku osób zdrowych jego istnienie nie ma najmniejszego znaczenia. Ale jest ważny dla chorych na SMA, bo produkuje niewielkie, śladowe ilości zdrowego białka. Jak się okazało, jesteśmy w stanie tymi lekami tak wpłynąć na obróbkę już tego

drugiego genu, że prawdziwego, dobrego białka powstaje dużo więcej – tłumaczy dr Dorota Cichosz.

Ale ten mechanizm oznacza, że lek musi być stosowany w sposób ciągły, bo jeżeli przestaje działać, wyczerpują się zapasy cennego białka i w efekcie organizm wraca do stanu chorobowego. Terapię trzeba więc prowadzić dożywotnio. Podaje się jego trzy dawki co dwa tygodnie, a czwartą – 4 tygodnie po trzeciej dawce. Potem chory musi przyjmować kolejne w ostępach 4-miesięcznych. Po roku wykonuje się ocenę skuteczności leczenia.

Kolejne terapie czekają

Warto poświęcić kilka słów również Risdiplamowi. Ten lek w Europie jest jeszcze terapią eksperymentalną. Ale działa tzw. program globalnego dostępu, który firma produkująca lek uruchomiła na całym świecie, również w Polsce. – To jest program dla pacjentów, u których albo nie ma możliwości leczenia Nusinersenem (brak dostępu do kanału rdzenia kręgowego), albo to leczenie nie przynosi efektu – mówi dr Cichosz. – To tak zwany program ratowania życia. Obecnie dotyczy on wyłącznie tych najcięższych postaci, czyli pacjentów z typem I choroby, ale prawdopodobnie będzie również rozszerzony na jej inne postaci.

Niedawno natomiast pojawiła się nowa nadzieja dla rodziców dzieci dotkniętych SMA – terapia genowa w postaci leku Zolgensma. Działa, wykorzystując inny mechanizm. – Terapia genowa polega na wprowadzeniu wektorem wirusowym do organizmu fragmentu DNA, który odpowiada brakującemu genowi. Bierzymy więc taką „kapsułkę” wirusa, z której zupełnie usunięty został środek. W ten sposób dostarczamy organizmowi DNA, na podstawie którego komórka produkuje białko, jakiego nie posiadała w sposób naturalny – mówi dr Cichosz. – Idea tej terapii jest więc taka, że ten fragment DNA nie będzie dziedziczony, a to bardzo istotne, bo teoretycznie ten dostarczony element nie powinien negatywnie działać na organizm, a więc zwiększać ryzyka nowotworzenia – podkreśla.

Jak dodaje, na razie trudno oceniać skuteczność tej terapii, bo zbyt mało czasu minęło od chwili jej zastosowania u pierwszych pacjentów. Różni się od Nusinersenu i Risdiplamu jeszcze trzema elementami – po pierwsze, mogą go przyjmować tylko małe dzieci. Po drugie, nie jest w Polsce refundowana. I wreszcie po trzecie, jest nazywana najdroższym lekiem świata – co prawda podaje się lek tylko raz, ale kosztuje to ok. 9 mln zł. Dlatego rodzice dzieci z SMA organizują zbiórki społeczne na ten cel.

– Jeszcze do niedawna można było skorzystać z tej terapii tylko za granicą. Większość pacjentów wyjeżdżała do Stanów Zjednoczonych, a niektórzy również do Budapesztu – mówi dr Dorota Cichosz. – Od niedawna w Polsce również podaje się terapię genową w ośrodku lubelskim. Wiemy, że mają tam już kilkunastu pacjentów po podaniu leku. Są to również pacjenci, którzy pozostają pod naszą opieką – uzupełnia. Co istotne, podawany w ramach programu lekowego Nusinersen też nie jest wcale tani – jedna jego dawka kosztuje ok. 314 tys. zł.

Lekarz Anna Dobrzycka-Ambrożewicz dodaje, że w szpitalu im. T. Marciniaka w tej chwili prowadzone są badania kliniczne nad czwartym lekiem – Branaplamem, doustnym podobnie jak Risdiplam. – Różnica jest taka, że Branaplam podaje się raz w tygodniu, a Risdiplam – codziennie. Ale, podkreślam, to dopiero etap badań klinicznych – mówi neurolog dziecięcy ze szpitala przy Fieldorfa we Wrocławiu.

Powrót optymizmu

Pojawienie się leku na rdzeniowy zanik mięśni dało wielką nadzieję, nie tylko pacjentom, ale także ich rodzinom, bo z SMA zmagają się całe otoczenie chorego. Podawany chorym lek przede wszystkim powstrzymuje rozwój choroby. To dla pacjentów absolutna nowość – przecież kiedy dziecko ma kilkanaście lat i przez całe swoje życie doświadczało tylko takiego stanu, że jest zawsze gorzej, nie miało żadnej motywacji. Pamięta jeszcze, że kiedyś samodzielnie chodziło. Teraz jeździ na wózku, jest coraz słabsze. Jeszcze dwa lata wcześniej mogło rzucić piłkę, teraz – nie ma na to szans. – Nagle taki chłopiec dostaje lek i się okazuje, że jest silniejszy, potrafi rzucić piłkę na 3 metry i na dodatek może samodzielnie obrać sobie mandarynkę, a wcześniej tego nie był w stanie zrobić. To w życiu takiego młodego człowieka prawdziwa rewolucja! – opowiada obrazowo dr Dorota Cichosz.

Pod jej opieką jest np. chłopiec z zaawansowaną chorobą, niesiedzący, który przed podaniem leku wykonywał ruchy jedynie w zakresie nadgarstka jednej ręki. – Po podaniu pierwszej dawki przyjechał uśmiechnięty i powiedział z radością: „Pani doktor, ja wcześniej mogłem grać na tablecie tylko lewą ręką, a teraz mogę również prawą!”. W jego życiu to była rewolucja – mówi wrocławska neurolog. – Po kolejnych dawkach ten pacjent coraz lepiej stabilizuje głowę. Teraz, jeżdżąc na wózku, jest w stanie głowę obracać, nie musi mieć dodatkowej stabilizacji, to dla jego komfortu ogólnego też jest znaczące. I poprawia się siła mięśniowa zarówno w zakresie kończyn górnych, jak i dolnych.

Co zmienić w przyszłości

Pytane o to, co chciałoby zmienić w leczeniu dzieci chorych na rdzeniowy zanik mięśni, obie lekarki zajmujące się programem lekowym SMA w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. T. Marciniaka, odpowiadają konkretnie.

– Chciałabym, żeby doustny Risdiplam mógł być podawany tym pacjentom, którzy z różnych przyczyn nie możemy podać Nusinersenu – mówi dr Dorota Cichosz.

Natomiast lek. Anna Dobrzycka-Ambrożewicz stawia na coś, co pozwoliłoby uniknąć wielu rodzinnych tragedii związanych z SMA. – Wszyscy bardzo byśmy chcieli, żeby został uruchomiony program skriningu noworodków. Dzięki temu dalibyśmy szansę dzieciom obciążonym tą chorobą na prawidłowy bądź prawie prawidłowy rozwój. Można powiedzieć górnolotnie, że uratowalibyśmy im życie, bo naturalny przebieg najcięższego, I typu tej choroby jest taki, że dzieci zwykle do 2. roku życia umierały. Dzięki lekom mają szansę na prawidłowy rozwój – wyjaśnia.

Jak się leczy dorosłych?

Do programu lekowego zakwalifikowało się na Dolnym Śląsku również 30 pacjentów dorosłych. Nie wszyscy jednak przyjmują Nusinersen – z różnych przyczyn. – Ostatnia nasza pacjentka miała tak dużą deformację kręgosłupa, że nawet pod kontrolą radiologiczną z zastosowaniem angiografu rotacyjnego nie udało się znaleźć miejsca odpowiedniego do podania leku – mówi dr hab. n. med. Magdalena Koszewicz z Kliniki Neurologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu, koordynatorka programu lekowego SMA dla osób dorosłych na Dolnym Śląsku. – Została zakwalifikowana do zabiegu operacyjnego wykonania okna kostnego, przez które (mamy nadzieję) podanie leku będzie możliwe.

Jak dodaje, są też dwie inne pacjentki, które ze względu na trudności przy nakłuciu lędźwiowym, zdecydowały się na podawanie leku poprzez nakłucie podpotyliczne. – Dzięki naszym staraniom od stycznia bieżącego roku taka droga podania leku, wcześniej stosowana na świecie, została także zaakceptowana w Polsce i wpisana jako metoda alternatywna w wytycznych programu terapeutycznego. Ale to są pojedyncze przypadki, bo nakłucie podpotyliczne jest wykonywane tylko w wyjątkowych sytuacjach – tłumaczy neurolog.

Procedura związana z kwalifikacją do programu oraz zasady jego prowadzenia są podobne jak u dzieci. Jednak w wielu przypadkach znacznym utrudnieniem są wspomniane przez neurologa bardzo duże zmiany w zakresie kręgosłupa. Ale Klinika Neurologii ma prawdziwego asa w rękawie – wszystkie zabiegi u pacjentów odbywają się wówczas z użyciem angiografu rotacyjnego i wirtualnej nawigacji umożliwiającej pozycjonowanie igły na podstawie danych laserowych. – Pan doktor habilitowany Maciej Guziński z Zakładu Radiologii Ogólnej, Zabiegowej i Neuroradiologii Katedry Radiologii służy nam bezcenną pomocą nawet w skrajnie trudnych przypadkach – podkreśla dr hab. Magdalena Koszewicz. – W związku z czym czasem „porywamy” się na podawanie leku pacjentom, którzy przyszli do nas z innych ośrodków, gdzie z tego powodu nie zostali zakwalifikowani do programu. Dodajmy, że ponad połowa naszych dorosłych pacjentów wymaga takiej wysokospecjalistycznej pomocy radiologa w czasie podawania leku – zaznacza.

Jak mówi koordynator programu ze szpitala przy Borowskiej, w okresie rocznej obserwacji stan kliniczny większości naszych pacjentów poprawia się. Tylko jedna pacjentka wycofała się z programu ze względu na objawy uboczne. Nasz „rekordzista” po podaniu dawek wysycających poprawił się aż o 9 punktów w skali Hamersmith, zaczął chodzić sprawniej i tylko z niewielką pomocą.

Jak mówi, pacjenci dorośli mają mniejszą szansę na wyraźną poprawę – choćby ze względu na nasilony zanik mięśni i ogromne deformacje kręgosłupa. Szans na normalne chodzenie wielu z nich nie ma. – Ale jeżeli pacjent będzie miał większą wydolność fizyczną, jeżeli będzie się mógł lepiej rehabilitować (co jest elementem koniecznym terapii), nie będzie miał powikłań, m.in. oddechowych z powodu tego, że jest pacjentem leżącym, a to jest to już wielki sukces – zaznacza dr hab. Magdalena Koszewicz. U pacjentów dorosłych najważniejsze jest powstrzymanie postępu choroby.

Za małą dawką leku?

Co po kilkunastu miesiącach funkcjonowania programu wydaje się niezbędne do zweryfikowania? – Z naszych ponad rocznych obserwacji wynika, że dawka leku stosowana u osób dorosłych chyba powinna być wyższa, bo na razie jest dokładnie taka sama jak w przypadku dzieci. Być może trzeba też zwiększyć częstość podawania leku. Badania kliniczne w tym zakresie już zostały rozpoczęte – dzieli się spostrzeżeniami dr hab. Magdalena Koszewicz.

Problemem, jak dodaje, jest fakt, że Nusinersen podaje się dokałowo. W tej chwili neurologi czekają na leki podawane dożylnie i doustnie, np. Risdiplam. – Leki doustne ułatwią terapię, bo wykonywanie co 4 miesiące nakłucia lędźwiowego nie należy do przyjemności, na pewno nie jest obojętne dla organizmu i może się

wiązać z różnymi powikłaniami – mówi neurolog z Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego.

Niezwykła historia małego Stasia

Urodzony 20 sierpnia w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu Staś jako pierwsze dziecko w Polsce już w pierwszej dobie życia otrzymał Nusinersen. Dzięki temu ma szansę na (być może...) zupełnie normalny rozwój i życie. Dlaczego jednak zabieg przeprowadzono w Szpitalu Uniwersyteckim przy ulicy Borowskiej, a nie na Oddziale Neurologii Dziecięcej przy Fieldorfa?

Doktor hab. Magdalena Koszewicz mówi, że stało się tak z przyczyn technicznych. – Wiedzieliśmy, że Staś jest chory dzięki badaniom prenatalnym, które zostały wykonane, ponieważ poprzednie dziecko rodziców Stasia zmarło na SMA. Chłopiec musiał więc się urodzić w specjalistycznym ośrodku – tłumaczy. – I tak przyszedł na świat w Klinice Ginekologii i Położnictwa naszego szpitala, a nie w Szpitalu im. T. Marciniaka, gdzie nie ma oddziału położniczego. Ale tam z kolei mieści się ośrodek neurologiczny specjalizujący się w leczeniu dzieci z SMA.

Lek czekał w naszej szpitalnej aptece na Stasia. Neurolog dziecięcy, lek. Anna Dobrzycka-Ambrożewicz zbadala chłopca pod względem neurologicznym, neonatolodzy wykonali nakłucie lędźwiowe w płytkim znieczuleniu i można było podać lek natychmiast. – By tak się stało, niezbędne było bardzo szybkie dopełnienie wszystkich formalności. Przygotowania trwały kilka tygodni, ale wszystko zostało zrobione na czas – podsumowuje sprawę krótko dr hab. Magdalena Koszewicz. – Drugą dawkę leku chłopiec otrzymał także w naszym szpitalu, a trzecią – już w Oddziale Neurologii Dziecięcej Szpitala przy ul. Fieldorfa.

– Ale trzeba podkreślić, że lekarze ze szpitala w Rzeszowie podali lek takiemu pacjentowi, jak nasz Staś w drugiej dobie życia. Myślę więc, że nie należy umniejszać ich sukcesu. Dla mnie to jest o tyle istotne, że tam nie było takiego szumu medialnego, jak u nas, a przecież zrobili równie dużą rzecz – zastrzega lek. Anna Dobrzycka-Ambrożewicz, neurolog dziecięcy ze szpitala im. T. Marciniaka.

Program wręcz wzorcowy

Na podkreślenie zasługuje jeszcze jedno w tej sprawie – sprawne działania programu lekowego SMA, nie tylko zresztą jak na warunki polskie. – Jesteśmy drugim państwem w Europie pod względem liczby pacjentów chorych na rdzeniowy zanik mięśni włączonych do tego programu lekowego. Wydaje się, że naprawdę jest się w tym przypadku czym chwalić – nie ma wątpliwości dr Dorota Cichosz. W całej Polsce do programu zakwalifikowano ok. 600 osób, z czego ponad 60% to dzieci.

Koordynatorka programu ze Szpitala Uniwersyteckiego, dr hab. Magdalena Koszewicz zaznacza, że ten sukces to w dużej mierze zasługa pacjentów dorosłych. – To niezwykle aktywna grupa osób. Nie użalają się nad swoim losem. To są osoby w większości posiadające własne rodziny, partnerów, zdrowe dzieci. Wielu z nich pracuje, a na dodatek wszyscy bardzo się wspierają – wylicza neurolog z Borowskiej.

Jak mówi, to ci ludzie zrobili bardzo dużo, by program lekowy wszedł w życie. – Do tej pory praktycznie nie znaliśmy pacjentów z SMA. Dlaczego? Choroba była rozpoznawana najczęściej w dzieciństwie, chorzy dorośli rzadko chodzili do neurologa, bo nie było takiej potrzeby, nie było leków – opowiada dr hab. Magdalena Koszewicz. – Poznaliśmy ich dopiero teraz, gdy zgłosili się do programu. Mamy pacjentów z bardzo dużym stopniem inwalidztwa, nawet leżących, którzy np. prowadzą własne firmy. Są naprawdę niesamowici! ■



Kolejne ułatwienie w pracy z pacjentami: e-skierowania

Obowiązujące od początku 2020 roku e-recepty okazały się doskonałym rozwiązaniem wielu problemów, wywołanych przez epidemię COVID-19. Stanowiły jednocześnie kolejny krok, po teleporadach i elektronicznych zwolnieniach, na drodze do informatyzacji polskiej ochrony zdrowia. Ten marsz ku pełnej cyfryzacji usług medycznych staje się coraz szybszy. W styczniu 2021 roku wejdzie do codziennej praktyki e-skierowanie.

Wprowadzenie e-skierowań będzie ważne dla lekarzy POZ i poradni specjalistycznych, ponieważ uprości proces kierowania i rejestrowania pacjentów na wizyty czy badania, zmniejszy biurokratyczne obciążenia i pozwoli wystawiać skierowania podczas teleporady, bez potrzeby osobistej wizyty. Da im również lepszy dostęp do wiedzy na temat ścieżki leczenia i medycznych danych pacjentów, którymi się opiekują.

E-skierowania będą dotyczyć finansowanych przez NFZ ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, leczenia szpitalnego oraz części badań diagnostycznych, takich jak badania medycyny nuklearnej, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, badania endoskopowe przewodu pokarmowego oraz EKG płuca. Tomografia komputerowa i medycyna nuklearna musi podlegać e-skierowaniu także jeśli jest finansowana prywatnie. Katalog świadczeń, na które można wystawić e-skierowanie opisuje rozporządzenie MZ z 15 kwietnia 2019 roku.

Do wystawiania e-skierowań lekarze mogą używać systemów gabinetowych – ich producenci opracowali lub kończą przygotowywać odpowiednie oprogramowanie. Stan gotowości dostawców IT jest monitorowany przez Centrum e-Zdrowia (CeZ) i dostępny na portalu zdrowie.gov.pl: <http://bit.ly/gotowosc>.

Niezależnie od systemów gabinetowych, lekarz może również wystawiać e-skierowanie przy pomocy bezpłatnej aplikacji dostępnej pod adresem gabinet.gov.pl. Korzystanie z niej jest proste, zwłaszcza dla kogoś, kto opanował już sztukę wystawiania e-recept. Instrukcja jest dostępna na kanale YouTube – <https://www.youtube.com/CentrumZdrowia>.

E-skierowanie jest podpisywane elektronicznie – czyli certyfikatem ZUS, Profilem Zaufanym, podpisem osobistym zawartym w e-dowodzie lub podpisem kwalifikowanym. Cały proces – od momentu wystawienia e-skierowania do wizyty czy badania ujętego we wspomnianym rozporządzeniu – jest oparty o system informatyczny oraz udokumentowany na serwerach Centrum e-Zdrowia. Lekarze mogą wy-

stawić e-skierowania również zdalnie, czyli po zbadaniu pacjenta podczas e-wizyty lub teleporady.

E-skierowania już są wśród nas!

Od października 2019 r., kiedy podsumowano pilotaż e-skierowania, rozpoczęło się ich wdrażanie w całej Polsce. Obecnie wystawia je lub realizuje wiele tysięcy indywidualnych praktyk, poradni i szpitali. Dziennie wystawianych jest ponad 40 tys. e-skierowań.

NFZ premiuje finansowo przychodnie POZ i AOS, które obsługują e-skierowania.

Przychodnia POZ, która ma 5 tys. pacjentów i wystawi ponad 90 proc. skierowań w postaci elektronicznej, może otrzymać miesięcznie dodatkowe 3,5 do 4,4 tys. zł (jeśli posiada również certyfikat akredytacyjny). Natomiast AOS prowadzący 15 poradni specjalistycznych, który udzieli w miesiącu świadczeń na kwotę 835 tys. zł może otrzymać miesięcznie dodatkowo nawet do 30 tys. zł, jeśli minimum 20 proc. rejestrowanych skierowań jest w postaci elektronicznej, a e-skierowania wystawia podczas 30 proc. porad.

Od 8 stycznia 2021 r. wszystkie placówki będą zobowiązane do obsługi e-skierowań. Do tego czasu pacjent z elektronicznym skierowaniem może się zapisać na wizytę lub badania ujęte we wspomnianym rozporządzeniu także w placówce, która jeszcze nie obsługuje e-skierowania. Musi wtedy podać 4-cyfrowy kod dostępu oraz numer PESEL (w przypadku jego braku – serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość), podać podstawowe informacje dotyczące e-skierowania i złożyć oświadczenie, że na podstawie tego dokumentu zapisać się tylko w jednym miejscu. Zapisanie możliwe jest także przez telefon – wówczas należy podać wyżej wymienione informacje i złożyć ustne oświadczenie. Wydruk informacyjny nie musi być podpisany przez lekarza, natomiast podpisany wydruk nie wymaga już złożenia oświadczenia przez pacjenta.

Wszystkich pracowników poradni, przychodni i szpitali, Centrum e-Zdrowia zaprasza na bezpłatne szkolenia. Z powodu epidemii odbywają się online. Na stronach CeZ są informacje o terminach, można także zapisać się na wybrany kurs: www.cez.gov.pl/akademia-cez. Materiały edukacyjne dostępne są na: <http://bit.ly/e-skierowanieCeZ>.

Centrum e-Zdrowia zaprasza wszystkich lekarzy do kontaktu i zadawania pytań, przy pomocy infolinii – numer [19 457](tel:19457) – lub na adres: e-skierowanie@csioz.gov.pl. W następnym wydaniu opublikujemy odpowiedzi na najczęściej zadawane pytania.

Korzyści ze stosowania e-skierowań:

- znika obowiązek dostarczenia oryginału skierowania w terminie 14 dni
- znika konieczność gromadzenia i archiwizowania papierowych skierowań
- wystarczy rejestracja przez telefon, wówczas pacjent podaje 4-cyfrowy kod i numer PESEL
- można śledzić wystawione e-skierowania na Internetowym Koncie Pacjenta (IKP) w serwisie pacjent.gov.pl
- lekarz może kontrolować przebieg leczenia pacjenta, który udostępnił mu swoje dane – o ile system gabinetowy daje mu taką możliwość
- zmniejszą się kolejki i kłopoty spowodowane tym, że pacjenci zapisują się do kilku placówek na podstawie jednego skierowania

eSkierowanie

Skierowanie do poradni
Poradnia Kardiologiczna (1100)



01020304050607080910111213141516171819202127
ID zb.w. 2.16.840.1.113883.3.4424.7.4.2 432232

Kod dostępu **9987** Wystawiono 12.04.2020

Pacjent **Mieczysław Kowalski**
PESEL **62011699999**
ur. 16.01.1962, pl. M
Odkryta 41 lok. 12
01-134 Warszawa

Wystawca Poradnia Lekarza Rodzinnego ALFA
Rynek 5
23-345 Małe Ciche
tel: +48 68 580 90 06
Kod res. I-00000003657
V-01: VII-001: VIII-0010
REGON 43251260700026
Umowa z 07 NFZ 03-16-01-02990-01

Rozpoznanie
I25 – Choroba niedokrwienności serca

Inne informacje
Proszę o objęcie specjalistyczną opieką

Osoba wystawiająca
lek. Adam Zadrozny
Specjalista medycyny rodzinnej

(podpis osoby wystawiającej)

Niniejszy dokument (tzw. informacja o e-skierowaniu) opatrzony podpisem osoby wystawiającej e-skierowanie, jest równoważny ze skierowaniem w postaci papierowej. Wejdź na pacjent.gov.pl i poznaj szczegóły.

Przykład wydruku informacyjnego e-skierowania

Partnerem artykułu jest Centrum e-Zdrowia



Jak dzieci chorują na COVID-19?

Zazwyczaj w starciu z wirusem SARS-CoV-2 młode organizmy radzą sobie znacznie lepiej niż dojrzałe. Nie znaczy to jednak, że są zupełnie bezpieczne. Naukowcy uważnie przyglądają się niewyjaśnionym do końca (nieraz odległym) powiązaniom infekcji wywołanej koronawirusem z chorobą Kawasaki u dzieci do 5. roku życia i zespołem wieloukładowej odpowiedzi zapalnej u trochę starszych i nastolatków.

Zakażenie koronawirusem u dzieci przebiega zwykle o wiele łagodniej niż u osób dorosłych – chorują one skąpoobjawowo lub bezobjawowo. Nie oznacza to, że chorują rzadziej, ale inaczej. Prawdopodobnie zakażają się równie często jak dorośli, jednak objawy są u nich mniej wyrażone. Mówiąc o małych pacjentach, trzeba podkreślić, że powyższe stwierdzenia nie dotyczą stu procent z nich.

– Rzeczywiście, olbrzymia większość zakażeń koronawirusem u dzieci ma przebieg łagodny bądź bezobjawowy, co nie znaczy, że zawsze się tak dzieje – zwraca uwagę dr n. med. Agnieszka Matkowska-Kocjan z Kliniki Pediatrii i Chorób Infekcyjnych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu. – Mogą one chorować ciężko, są też notowane zgony dzieci z powodu COVID-19 lub powikłań po COVID-19. Na przykład w Stanach Zjednoczonych od początku epidemii z powodu tej choroby zmarło już ponad 100 dzieci. Brakuje na razie precyzyjnych informacji, jaka liczba małych pacjentów na świecie straciła życie przez koronawirusa. Wiadomo jednak, że tylko część z nich miała choroby współistniejące. – Zdarzają się też zgony u dzieci, które zupełnie nie miały żadnych innych chorób. To jest bardzo rzadkie, ale zdarza się – dodaje pediatra. »



Młodszy organizm, mniej receptorów

Profesor zw. dr hab. n. med. Andrzej Gładysz, specjalista chorób zakaźnych wyjaśnia, dlaczego dzieci są w mniejszym stopniu zagrożone rozwojem choroby wywołanej przez SARS-CoV-2. Istotne znaczenie ma ilość receptorów białka ACE2, czyli enzymu obecne- go na powierzchni komórek dolnych dróg oddechowych, bo to przez nie koronawirus wnika do płuc i dalej do całego organizmu.

– Układ oddechowy dzieci, posiadając mniej receptorów ACE2, utrudnia wirusowi wnikanie do wnętrza komórek, które go tworzą. Można przyjąć, że tym samym nie ma on możliwości namnożenia się w takiej ilości, która wyzwalaby pełnoobjawowy proces chorobowy – tłumaczy zakaźnik. Podkreśla jednak, że ten stan, który związany jest z rozwojem i z wiekiem, ulega zmianie. Dziecko rośnie, jego układ oddechowy się rozwija i przybywa receptorów dla patogenów, co w praktyce oznacza, że trzeba być czujnym i śledzić objawy kliniczne. Wynika to choćby z faktu, że naukowcy z 22 szpitali w Korei Południowej zaobserwowali, że część małych pacjentów po ponad trzech tygodniach od stwierdzenia zakażenia nie tylko nadal choruje, ale też może rozsiewać wirusa. – Z dydaktycznego punktu widzenia możemy wytłumaczyć związek ilości receptorów z czasem trwania choroby u dzieci na przykładzie dziesięciolatka. Czas trwania choroby można wiązać ze wzrostem ilości receptorów, z którymi łączy się ciągle istniejący w jego organizmie wirus – opisuje mechanizm prof. Gładysz. – Z tego też powodu może następować przewlekanie się czy przedłużanie się zakażenia, czego nie widzimy u dorosłych. Wspomniane doniesienia uświadamiają, że dzieci, chorując do trzech tygodni, mogą jednocześnie wydalac wirusa (zarówno zaraźliwego, jak i niezaraźliwego – można to określić tylko dzięki diagnostycznym badaniom molekularnym), co jest istotne z punktu widzenia epidemiologicznego, szczególnie w odniesieniu do rodzin, w skład których wchodzi starsze osoby. Z jednej strony w kręgu zagrożonych są dzieci, gdyż nie wiemy, czy bytujący w nich nadal wirus, nie jest odpowiedzialny za przedłużanie się zakażenia, a z drugiej strony mogą one stanowić ciągłe zagrożenie dla otoczenia.

Odporność dziecka, zjadliwość wirusa, czas

Wpływ na to, czy mały człowiek zachoruje na COVID-19 i jak przejdzie chorobę, mają też inne czynniki. Nawet u najmłodszych kluczowa jest ich odporność. Koronawirus szerzy się drogą kropelkowo-powietrzną, więc w gromadce maluchów ma idealne warunki nie tylko, żeby je zainfekować, ale u najbardziej wrażliwych wywołać chorobę. Złazszcza, jeśli przebywają w pomieszczeniu, gdzie są w odległości pół metra od siebie, rozmawiają, krzyczą, przy tym wydają ogromne ilości śliny, a wraz z nią cząstki wirusa (czego nie widać). Jeśli w takiej sytuacji znajdzie się młodsze lub starsze dziecko, które ma słabszą odporność, może paść ofiarą zakażenia. – Inwazyjność tego wirusa zależy od tego, na jak sprawny układ odpornościowy trafi – mówi prof. Gładysz i zwraca uwagę na kolejny czynnik: zmienność zjadliwości wirusa. Może się zdarzyć, że dziecko znajdzie się w otoczeniu, gdzie pojawi się albo bardziej zjadliwy szczep, albo znaczne zagęszczenie wirusa, co zwiększa ryzyko zakażenia. Szczególnie niekorzystny jest trzeci wariant, kiedy przebywa ono zbyt długo w środowisku, gdzie mogła nagromadzić się duża ilość SARS-CoV-2.

Ryzyko powikłań nawet przy braku objawów

Doktor Matkowska-Kocjan wspomina o powikłaniu, które jest związane z pandemią SARS-CoV-2. Chodzi o tzw. zespół wieloukładowej odpowiedzi zapalnej, czyli PIMS (Paediatric Multi-system Inflammatory Syndrome). Jest to zespół kliniczny, który może prowadzić do ciężkich powikłań, dotyczących różnych układów i narządów, przede wszystkim kardiologicznych, a nawet skutkować śmiercią. – Bardzo rzadko zdarza się on u dzieci, które przeżyły COVID-19. Zazwyczaj pojawia się nie bezpośrednio w czasie jego trwania, tylko kilka tygodni później. Opisano już kilkaset przypadków tego typu powikłań na świecie – mówi

specjalistka z Kliniki Pediatrii i Chorób Infekcyjnych Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu. Co ciekawe, nie ma znaczenia, czy dziecko przeżyło COVID-19 objawowo czy bezobjawowo. – Wiele z tych opisanych przypadków to takie, w których dziecko trafiło do lekarza z objawami zespołu PIMS i dopiero po sprawdzeniu przeciwciał retrospektywnie stawiano diagnozę stanu po przebyciu COVID-19. Wydaje się, że nie ma relacji pomiędzy ciężkością samego COVID-19 a pojawieniem się zespołu wieloukładowej odpowiedzi zapalnej.

Profesor Gładysz dodaje, że zespół ten objawia się dolegliwościami ze strony przewodu pokarmowego, m.in. biegunką, a także objawami ze strony nerek i centralnego układu nerwowego. Zwraca również uwagę na ciekawe i wymagające analiz naukowych doniesienia ze świata łączące pandemię wywołaną wirusem SARS-CoV-2 z chorobą Kawasaki. Odnotowane przypadki dotyczyły przeważnie dzieci poniżej 5. roku życia, u części z nich potwierdzono również zakażenie koronawirusem. Dodaje, że nadal obserwacji wymagać będzie związek COVID z występowaniem choroby Kawasaki, szczególnie, że jej patomechanizm nie jest do końca poznany, a wiadomo, że pozostaje w związku z układem odpornościowym. – Do takiej refleksji upoważnia fakt opisu nagłych wysiewów zespołu Kawasaki i to w różnych zakątkach świata, co nie pozwala zbagatelizować ani wykluczyć konieczności dalszej obserwacji tego związku – wyjaśnia ekspert w dziedzinie chorób zakaźnych.

Odpowiedzialność i czujność

Lekarze podkreślają, że mimo odmienności przebiegu zakażenia, ogromnie ważne jest odpowiedzialne podejście do kwestii skutków infekcji koronawirusem u dzieci. W związku z tym apelują o przestrzeganie wszystkich zaleceń zapobiegawczych, w tym dystansu społecznego, higieny i noszenia maseczek. Zwłaszcza w sytuacji, kiedy zniesiony został obowiązek pozostawania w domu. – Tym bardziej, że obserwujemy obecnie, w tzw. drugiej fali pandemii, znaczący wzrost cięższych zachorowań u osób młodszych, w średnim wieku, czyli między 39-45 lat i 40-49 lat. Zwykle ci ludzie są bardzo aktywni zawodowo, towarzysko, a więc i oni, i ich rodziny, w tym dzieci, są narażeni na większe ryzyko tak zwane- go „miksowego” zarażenia patogenami pochodzącymi z różnych ognisk (przedszkola, szkoły, zakłady pracy, wesela, czy kościelne nabożeństwa itp.), które – co należy uświadomić – ulegają przepasażowaniu przez tych, którzy przechorowali COVID-19, nawet bezobjawowo – zauważa prof. Andrzej Gładysz. Przypomina również (lekarzom i rodzicom) o konieczności szczególnego zwracania uwagi na pierwsze objawy tzw. niezytu, w tym szczególnie na trudności w oddychaniu, również u dzieci.


Szczepienia obowiązkowo

Specjaliści są zgodni, że pod szczególną ochroną przed SARS-CoV-2 powinny być dzieci przewlekle chore i z obniżoną odpornością. Nie mają też wątpliwości, że wszyscy ci pacjenci (poza tymi, którzy mają do tego przeciwwskazania) powinni być zaszczepieni przeciwko grypie, bo teraz jest to najlepsza forma kompleksowej profilaktyki.

– Szczepienia są zawsze zalecane – niezależnie od tego, czy jest pandemia COVID-19, czy nie. Teraz, kiedy każda infekcja grypopodobna budzi podejrzenie, że to COVID, szczepienia są szczególnie ważne – przekonuje dr Agnieszka Matkowska-Kocjan. – Chodzi o to, żeby zmniejszyć w ogóle liczbę wszelkich infekcji.

Profesor Gładysz przypomina, że wirus grypy nierzadko wywołuje ciężkie śródmiąższowe (krwotoczne) zapalenie płuc. Jeśli do tego dojdzie, doprowadza do krytycznego zmniejszenia powierzchni wymiany gazów i może spowodować ciężką niewydolność oddechową. – Szczepienie przeciwko grypie jest o tyle istotne, że stadne zwiększenie odporności populacyjnej przeciwko grypie zmniejszy ryzyko cięższych powikłań dotyczących dróg oddechowych i innych układów, szczególnie serca – podkreśla znany zakaźnik. – Warto też przypomnieć o celowości szczepienia przeciwko pneumokokom osób starszych (po 65 r.ż) i przeciwko meningokokom u dzieci (szczególnie tych najmłodszych od 2. miesiąca do 2. r.ż.), ponieważ zmniejszy to ryzyko pokoleniowej wymiany zakażeń. ■

Cięcie cesarskie, czyli nie wszystko noworodkowi jedno



Cesarskie cięcie, pierwotnie wykonywane w celu ratowania życia matki i dziecka, dziś stało się odpowiedzią na lęk przed bólem, a poprzez swoją planowość – pozornym gwarantem przewidywalności i bezpieczeństwa. Nie dziwi więc, że obecnie jest to najczęściej wykonywana operacja na świecie. Polska znajduje się w niechlubnej czołówce państw europejskich kończących poród metodą operacyjną. W 1994 roku odsetek cięć cesarskich wynosił 13,8%, a na początku wieku wzrósł do 23,1%. Dwie dekady później liczba ta niemalże się podwoiła – w 2018 roku cięcia cesarskie stanowiły 44,7% wszystkich porodów w Polsce. Mimo że we wskazaniach rekomendowanych przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne nie widnieje określenie CC „na życzenie”, nie sposób zaprzeczyć, że znaczny odsetek cięć wykonywany jest na prośbę matki. Najbardziej kontrowersyjnymi wskazaniami pozapołożniczymi są wskazania psychiatryczne, głównie lęk przed porodem. Tokofobia, jako wcześniej nieobserwowane zjawisko, staje się istotnym problemem wśród ciężarnych kobiet, głównie pierworódek. Zważywszy na zalecenia WHO odnośnie do cięć cesarskich (10-15%), sytuacja na polskich oddziałach położniczych wydaje się głęboko niepokojąca. O wpływie cięć cesarskich na noworodki opowiada dr hab. n. med. Barbara Królak-Olejnik, prof. nadzw., specjalista neonatolog.

Aleksandra Szoltys: Co może być przyczyną ogólnie panującego wśród kobiet przekonania, że poród operacyjny jest bezpieczniejszy dla dziecka od porodu naturalnego i jakie kroki można przedsięwziąć, by oswoić i zminimalizować strach pacjentek przed rodzeniem siłami natury?

Dr hab. Barbara Królak Olejnik, prof. nadzw.: Przeróżające jest to, że narracja mediów oraz osobiste doświadczenia pacjentek są bardziej przekonujące kobiety niż wiedza medyczna. Edukacja dotycząca zabiegów operacyjnych wśród społeczeństwa znajduje się na bardzo niskim poziomie. Warto więc zadać pytanie, czy zabieg operacyjny jest w ogóle bezpieczny. Jest bezpieczny, jeśli jest konieczny dla ratowania życia i zdrowia. Nieraz słyhać opinie pacjentek: „przecież to tylko cesarskie cięcie”, „to tylko cesarka”. Należy podkreślić, że pacjentka po cięciu cesarskim jest traktowana jak po zabiegu operacyjnym – wymaga intensywnego nadzoru, pobytu na sali pooperacyjnej, monitorowania stanu zdrowia, często przez całą dobę po zabiegu dostaje kroplówki, wymaga podaży leków przeciwbólowych.

Świadomość tego, że porody mogą być znieczulone i nie muszą boleć jest w społeczeństwie stosunkowo mała. Przekaz, który dostają przyszłe mamy z mediów, relacje i opisy doświadczeń celebrytek, a także brak edukacji kobiet i całego społeczeństwa w aspekcie przygotowania do

macierzyństwa, wpływają negatywnie na społeczne postrzeganie porodu. Kluczowa powinna być edukacja w trakcie ciąży i m.in. rozmowy położnej z przyszłą mamą – być może ciężarna nie tak bardzo bałaby się wtedy bólu, któremu można zapobiec poprzez zastosowanie w odpowiednim momencie znieczulenia. Poród jest naturalną formą rodzenia i właśnie to należy akcentować, by zwiększyć społeczną świadomość o cięciach cesarskich.

A.Sz.: Badania dowodzą, że noworodki urodzone siłami natury statystycznie otrzymują lepsze wyniki w skali Apgar w porównaniu z noworodkami z porodu operacyjnego. Także matczyne powikłania po cięciu cesarskim jak na przykład bolesność rany pooperacyjnej mogą znacząco utrudniać opiekę nad noworodkiem. Jakie są podstawowe, widoczne już w pierwszych minutach życia, różnice między dziećmi urodzonymi naturalnie a operacyjnie?

B.K.-O.: Najważniejsza kwestia dotyczy możliwości pobytu noworodka razem z mamą bezpośrednio po narodzinach, co jest możliwe w przypadku porodu i co jest bardzo trudne po cięciu cesarskim, ponieważ niewiele oddziałów umożliwia kontakt dziecka z mamą na sali operacyjnej. W wielu szpitalach cięcie cesarskie jest przyczyną rozdzielenia matki od dziecka – mama znajduje się na sali pooperacyjnej, a dziecko na oddziale neonatologicznym, wielokrotnie kilka godzin, a czasem nawet kilka dni. Podstawowym następstwem jest więc kolonizacja dziecka bakteriami innymi niż fizjologiczne. Dziecko po porodzie fizjologicznym kolonizuje się bakteriami dróg rodnych i przewodu pokarmowego mamy oraz bakteriami znajdującymi się na jej skórze i w mleku. Noworodek po cięciu cesarskim trafia do jałowego środowiska, następnie kolonizuje się szpitalną florą bakteryjną i często dokarmiane jest mieszanką, a nie mlekiem własnej mamy, bo kontakt „skóra do skóry” i karmienie piersią nie są możliwe bezpośrednio po cięciu cesarskim.

Niestety, bywa tak, że cięcie cesarskie odbywa się, z różnych przyczyn medycznych, przed terminem porodu. Prawidłowo przed porodem płód przygotowuje się do życia pozamacicznego, hamując produkcję płynu w płucach. Następnie pozostający jeszcze w płucach płyn jest mechanicznie wyciskany w czasie porodu siłami natury. Poród drogą cięcia cesarskiego, zwłaszcza u kobiety bez objawów porodu, nie ułatwia adaptacji układu oddechowego do zewnątrzmacicznego środowiska. U noworodka po cięciu płyn owodniowy jest wydalany wolniej ze względu na szybkie w stosunku do porodu wydobywanie z jamy macicy. Tzw. „mokre płuca” po cięciu cesarskim często są przyczyną TTN-u, czyli przejściowego, przyspieszonego »



oddechu noworodka, który wymaga różnicowania z zapaleniem płuc, ponieważ obraz kliniczny jest bardzo podobny. Takie maluchy trafiają na intensywną terapię, często wymagają pobytu w inkubatorze i leczenia tlenem, ale zdarza się, że niezbędne jest wspomaganie oddechowe za pomocą sprzętu medycznego przez kilka dni. Zaburzenia oddychania często przekładają się na zaburzenia krążenia, a zatem konieczność stosowania amin katecholowych i innych leków wspomagających pracę serca.

Urodzenie blisko terminu porodu, czyli przed 37. ukończonym tygodniem ciąży, wiąże się z niedojrzałością układu nerwowego i pokarmowego, co przekłada się na obniżone napięcie mięśniowe, słabo wykształcony odruch ssania – w konsekwencji noworodek wymaga żywienia pozajelitowego i karmienia sondą. Przynajmniej 20-30% noworodków z cięcia cesarskiego trafia do inkubatora na obserwację. Po porodzie siłami natury powyższe zaburzenia zdarzają się bardzo rzadko, dotyczy to mniej niż 1% noworodków.

A.Sz.: Sposób zakończenia ciąży ma wpływ nie tylko na bezpośredni czas po porodzie, ale odpowiada również za kształtowanie się zdrowia ogólnego na przestrzeni całego dalszego życia dziecka. Z jakimi potencjalnymi schorzeniami może borykać się osoba, która przyszła na świat metodą niezjologiczną?

B.K.-O.: Fizjologiczna flora bakteryjna noworodka to nie tylko to, z czym noworodek się urodził, bo już od wielu lat mówimy, że zarówno płyn owodniowy, jak i mleko produkowane przez gruczoły piersiowe mamy nie są jałowe – zawierają bakterie lub materiał genetyczny bakterii, czyli charakterystyczny bikrobiom. Noworodek rodzi się więc z pewną ilością bakterii matczynej pochodzących z płynu owodniowego, ale jest ich niewiele, a jego układ odpornościowy jest bardzo niedojrzały i stopniowo musi przygotować się do środowiska pełnego innych, również chorobotwórczych patogenów. Pierwsze bakterie, którymi się zasiedla, powinny być bakteriami własnej mamy i bakteriami prozdrowotnymi. Ich zadaniem jest przygotowanie układu immunologicznego do właściwej odpowiedzi na florę patogenną. Cięcie cesarskie powoduje zaburzenie kształcenia układu immunologicznego, gdyż noworodek nie kolonizuje się bakteriami własnej mamy, czyli bakteriami z grupy *Lactobacillus* czy *Bifidobacterium* z dróg rodnych, a następnie z mleka, bakteriami skórnymi, a także bakteriami z przewodu pokarmowego np. *E. coli*. Po cięciu cesarskim brak więc odpowiedniej aktywacji układu immunologicznego, a flora bakteryjna dzieci nawet do 6. miesiąca życia jest inna niż u dzieci urodzonych siłami natury i karmionych wyłącznie pokarmem naturalnym.

Jakie to ma konsekwencje na przyszłość? Okazuje się, że tak niewłaściwie edukowany układ immunologiczny powoduje zaburzenia atopowe i alergiczne. Możemy więc mieć w przyszłości więcej dzieci i dorosłych chorujących na różne schorzenia alergologiczne. Zaburzenia układu immunologicznego przekładają się również na zwiększone występowanie cukrzycy, nadciśnienia i schorzeń układu krążenia. A jeżeli nadciśnienie i cukrzyca, to także otyłość i nadwaga. O tym prawie nie mówimy, ponieważ są to powikłania, których mama nie odczuwa tuż po urodzeniu. Myślę, że my też tak daleko w przyszłość jeszcze nie sięgamy i może właśnie dlatego nie wspominaliśmy o tym w trakcie informowania o stanie dziecka, czy wcześniej podczas przygotowania do porodu. Choroby cywilizacyjne dotyczą głównie osób dorosłych, więc nie myślimy o nich w okresie noworodkowym.

A.Sz.: Podobnie jak ginekologia czy położnictwo, także neonatologia mierzy się dziś z wieloma niewiadomymi w kontekście SARS-CoV-2. Jak w obecnej sytuacji epidemiologicznej wyglądają standardy opieki neonatologicznej?

B.K.-O.: Standardy postępowania z noworodkiem matki dodatniej, potencjalnie dodatniej czy z nieznanym statusem w kierunku wirusa SARS-CoV-2 zostały sprecyzowane przez Polskie Towarzystwo Neonatologiczne na podstawie aktualnych danych zarówno literaturowych, jak i rekomendacji z innych krajów, ale są to zalecenia zmieniające się w czasie. Pierwsze zalecenia oparte były wyłącznie na rekomendacjach chińskich i uwzględniały jedynie cięcie cesarskie i oddzielenie matki od dziecka przynajmniej na dwa tygodnie. Zalecenia ginekologów są takie, żeby mimo wszystko wykonać cięcie cesarskie, ponieważ stanowi ono najmniejsze zagrożenie dla personelu, jak również dla noworodka.

Wiemy, że dzieci są chronione przez łożysko, ponieważ nie ma opisów światowych zakażeń wewnątrzmacicznych. Są natomiast pojedyncze sytuacje, w których doszło do zakażenia po narodzeniu. Jest to zakażenie nabyte, a dzieci mogą mieć objawy podobne do objawów dorosłych z niewydolnością oddechową. W okresie pobytu na oddziale noworodkowym zalecenia neonatologiczne mówią, że mama powinna być poinformowana o możliwości karmienia piersią, gdyż w mleku prawdopodobnie znajdują się przeciwciała chroniące noworodka i najprawdopodobniej nie zawiera ono wirusa. Niemniej jednak mama może zakażać swoje dziecko drogą oddechową, może też stanowić źródło zakażenia całego personelu i pozostałych pacjentów, dlatego Towarzystwo oddaje decyzje personelowi, w zależności od możliwości oddziału. To jest bardzo trudna sytuacja, ponieważ oczekując na wynik, niejednokrotnie cięcia cesarskie wykonywane jest w pełnym „uzbrojeniu”. Podobnie jest z noworodkami – do czasu uzyskania wyniku matki są one izolowane. Podsumowując, jeżeli sytuacja i warunki na to pozwalają, wola matki co do postępowania z noworodkiem jest brana pod uwagę.

A.Sz.: Jeśli liczba wykonywanych cięć cesarskich będzie drastycznie rosła, za kilkadziesiąt lat poród drogami natury będzie medycznym fenomenem. Jaka w związku z tym przyszłość może czekać neonatologię?

B.K.-O.: Już kilka lat temu, kiedy tak bardzo narastał wskaźnik cięć cesarskich, jeden z profesorów ginekologów powiedział, że za 20-30 lat poród siłami natury stanie się takim ewenementem, że wszyscy będą zdziwieni, że w ogóle może się odbyć. Na szczęście liczba cięć już tak gwałtownie nie narasta, a nawet zauważalna jest tendencja do jej stabilizacji. Obawiam się jednak, że cięcia cesarskie, które zostały wykonane dotychczas, spowodują wzrost chorób cywilizacyjnych w przyszłości, a tak naprawdę już obecnie, bo przecież przynajmniej 30% młodych dorosłych przyszło na świat drogą cięcia cesarskiego. Natomiast spodziewany postęp medycyny, mam nadzieję, że nie tylko przyspieszy rozpoznanie chorób, ale przede wszystkim pozwoli im zapobiegać. Stan zdrowia kobiet w ciąży warunkuje przyszłość zdrowotną całego społeczeństwa, można więc powiedzieć, że wszystko zaczyna się jeszcze przed narodzinami.

Konsekwencje na całe życie

Podczas podejmowania decyzji o zakończeniu ciąży cięciem cesarskim, poza oczywistymi wskazaniami zagrażającymi życiu matki i dziecka, należy z pełną rozważą wzięć pod uwagę wysokie ryzyko wystąpienia opisanych powikłań. W przypadku braku wskazań medycznych nie powinno być ani chwili zawahania, jaki sposób zakończenia ciąży wybrać, ponieważ cięcie cesarskie jest operacją, a poród naturalnym procesem fizjologicznym. Poród operacyjny jest wysoce inwazyjny, nie tylko dla matki, ale przede wszystkim dla dziecka, co należy podkreślać możliwie często, zarówno rodzinom starającym się o dziecko, ginekologom, położnikom, jak i wszystkim lekarzom specjalistom odpowiedzialnym za wydawanie wskazań do przeprowadzenia operacji cięcia cesarskiego.

Niezbędna jest głęboka wrażliwość rodziców oraz pracowników służby zdrowia w temacie cięcia cesarskiego, w szczególności, gdy nie istnieją żadne wskazania do rezygnacji z porodu fizjologicznego. Pamiętać należy o tych najmniejszych, pozbawionych możliwości wyboru, dla których nienaturalne przyjscie na świat skutkować może konsekwencjami zdrowotnymi na całe życie. ■

O EKSPERCIE



Fot. Tomasz Golla

► **DR HAB. N. MED. BARBARA KRÓLAK-OLEJNIK, PROF. NADZW. UM WE WROCŁAWIU**

Od 2012 roku kierownik Katedry i Kliniki Neonatologii. Specjalistka z zakresu pediatrii, neonatologii i zdrowia publicznego. Inicjatorka i założycielka pierwszego na Dolnym Śląsku Banku Mleka Kobiecego.

Tekst Dariusz Delikat



Źródła grafik: www.pixabay.com/photos/medical-5459632/Megan_Raxazin, www.pixabay.com/photos/mother-5505722/karamisc

Lekarz, dziecko, opiekun. O czym warto pamiętać?

” —————
Znaczenie kompetencji ekspresyjnych trudno przecenić, gdy porada lekarska dotyczy dziecka. Sytuacja jest szczególna, ponieważ lekarz musi zadbać w tym samym czasie i o dziecko, i o jego opiekuna.
————— “

LEK. DARIUSZ DELIKAT



Fot. z archiwum autora

Lekarz laryngolog i psycholog. Absolwent AM we Wrocławiu oraz Uniwersytetu SWPS. Posiada wieloletni staż pracy w szpitalu i przychodni oraz w branży farmaceutycznej, gdzie m.in. zarządzał działem HR i działem szkoleń. Autor wielu programów szkoleniowych z zakresu szeroko pojętych umiejętności psychologicznych. Od 5 lat prowadzi cieszące się zainteresowaniem szkolenia w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej (*Wywieranie wpływu na zachowania i postawy pacjentów, Lekarz asertywny..., Analiza transakcyjna na co dzień..., Wypalenie zawodowe, Psychologia pacjenta...*).

Żyjemy w dobie pandemii. Wynikający z zagrożenia i niepewności stres oraz uciążliwości dnia codziennego – maseczki, dystans społeczny, utrudniony dostęp do opieki zdrowotnej, kolejki, ograniczenia finansowe – wpływają także na relacje pomiędzy pacjentami i lekarzami. Obie strony mają mniej cierpliwości, łatwiej ulegają emocjom, częściej dochodzi do nieporozumień czy wzajemnych pretensji. A przecież nawet w normalnych (nieepidemicznych) warunkach rozmowy z pacjentami często nie są łatwe. Ponieważ wpływ na nie ma nie tylko choroba i tzw. „proza życia”, ale także różnice pomiędzy stronami: osobowościowe, kulturowe i pokoleniowe. W niniejszym artykule znajdziecie informacje, jak radzić sobie z tymi ostatnimi, a więc jak umiejętnie i efektywnie rozmawiać z dziećmi i młodzieżą. »



Badania psychologów społecznych dowodzą, że źródłem lęku związanego z wizytą u lekarza jest nie tylko choroba, jej konsekwencje czy leczenie, ale także sam kontakt z lekarzem. Dlatego też tak ważne są jego umiejętności ukierunkowane na stan emocjonalny pacjenta (eliminacja negatywnych emocji, budowanie poczucia bezpieczeństwa), określane przez Talcotta Parsonsa (nazywanego ojcem socjologii medycyny) umiejętnościami ekspresywnymi.

Znaczenie kompetencji ekspresywnych trudno przecenić, gdy porada lekarska dotyczy dziecka. Sytuacja jest szczególna, ponieważ lekarz musi zadbać w tym samym czasie i o dziecko, i o jego opiekuna. Zdarza się, i to nierzadko, że małe dziecko jest podczas wizyty w złym nastroju, boi się, jest zmęczony lub niesubordynowany. Do tego potrzebuje fachowej pomocy lekarskiej. Świadomość tej potrzeby ma zatroskany – i często zniecierpliwiony – opiekun, który oczekuje od medyka natychmiastowego działania.

Lekarz musi każdorazowo dostosowywać swoje zachowanie do stopnia rozwoju psychospołecznego dziecka, a ten uzależniony jest od wieku małego pacjenta. To bez wątpienia dodatkowa trudność. Warto więc zapoznać się z poszczególnymi stadiami rozwoju dziecka, by jeszcze lepiej rozumieć swojego małego pacjenta i sprostać oczekiwaniom jego opiekuna.

Stadia rozwoju psychospołecznego dziecka

Psychologowie rozwojowi dzielą dzieciństwo na 3 etapy:

- dzieciństwo wczesne (0-3 r.ż.),
- średnie (4-5 r.ż. – wiek przedszkolny),
- późne (6-12 r.ż.).

Po nich następuje okres dorastania (13-17 r.ż. – adolescencja) oraz wiek młodzieńczy (17-22 r.ż.) będący etapem pośrednim pomiędzy dorastaniem a dorosłością.

DZIECIŃSTWO WCZESNE

Wyróżniamy w nim 2 etapy:

- niemowlęstwo (0-1 r.ż.)

Dziecko jest ufne i nie obawia się nieznanego. Najważniejszą osobą w jego życiu jest na tym etapie matka lub opiekun. Podstawowymi formami wypowiedzi są krzyk, płacz, gaworzenie (jest to tzw. okres melodii). Pod koniec 1. roku życia dziecko powtarza pierwsze jedno- lub dwusylabowe słowa ze zrozumieniem. Zwykle potrafi wypowiedzieć do 5 słów.

Konsekwencje dla lekarza: główne źródło informacji stanowi matka (opiekun), doświadczony pediatra jest w stanie wiele wyczytać także z zachowania i płaczu dziecka.

- okres poniemowlęcy (2-3 r.ż.)

Między 12. a 16. miesiącem życia pojawiają się u małego pacjenta pierwsze oznaki lęku przed nieznanymi. Dziecko zaczyna protestować, gdy rodzic się od niego oddala. W 2. roku życia próbuje naśladować działania dorosłych. Stopniowo wzrasta samokontrola i poczucie własnej odrębności związane z procesem kształtowania się własnego „ja”. Dziecko potrafi wyrażać wprost swoje potrzeby i inicjować kontakty społeczne. Między 2. a 3. rokiem życia zaczyna odczuwać złożone emocje, np. wstyd, poczucie winy, zazdrość, dumę. Z punktu widzenia komunikacji to tzw. okres wyrazu. W 2. roku życia dziecko posługuje się jednomyślnymi zdaniami (holofrazy) niezakotwiczonymi w regułach gramatycznych. W 3. roku życia zasób słów sięga zwykle 800-1500 wyrazów i obejmuje różne części mowy. Pomiedzy 3. a 4. rokiem życia ujawnia się negatywizm, czyli jawne przeciwstawianie się prósbom dorosłych.

Konsekwencje dla lekarza: głównym źródłem informacji wciąż pozostaje rodzic (opiekun). Powinien znajdować się on w pobliżu, gdy lekarz bada dziecko. Zadaniem medyka jest eliminacja poczucia lęku i zagrożenia, które towarzyszą małowielkiemu i/lub rodzicowi.

DZIECIŃSTWO ŚREDNIE (4-5 r.ż.)

Dziecko cechuje duża aktywność i inicjatywa. Znamienne dla tego okresu są próby wchodzenia w rolę dorosłego. Bardzo ważna jest dla

dziecka rodzina. Przywiązanie do niej objawia się na przykład lękiem przed rozstaniem i ujawnia się przede wszystkim w sytuacjach stresowych. Dzieci rozpoznają i rozumieją własne emocje, potrafią je lepiej regulować. Rozwija się u nich także empatia. Wzrasta zdolność do samokontroli, dzięki czemu są w stanie dopasować swoje działania, zwłaszcza te wymagające systematyczności, do poleceń rodziców i wychowawców, bez konieczności sprawowania zewnętrznej kontroli. W tym stadium dochodzi do identyfikacji tożsamości płciowej. W wypowiedziach dominują pytania. Dziecko jest ciekawe świata i zadaje ich wiele, uczy się prowadzić konwersację. Zdania, którymi się posługuje, są dłuższe i bardziej różnicowane gramatycznie.

Konsekwencje dla lekarza: źródłem informacji staje się poza opiekunem także dziecko. Aby skłonić je do otwartości, musisz pamiętać o obniżeniu napięcia jego emocji. Zadaniem lekarza jest wyjaśnienie w sposób jasny i zrozumiały dla dziecka, dlaczego znalazło się w takiej sytuacji i co je czeka. Jako że boimy się nieznanego, objaśnienie sytuacji zredukuje znacząco stres i przyczyni się do zbudowania zaufania. Istotne jest dopasowanie języka komunikacji do wieku dziecka. Nie należy z tym jednak przesadzać. Dzieci potrafią wyczuć, czy ich rozmówca jest naturalny. Brak autentyczności lekarza może zaowocować wyłącznie brakiem zaufania u dziecka. Trzeba być cierpliwym. Jeśli nie zostałeś zrozumiany, powtarzaj pytania, zmieniaj je, wykorzystuj rekwizyty. Posłuch się na przykład zabawką. Niech ulubiona lalka/pluszowy miś dziecka będzie przez chwilę pacjentem. Poproś małego pacjenta, by wskazał na nich miejsce bólu.

DZIECIŃSTWO PÓŹNE (6-12 r.ż.)

To okres, w którym wzrasta pewność siebie. Dziecko zaczyna porównywać się z rówieśnikami. Ci stają się dla niego równie ważni jak rodzice czy nauczyciele. Małe dziecko sprawnie się komunikuje, zapamiętuje fakty, rozumie ich znaczenie, dostrzega coraz więcej związków przyczynowo-skutkowych, bo rozwija się u niego myślenie logiczne. Wykształca się też umiejętność przyjmowania cudzego punktu widzenia (decentracja). Wzrasta stopień kontroli emocjonalnej. Dziecko trafnie rozpoznaje zarówno swoje emocje, jak i emocje innych osób. Co więcej, potrafi nad nimi panować.

Konsekwencje dla lekarza: dziecko staje się istotnym źródłem informacji. Ważne jest, by okazywać mu szacunek i uznanie. Niewielki błąd, odebrany jako lekceważenie ze strony dorosłego, może doprowadzić do natychmiastowego wycofania się pacjenta.

WCZESNA ADOLESCENCJA (13-17 r.ż.)

Na tym etapie rozwoju dziecka relację z rodzicami charakteryzuje wzrastająca liczba konfliktów, która jest wynikiem umacniającego się dążenia do autonomii i istniejącej wciąż silnej z nimi więzi. Dla tego stadium charakterystyczny jest tzw. kryzys w rozwoju tożsamości związany z poszukiwaniem odpowiedzi na pytania: „kim jestem i jaki jestem”. Kryzys jest tym głębszy, im bardziej brakuje wzorców identyfikacyjnych. Wynika on np. z braku stabilności w rodzinie czy w grupach rówieśniczych. Efektem tego stanu rzeczy są często zaburzone relacje z ludźmi.

W ustaleniu własnej tożsamości płciowej odgrywa ważną rolę. To czas dojrzewania psychoseksualnego i jego

konsekwencje: niepewność, drażliwość, skupienie na sobie. U nastolatków rozwija się pamięć logiczna i wyobraźnia. Potrafią oni operować symbolami, dzięki czemu mogą formułować dociekliwe pytania oraz stawiać hipotezy. Są sceptyczni. Potrafią też posługiwać się ironią i metaforą. W tym stadium wzrasta zdecydowanie zasób słownictwa i sprawność językowa. Nastolatki wie opisują bez trudu własne myśli i uczucia, precyzyjnie stawiają pytania, wyrażają swoje oczekiwania.

Konsekwencje dla lekarza: głównym źródłem informacji staje się nastolatek. Trzeba nauczyć się z nim rozmawiać. Ważne jest okazywanie zrozumienia, akceptacji, życzliwości, ale jednocześnie wyznaczanie granic, określanie wymagań oraz konsekwencja.

WIEK MŁODZIEŃCZY (17-22 r.ż.)

Wiek młodzieńczy określany jest mianem psychospołecznego dorastania. Małoletni wkracza bowiem w dorosłość. W tym okresie dochodzi do stabilizacji własnej tożsamości, relacje z innymi ludźmi stają się bardziej dojrzałe, wzrasta troska o najbliższych, pogłębia się wrażliwość na problemy moralne, krystalizują i rozwijają się różnego rodzaju zainteresowania i plany na przyszłość.

Konsekwencje dla lekarza: małoletni jest głównym źródłem informacji. Należy z nim rozmawiać, jak z osobą dorosłą.

A teraz kilka rad praktycznych:

Jak postępować, gdy dziecko jest pobudzone emocjonalnie?

- Po pierwsze – zachowaj spokój (zrób pauzę, weź głęboki oddech).
- Po drugie – skoncentruj uwagę dziecka na czymś, co jest mu znane i uważa za bezpieczne.
- Po trzecie – informuj o tym, co będziesz robił i czemu to służy.
- Po czwarte – zaczynaj od czynności, które nie wywołują większych emocji.
- Po piąte – chwal, doceniaj, nagradzaj.

Co robić, gdy dziecko nie chce udzielać informacji?

Nasza reakcja będzie zależała od przyczyny:

- jeśli powodem jest lęk, eliminuj emocje.
- jeśli nie zostałeś zrozumiany, powtórz pytanie i dopasuj język do wieku dziecka.
- zadawaj pytania, proś o pokazywanie: „A gdyby miś był tak chory, to pokaż, gdzie by misia bolało”.

Jak reagować, gdy dziecko jest niesubordynowane?

- Opisz zaistniałą sytuację (parafraza sytuacyjna).
- Przedstaw swoją prośbę dotyczącą zachowania dziecka.
- Przedstaw powód wykonywania określonych czynności.
- Zapytaj dziecko, czy możesz wykonać te czynności.

Adaś, proszę cię, abyś otworzył buzię, a ty wciąż masz ją mocno zamkniętą.

Proszę cię, otwórz ją na chwilę, bo to pozwoli mi zobaczyć, co jest powodem tego, że boli cię gardelko i masz gorączkę. To co, otworzysz?

Jeśli dziecko nie reaguje, powróć do zadawania pytań, przedstaw też konsekwencje (pozytywne i negatywne) braku współpracy:

Jeśli otworzysz, będę mógł zobaczyć, co jest powodem tego, że boli cię gardelko i masz gorączkę – i przepisać ci leki, które szybko sprawią, że będziesz zdrowy.

Jeśli nie – nie będę mógł ci pomóc – nadal będziesz czuł się źle i nie wrócisz szybko do przedszkola.

lub zrób pauzę i spróbuj skoncentrować jego uwagę na czymś innym (omiń trudny etap – wrócisz do niego później).

Ponieważ lekarz musi odpowiadać nie tylko na potrzeby dziecka, ale także rodzica/opiekuna, poniżej kilka wskazówek, jak zaspokajać oczekiwania dorosłego i reagować na jego nie zawsze właściwe zachowanie.

Pamiętaj:

- nigdy nie bierz do siebie wypowiedzi i/lub zachowań opiekuna – nie zakładaj, że ma on złe intencje (sytuacja często determinuje występowanie określonych zachowań);
- zachowaj spokój, okazuj zrozumienie;
- informuj o tym, co będziesz robił i czemu to służy;
- pytaj, czy wszystko zostało zrozumiane.

Jeśli rodzic/opiekun krytycznie wyraża się o Twojej placówce lub Tobie używając uogólnień i generalizacji („Nigdy nie można być przyjętym o czasie. Zawsze te opóźnienia”):

- po pierwsze oddziel fakty od opinii – faktem jest opóźnienie, opinią: że jest tak zawsze („Rozumiem pana, rzeczywiście mamy opóźnienie, ale nie zdarza się tak zawsze”);
- po drugie uzasadnij błąd – podaj powód opóźnienia, możesz także przeprosić („Opóźnienie wynika z kłopotów technicznych niezależnych od nas (chwilowy brak Internetu), przykro mi, że musieli państwo czekać”);
- po trzecie – zdystansuj się od roli winowajcy lub ofiary losu – czyli szybko skoncentruj się na konkretnym działaniu lub konstruktywnym rozwiązaniu na przyszłość („A teraz proszę podejść tutaj z dzieckiem i powiedzieć...”).

Jeśli zachowanie rodzica/opiekuna utrudnia Ci pracę:

- Opisz, jak widzisz sytuację (w uzasadnionych przypadkach możesz opisać też, co czujesz (np. zniecierpliwienie) „Wciąż kwestionuje pan moje zalecenia pomimo rzetelnego przedstawienia powodów konieczności zastosowania antybiotyku w leczeniu. Powiem otwarcie, zaczyna minie niecierpliwić”.
- Przedstaw swoje oczekiwania „Ponieważ dziecko ma anginę chciałbym, aby otrzymywało już od dzisiaj antybiotyki”.
- W razie potrzeby przedstaw możliwe konsekwencje, zarówno pozytywne jak i negatywne „Tylko antybiotyk pozwoli szybko pokonać chorobę i zapobiec ewentualnym powikłaniom. Jeśli z niego zrezygnujemy, konsekwencje mogą być poważne np. choroba reumatyczna ze wszystkimi jej konsekwencjami”.

Więcej użytecznych schematów komunikacyjnych znajdziesz w internetowym wydaniu Medium (kwiecień 2017) w artykule „Lekarz asertywny, cz. II. Komunikacja asertywna”.

Przedstawiłem tu kluczowe kwestie dotyczące rozmowy lekarza z pacjentem w wieku dziecięcym i jego opiekunem – zachęcam do pogłębienia wiedzy, ale przed wszystkim do wytrwałych praktycznych ćwiczeń w gabinetach.

Pamiętajmy, profesjonalizm lekarza polega nie tylko na znajomości medycznych procedur, ale także na znajomości i świadomym wykorzystywaniu technik komunikacyjnych. A ponieważ pandemia utrudnia nam życie także w obszarze relacji z pacjentami, pokonajmy ją także na tym polu. ■

Piśmiennictwo u autora

**► AGNIESZKA SIĘŃKO**

Radca prawny, mediator sądowy, coach, konsultant kryzysowy, wykładowca, szkoleniowiec, autorka książek i artykułów, trener biznesu

Fot. z archiwum autorki

Może bowiem dojść do tego, że pacjent wyrazi zgodę blankietową typu: „Zgadza się na leczenie, które wskazuje lekarz X/Y”. W normalnym obrocie spraw taka treść zgody jest niewystarczająca, by nie rzec, że jest nic nie warta. Jeżeli jednak wspólnie z oświadczeniem o zrzeczeniu się jakiegokolwiek informacji, staje się ona wystarczająca i prawidłowa.

Czy zawsze trzeba mówić całą prawdę?

Tekst Agnieszka Sięńko

Jakże powszechne i bezdyskusyjne jest przekonanie lekarza o obowiązku poinformowania pacjenta o stanie jego zdrowia, rokowaniach, możliwościach terapeutycznych, a także możliwych następstwach wdrożonych terapii. Katalog koniecznych informacji uzupełniam zawsze o potrzebę wskazania możliwości niepowodzenia terapeutycznego. Myli się lekarz, który uważa, że jest to obowiązek bezwzględnie obowiązujący. Albowiem nie jest. Nasze prawo przewiduje wyjątki od tego obowiązku. Warto o nich wiedzieć. Może się bowiem okazać, że w kontakcie z jakimś pacjentem będzie można lub będzie trzeba z tej wiedzy skorzystać.

Przywilej terapeutyczny i autonomiczne prawo pacjenta do niewiedzy

Zanim omówione zostaną szczegóły, należy zasygnalizować, o jakich instytucjach prawa w ogóle mowa. Od długiego już czasu żyjemy z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2020 r., poz. 849) pod ręką. Naturalnie, czasy sprzed ery ustawy o prawach pacjenta były tymi prawami wypełnione, mimo to w trakcie terapii najwięcej uwagi poświęcano samemu procesowi w znaczeniu procedur medycznych. Ustawa o prawach pacjenta, pozostając aktem prawnym porządkującym w części dotyczącej tychże praw, zdaje się, że wdrożyła potrzebę, a z pewnością wdrożyła obyczaj, szerszego komentowania praw pacjenta. Obecnie istnieje stan bardzo wysokiej kultury ich przestrzegania. Z praktycznego punktu widzenia stosowanie reguł nakreślonych tą ustawą ma istotne znaczenie w kontekście ewentualnej odpowiedzialności za prawidłowy tok procesu terapeutycznego. Trzeba bowiem bezwzględnie pamiętać, że prawidłowy tok terapii to nie tylko zachowanie wymagań prawidłowego postępowania medycznego.

Odnosząc się do tematyki artykułu, wskazuję dwie instytucje polskiego prawa, w myśl których lekarz może, a czasem ma obowiązek, ograniczyć lub wręcz zaniechać przekazywania pacjentowi całej lub części informacji. Jedna z tych instytucji jest zakotwiczona w prawie podmiotowym pacjenta, druga zaś bliższa jest sztuce medycznej i jej bardzo ciekawej części – relacji lekarza z pacjentem. Rozważania rozpocznę od instytucji autonomicznej woli pacjenta.

Punktem wyjścia do dyskusji o informacji przekazywanej przez lekarza pacjentowi jest instytucja zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego (zgoda na leczenie). W literaturze, a nawet w codziennym języku medyków utrwaliło się pojęcie zgody świadomej, inaczej zwanej zgodą poinformowaną. Jak obie powołane nazwy sugerują, warunkiem koniecznym jest fakt przekazania pacjentowi wszelkiej informacji tak, aby oświadczenie o jego zgodzie na podjęcie czynności medycznych miało walor oświadczenia świadomego. Świadome będzie wtedy, gdy nie tylko składający to oświadczenie pacjent zachowuje świadomość tego, co robi w znaczeniu medycznym, ale także wtedy, gdy obok tej świadomości psychicznej zyskał do dyspozycji dane pozwalające mu działać racjonalnie, z rozeznanem własnej sytuacji. Zresztą sytuacji nie tylko własnej, albowiem może chodzić o działanie w cudzym imieniu (opiekun prawny, rodzic). Tak brzmi reguła zasadnicza. Prawo jest jednak pełne wyjątków i odstępstw. I nie inaczej dzieje się na gruncie ustawy o prawach pacjenta.

Zgodnie z art. 16 ustawy o prawach pacjenta – pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określo-

nym w art. 9 ustawy o prawach pacjenta. Ujęto w nim, i to dość szeroko, obowiązek w zakresie informowania. Oto zgodnie z tą regulacją, pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia. Stosownie do treści art. 9 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta – pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego przedstawiciel ustawowy – mają prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami. Informacja, którą medyk winien przekazać pacjentowi, obejmuje więc następujące elementy:

1. informację o aktualnym stanie zdrowia;
2. informację o rozpoznaniu (warto wiedzieć, że pacjent nie dysponuje wiedzą fachową i informacja o stanie zdrowia może obejmować opis jego stanu, np. zaburzenia równowagi, kłopoty w mówieniu, opadanie kącika ust itd. Rozpoznanie zaś to konkretna jednostka chorobowa z konkretnym kodem ICD-10 – np. udar);
3. informację o proponowanych i możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych (należy zwrócić uwagę, że w zakresie tej informacji pacjentowi należy wskazać wszelkie istniejące metody, a nadto, lub po ich wymienieniu, wskazać proponowaną metodę. Nieprawda, że to pacjent wybiera metodę. Metodę wybiera lekarz, a pacjent się na to godzi lub nie. Trudno wymagać, by lekarz podjął metodę, której nie zna z praktyki, do której nie ma sprzętu lub uprawnień, etc.);
4. informację o dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania (ten zakres informacji obejmuje wiedzę o tzw. pozostałościach leczenia, np. bliznach, osłabieniu kończyny itd. Stanowi również wiedzę o możliwych powikłaniach – np. o tym, że w przebiegu operacji tarczycy może dojść do uszkodzenia nągłośni. Ten zakres obejmuje wreszcie informację o tym, że zaniechanie leczenia może doprowadzić do określonego skutku);
5. informację o wynikach leczenia oraz rokowaniu (w tym obszarze jest miejsce na wskazanie spodziewanych profitów leczenia, mimo ewentualnych negatywnych następstw oraz rokowaniach, czyli tym, na co wskazują statystyki. Tutaj jest też miejsce na informację o ryzyku niepowodzenia medycznego).

Prawo pacjenta obejmuje zatem roszczenie o informację w każdym z pięciu punktów. W tym miejscu nadszedł czas na wskazanie treści art. 9 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta. Otóż, zgodnie z tym przepisem, »



pacjent ma prawo żądać, aby osoba wykonująca zawód medyczny nie udzielała mu informacji, o której mowa w ust. 2 – czyli w zakresie wyżej opisanym. Zakres ten dzieli się na 5 punktów. Dlaczego to akcentują? Pacjent może bowiem wskazać, czego konkretnie nie chce wiedzieć, np. nie chce być informowany o niczym albo nie chce tylko wiedzieć, jakie są ryzyka, albo nie chce wiedzieć, na czym polega czekająca go operacja, czyli rezygnuje z informacji o szczegółach proponowanej terapii.

Uprawnienie z art. 9 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta, będąc pochodną autonomii i podmiotowości pacjenta, przekłada się wprost na sposób uzyskania zgody na leczenie. Z oczywistych bowiem względów zgoda ta nie będzie już zgodą poinformowaną (tak określa ten aspekt literatura). Mimo to zgoda ta nie będzie nielegalna, niezgodna z prawem czy z innego powodu wadliwa. Cóż zatem zrobić, by zachować wszelkie bezpieczeństwo?

Warunkiem niezbędnym jest przyjęcie ewentualnego oświadczenia pacjenta na piśmie. Z czego ten wymóg wynika? Z potrzeby dowiedzenia treści oświadczenia pacjenta. Ustawodawca wymogu takiego nie stawia, ale z punktu widzenia prawa jest to oświadczenie zbyt ważne i ważne, by poprzestać na formie ustnej. Co więcej, jeżeli pacjent zdecyduje się skorzystać z takiego uprawnienia, należy oznaczyć, w zakresie których punktów, spośród pięciu wyżej wskazanych, ze swego prawa korzysta. Będzie się to bowiem bezpośrednio przekładało na treść ewentualnej zgody na leczenie. Może bowiem dojść do tego, że pacjent wyrazi zgodę blankietową typu: „Zgadzam się na leczenie, które wskazuje lekarz X/Y”. W normalnym obrocie spraw taka treść zgody jest niewystarczająca, by nie rzec, że jest nic nie warta. Jeżeli jednak współistnieje z oświadczeniem o zrzeczeniu się jakiegokolwiek informacji, staje się ona wystarczająca i prawidłowa. I na zakończenie – o prawie pacjenta do zrzeczenia się prawa do informacji, zgodnie z art. 11 ustawy o prawach pacjenta – pacjent ma prawo do informacji o prawach pacjenta określonych w niniejszej ustawie oraz w przepisach odrębnych, a zatem także o prawie do żądania nieudzielania mu informacji.

Omawiane prawo pacjenta jest także odzwierciedlone w Kodeksie etyki lekarskiej (w art. 16). Zgodnie z nim lekarz może nie informować pacjenta o stanie jego zdrowia bądź o leczeniu, jeśli pacjent wyraża takie życzenie. Informowanie rodziny lub innych osób powinno być uzgodnione z chorym.

Drugą instytucją polegającą na ograniczaniu informacji jest instytucja zależna już wyłącznie od oceny lekarskiej, w literaturze nosząca piękną nazwę „przywileju terapeutycznego”. Podmiotem upoważnionym do ko-

rzystania z tego przywileju, i to podmiotem jedynym, jest lekarz. Nie bez powodu instytucja jest osadzona w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2020, poz. 514). Artykuł 31 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry stanowi, że lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. W tym zakresie przepis art. 31 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry powiela treść art. 9 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta. Podobnie art. 31 ust. 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry ma treść analogiczną jak art. 9 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta. Zwracam jednak uwagę na treść art. 31 ust. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, zgodnie z którym w sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomysłne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu informacji.

Przywołany przepis pozwala lekarzowi samodzielnie zdecydować, kierując się dobrem pacjenta, czy nie należałoby ograniczyć przekazywanej mu informacji. W praktyce może to mieć miejsce w przypadku pacjenta, który będąc źle nastawionym do leczenia, usłyszawszy pełną informację, może przyjąć postawę pesymistyczną i zanegować sens podjęcia leczenia. Omawiana instytucja ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry ma oparcie w postanowieniu art. 17 Kodeksu etyki lekarskiej. Przepis KEL stanowi, że w razie niepomysłnej dla chorego prognozy, lekarz powinien poinformować o niej chorego z taktem i ostrożnością. Wiadomość o rozpoznaniu i złym rokowaniu może nie zostać choremu przekazana tylko w przypadku, jeśli lekarz jest głęboko przekonany, iż jej ujawnienie spowoduje bardzo poważne cierpienie chorego lub inne niekorzystne dla zdrowia następstwa; jednak na wyraźne żądanie pacjenta lekarz powinien udzielić pełnej informacji.

Jak wynika z powyższego przeglądu prawa, obowiązek informowania pacjenta nie ma charakteru bezwzględnie. Prawo to może ograniczyć sam pacjent lub – po spełnieniu określonych warunków – lekarz. Zawsze należy zadbać o należytą dokumentację. W wypadku woli pacjenta – o jego pisemne oświadczenie, w przypadku stosowania przywileju terapeutycznego o jego odnotowanie w dokumentacji medycznej. ■



Osiem unikatowych apartamentów dla wyjątkowych klientów. Echo Investment zakończyło rewitalizację zabytkowego pałacyku Ogrodów Graua

Wyjątkowość apartamentów w pałacyku fundacji Heimannów we Wrocławiu to nie kwestia lokalizacji czy wysokiej jakości wykończenia, a historycznego dziedzictwa budynku i specjalnego podejścia do odnajdywania jego piękna z II połowy XIX wieku. Wybrani klienci otrzymają propozycję zakupu jednego z ośmiu stylowych mieszkań. Takie perły to na polskim rynku rzadkość.

Okazje dla prawdziwych koneserów zdarzają się niezbyt często. Wynalezienie z tysięcy ofert prawdziwej perły – doskonale zlokalizowanego apartamentu w otoczeniu zieleni, przestrzennego, gustownie wykończonego i położonego w budynku, który jest świadkiem historii – to olbrzymie wyzwanie. Taką wyjątkową okazję we Wrocławiu zaproponowała firma Echo Investment. Wybrani klienci firmy mogą zamieszkać w jednym z ośmiu stylowych apartamentów znajdujących się w XIX-wiecznym pałacyku fundacji Heimannów, zaprojektowanym przez znanego wrocławskiego architekta Alberta Graua.

Pałacyk otoczony wspaniałym starodrzewem, powstał na zlecenie rodziny wrocławskich bankierów, na cele charytatywne. Przetrwał dwie wojny i burzliwe czasy powojenne, by w latach 90. trafić na listę zabytków. Echo Investment zatrzymało proces stopniowego niszczenia tego wyjątkowego budynku. W 2020 r. odrestaurowało go i zaadaptowało na luksusowe mieszkania.

– Pałacyk jest szczególną częścią projektu Ogrody Graua. Jesteśmy pewni, że dobrze będą się w nim czuli wymagający mieszkańcy, po-

szukujący czegoś więcej, niż dobrej lokalizacji, wygodnego rozplanowania i wysokiej jakości wykończenia. Odrestaurowanie go wymagało wielu godzin poszukiwań w archiwach, badań i ścisłej współpracy z konserwatorem. Efekt jest oszałamiający, te apartamenty nie mają sobie równych – mówi Dawid Wrona, dyrektor sprzedaży Echo Investment.

Prace przy rewitalizacji pałacyku rozpoczęły się na początku 2019 r. Estetykę wnętrza pałacu wzorowana jest na XIX-wiecznych opisach i rycinach. Odrestaurowana została zarówno elewacja, jak i wnętrza m.in. drewniane okna, stylizowane drzwi z rzeźbionymi portalami, oryginalne podłogi czy przepiękna klatka schodowa z rzeźbioną balustradą. Zachowano istniejące drzwi wejściowe, które zostały poddane renowacji w profesjonalnej pracowni konserwatorskiej. Specjaliści odtworzyli również oryginalną kolorystykę ścian i elementów drewnianych. Na części stropów i ścian wyeksponowana jest oryginalna cegła.

W piwnicy pałacyku powstał prywatny klub dla mieszkańców, inspirowany klimatem prestiżowych klubów dla brytyjskiej socjety, w którym można organizować prywatne spotkania i przyjęcia, bez naruszania prywatności mieszkania.

– Pracujemy z klientami o wyjątkowym smaku i potrzebach. Każdy apartament zostanie indywidualnie zaprojektowany przez naszych architektów, a następnie wykończony. Ich propozycje są inspirowane twórczością malarzy impresjonistów i postimpresjonistów, działających u schyłku XIX wieku, czyli w czasach kiedy pałacyk powstawał, jak Renoir, Monet, Gauguin, Pissarro czy Mehoffler. Razem z nawiązaniem do historii sztuki, każdy apartament zostanie wyposażony także w inteligentny system zarzą-



dzania Echo Smart, którego funkcje sprawią, że część domowych obowiązków odejdzie w niepamięć. Za jego pomocą mieszkańcy będą mogli sterować żaluzjami, regulować temperaturę i nasłonecznienie, a za pomocą regulacji światłem i muzyką, wprowadzać odpowiedni nastrój – dodaje Dawid Wrona.

Ogrody Graua, których częścią jest zabytkowy pałacyk, mają prywatny park z wysokimi drzewami, a dodatkowo są otulone Parkiem Szczytnickim. Mieszczą się przy ul. Gdańskiej, zaledwie 1,5 km od Ostrowa Tumskiego, Wyspy Słodowej czy Hali Stulecia.

BIURO SPRZEDAŻY

Echo Investment

tel.: 71 711 90 32





VIII Europejski Tydzień Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi zainaugurowano 21 września przed wejściem głównym do Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego przy ul. Borowskiej 213. O nowotworach głowy i szyi mówili: prof. Hanna Gerber – kierownik Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej USK, prof. Tomasz Zatoński – prorektor ds. budowania relacji i współpracy z otoczeniem UMW, kierownik Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi USK, prof. Marzena Dominiak – prorektor ds. strategii rozwoju UMW, prezydent Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, kierownik Katedry i Zakładu Chirurgii Stomatologicznej UMW.

Fot. z archiwum USK

Pod koniec września zorganizowali VIII Europejski Tydzień Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi

Ponad połowa pacjentów, u których rozpoznaje się nowotwory głowy i szyi, umiera – wynika z danych World Health Organization (WHO). Co więcej, specjaliści przewidują, że w najbliższych latach liczba osób z tymi schorzeniami wzrośnie o 10%. Z myślą o nich, w dniach 21-25 września 2020 r., zorganizowany został VIII Europejski Tydzień Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi. Komisja Stomatologiczna DRL aktywnie włączyła się w tę akcję.

Akcji przyświecało hasło „Rak głowy i szyi nie czeka! Zgłoś się do specjalisty!”, a w ramach kampanii odbywały się m.in. konsultacje, prowadzono działania informacyjno-edukacyjne, które miały zwiększyć świadomość społeczeństwa na temat nowotworów głowy i szyi oraz doprowadzić do jak najwcześniejszej wykrywalności zmian chorobowych. Obecnie dzieje się to najczęściej dopiero w III i IV stadium, gdy medycyna ma już niewiele do zaoferowania.

Celem Europejskiego Tygodnia Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi było również dotarcie do pacjentów z grupy najwyższego ryzyka, a więc palących tytoń, nadużywających alkoholu oraz narażonych na infekcje wirusem brodawczaka ludzkiego lub mających, co najmniej przez 3 tygodnie, jeden z poniższych objawów:

- pieczenie języka,
- nieogojące się owrzodzenie oraz czerwone lub białe naloty w jamie ustnej,
- ból gardła, ból w trakcie oraz problemy z przeły-

- kaniem,
- przewlekła chrypka,
- guz na szyi,
- niedrożność nosa lub krwawy wyciek z nosa.

Podczas konferencji prasowej w USK – inauguracyjnej kampanię – prof. Tomasz Zatoński, prorektor ds. budowania relacji i współpracy z otoczeniem UMW, kierownik Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi USK mówił: – Z powodu zagrożenia epidemicznego, zainteresowane osoby, znajdujące się w grupie ryzyka, będą mogły skonsultować się ze specjalistami w czasie teleporad. Gdy jednak zajdzie taka potrzeba, będziemy zapraszać pacjentów również na wizyty osobiste. A wszystko to bezpłatnie, bez skierowania i bez kolejki. I dodał: – Obok konsultacji oraz kampanii informacyjno-edukacyjnych, odbędzie się debata w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Dolnośląskiego z decydentami, mającymi wpływ na ochronę zdrowia w naszym regionie.

Czemu służyć ma VIII Europejski Tydzień Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi, wyjaśniała także prof. Ma-

rzena Dominiak, prorektor ds. strategii rozwoju UMW, prezydent Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, kierownik Katedry i Zakładu Chirurgii Stomatologicznej UMW. – Nowotwory, na których skupimy się w trakcie naszego tygodnia, to wszystkie nowotwory górnego odcinka drogi oddechowo-pokarmowej, w tym: wargi, jamy ustnej, języka, gardła środkowego (migdałki), jamy nosowo-gardłowej, gardła dolnego, krtani, nosa, zatok przynosowych, podstawy czaszki, oczodołu, ślinianek, ucha zewnętrznego, środkowego i wewnętrznego, jak również nowotwory zlokalizowane na szyi (układ chłonny, tarczycy) oraz skórze głowy i szyi. Obecnie choroby te stanowią siódmą, co do częstotliwości występowania, grupę nowotworów złośliwych na świecie.

W dniach 19-25 września – w pociągach Kolei Dolnośląskich S.A. wyświetlany był film edukacyjny, z którego pasażerowie mogli dowiedzieć się, jak niebezpieczne są nowotwory głowy i szyi oraz zapoznać się z danymi na temat przewidywalnej zachorowalności.

W ostatnim dniu pięciodniowej akcji odbyły się wykłady edukacyjne dla pacjentów i lekarzy z zakresu otolaryngologii, stomatologii oraz chirurgii szczękowo-twarzowej. Mają być one dostępne m.in. na stronie www.usk.wroc.pl, profilu USK na Facebooku, oraz kanale YouTube Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich.

Europejski Tydzień Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi został organizowany w ramach międzynarodowej kampanii „Make Sense”, którą zainicjowało European Head and Neck Society (EHNS). W Polsce akcję prowadziło Polskie Towarzystwo Nowotworów Głowy i Szyi. ■

M.J.

(opracowanie na podstawie materiałów źródłowych USK)

Nasi profesorowie nagrodzeni podczas 38. Wrocławskiej Księgi Pamięci



Fot. Tomasz Hołod/Urząd Miejski we Wrocławiu

1 października 2020 r. odbyła się 38. edycja Wrocławskiej Księgi Pamięci. Na kolejną odsłonę swojego przedsięwzięcia red. Wanda Ziembicka-Has wybrała Katedrę św. Jana Chrzciciela na Ostrowie Tumskim. Wśród laureatów prof. Krzysztof Simon, prof. Leszek Szenborn oraz wrocławski sanepid kierowany przez dr. n. med. Pawła Wróblewskiego.

Uroczystość została zainaugurowana mszą św. za Wrocław, którą poprowadził abp Józef Kupny. Następnie red. Wanda Ziembicka-Has i prezydent Jacek Sutryk przystąpili do wręczenia statuetek 33 laureatom. Nagrodzeni zostali nasi lekarze, dzielnie stojący na pierwszej linii frontu w walce z pandemią koronawirusa. Profesor dr hab. Krzysztof Simon i prof. dr hab. Leszek Szenborn otrzymali najwyższe odznaczenie – Laur Wrocławia. Wśród laureatów Super Diamentu znalazła się zaś Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna we Wrocławiu, na ceremonii reprezentowana przez swojego dyrektora (i prezesa DRL) dr. n. med. Pawła Wróblewskiego. Gratulujemy! ■

K.N.



Super Diament trafił do Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej we Wrocławiu, którą kieruje dr. n. med. Paweł Wróblewski.

Fot. z archiwum PW.



Profesor dr hab. Krzysztof Simon i prof. dr hab. Leszek Szenborn otrzymali najwyższe odznaczenie – Laur Wrocławia.



Inicjatorka przedsięwzięcia red. Wanda Ziembicka-Has



Kuczyńscy

16 września 2020 r. w samo południe siedzibę Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 odwiedzili potomkowie dr. Stefana Ludwika Kuczyńskiego (1894-1969 r.).

Doktor Kuczyński studiował na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu w Breslau. Był wielkim patriotą oraz powstańcem wielkopolskim. Od 1923 r. pracował jako lekarz w dzisiejszej stolicy Dolnego Śląska. W 1945 r. został polskim komisarzem byłej lekarskiej izby niemieckiej. Wybrano go na pierwszego prezesa Stowarzyszenia Lekarzy Dolnośląskich i z jego inicjatywy, w latach 50. XX w., podniesiono z gruzów pałacyk, który jest obecną siedzibą DIL.

Syn Iwo Andrzej (ur. 1932 r.) i wnuk Maciej Iwo Kuczyńscy zwiedzili cały budynek i stwierdzili, że pan dr Stefan Kuczyński byłby zadowolony, że tak zadbałszy o Dom Lekarza, gdzie w holu na półpiętrze znajduje się płaskorzeźba z jego portretem.

Ponadto wzruszyła mnie bardzo zachowana przez nich powojenna wrocławska recepta dr. Kuczyńskiego, wypisana starannym kaligraficznym pismem oraz jego praca doktorska z 1923 r.

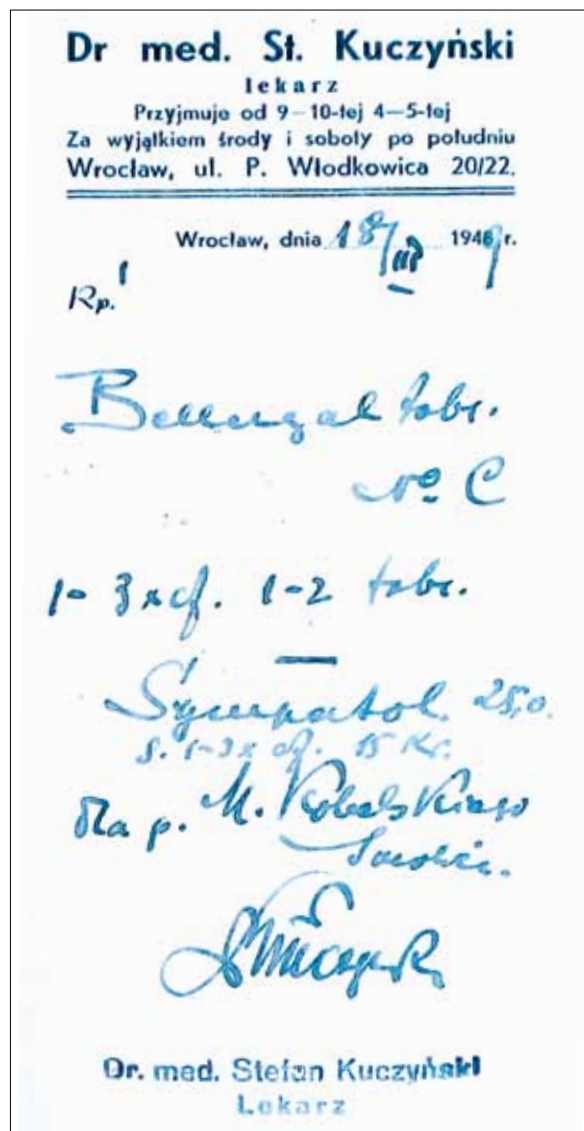
Ślad i pamięć pozostały! ■

Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska



Fot. K.N.

Syn Iwo Andrzej i wnuk Maciej Iwo Kuczyńscy pod portretem ojca i dziadka wraz z dr hab. Barbarą Bruziewicz-Mikłaszewską, przewodniczącą Komisji Historycznej DRL i Danutą Bujwid.



PWZ W REŻIMIE SANITARNYM

W maseczce i z własnym długopisem, po dokonaniu rezerwacji wizyty za pomocą formularza online. Wszystko zgodnie z reżimem sanitarnym i przez szybę ochronną z pleksi. W takich okolicznościach, z powodu pandemii COVID-19, młodzi lekarze i lekarze dentyści odbierali w tym roku prawa wykonywania zawodu w celu odbycia stażu podyplomowego. Izbowe szeregi zasililo 448 nowych członków. Dziś do Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przynależą ponad 16 tys. medyków.



Fot. K.N.

Wniosek o przyznanie prawa wykonywania zawodu w celu odbycia stażu podyplomowego i skierowanie na staż podyplomowy, rozpoczynający się 1 października, złożyło 359 lekarzy i 89 lekarzy dentyistów. Wszyscy odbierali dokumenty w siedzibie DIL, zgodnie z obowiązującym systemem kolejkowym – od połowy do końca września. Poza legitymacją lekarską absolwenci uczelni medycznych otrzymali też Kodeks etyki lekarskiej i Kartę Praw Lekarza. A że bezpieczeństwo to dziś sprawa najwyższej wagi, nie mogło w tym pakiecie zabraknąć programu „Bezpiecz-

ny start”. Inicjatywa firmowana oraz finansowana przez DIL i TU Inter Polska znalazła swoją kontynuację mimo koronawirusa. Świeżo upieczeni lekarze stażyści mają zapewnione ubezpieczenie od odpowiedzialności zawodowej na najbliższy rok.

– Żałuję, że nie mogliśmy uścisnąć Wam dłoni i szczerze pogratulować pozytywnego zakończenia pewnego etapu edukacji. I życzyć przy tym sukcesów zawodowych na lekarskiej wyboistej ścieżce. W imieniu Dolnośląskiej Rady Lekarskiej składam Wam gratulacje za pośrednictwem „Medium”. Witajcie w dolnośląskiej rodzinie lekarskiej, możecie liczyć na samorząd w każdym obszarze swojej działalności, także tej pozazawodowej – życzy i deklaruje prezes DRL dr n. med. Paweł Wróblewski. ■

M.J.



Sukces wrocławskich szpitali

Urodzony w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu Staś, jako pierwsze dziecko w Polsce, a może nawet na świecie, już w pierwszej dobie życia otrzymał lek nusinersen. Oznacza to, że rozwój rdzeniowego zaniku mięśni, który wykryto u niego jeszcze w łonie matki, może zostać zahamowany i chłopiec będzie rósł zdrowo.

W USA terapia nusinersenem została zarejestrowana w 2016 r. Od 2019 r. dostępna jest także w Polsce i refundowana przez NFZ w ramach programów lekowych. Nusinersen to jeden z pięciu najdroższych medykamentów na świecie i – co najważniejsze – najbardziej dostępna oraz skuteczna obecnie metoda walki ze wszystkimi typami rdzeniowego zaniku mięśni (SMA).

We Wrocławiu programy lekowe z wykorzystaniem nusinersenu prowadzą: Klinika Neurologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego przy ul. Borowskiej (program dla dorosłych) oraz Oddział Neurologii Dziecięcej Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego im. T. Marciniaka przy ul. Fieldorfa (program dla dzieci).

– Jedyne dzięki współpracy dyrekcji dwóch szpitali, pozytywnej opinii prof. Katarzyny Kotulskiej-Jóźwiak, przewodniczącej Zespołu koordynacyjnego ds. leczenia chorych z rdzeniowym zanikiem mięśni, oraz połączeniu sił lekarzy neurologów, neonatologów, ginekologów i pracowników apteki, mogliśmy tak szybko podać Stasiowi nusinersen. Jesteśmy szczęśliwi, że się udało, bo zwiększa to szanse naszego małego pacjenta na zdrowy rozwój i normalne życie – mówi prof. Barbara Królak-Olejnik, kierownik Kliniki Neonatologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu.

Współpraca była konieczna, ponieważ teoretycznie chłopiec nie powinien otrzymać leku w szpitalu, który prowadzi program dla dorosłych, natomiast podanie noworodkowi nusinersenu w szpitalu, który zajmuje się terapią dzieci, nie byłoby możliwe w tak krótkim czasie. A czas odgrywa tu najważniejszą rolę. Im szybciej pacjent przyjmie lek, tym większa jest jego skuteczność. Najlepiej w pierwszej, a najpóźniej w drugiej dobie życia.



Fot. USK we Wrocławiu

– Dziecko zostało zdiagnozowane w pierwszych tygodniach ciąży, a wszystkie procedury rozpoczęliśmy kilka miesięcy przed planowanym porodem. Dzięki temu lek czekał w Aptece Szpitalnej i Staś otrzymał nusinersen 21 godzin po przyjściu na świat – wyjaśnia dr hab. Magdalena Koszewicz z Kliniki Neurologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu. Podaż wymagała wykonania punkcji lędźwiowej i stosownego przygotowania do podaży dokanałowej.

Dodatkowo z badań wynika, że dzieci, które poddano terapii, zanim wystąpiły u nich objawy SMA, ruchowo rozwijają się niemal tak dobrze, jak ich zdrowi rówieśnicy. – Badania te dotyczą pierwszych trzech lat życia, bo dopiero w 2016 r. nusinersen został włączony do programów lekowych na świecie – dodaje prof. Barbara Królak-Olejnik. Bez diagnozy i terapii choroba prowadzi do stopniowego osłabienia mięśni, co skutkuje powikłaniami ze strony układu oddechowego, pokarmowego i kostno-szkieletowego. Nielezione dzieci umierają w 2-3 roku życia.

– Tak było w przypadku naszego pierwszego synka, który zmarł na tę chorobę. Dlatego, gdy ponownie zaszłam w ciążę, zdecydowaliśmy się na badania prenatalne i to dzięki nim wiedzieliśmy, że nasze drugie dziecko też ma rdzeniowy zanik mięśni – mówi Monika Uliasz, mama Stasia. Staś urodził się 20 sierpnia – w 38. tygodniu ciąży. Ważył 2360 g i mierzył 46 cm. Dostał 10 punktów w skali Apgar. Nic nie wskazywało, że dziecko choruje i zapewne przez najbliższe miesiące nikt by o tym nie wiedział, gdyby nie badania genetyczne – jedyny sposób na wykrycie choroby jeszcze w okresie prenatalnym. Bez badań, pozornie zdrowy noworodek, zostałby wypisany do domu. Objawy pojawiłyby się dopiero około 6 miesiąca życia, gdy chłopiec zacząłby się aktywnie rozwijać. Wtedy jednak na skuteczne leczenie mogłoby być za późno.

Drugą dawkę leku, zgodnie z planem, Staś otrzymał dokanałowo w Klinice Neonatologii USK i razem z mamą został wypisany do domu. Teraz będzie pod opieką neurologów dziecięcych ze szpitala przy ul. Fieldorfa.

Monika Kowalska
rzecznik prasowy USK

W skład współpracującego zespołu ze strony Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego weszli: prof. Barbara Królak-Olejnik, kierownik Kliniki Neonatologii, prof. Sławomir Budrewicz, kierownik Kliniki Neurologii, prof. Mariusz Zimmer, kierownik Kliniki Ginekologii i Położnictwa, lek. Agnieszka Jaluwska z Kliniki Neonatologii, dr hab. Magdalena Koszewicz i lek. Jakub Ubysz z Kliniki Neurologii, dr hab. Tomasz Fuchs, zastępca kierownika Kliniki Ginekologii i Położnictwa oraz Dominka Pasek z Aptece Szpitalnej. Oddział Neurologii Dziecięcej Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego im. T. Marciniaka reprezentowali dr Dorota Cichosz i lek. Anna Dobrzycka-Ambrożewicz.

Test na COVID-19 w 20 minut

Więcej informacji
na stronie USK:
www.usk.wroc.pl



Fot. USK we Wrocławiu

Nowoczesny sprzęt, dzięki któremu już po 20 minutach będzie wiadomo, czy pacjent jest zarażony wirusem SARS-CoV-2, otrzymał Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu. Urządzenie już niedługo będzie służyło do diagnostyki pacjentów w tzw. stanach nagłych, trafiających na Szpitalny Oddział Ratunkowy.

Szpital pozyskał System Cobas Liat firmy Roch dzięki wsparciu Fundacji Wspólnota Pokoleń oraz Fundacji PGNiG. Urządzenie, które kosztowało 54 tys. zł, pozwala przeprowadzić szybką ocenę stanu zdrowia chorego nie tylko pod kątem choroby COVID-19, ale także grypy typu A i B oraz RSV – wirusa, który jest główną przyczyną chorób układu oddechowego u dzieci.

– Przed nami sezonowy wzrost zachorowań na grypę, której objawy, takie jak kaszel, gorączka, bóle mięśni oraz ogólne osłabienie i rozbicie, są takie same jak objawy zachorowania na COVID-19 – mówi dr Janusz Sokołowski, kierujący SOR Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu. – O ile przed planową hospitalizacją chory może wykonać test dzień wcześniej, i tak się u nas dzieje, o tyle w sytuacjach nagłych, świadomość, czy mamy do czynienia z pacjentem zarażonym wirusem SARS-CoV-2 czy grypy, znacznie ułatwi nam sposób postępowania, a co za tym idzie skuteczną walkę o jego zdrowie i życie.



Przypomnijmy, że średni okres oczekiwania na wynik testów w kierunku COVID-19, wykonywanych w tradycyjnym laboratorium molekularnym, trwa około 7-8 godz. W przypadku Systemu Cobas Liat wynik jakościowy (tzn. dodatni lub ujemny) znany jest już po 20 minutach, a wymaz do badania genetycznego (PT-

-PCR) można pobrać zarówno z gardła, jak i nosogardzieli pacjenta.

– Otrzymaliśmy urządzenie od darczyńców, ale by móc z niego korzystać, musimy zaczekać na zakończenie procesu certyfikacji testów na polskim rynku – mówi Barbara Korzeniowska, zastępca dyrektora ds. leczenia otwartego USK. – Testy mają się pojawić w Polsce pod koniec października.

Nowy sprzęt nie zabezpieczy jednak w pełni potrzeb na szybką diagnostykę w USK, dlatego szpital wraz z fundacją rozpoczął zbiórkę na kolejne dwa urządzenia. Jedno z nich to BioFire Biomérieux, które wyniki testów wskazuje po około 45 minutach, ale za to identyfikuje aż 23 różne patogeny, w tym SARS-CoV-2. Przy tak dużej liczbie pacjentów, jaką każdego dnia przyjmuje SOR, drugie urządzenie jest niezbędne, aby zapewnić chorym bezpieczeństwo. ■

Monika Kowalska
rzecznik prasowy USK

Więcej informacji na stronie USK:
www.usk.wroc.pl



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/hands-981400/stevepb

Odnaleźć siebie w starości



Fot. z archiwum B.B.

► DR BOGNA BARTOSZ

Kierownik studiów podyplomowych z psychogerontologii w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Wrocławskiego

Z dr Bogną Bartosz, kierownikiem studiów podyplomowych z psychogerontologii w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Wrocławskiego rozmawia Magdalena Orlicz-Benedycka

Jak nie dać się „ciemnej stronie” starości? Obcować z nią od urodzenia, bo przecież od pierwszego dnia życia zaczynamy się starzeć. Z danych statystycznych Eurostatu wynika, że 67% Polaków boi się życia na emeryturze. Jesteśmy pod tym względem na 1. miejscu w Europie. – Dlatego powinien powstać, na kształt przygotowania do życia w rodzinie, program „uczenia się dobrej starości”. Na uniwersytetach w USA istnieją od ponad 40 lat rozmaite ageing studies, powołano Narodowy Instytut Starzenia się (National Institute of Aging). A wszystko po to, by zyskać wiedzę, jak zachować sprawność i radość życia w podeszłym wieku. O tym wiedzieć trzeba nawet wtedy, gdy ma się kilkanaście lat, a na pewno po przekroczeniu 20 r.ż. Jeśli te tematy zostaną oswojone wcześniej, staną się naturalnym elementem naszego życia – mówi dr Bogna Bartosz, psycholog, kierownik studiów podyplomowych z Psychogerontologii w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Wrocławskiego, z którą rozmawiam o zrozumieniu jesieni życia i przygotowaniu się do niej.

Magdalena Orlicz-Benedycka: Wiele osób wie, jak przebiega proces starzenia się, mimo tego starości nie rozumie i o niej nie myśli.

Dr Bogna Bartosz: Coraz mniej osób towarzyszy swoim starszym członkom rodziny, czy innym bliskim osobom, w procesie starzenia się. Proces izolacji społecznej sprawia, że teoretycznie wiemy, jak starość wygląda – że mogą nam grozić różnego rodzaju problemy ze zdrowiem, mamy słabszą kondycję i mniej siły, częste kłopoty z pamięcią. To jednak teoria. W praktyce nie rozumiemy tych procesów, ponieważ nastąpiło odseparowanie starości. Można wręcz mówić o gettyzacji – starsze osoby są izolowane i spotykają się we własnym gronie.

Czasami oczywiście spotykamy naszych starszych krewnych na spotkaniach rodzinnych, jednak takie sytuacje zazwyczaj tylko potwierdzają obecne i utrwalone od dawna stereotypy. Babcia zapomina, dziadek nie pamięta, wuj tylko siedzi w fotelu. Nie towarzyszymy tym osobom na co dzień, więc obce jest nam przystosowanie się do pewnego etapu życia, który też będzie częścią naszej przyszłości.

Często mamy do czynienia z samoizolacją, ponieważ starsi ludzie nie chcą epatować problemami towarzyszącymi starości. Sądzę, że jest to temat poruszany stanowczo za rzadko.

M.O.-B.: Problem w tym, że my – starsze osoby – nie chcemy o tym mówić, nie chcemy się do tego przyznać. Trzeba też pamiętać, że to, co było dla nas łatwe czy dostępne pięć lat temu, teraz jest w jakiś sposób ograniczone, mniej dostępne lub niedostępne całkowicie.

B.B.: Wiele zależy od nas samych, od naszej kreatywności i pomysłowości. Nie zaprzeczajmy ograniczeniom, nie walczmy z nimi, próbujmy je zaakceptować. Nie jest to łatwe, bronimy się przed faktem, że nasz organizm nie jest tak sprawny jak dawniej. Jednocześnie starajmy się dbać o siebie, o kondycję fizyczną i samopoczucie psychiczne. Angażujmy swój czas, wybierając aktywności sprawiające nam przyjemność, adekwatne do naszych sił i możliwości. Nie koncentrujmy się na ograniczeniach, lecz przypomnijmy sobie, jaka aktywność sprawiała nam radość, gdy byliśmy młodszy, a nawet, gdy byliśmy dziećmi. Nie chodzi o to, by te zajęcia odwzorować, odtworzyć literalnie. Jeśli naszą pasję stanowił taniec albo wędrówki górskie, to warto do tego wrócić lub kontynuować taką aktywność, dopasowując ją do swojego obecnego rytmu i możliwości. Nie rezygnujemy, bądźmy aktywni, ale rozsądnie.

Mając lat 60-70, nie można udawać trzydziesto- czy czterdziestolatka. Chociaż wszędzie dookoła promuje się wręcz nieustającą aktywność, zachęca do ciągłego angażowania się w różne działania (dziś basen, jutro pilates, pojutrze wycieczka rowerowa itd.), intensywne tempo życia i wiele rozrywek, to nie dajmy się bezrefleksyjnie „wpisać” w ten model. Z różnych propozycji korzystajmy z umiarem.

Obecnie żyjemy także pod presją radosnego, szczęśliwego starzenia się, co paradoksalnie stoi w sprzeczności z tak mocno utrwalonym stereotypem starości, kojarzonym najczęściej z chorobą Alzheimera, demencją, grubymi okularami i laską lub niepełnosprawnością i zależnością od innych. Na przeciwnym biegunie mamy wiecznie radosnego staruszka czy szalejące w tańcu seniorki, roześmiane, zadowolone z życia. Wizerunek uradowanego i wiecznie aktywnego seniora, przeżywającego drugą młodość, jest nieco groteskowy.

Nie rezygnując z zabawy i rozrywek, pamiętajmy jednak, że specyfiką tego etapu życia jest, chociaż w jakimś stopniu, skoncentrowanie się na tym, co nieuniknione. Mając świadomość nieuchronności kresu życia, możemy czerpać radość

i spełnienie z tego, czego doświadczamy tu i teraz lub w przyszłości. Powinniśmy dlatego zadbać też o czas ze sobą i dla siebie. Tymczasem nierzadko dajemy się wciągnąć w wir stereotypów, które nami rządzą, jest to m.in. opieka nad bliskimi, nad wnukami (mocno zakorzeniony w Polsce stereotyp). Babcia czy dziadek niezajmujący się wnukami są wręcz napiętnowani przez rodzinę.

M.O.-B.: Samotność towarzyszy każdemu z nas na różnych etapach życia. Jednak najboleśniejsza jest właśnie ta w okresie senioralnym. Czy tę pustkę może wypełnić ogromny dziś wybór propozycji kulturalnych, edukacyjnych, warsztatowych i towarzyskich dla osób starszych?

B.B.: Jeśli seniorzy mają dzieci, tym często brakuje czasu dla rodziców, zaabsorbowane są własnymi sprawami. Dla tych samotnych seniorów fakt, że zostali zapomniani przez bliskich, to gigantyczny problem psychiczny, będący wręcz wyzwaniem. Udział w wydarzeniach kulturalnych itp. to kwestia indywidualna. Osoby korzystające z takich form spędzania czasu w młodości i w wieku dojrzałym, odnajdą się w nich także później. Ale jest też grupa ludzi, która tego nie potrzebowała, spełniała się społecznie inaczej, była zaangażowana w życie rodzinne. Oni, będąc w wieku senioralnym, często zostają sami, w izolacji społecznej. Takich przypadków jest bardzo dużo. W czasach pandemii wiele starszych osób, z oczywistych powodów nie mogąca się kontaktować bezpośrednio z innymi, a nieposługująca się komputerem, została skazana na samotność.

Ciągle uciekamy od starości, ale ta droga ma swój kres. Mamy poczucie, że starość można jakoś wyleczyć, oszukać czy opóźnić. Starość jest przywilejem, nie wszyscy mogą jej dożyć.

M.O.-B.: W wieku senioralnym często sami dodajemy sobie lat, ubierając się ponuro, bez polotu, mając przygarbioną sylwetkę i ciężki chód. Przestajemy dbać o to, jak wyglądamy...

B.B.: W tej kwestii też ulegamy stereotypom. Uważamy, że tego nie wypada, że niektóre kolory nie są dla nas, jakieś ubranie jest zbyt odważne. Oczywiście wskazany jest, i to zresztą bez względu na to, ile mamy lat – umiar. Bardziej niż ubiór liczą się sprężysty krok, wyprostowana postawa i uśmiech. O to musimy zadbać sami. Niestety, nasze społeczeństwo tkwi w schemacie sprzed wielu lat, kiedy to uważano, że sześćdziesięciolatek powinien ubierać się zachowawczo, nie zwracać uwagi strojem, zachowywać się poważnie, przyzwoicie. Dotyczy to również życia intymnego.

M.O.-B.: Czy życie seksualne, miłość po sześćdziesiątce to nadal temat tabu?

B.B.: Tak, młodzi ludzie uważają, że to jest w ogóle niemożliwe, niesmaczne i śmieszne. To nie pasuje do siwych włosów czy znacznie mniej idealnego ciała. Nasze społeczeństwo nie akceptuje czegoś, co nie jest stereotypowe. Tak jest od wielu lat. Dotyczy to również pasji czy tego, co robią starsi ludzie, dając przy tym radość innym. »



M.O.-B.: W wymiarze społecznym udajemy, że starość nie ma? Bo przecież pokazuje się osoby starsze udające młode, ale nie pokazuje się naturalnego procesu, który towarzyszy nam od wieków...

B.B.: Zmiany są nieuchronne, czy to w sferze poznawczej czy psychologicznej, skłonności do stanów depresyjnych, refleksyjnych. Niestety, towarzyszy temu często przekonanie, że lepiej o tym nikomu nie mówić, bo to jest nie stosowne bądź niewłaściwe. Staramy się nie zamartwiać bliskich tym, że jest nam coraz trudniej zająć się domem, że nie mamy już siły czy ochoty na wiele rzeczy, że czujemy się samotni, a czasami nie chcemy nikogo widzieć i z nikim rozmawiać.

Są rodziny, w których się o tym mówi, wysłuchuje się seniorów ze zrozumieniem, ale to rzadkość. To jest brak akceptacji starości, brak zrozumienia.

M.O.-B.: Wielu seniorów na emeryturze nadal pracuje lub poszukuje pracy dodatkowej. Nie zawsze w tej pracy dobrze się czują, mają różne dylematy, bywają sfrustrowani. Czasami pracodawca nie jest zadowolony z tempa czy wydajności pracy seniora. Co można zrobić w takiej sytuacji? Jak to zaakceptować?

B.B.: Ten problem ma dwa aspekty. Pierwszy to strona pracodawcy. Na rynku znajduje się coraz więcej osób w wieku emerytalnym. Z jednej strony te osoby chcą pracować, a z drugiej może nie ma osób chętnych, które by je zastąpiły. Pracodawca też wie, że młodzi są bardziej roszczeniowi, nie będą się na wszystko godzili. Obecnie w niektórych firmach są realizowane programy zarządzania różnorodnością wiekową czy kulturową. Program integruje tych, którzy są starsi, poprzez tworzenie zespołów wielopokoleniowych, gdzie ludzie są odpowiednio do tej pracy przygotowani, współpracują ze sobą i realizują konkretne zadania, wymagające punktu widzenia starszych i młodszych. To pokazuje, że młodzi mogą nauczyć seniorów nowoczesności, a starsi mogą, korzystając z doświadczenia, uwrażliwić młodych ludzi na pewne kwestie.

Drugi aspekt to perspektywa pracownika. Dla seniora, osoba starszej, normą było, że wprowadza w pracę młodego, bywa dla niego mentorem i autorytetem. Dzisiaj to już nie funkcjonuje. Można jednak pomóc starszemu pracownikowi, znajdując wśród zespołu ludzi młodą, miłą osobę, która na zasadzie wzajemnej pomocy będzie współpracować ze starszym pracownikiem i podpowie czy wytłumaczy mu to, z czym gorzej sobie radzi. Pokazanie tego, że ja chcę się od ciebie czegoś dowiedzieć, to najlepsza strategia, aby sobie poradzić w takiej sytuacji! Może się posprzecząmy, podyskutujemy, ale czegoś się nauczymy. Niekorzystne dla każdej ze stron jest tworzenie enklaw starszych i młodych. Wtedy tracimy szansę na porozumienie.

M.O.-B.: Może być też tak, że senior doświadcza w pracy wypalenia zawodowego, boryka się z gorszą kondycją psychiczną czy fizyczną. Jak to zaakceptować?

B.B.: Musimy pamiętać, że jest czas siewu i zbiorów. Po prostu trzeba sobie trochę odpuścić, zwolnić tempo, podzielić zadania, część obowiązków przekazać innym. Mamy wprawdzie wielu pracoholików po 60. r.ż., ale aby nie odczuwać frustracji, zwolnijmy tempo, ograniczmy aktywności i korzystajmy z życia. Dla wielu starszych ludzi intensywna praca jest ucieczką od starości, samotności i „wypadnięcia” z branży, w której pracują.

M.O.-B.: Wróćmy do aktywnych, dbających o siebie seniorów, w zasadzie przygotowanych do jesieni życia, a jednak czujących strach przed zależnością od innych i niesprawnością, spowolnieniem i ograniczeniami. Co może uleczyć nasze obawy?

B.B.: Ciągłe uciekamy od starości, ale ta droga ma swój kres. Mamy poczucie, że starość można jakoś wyleczyć, oszukać czy opóźnić. Starość jest przywilejem, nie wszyscy mogą jej dożyć. Musimy zaakceptować to, że mamy mocniejsze szkła w okularach, że nosimy aparaty słuchowe, polepszając komfort swojej codzienności.

Unikniemy frustracji, inaczej planując dzień, wyznaczając sobie mniej zadań. Poza tym nasze obawy i lęki w jakimś stopniu zniwelujemy, szukając siły w sobie i wśród osób najbliższych. Jeśli podzielimy się obawami z kimś bliskim czy psychologiem, mamy szansę na obniżenie lęku, który zawładnął naszym życiem. Kiedy myśli nie dają nam spokoju, a bliscy mówią, że z tobą dzieje się coś niedobrego, porozmawiajmy z psychologiem, specjalistą, który odpowie na nasze wątpliwości, wskaże ścieżkę, jaką możemy podążać. Może to być również grupa wsparcia, czy wsparcie farmakologiczne. Nie możemy tego ignorować, kiedy zaczyna nam to przeszkadzać i wyrzucamy sobie, że znów nie nadążamy za czasem.

M.O.-B.: Mimo całej wiedzy na temat starzenia, niewiele osób robi wcześniej cokolwiek, aby ten proces przejść w dobrej kondycji psychicznej i fizycznej. Na sprawną, aktywną starość trzeba pracować wcześniej. Czy zgodzi się Pani ze mną, że powinno się edukować ludzi, jak polubić starość i jak przygotować się do tego okresu w życiu?

B.B.: W naszej kulturze starość jest brzydka, zła, dlatego się jej boimy. Rządzi nami często gerontofobia, nie dopuszczamy myśli o jesieni życia i ograniczeniach, wypieramy to. Fobia przed starzeniem się sprawia, że blokujemy i negujemy to, co z nią związane.

Myślę, że powinien powstać, na kształt przygotowania do życia w rodzinie, program „uczenia się dobrej starości”. To, co było kiedyś naturalne (towarzyszyło się w domu dziadkom aż do ich śmierci, mieszkaly wspólnie rodziny wielopokoleniowe), przechodzi dziś do lamusa. Wizyta u babci/dziadka, czy u wiekowego rodzica to stres. Nie wiemy, jak rozmawiać, a dzieci nie uczestniczą w pogrzebach. Często nie mówi się, że ktoś zmarł tylko odszedł, jakbyśmy nie chcieli słyszeć prawdy, uciec od tego. Do tego wszystkiego trzeba się przygotować, aby to zrozumieć.

Nie chcemy się przyznać bliskim i znajomym do słabości i problemów. Można to zrobić z przymrużeniem oka, refleksyjnie, ubierając w zręczną formę, ale trzeba o tym mówić. To pomoże naszym bliskim zrozumieć nas i nasze zachowania. Problem pojawia się wtedy, gdy nasi bliscy nie chcą tego słuchać i nie interesują się tym.

M.O.-B.: Mówiliśmy o przygotowaniu młodszych ludzi do tego etapu życia. Czy po przekroczeniu pięćdziesiątki można się też nauczyć, jak zrozumieć to, co nas czeka?

B.B.: Tak, można. Zrobimy to, uświadamiając takiej osobie, że jeśli przyszłe lata mają być satysfakcjonujące i dawać zadowolenie, nie możemy pozwolić zaskoczyć się starości, zdziwić się ograniczeniom, jakich doznajemy. Pięćdziesięciolatek powinien zacząć czytać, jak wygląda starość, przyjrzeć się swoim rodzicom, starszym znajomym, porozmawiać z nimi. Na rynku wydawniczym mamy bardzo dobrą książkę Justyny Dąbrowskiej pt. „Rozmowy z mistrzami. Starość – nie ma się czego bać”.

Są to rozmowy ze znanymi myślicielami o tym, czym jest dla nich starość. Myślę, że każdy „wczesny senior” powinien ją przeczytać. Poza tym, obserwując swoich rodziców i starszych znajomych, mamy szansę być lepsi, sprawniejsi i przede wszystkim zdrowsi, budując w sobie siłę wewnętrzną.

M.O.-B.: To co zrobić, żeby starość nie była wyłącznie przykram?

B.B.: Jeśli będziemy się koncentrować na chorobach, wizytach u kolejnych lekarzy, niedogodnościach i trudach związanych z tym okresem życia, to rzeczywiście te właśnie niedogodności nami zawładną. Nie chodzi o to, żeby ignorować lub lekceważyć swoje zdrowie czy ograniczenia związane ze starzeniem się naszego organizmu. Warto pamiętać jednak o tym, że doceniając czas, który mamy przed sobą, możemy zatroszczyć się o siebie, np. dbając o zdrową dietę, angażując się w różne aktywności, dostrzegając zalety. Ostatni etap życia ma być aktywny, pozytywny i bez stereotypów. Już nic nie musisz, ale ile jeszcze możesz...

„Nowa demografia Europy” oznacza, że systematycznie będzie postępował proces starzenia się społeczeństwa. Będziemy coraz starsi i będzie nas coraz mniej. Prognozy demografów pokazują, że w Polsce do 2050 roku emeryci będą stanowić prawie 40% społeczeństwa – tak wynika z prognoz Eurostatu. Ta sytuacja wymaga przygotowania, także specjalistycznych kadr. ■

Na rynku wydawniczym mamy bardzo dobrą książkę Justyny Dąbrowskiej pt. „Rozmowy z mistrzami. Starość – nie ma się czego bać”. Są to rozmowy ze znanymi myślicielami o tym, czym jest dla nich starość. Myślę, że każdy „wczesny senior” powinien ją przeczytać.



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/book-2948634/b0red

Studia podyplomowe z Psychogerontologii w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Wrocławskiego stanowią szerokie przygotowanie teoretyczne i praktyczne do pracy z osobami starszymi. W roku akademickim 2020/21 w Instytucie Psychologii UW wruchamy V edycję Studiów Podyplomowych z Psychogerontologii. Są to unikalne, pierwsze tego typu, studia we Wrocławiu, a co więcej na Dolnym Śląsku. Biorąc pod uwagę zmiany w strukturze demograficznej Polski, która jest aktualnie najszybciej starzejącym się krajem w Europie, prowadzone w Instytucie Psychologii studia o charakterze interdyscyplinarnym odpowiadają aktualnym wymogom współczesnego rynku pracy.

Absolwent studiów podyplomowych z Psychogerontologii posiada wiedzę teoretyczną i umiejętności praktyczne pozwalające na samodzielną lub zespołową pracę z osobami starszymi. Wyposażony jest w wiedzę na temat zmian rozwojowych charakterystycznych dla okresu starości, kondycji fizycznej i psychicznej osób starszych oraz typowych dla tej grupy wiekowej problemów zdrowotnych, psychologicznych i społecznych. Posiada kompetencje niezbędne do rozpoznawania problemów osób starszych i udzielania niezbędnej pomocy w ich pokonywaniu oraz realizacji ogólnorozwojowych działań aktywizujących seniorów.

Program kształcenia na studiach podyplomowych z Psychogerontologii obejmuje moduły: psychologiczny, medyczny, kliniczny, andragogiczny, aktywizacji osób starszych, prawny i społeczny. Studia mają charakter teoretyczny i przede wszystkim praktyczny. Realizowane są przez wyspecjalizowaną kadrę z Uniwersytetu Wrocławskiego, Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu. Są to eksperci reprezentujący psychologię i dziedziny istotne przy kształceniu specjalistów z psychogerontologii: neuropycholodzy, lekarze, psychoonkolodzy, fizjoterapeuci, prawnicy, socjologowie, andragodzy, psychodietycy. Zajęcia i warsztaty prowadzą również praktycy pracujący na co dzień z ludźmi starszymi – terapeuci zajęciowi, logopedzi, rehabilitanci, psychoterapeuci, pracownicy instytucji takich jak Wrocławskie Centrum Seniora, Orpea – Centrum Seniora we Wrocławiu, Domy Pomocy Społecznej, Departament Spraw Społecznych w Urzędzie Wojewódzkim we Wrocławiu, Uniwersytety Trzeciego Wieku i Kluby Seniora, by nasi słuchacze poza wiedzą mogli zdobyć konkretne umiejętności związane z pracą z osobami starszymi.

Nasze studia podyplomowe z Psychogerontologii uzyskują bardzo wysoką ocenę słuchaczy. Zajęcia odbywają się w trybie weekendowym w budynku przy ul. J.W. Dawida 1 lub w trybie online. Zjazdy przewidywane są max. 2 razy w miesiącu. Informacje znajdują Państwo na stronie internetowej: psychologia.uni.wroc.pl/Psychogerontologia.



Asystentów trzymał krótko i był tak samo bezlitosny dla cudzych błędów jak dla swoich własnych. Współpracowników odsyłał do pracy naukowej i chóru operetki. Potrafił ich zrużać „na zaś” i zaufać na zawsze. Pozostawił własną szkołę anatomopatologów, szeroko uznaną nie tylko w Polsce, ale także na świecie. Wykształcił wielu znakomych uczniów, którzy przez własną owocną działalność naukową kontynuują jego dzieło. O prof. dr. hab. Zygmuncie Albercie (1908-2001), pierwszym rektorze Akademii Medycznej we Wrocławiu z prof. dr. hab. Michałem Jeleniem rozmawia Aleksandra Solarewicz.

► PROF. DR HAB. MICHAŁ JELEŃ



Twórca i pierwszy kierownik Katedry Zakładu Patomorfologii i Cytologii Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, konsultant naukowy Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu. Na przełomie lat 70 i 80. ubiegłego wieku wprowadził w naszym regionie biopsje aspiracyjne cienkoigłową do morfologicznej diagnostyki onkologicznej. Zajmuje się badaniami związanymi z leczeniem raka piersi, przewodu pokarmowego i układu krwiotwórczego, wykorzystaniem sieci neuronowych m.in. w ocenie stopnia złośliwości w raku gruczołu piersiowego. Był również prorektorem Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Jest członkiem Deutsche Pathologische Gesellschaft, Polskiego Towarzystwa Patologów, Wrocławskiego Towarzystwa Naukowego, European Society of Pathology oraz przewodniczącym Sekcji Cytologii Klinicznej Polskiego Towarzystwa Patologów.

Przed Instytutem PAN we Wrocławiu (od lewej): prof. Zygmunt Albert, prof. Aleksander Niezabitowski, prof. Maria Kobuszewska-Faryna, prof. Kot, prof. Bożenna Zawirska, dr Renata Wojtala.



Aleksandra Solarewicz: Jest Pan uczniem pierwszego rektora Akademii Medycznej we Wrocławiu...

Prof. dr hab. Michał Jeleń: Tak, żyje nas jeszcze kilkoro. Doktor Renata Wojtala, dr Alicja Markowska-Woyciechowska, dr Tomasz Dzik, dr Ignacy Domański, dr hab. Henryk Sośnik, prof. dr hab. Andrzej Wojnar i ja.

A.S.: Pamięta Pan swój pierwszy dzień w pracy?

M.J.: Doskonale go pamiętam. Było to 1 października 1973 r. Wszedłem mocno przestraszony do zakładu, a na szczycie schodów na wysokim parterze stał mój o rok starszy kolega, niestety nieżyjący już śp. dr Zygmunt Szydło (do dzisiaj pamiętam, jak był ubrany!). Uspokajającym głosem zapytał mnie, czy idę do pracy, a gdy potwierdziłem, powiedział, że Pan Profesor już czeka.

Wszedłem do gabinetu, na przeciw drzwi stało wielkie biurko, a obok, pod oknem, kanapa. Pan Profesor siedział za biurkiem, zza którego na mój widok wstał, i razem usiedliśmy na kanapie. Doskonale pamiętał, jak zdawałem u niego egzamin na V roku studiów. Powiedział mi, na czym polega praca w zakładzie anatomii patologicznej, jak odbywa się specjalizacja. Na koniec spytał, czy wiąże swoją przyszłość z anatomią patologiczną. To było bodaj najtrudniejsze wtedy pytanie.

A.S.: Dlaczego?

M.J.: Moim marzeniem była chirurgia i nie ukrywam, że traktowałem pracę w zakładzie jako odskocznię prowadzącą do tej właśnie specjalizacji. Zresztą tak w owym czasie robiło wielu. Jednym z bardziej znanych chirurgów, który rozpoczął pracę w zakładzie

Wielk

anatomii patologicznej, był śp. prof. Roman Rutowski.

„Furtka do chirurgii” w czasie mojej pracy w zakładzie otwierała się kilkakrotnie, ale zawsze było coś ważniejszego: a to egzamin specjalizacyjny na I stopień, a to doktorat. Nie ukrywałem przed Profesorem swoich zamiarów. On jednak zachęcał mnie do tego, abym nie tracił czasu, bo nie wiadomo, kiedy ewentualne przeniesienie na chirurgię będzie możliwe. Przekonywał, abym rozpoczął specjalizację i pracę naukową. I tak też się stało. W miarę upływu czasu i poznawania tej ciekawej specjalności coraz bardziej ją lubiłem, coraz mniej myślałem o chirurgii i coraz silniej wiązałem swoją przyszłość z anatomią patologiczną. Na zakończenie tej pierwszej rozmowy Profesor wyznaczył mi termin kolokwium z całej anatomii patologicznej (!) dopuszczające do zajęć dydaktycznych.

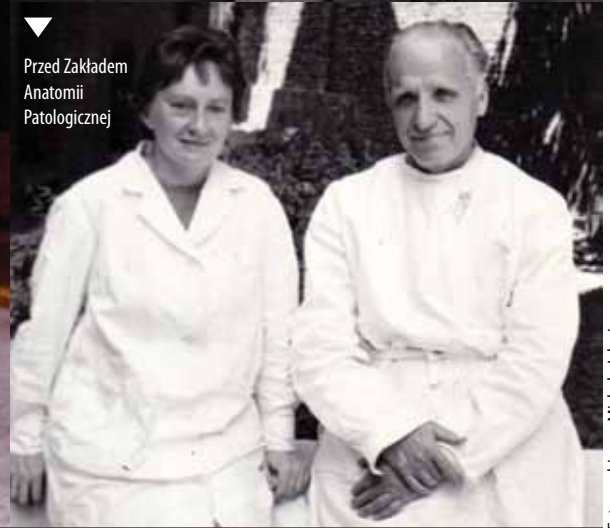
A.S.: I zobowiązania skrupulatnie od Pana wyegzekwował?

M.J.: Profesor był niezwykle wymagającym szefem, nie tolerował jakiegokolwiek sprzeciwu, wymagał bezwzględnej punktualności. Gdy rano przychodziliśmy do zakładu parę minut przed 8.00, rugał za spóźnienie, bo punktualnie o 8.00 rozpoczynały się zajęcia dydaktyczne, należało więc przyjść na tyle wcześnie, by móc się do tych zajęć przygotować.

Pamiętam takie dwie sytuacje: siedzieliśmy z dr. Szydło w oparach formaliny, opracowując wycinki. Naraz wpadł Profesor i strasznie na mnie nakrzyczał za to, że popełniłem błąd przy pobieraniu wycinków. Gdy się już wykrzyczał, wyszedł z pracowni, a po kilkunastu minutach



▼
Profesor Zygmunt Albert
w Tokio na spotkaniu z rektorem
tamtejszego uniwersytetu



▼
Przed Zakładem
Anatomii
Patologicznej

Fot. z archiwum Michała Jelenia

i Albert

Rozmawia
Aleksandra Solarewicz

wrócił i powiedział: „Michał, to nie był wasz błąd, ale to macie już na zaś”. I druga sytuacja, też związana z błędem. Gdy Profesor wychwytywał swój błąd, wołał wszystkich asystentów, pokazywał, na czym on polegał, i mówił: „Popatrzcie, jak się stary Albert pomylił”. Trzeba być wielkim człowiekiem, by umieć przyznać się do błędu.

A.S.: I to wobec własnych uczniów...

M.J.: Profesor bardzo przestrzegał rzetelnego prowadzenia dokumentacji medycznej. Protokoły po obdukcji musiały być napisane w ciągu 24 godzin. Tasiemcowe rozpoznania ułożone w logiczny ciąg zdarzeń pisano po łacinie, którą Profesor znał biegle. Zapis daty w języku łacińskim wcale nie jest prosty, bo proszę rozszyfrować np. taką datę: Ante Diem XVIII Kalendas Januarias Anno MMXX – co znaczy osiemnasty dzień przed kalendami styczniowymi roku 2020, czyli 15.12.2019 r. (Nawiasem mówiąc Kalendas (pierwszy dzień miesiąca) jest jedynym słowem w języku łacińskim pisanym przez „k” – ciekawostka taka). Profesor takiego zapisu od nas wymagał. Protokoły składaliśmy do teczek w sekretariacie, następnego dnia poprawione łądowały w teczkę pod takim tytułem.

A.S.: W jaki sposób raportowało się postępy w pracy?

M.J.: Raz w miesiącu wieczorem, w zakładowej bibliotece, odbywały się czwartkowe spotkania pączkowe. Profesor kupował pączki, była kawa i herbata (Profesor pił parzoną z dwóch listków). Na tych pączkowych spotkaniach mieliśmy przedstawić przeczytane przez nas artykuły na-

ukowe. W tamtych czasach nie było to proste (nie było PubMedów ani Medlinów). Trzeba było spędzić trochę czasu w bibliotece, przejrzeć grubą księgę „Indeks Medicus” i „Current Contents”, często napisać do autorów z prośbą o przysłanie odbitki pracy, bo wielu czasopism w bibliotece nie było. Na tych spotkaniach Profesor ustalał plan prac badawczych i ewentualnie wyznaczał tematykę badań do prac doktorskich, najczęściej eksperymentalnych.

A.S.: Jak potoczyła się Pana kariera?

M.J.: Specjalizację z patomorfologii (dawniej anatomii patologicznej) do I stopnia robiłem pod kierunkiem doc. dr. hab. Henryka Starzyka (to także jedna z legend zakładu), a do II stopnia pod kierunkiem prof. dr. hab. Bożenry Zawirskiej, następczyni profesora Alberta od 1979 r. Gdy wróciliśmy z Panią Profesor z egzaminu, który odbywał się w Warszawie, prof. Albert podszedł do mnie, bardzo wylewnie pogratulował, na koniec powiedział: „ale u mnie byście nie zdali”, i poszedł. Egzamin w Warszawie zdawałem przed komisją, której przewodniczyła prof. dr. hab. Maria Kobuszewska-Faryna, siostra Jana Kobuszewskiego i mama mojego przyjaciela dr. Jana Faryny. »

**A.S.: Profesor Albert był promotorem Pana pracy doktorskiej?**

M.J.: Tak. Prowadziłem badania eksperymentalne na zwierzętach z zakresu onkologii eksperymentalnej. Profesor co jakiś czas wypytywał mnie o postępy moich prac. Najczęściej odbywało się to w zakładowym korytarzu. Po moich wywodach Profesor niezmiennie pytał: „Michał, a co wy właściwie robicie?”. Tak było do momentu złożenia przeze mnie pracy do poprawienia. Profesor zrobił w niej tzw. kipisz, a potem robił to, ilekroć poprawiłem tekst (co wiązało się z przepisywaniem ponad 100 stron na maszynie, i to wielokrotnie, bo komputerów wtedy nie było!). Gdy już miałem dosyć, spytałem Profesora, czy mogę już oddać tekst sekretarce do przepisania, i wtedy usłyszałem: „Dawno mogliście”. A gdy odpowiedziałem, że przecież Pan Profesor ciągle wskazywał poprawki, usłyszałem: „Jak mi dawaliście, to ja poprawiałem”. Miałem bardzo krytyczny stosunek do mojej pracy doktorskiej do momentu, kiedy jeden z recenzentów mojego dorobku do habilitacji napisał, że jest ona jedną z cenniejszych publikacji w mojej karierze naukowej.

”

Tylko przez skromność Profesora wątrobiak wyindukowany chryzoidyną u myszy nie nosi jego imienia. Wiele miesięcy Profesor domagał się w Ministerstwie Zdrowia wycofania tych związków z przemysłu spożywczego i farmaceutycznego. Dopiero jednak po wycofaniu ich za granicą Ministerstwo Zdrowia zrobiło to samo w Polsce. Dzięki Profesorowi nie jemy dzisiaj żółciutkiego maśłka barwionego chryzoidyną!

“

A.S.: Perfekcjonista i despota?

M.J.: Gdybym miał jednym słowem opisać, jakim Profesor był człowiekiem, to powiedziałbym, że był człowiekiem dobrym. Przy wielkim dystansie, jaki stwarzał, wygłaszanych tezach o tym, że asystentów może mieć na pęczki, a laborantki to skarb, bardzo o nas dbał, co widać było w sytuacjach dla nas trudnych. Pamiętam, jak któregoś dnia po telefonie od mojej mamy (mieszkała w Karpaczu) z prośbą, żebym szybko przyjechał, bo dzieje się coś złego, poszedłem do Pana Profesora poprosić o zwolnienie. Profesor wręczył mi dokumenty i kluczyki od swojego samochodu (malucha!), kazał jechać i powiedział, że auto zwrócę, jak już będę mógł wrócić do Wrocławia.

Profesor nie tolerował picia alkoholu, przyłapanie po tzw. spożyciu mogło skończyć się natychmiastowym zwolnieniem z pracy, w tamtym czasie było to możliwe. Miał też duże poczucie humoru. Pamiętam, jak po imieninach jego syna Wiktora, następnego dnia wezwał dr. Szydło i mnie do gabinetu po to, by nas poinformować, że według niego minęliśmy się z powołaniem i obaj powinniśmy śpiewać w Operetce Dolnośląskiej.

A.S.: Arcyciekawa osobowość!

M.J.: Myślę, że sylwetkę Profesora i cele, jakie w życiu sobie wyznaczał, świetnie opisuje wiersz „Traktat moralny” Czesława Miłosza:

*Żyjesz tu, teraz. Hic et nunc.
Masz jedno życie, jeden punkt.
Co zdążysz zrobić, to zostanie,
Choćby ktoś inne mógł mieć zdanie.*

Takiej też postawy życiowej nas uczył!

A.S.: Profesor Albert był pierwszym rektorem Akademii, i to w trudnych czasach...

M.J.: Czasu pełnienia przez niego funkcji rektora oczywiście nie mogę pamiętać, ale trochę je znam z przekazów i, kontynuując Miłoszowy wątek, odpowiedziałbym tak:

*Nie jesteś jednak tak bezwolny,
A choćbyś był jak kamień polny,
Lawina biegnie do tego zmienia,
Po jakich toczy się kamieniach.
I, jak zwykł mawiać już ktoś inny,
Możesz, więc wpłynąć na bieg lawiny.*

Wydział Nauk Lekarskich do końca 1949 roku był wydziałem Uniwersytetu Wrocławskiego. 1 stycznia 1950 roku została powołana początkowo Akademia Lekarska, a potem Akademia Medyczna. Jak mówił Profesor, na wzór Związku Sowieckiego, po to, by PZPR mogło mieć wpływ między innymi na politykę kadrową uczelni. Pierwszym rektorem, powołanym ku jego własnemu zaskoczeniu, został prof. dr hab. Zygmunt Albert. Profesor nie należał do partii, a jego poglądy, dalekie od komunistycznych, były powszechnie znane. Kadencja Profesora to właściwie permanentna walka z PZPR w obronie kadry naukowej. Regularnie zgłaszali się do rektora sekretarze POP PZPR ze skargami na poszczególnych profesorów za ich „niesocjalistyczne odnoszenie się do obecnej rzeczywistości”, skarżyli się też na nieobyczajne zachowanie niektórych.

Profesor opowiadał, jak to pewnego razu ci sami sekretarze zgłosili się do niego ze skargą na profesora, który rzekomo biegał rozneglizowany nieobyczajnie po balkonie swego domu za służącą. Rektor polecił więc sprowadzić do siebie osobę, która to widziała. Sekretarze nigdy więcej tej sprawy nie poruszyli. Jednym z profesorów, których prof. Albert bronił przed zakusami partyjnych aparatczyków, był psychiatra prof. Adrian Demianowski. Niestety, działacze partyjni widząc, że u rektora niczego nie zwojują, zgłosili się do Ministerstwa Zdrowia, gdzie ówczesny wiceminister dr Władysław Barcikowski, z pominięciem rektora, podpisał zwolnienie prof. Demianowskiego. Okazało się, że sekretarze POP PZPR chcieli powołać Instytut Neurologiczno-Psychiatryczny, w którym jeden z nich miał objąć kierownictwo.

A.S.: W Białymstoku patronem lekarzy okazał się Julian Marchlewski. U nas miało być „jeszcze lepiej”...

M.J.: Dzień, w którym sekretarze POP PZPR złożyli wniosek o nadanie wrocławskiej Akademii Medycznej imienia Józefa Stalina, był – jak myślę – najtrudniejszy dla profesora-rektora. Sytuacja ta wymagała od niego wielkiej dyplomacji. Po wielu rozmowach prof. Albert przekonał wnioskodawców, że na nadanie imienia Stalina „tak małej uczelni” zgodzić się musi sam *generalissimus*. Na szczęście ta argumentacja przemówiła do działaczy partyjnych.

Dziwne to były czasy, w których, w myśl zarządzenia działu kadr naukowych Ministerstwa Zdrowia, kierownik kadr był ponad rektorem. I taki człowiek, często niemający ukończonej szkoły średniej, miał prawo opiniowania i oceny prac naukowych oraz samych naukowców z pominięciem dziekanów wydziałów i rektora! Dzięki protestom rektorów uczelni wyższych, w tym prof. Alberta, ministerstwo z tego pomysłu się wycofało.

Profesor Albert w 1954 r. zrezygnował z pełnienia funkcji rektora i przekazał tę funkcję prof. Antoniemu Falkiewiczowi. Czyż zacytowany powyżej wiersz Miłosza nie oddaje czasu i sposobu albertowego rektorowania?

A.S.: Trzeźwa ocena komunizmu była oczywista u profesora, który pochodził z Kresów. Bo to był lwowianin, prawda?

M.J.: Profesor Zygmunt Albert studia lekarskie ukończył na Uniwersytecie Jana Kazimierza we Lwowie w marcu 1934 r. i po ukończeniu stażu lekarskiego w 1935 r. rozpoczął pracę naukową jako doktorant i asystent w Zakładzie Anatomii Patologicznej UJK we Lwowie, kierowanym przez legendę polskiej patologii prof. Witolda Nowickiego. W lipcu 1935 r. obronił pracę doktorską, a cztery lata później, tj. w październiku 1939 r. uzyskał veniam legendi z anatomii patologicznej. Profesor Albert miał wtedy 33 lata i mimo kolejnych okupacji nie zaprzestał pracy naukowej.

A.S.: Mimo że z rąk Niemców zginął jego pryncypał...

M.J.: Tak. Po wymordowaniu 4 lipca 1941 r. przez Einsatzkommando zur besonderen Verwendung polskich profesorów we Lwowie na Wzgórzach Wuleckich, w tym prof. Witolda Nowickiego, prof. Albert rozpoczął zbieranie informacji, materiałów i dokumentów oraz prowadził dochodzenie na terenie kaźni 25 profesorów. Wyniki tego dochodzenia przedstawił w wielu publikacjach, część już po przejściu na emeryturę.

A.S.: Jako polski naukowiec, czyli persona non grata, musiał w końcu uciekać na zachód, tak?

M.J.: Profesor Albert opuścił Lwów w grudniu 1945 r., a do Wrocławia przyjechał 3 stycznia 1946. Od 1945 r. Zakładem Anatomii Patologicznej Uniwersytetu Wrocławskiego kierował doc. dr hab. Henryk Starzyk. Od stycznia 1946 r. rektor Stanisław Kulczyński mianował profesorem nadzwyczajnym docenta Alberta i powierzył mu kierowanie zakładem.

A.S.: I znalazł współpracowników ze szkoły lwowskiej?

M.J.: Profesor Zygmunt Albert, dr Kazimierz Mędraś i dr Henryk Starzyk, nazywani „Gwiazdą Trójkątną”, kontynuowali tradycje i badania szkoły lwowskiej. To oni doprowadzili do zorganizowania pracy dydaktycznej, usługowej i naukowej w Zakładzie Anatomii Patologicznej. Do tej wielkiej trójcy dołączyły po czasie dr Zofia Rodakowska, Eugenia Pokrowska-Ogielska oraz Bożenna Zawirska, późniejsza profesor i następczyni prof. Alberta. Od 1946 r., na prośbę Ministerstwa Zdrowia, zakład kierowany przez Profesora wykonywał badania histopatologiczne dla wszystkich szpitali Dolnego i Górnego Śląska. Badania wykonywane były przez trójkę patologów – „Gwiazdę Trójkątną”.

A.S.: W warunkach, w których wszystko trzeba było „organizować”, „zdobywać”?

M.J.: Nie było na przykład podręczników. Na wykładach Profesora (a był świetnym wykładowcą) gromadzili się liczni studenci skrupulatnie spisujący przekazywaną przez niego wiedzę. Na tej podstawie powstał pierwszy skrypt z anatomii patologicznej nazwany „Małym Albertem”.

A.S.: W czym specjalizował się jego zakład?

M.J.: Filarem działalności naukowej zakładu była pracownia eksperymentalna. Profesor Albert utworzył w zakładzie zwierzętarnię doświadczalną. Początkowo mieściła się na niskim parterze budynku, a później w 1970 r., w nowo wybudowanym budynku w sąsiedztwie zakładu. Swoje zainteresowania badawcze Profesor skierował na Zachód, nawiązując bezpośrednie kontakty, dzięki którym w 1947 roku wyjechał jako stypendysta Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) do Londynu, gdzie współpracował z prof. sir Alexandrem Haddowem i prof. sir Ernestem Kennaway'em (odkrywcą rakotwórczego działania smoły pogazowej) oraz licznymi innymi wybitnymi onkologami.

Z instytutu The Chester Beatty Cancer Research Profesor otrzymał w darze wsobne szczepy szczurów Wistar zaszczerpione nowotworami, a z Instytutu Gustav Roussy w Paryżu dwa wsobne szczepy myszy. Stanowiło to zaczątek burzliwie rozwijających się badań we Wrocławiu z zakresu onkologii eksperymentalnej, dzięki którym prof. Zygmunta

Alberta lepiej znano w Japonii niż w Polsce! Dzięki swej aktywności naukowej w 1952 r. powierzono Profesorowi kierowanie Oddziałem Onkologii Doświadczalnej Instytutu Immunologii i Terapii Polskiej Akademii Nauk, a w 1969 r. został wybrany na członka rzeczywistego PAN.

W mojej opinii największym osiągnięciem Profesora są prace publikowane w piśmiennictwie krajowym i zagranicznym, w których dowiódł, że związki dwuazowe, używane jako barwniki spożywcze i do produkcji leków, w tym prontosil czerwony i chryzoidyna (żółcień maślana dodawana do masła), są rakotwórcze, a więc groźne dla zdrowia i życia ludzkiego. Tylko przez skromność Profesora wątrobiak wyindukowany chryzoidyną u myszy nie nosi jego imienia. Wiele miesięcy Profesor domagał się w Ministerstwie Zdrowia wycofania tych związków z przemysłu spożywczego i farmaceutycznego. Dopiero jednak po wycofaniu ich za granicą Ministerstwo Zdrowia zrobiło to samo w Polsce. Dzięki Profesorowi nie jemy dzisiaj żółciutkiego masła barwionego chryzoidyną!

A.S.: Kierownik, rektor, nauczyciel akademicki. Co jeszcze zasługuje na uznanie?

M.J.: O aktywności naukowej Profesora i jego zasługach na tym polu mógłbym mówić jeszcze długo, bo nie sposób przedstawić całego dorobku tak wielkiego człowieka w tak krótkim wywiadzie. Warto jednak jeszcze wspomnieć, że w 1947 r. Profesor został założycielem Szkoły Asystentek Medycznych, prekursorki, jak sądzę, dzisiejszego Oddziału Analityki Medycznej Wydziału Farmacji UMW – mam wrażenie, że dzisiaj już nikt o tym nie pamięta. Na emeryturę prof. Albert przeszedł w 1979 r., przekazując kierowanie katedrą prof. dr hab. Bożennie Zawirskiej. W 1981 r. wyjechał do syna do Niemiec. Tam zastał go stan wojenny, który skłonił go do decyzji o pozostaniu w tym kraju. Odwiedziłem Profesora w 1985 r. w czasie pobytu na stypendium im. Jakuba hr. Potockiego w Wuerzburgu. W czasie tego kilkudniowego spotkania Profesor pokazywał mi publikacje z zakresu historii medycyny w „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny”, „Zeszytach Historycznych” oraz, co dla mnie w tamtym czasie było najbardziej interesujące, w paryskiej „Kulturze”.

Proszę pozwolić, że zakończę opowiadanie o Profesorze – moim pierwszym szefie i mentorze – słowami prof. Waldemara Kozuschka: „We Wrocławiu profesor Zygmunt Albert pozostawił własną szkołę anatomicopatologów, szeroko uznaną nie tylko w Polsce, ale także na świecie. Wykształcił wielu znakomitych uczniów, którzy przez własną owocną działalność naukową kontynuują jego dzieło”.

Ta opinia jest dla nas ważna, ponieważ nie wyraża jej patolog, ale chirurg, profesor Uniwersytetu w Bochum. – *Makes you think, doesn't it?* ■

PS 2 października w rektoracie Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu odsłonięto uroczystie tablicę poświęconą prof. Zygmunтови Albertowi. Jej fundatorami są prof. Michał Jeleń oraz Komisja Historyczna DRL. Relacja z wydarzenia w nr 11/2020 „Medium”.



Fot. z archiwum „Medium”



PRAWO NA CO DZIEN

Mec. Beata Kozyra-Łukasiak – radca prawny DIL

14 sierpnia 2020 r. zostało opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 1398 obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 15 lipca 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

19 sierpnia 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 sierpnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 1404.

Więcej na stronie:
www.dilnet.wroc.pl/
zakładka PRAWO

25 sierpnia 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 1433.

Pilotaż trwa do 31 grudnia 2021 r.

29 sierpnia 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 1395.

Standard organizacyjny teleporady, udzielanej w ramach POZ, obejmuje:

- informowanie przez świadczeniodawcę POZ w miejscu wykonywania świadczeń oraz na jego stronie internetowej, a na żądanie pacjenta również telefonicznie, o warunkach udzielania teleporad z uwzględnieniem prawa pacjenta do zgłoszenia w trakcie teleporady woli osobistego kontaktu z właściwym personelem medycznym. Informacja określa:
 - systemy teleinformatyczne lub systemy łączności, przy użyciu których świadczeniodawca POZ udziela teleporad;

- sposób ustalenia terminu teleporady;
- sposób nawiązania kontaktu między świadczeniodawcą POZ a pacjentem w celu udzielenia teleporady oraz sposób jej udzielenia;
- sposób postępowania w sytuacji, gdy brak kontaktu z pacjentem w ustalonym terminie teleporady skutkuje jej anulowaniem, przy czym świadczeniodawca POZ jest obowiązany do podjęcia co najmniej trzykrotnej próby kontaktu z pacjentem, w odstępie nie krótszym niż 5 minut, w celu udzielenia teleporady;
- możliwość skorzystania ze świadczenia opieki zdrowotnej udzielonego w bezpośrednim kontakcie z pacjentem, w przypadku gdy niezbędne z uwagi na stan zdrowia pacjenta świadczenie zdrowotne nie jest możliwe do zrealizowania w formie teleporady;
- instrukcje o sposobie realizacji e-recepty, e-skierowania, e-zlecenia na wyroby medyczne, zlecenia badań dodatkowych, w szczególności laboratoryjnych lub obrazowych oraz możliwości założenia przez pacjenta Internetowego Konta Pacjenta.
- informowanie NFZ przez świadczeniodawcę POZ o numerze telefonu, pod którym są udzielane teleporady;
- potwierdzenie przez osobę udzielającą teleporady, przed jej udzieleniem, tożsamości pacjenta na podstawie danych przekazanych przez niego za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności oraz:
 - na podstawie danych wskazanych w dokumentacji medycznej lub deklaracji wyboru, lub
 - po okazaniu przez pacjenta dokumentu potwierdzającego tożsamość, przy udzielaniu świadczenia opieki zdrowotnej w formie wideoporady, lub przy wykorzystaniu elektronicznego konta pacjenta
- dokonanie, przez osobę udzielającą teleporady, adnotacji w dokumentacji medycznej o realizacji świadczenia zdrowotnego w formie teleporady;
- przeprowadzenie teleporady w warunkach gwarantujących poufność, w tym zapewnienie braku dostępu osób nieuprawnionych do informacji przekazywanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności;
- w przypadku przekazywania informacji dotyczącej stanu zdrowia pacjenta, w tym cyfrowego odwzorowania dokumentacji medycznej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych, stosowanie przez świadczeniodawcę POZ rozwiązań techniczno-organizacyjnych służących zapewnieniu transmisji dokumentów elektronicznych w postaci graficznej i tekstowej, w sposób zapewniający ich integralność oraz ochronę przed nieuprawnionym wykorzystaniem, przypadkowym lub niezgodnym z prawem zniszczeniem, utraceniem, zmodyfikowaniem, nieuprawnionym ujawnieniem lub nieuprawnionym dostępem;
- dokonanie przez osobę udzielającą teleporady na podstawie badania podmiotowego i po analizie dostępnej dokumentacji medycznej pacjenta, w tym udostępnionej za pośrednictwem systemu teleinformatycznego, następujących czynności:
 - udzielenie świadczenia zdrowotnego, w tym ustalenie, czy teleporada jest wystarczająca dla problemu zdrowotnego będącego jej przedmiotem, lub
 - poinformowanie pacjenta o konieczności udzielenia świadczenia zdrowotnego w bezpośrednim kontakcie z pacjentem.

Świadczeniodawcy POZ dostosują swoją działalność do powyższych wymagań w terminie 60 dni od dnia wejścia w życie rozporządzenia.

1 września 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2020 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa leków przysługujących bezpłatnie świadczeniobiorcom w ciąży, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 1447.

1 września 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie recept, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 1432.

W przypadku realizacji recepty, na której przepisano produkt leczniczy, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny podlegający refundacji, Dokument Realizacji Recepty nie obejmuje symbolu oddziału NFZ, natomiast pozostawia się symbol instytucji właściwej dla osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji wraz z numerem EKUZ oraz datą jej ważności, jeżeli dotyczy.

W załączniku nr 1 do rozporządzenia wprowadzony został **kod uprawnień dodatkowych „C” – kobieta w ciąży posiadająca uprawnienie do bezpłatnego zaopatrzenia w leki określone w wykazie ministra zdrowia.**

Osoba realizująca receptę nie może uzupełnić uprawnienia „C”, gdy nie zostało ono wpisane przez osobę wystawiającą receptę.

1 września 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 sierpnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie nadania statutu Głównemu Inspektoratowi Sanitarnemu, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 1402.

1 września 2020 r. weszła w życie Ustawa z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu, opublikowana w Dz. U. z 2020 r., poz. 1493.

Zmiany zostały wprowadzone między innymi:

– W USTAWIE O ZAWODACH LEKARZA I LEKARZA DENTYSTY

Jeżeli lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii nie może realizować programu szkolenia specjalizacyjnego w określonym wymiarze czasu pracy, za czas nierealizowania programu szkolenia przysługuje mu wynagrodzenie w dotychczasowej wysokości, o ile zgłosił jednostce szkolącej gotowość do realizacji programu tego szkolenia – z wyłączeniem wynagrodzenia za pełnienie dyżurów medycznych. W powyższym przypadku okres trwania szkolenia specjalizacyjnego ulega przedłużeniu. »



Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne, który w związku ze stanem zagrożenia epidemicznego lub stanem epidemii nie może realizować szkolenia specjalizacyjnego w sposób zgodny z programem szkolenia specjalizacyjnego, jest zwolniony z obowiązku wykonania i udokumentowania procedur medycznych objętych danym programem szkolenia specjalizacyjnego, jeżeli do wykonania danej procedury w liczbie przewidzianej w programie specjalizacji konieczne jest przedłużenie szkolenia specjalizacyjnego i kierownik specjalizacji potwierdzi w EKS, że lekarz posiada umiejętność wykonywania danej procedury oraz wykonał daną procedurę co najmniej w liczbie stanowiącej połowę liczby, w jakiej procedura ta powinna być wykonana zgodnie z programem szkolenia specjalizacyjnego.

Jeżeli w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii przeprowadzenie egzaminu testowego albo ustnego PES nie będzie możliwe ze względu na bezpieczeństwo osób biorących udział w tym egzaminie, minister zdrowia może w trakcie sesji egzaminacyjnej podjąć decyzję o odstąpieniu od przeprowadzenia egzaminu testowego albo ustnego PES w danej dziedzinie w tej sesji z zachowaniem łącznie jednej z form PES.

Komunikat o odstąpieniu od przeprowadzenia egzaminu testowego albo ustnego PES zamieszcza się na stronie internetowej urzędu obsługującego ministra zdrowia oraz na stronie internetowej CEM.

W uzasadnionych przypadkach, związanych z wystąpieniem zwiększonego zagrożenia epidemicznego lub innych okoliczności zagrażających bezpieczeństwu osób uczestniczących w PES, dyrektor CEM w porozumieniu z przewodniczącym właściwej PKE może zdecydować, że egzamin ustny PES zostanie przeprowadzony za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej umożliwiającym jednoczesny udział zdającego i wszystkich członków zespołu egzaminacyjnego.

Zdalny PES może być przeprowadzony w siedzibie CEM albo w innym miejscu wskazanym przez dyrektora CEM w porozumieniu z przewodniczącym zespołu egzaminacyjnego. Wojewoda jest obowiązany do współpracy z dyrektorem CEM przy organizacji i przeprowadzaniu zdalnego PES. W trakcie całego czasu trwania zdalnego PES zdający znajduje się pod bezpośrednim nadzorem pracownika CEM, przewodniczącego zespołu egzaminacyjnego albo przedstawiciela właściwego wojewody.

Oprogramowanie służące do przeprowadzenia zdalnego PES jest udostępniane i konfigurowane przez CEM. Przebieg zdalnego PES jest rejestrowany. Zdający jest widziany i słyszany przez wszystkich członków zespołu egzaminacyjnego bezpośrednio lub za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

W przypadku zdalnego PES członkowie zespołu egzaminacyjnego, podczas całego egzaminu, są widziani i słyszani za pomocą środków komunikacji elektronicznej i składają ustne oświadczenia dotyczące wystawionych przez nich ocen. Oświadczenia te są rejestrowane za pomocą środków komunikacji elektronicznej lub, jeżeli nie ma takiej możliwości, za pomocą oprogramowania dostępnego na stacjach roboczych członków zespołu egzaminacyjnego.

Z opłaty za kolejne zgłoszenie do PES może zostać zwolniony lekarz, który w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii mimo zgłoszenia się do PES nie przystąpił do tego egzaminu. W celu uzyskania zwolnienia z opłaty lekarz w terminie 70 dni od dnia, w którym odbył się PES, do którego miał przystąpić, składa do dyrektora CEM wnioski o zwolnienie z opłaty za kolejne zgłoszenie do PES.

Kursy szkoleniowe objęte programem danej specjalizacji

mogą być realizowane z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość, jeżeli możliwość takiej formy przewiduje program specjalizacji lub została uzyskana zgoda dyrektora CMKP.

– W USTAWIE PRAWO FARMACEUTYCZNE

Do obrotu są dopuszczone bez konieczności uzyskania pozwolenia produkty lecznicze, sprowadzane z zagranicy, jeżeli ich zastosowanie jest niezbędne dla ratowania życia lub zdrowia pacjenta, pod warunkiem że dany produkt leczniczy jest dopuszczony do obrotu w kraju, z którego jest sprowadzany i posiada aktualne pozwolenie dopuszczenia do obrotu (import docelowy).

Podstawą sprowadzenia produktu leczniczego jest recepta oraz zapotrzebowanie wystawione przez lekarza w podmiocie wykonującym działalność leczniczą na produkt leczniczy stosowany w podmiocie wykonującym działalność leczniczą lub na produkt leczniczy stosowany poza podmiotem wykonującym działalność leczniczą, którego zasadność wystawienia została potwierdzona przez konsultanta z danej dziedziny medycyny.

Złożenie zapotrzebowania i jego rozpatrzenie oraz komunikacja z ministrem zdrowia w tym zakresie odbywa się za pośrednictwem Systemu Obsługi Importu Docelowego (od 1 stycznia 2021 r.)

Lekarz wystawiający zapotrzebowanie składa do ministra zdrowia wnioski o założenie konta w SOID. Wniosek zawiera imię i nazwisko, adres poczty elektronicznej oraz numer prawa wykonywania zawodu lekarza.

Wniosek składa się w postaci elektronicznej oraz opatruje się go kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym, podpisem osobistym albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzenia pochodzenia i integralności danych w postaci elektronicznej dostępnego w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez ZUS.

Zapotrzebowanie podpisują:

- lekarz wystawiający zapotrzebowanie, osoba upoważniona do reprezentacji podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz konsultant potwierdzający zasadność wystawienia zapotrzebowania – w przypadku zapotrzebowania na produkt leczniczy stosowany w podmiocie wykonującym działalność leczniczą;
- lekarz wystawiający zapotrzebowanie oraz konsultant potwierdzający zasadność wystawienia zapotrzebowania – w przypadku zapotrzebowania na produkt leczniczy stosowany poza podmiotem wykonującym działalność leczniczą.

Zapotrzebowanie jest przesyłane, za pośrednictwem SOID, do konsultanta krajowego lub konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie medycyny odpowiedniej ze względu na chorobę lub problem zdrowotny pacjenta, w celu potwierdzenia zasadności jego wystawienia. W przypadku potwierdzenia zasadności wystawienia zapotrzebowania konsultant przesyła w SOID potwierdzone zapotrzebowanie do ministra zdrowia.

Na receptie transgranicznej nie mogą być przepisane produkty lecznicze recepturowe, preparaty zawierające środki odurzające lub substancje psychotropowe oraz produkty lecznicze o kategorii dostępności „Rpz”.

W przypadku wystawienia recepty w postaci elektronicznej pacjent otrzymuje informację o wystawionej receptce:

- na wskazany w systemie informacji w ochronie zdrowia adres poczty elektronicznej, jeżeli dotyczy;

- na wskazany w systemie informacji w ochronie zdrowia numer telefonu, w postaci wiadomości zawierającej co najmniej kod dostępu oraz informację o konieczności podania numeru PESEL przy realizacji recepty – na żądanie pacjenta wyrażone w Internetowym Koncie Pacjenta;
- w postaci wydruku – w przypadku braku wskazania powyższych danych oraz na żądanie pacjenta, albo w innej uzgodnionej postaci zawierającej co najmniej klucz dostępu do recepty lub pakietu recept lub kod dostępu oraz nazwę produktu leczniczego.

Do informacji pacjent ma również dostęp w Internetowym Koncie Pacjenta lub otrzymuje tę informację w sposób określony powyżej. Informacja obejmująca co najmniej kod dostępu może być przekazana również do aplikacji mobilnych użytkowanych przez pacjenta, na jego żądanie (od 1 stycznia 2021 r.).

– W USTAWIE O ŚWIADCZENIACH OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

Świadczeniobiorcy przysługują świadczenia gwarantowane udzielane za pośrednictwem systemu teleinformatycznego udostępnionego przez jednostkę podległą ministrowi zdrowia właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia (od 1 stycznia 2021 r.).

Świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym. Wynagrodzenie to obejmuje wyłącznie uzasadnione koszty świadczeń opieki zdrowotnej, których wartość nie może przekroczyć kwoty określonej w ustawie, udzielonych w sytuacji braku możliwości transportu pacjenta, ze względu na przeciwwskazania medyczne, do świadczeniodawcy posiadającego taką umowę, albo koszty przygotowania pacjenta do transportu do świadczeniodawcy posiadającego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz koszty tego transportu, jeżeli świadczeniodawca takie koszty poniósł.

Fundusz informuje świadczeniobiorcę o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, średnim czasie oczekiwania na dane świadczenie oraz o pierwszym wolnym terminie jego udzielenia. Świadczeniodawca przekazuje każdego dnia roboczego, z wyłączeniem sobót, niedziel oraz dni ustawowo wolnych od pracy, Funduszowi informację o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia według stanu na dzień poprzedzający, z wyłączeniem diagnostyki lub leczenia onkologicznego, dla których jest prowadzona odrębna lista oczekujących oraz świadczeń, których świadczeniodawca może nie wpisywać w harmonogramie przyjęć terminu udzielenia świadczenia. **W przypadku ograniczonych możliwości technicznych świadczeniodawcy, prezes Funduszu może wyrazić zgodę na przekazywanie informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia przez świadczeniodawcę raz w tygodniu.**

Świadczeniodawca udzielający świadczeń opieki zdrowotnej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności może potwierdzać tożsamość świadczeniobiorcy, na podstawie danych przekazanych przez świadczeniobiorcę za pośrednictwem tych systemów. W razie niepotwierdzenia prawa świadczeniobiorcy do świadczeń opieki zdrowotnej w sposób określony w ustawie, świadczeniobiorca może złożyć oświadczenie o przysługującym mu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej także za pośrednictwem wymienionych systemów.

Potwierdzenie tożsamości świadczeniobiorcy oraz złożenie przez niego oświadczenia o przysługującym mu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej może nastąpić przy wykorzystaniu elektronicznego konta pacjenta.

Fundusz nie może odmówić świadczeniodawcy sfinansowania świadczenia opieki zdrowotnej z powodu braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej osoby, która uzyskała to świadczenie, albo żądać od niebędącej świadczeniodawcą osoby uprawnionej kosztów poniesionych przez Fundusz pomimo braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej osoby, która uzyskała to świadczenie na podstawie recepty wystawionej przez osobę uprawnioną, jeżeli:

- w dniu udzielenia tego świadczenia potwierdził na podstawie dokumentu elektronicznego prawo świadczeniobiorcy do świadczeń opieki zdrowotnej albo świadczeniobiorca w tym dniu przedstawił dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej lub złożył oświadczenie o przysługującym mu prawie do świadczeń;
- świadczeniobiorca w terminie przedstawił dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej lub złożył oświadczenie, o którym mowa wyżej, w przypadku stanu nagłego lub w przypadku, gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe złożenie oświadczenia
 - jeżeli świadczenie to zostało zrealizowane zgodnie z warunkami umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej ze świadczeniodawcą albo zgodnie z zasadami wystawiania recept refundowanych, w przypadku gdy świadczenie zostało zrealizowane na podstawie takiej recepty.

Obowiązku zwrotu kosztów świadczenia nie stosuje się do osoby, która w chwili przedstawienia innego dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej albo złożenia oświadczenia o przysługującym jej prawie do świadczeń opieki zdrowotnej działała w usprawiedliwionym błędnym przekonaniu, że posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.

Koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w przypadkach braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, które poniósł Fundusz, podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji. Prezes Funduszu wydaje decyzję administracyjną ustalającą obowiązek poniesienia kosztów i ich wysokość oraz termin płatności. Do postępowania w tych sprawach stosuje się przepisy kpa. Od decyzji prezesa Funduszu przysługuje skarga do sądu administracyjnego.

Prezes Funduszu nie wszczyna postępowania, jeżeli wysokość kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w przypadkach braku prawa do tych świadczeń, które poniósł Fundusz w okresie 12 następujących po sobie miesięcy, na rzecz tej samej osoby nie przekracza kwoty 500 zł.

W przypadku skierowania wystawianego w postaci elektronicznej, świadczeniobiorca otrzymuje informację o wystawionym skierowaniu:

- na wskazany w systemie informacji w ochronie zdrowia adres poczty elektronicznej, jeżeli dotyczy;
- na wskazany w systemie informacji w ochronie zdrowia numer telefonu, w postaci wiadomości zawierającej co najmniej kod dostępu oraz informację o konieczności podania numeru PESEL – na żądanie świadczeniobiorcy wyrażone w Internetowym Koncie Pacjenta;
- w postaci wydruku – w przypadku braku wskazania w systemie informacji w ochronie zdrowia, o powyższych danych oraz na żądanie świadczeniobiorcy, albo w innej uzgodnionej postaci zawierającej co najmniej klucz dostępu do skierowania lub kod dostępu. »



Do informacji świadczeniobiorca ma również dostęp w Internetowym Koncie Pacjenta lub otrzymuje tę informację w sposób określony powyżej. Informacja obejmująca co najmniej kod dostępu może być przekazana również do aplikacji mobilnych użytkowanych przez świadczeniobiorcę, na jego żądanie (od 1 stycznia 2021 r.).

– W USTAWIE O ZAPOBIEGANIU ORAZ ZWALCZANIU ZAKAŻEŃ I CHOROBY ZAKAŻNYCH U LUDZI

Skierowaniu do pracy niosącej ryzyko zakażenia przy zwalczaniu epidemii **nie podlegają m.in. inwalidzi i osoby z orzeczonymi chorobami przewlekłymi, na których przebieg ma wpływ zakażenie lub zachorowanie na chorobę zakaźną będącą przyczyną epidemii lub orzeczona choroba przewlekła ma wpływ na przebieg lub zachorowanie na chorobę zakaźną.**

Orzeczenie w sprawie wym. choroby wydaje lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny, której dotyczy choroba przewlekła lub lekarz specjalista w dziedzinie chorób zakaźnych.

W ramach postępowania w sprawie rozpatrzenia odwołania od decyzji wojewody o skierowaniu do pracy niosącej ryzyko zakażenia albo wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy:

- wojewoda może wystąpić do konsultanta wojewódzkiego,
- minister zdrowia może wystąpić do konsultanta krajowego – z dziedziny medycyny, której dotyczy choroba przewlekła lub z dziedziny chorób zakaźnych w celu uzyskania orzeczenia w sprawie wym. choroby. Orzeczenie właściwego konsultanta wojewódzkiego albo właściwego konsultanta krajowego z dziedziny medycyny, której dotyczy choroba przewlekła lub z dziedziny chorób zakaźnych, jest wydawane w terminie 14 dni od dnia otrzymania wniosku.

– W USTAWIE O DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ

W przypadku odwołania kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą albo w innym przypadku nieobsadzenia stanowiska kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, podmiot tworzący wyznacza do pełnienia obowiązków kierownika jednego z jego zastępców albo innego pracownika spełniającego warunki określone w ustawie albo zatrudnia w tym celu inną osobę spełniającą te warunki na okres nie dłuższy niż 6 miesięcy liczony od dnia odwołania kierownika albo od dnia nieobsadzenia tego stanowiska.

W przypadku ogłoszenia na obszarze RP stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii okres zatrudnienia kandydata wybranego w postępowaniu konkursowym zostaje przedłużony o czas trwania danego stanu oraz o kolejne 90 dni od dnia jego odwołania.

Kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej każdego roku sporządza i udostępnia w Biuletynie Informacji Publicznej raport o sytuacji ekonomiczno-finansowej SPZOZ w terminie 2 miesięcy od dnia upływu terminu do sporządzenia rocznego sprawozdania finansowego.

– W USTAWIE O SYSTEMIE INFORMACJI W OCHRONIE ZDROWIA

Usługodawca może dokonać zmiany postaci dokumentacji medycznej prowadzonej i przechowywanej w postaci papierowej na postać elektroniczną z wyłączeniem dokumentacji medycznej będącej materiałem archiwalnym w rozumieniu przepisów ustawy o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach. Digitalizacja dokumentacji medycznej następuje przez sporządzenie jej odwzorowania cyfrowego i opatrzenie go kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem za-

ufanym lub podpisem osobistym przez osobę upoważnioną przez usługodawcę do potwierdzenia zgodności odwzorowania cyfrowego z dokumentem w postaci papierowej. Dokument powstały w wyniku digitalizacji dokumentacji medycznej jest równoważny oryginałowi tego dokumentu.

Usługodawca informuje usługobiorcę, którego dokumentacja została zdigitalizowana, o:

- digitalizacji dokumentacji medycznej,
- możliwości odbioru dokumentacji medycznej w postaci papierowej we wskazanym terminie, nie krótszym niż rok od dnia przekazania informacji przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez usługobiorcę, a po śmierci usługobiorcy także osobie bliskiej.

W przypadku nieodebrania dokumentacji medycznej w postaci papierowej, mimo wypełnienia obowiązku informacyjnego, usługodawca może ją zniszczyć w sposób uniemożliwiający identyfikację usługobiorcy.

Przepisy stosuje się odpowiednio do deklaracji wyboru oraz dokumentów niezbędnych do rozliczenia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Usługodawcy są obowiązani przekazywać do SIM dane zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji od **1 lipca 2021 r.**

Usługodawcy są zobowiązani zapewnić możliwość dokonywania wymiany danych zawartych w elektronicznej dokumentacji medycznej określonej w rozporządzeniu ministra zdrowia, za pośrednictwem SIM, od **1 lipca 2021 r.**

– W USTAWIE O PODSTAWOWEJ OPIECE ZDROWOTNEJ
Świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej może złożyć do prezesa NFZ wniosek, w którym wskaże świadczeniodawcę, który zapewni udzielenie tych świadczeń świadczeniobiorcom, którzy potwierdzili w deklaracji wyboru wybór wnioskującego świadczeniodawcy, w przypadku gdy jego umowa wygaśnie lub ulegnie rozwiązaniu.

W przypadku rozwiązania lub wygaśnięcia umowy o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej prezes NFZ, kierując się koniecznością zapewnienia dostępu do świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej na danym obszarze, wskazuje świadczeniodawcę lub świadczeniodawców, którzy zabezpieczą udzielanie tych świadczeń świadczeniobiorcom, którzy potwierdzili w deklaracji wybór świadczeniodawcy, którego umowa wygasła lub uległa rozwiązaniu, uwzględniając świadczeniodawcę wskazanego we wniosku.

Deklaracje wyboru złożone do dotychczasowego świadczeniodawcy stanowią podstawę do rozliczania świadczeń przez świadczeniodawcę wskazanego przez prezesa NFZ. NFZ oraz świadczeniodawcy są obowiązani do poinformowania świadczeniobiorców o możliwości zmiany wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Do **1 października 2021 r.** w ramach koordynacji opieki zdrowotnej, świadczeniodawca wyznacza osobę, do której zadań należy organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym udzielanie informacji o tym procesie oraz zapewnienie współpracy między osobami udzielającymi świadczeń zdrowotnych.

– W USTAWIE Z DNIA 2 MARCA 2020 R. O SZCZEGÓLNYCH ROZWIĄZANIACH ZWIĄZANYCH Z ZAPOBIEGANIEM, PRZECIWDZIAŁANIEM I ZWALCZANIEM COVID-19, INNYCH CHORÓB ZAKAŹNYCH ORAZ WYWOŁANYCH NIMI SYTUACJI KRYZYSOWYCH

W przepisie określającym uprawnienia do 100% zasiłku chorobowego, w przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, w okresie podlegania obowiązkowej kwarantannie lub izolacji w warunkach domowych wynikających z pozostawania w styczności z osobami chorymi z powodu COVID-19 w związku wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w podmiocie leczniczym oraz w czasie niezdolności do pracy z powodu COVID-19 powstałej w związku wykonywaniem tych obowiązków, wykreślono „wykonującego zawód medyczny”.

Karty teleporady są przechowywane przez okres 30 dni od dnia odwołania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii. Przepis stosuje się do kart teleporady, których okres przechowywania nie upłynął do dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

W przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, od dnia ogłoszenia danego stanu, na okres jego trwania zawieszają się wykonywanie przez świadczeniodawcę obowiązku:

- przekazywania co miesiąc oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu, właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia, informacji obejmującej liczbę osób wpisanych w harmonogramie przyjęć według stanu na ostatni dzień miesiąca;
- umożliwienia świadczeniobiorcom umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia.

– W USTAWIE Z DNIA 31 MARCA 2020 R. O ZMIANIE NIEKTÓRYCH USTAW W ZAKRESIE SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA ZWIĄZANYCH Z ZAPOBIEGANIEM, PRZECIWDZIAŁANIEM I ZWALCZANIEM COVID-19

Lekarz lub lekarz dentyista, który wystąpił do dyrektora CEM z wnioskiem o przystąpienie do PES, w wiosennej sesji egzaminacyjnej w 2020 r., uzyskuje tytuł lekarza specjalisty w danej dziedzinie medycyny pod warunkiem, że: – złożył z wynikiem pozytywnym część testową PES w tej dziedzinie medycyny, – część ustną PES w tej dziedzinie medycyny nie odbyła się do 31 maja 2020 r.

Prezes NFZ może zawrzeć, na okres nie dłuższy niż do 31 grudnia 2021 r., umowę z podmiotem zapewniającym udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Umowa jest finansowana ze środków NFZ i obejmuje udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postaci porad lekarskich, porad pielęgniarki lub położnej, udzielanych na odległość na całym terytorium RP.

Lekarz, który zgłosił się do jednego z egzaminów organizowanych przez europejskie towarzystwa naukowe, którego część miała się odbyć w 2020 r. i nie odbyła się w wyznaczonym terminie ze względu na zagrożenie wirusem SARS-CoV-2 oraz ryzykiem zachorowania na COVID-19, uzyskuje tytuł lekarza specjalisty w danej dziedzinie medycyny pod warunkiem, że:

- uzyskał potwierdzenie zakończenia szkolenia specjalizacyjnego lub ma uznany dotychczasowy dorobek naukowy i zawodowy w terminie nie później niż do 31 października 2020 r.;
- złożył z wynikiem pozytywnym przynajmniej jedną z części egzaminu organizowanego przez europejskie towarzystwa naukowe w tej dziedzinie medycyny;

- zgłosił się i został zakwalifikowany do części egzaminu organizowanego przez europejskie towarzystwa naukowe, która nie odbyła się w wyznaczonym terminie ze względu na zagrożenie wirusem SARS-CoV-2 oraz ryzykiem zachorowania na COVID-19;
- część egzaminu, o której mowa wyżej, nie odbyła się w terminie, nie później niż do 31 października 2020 r.

Dyrektor CEM wydaje dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu specjalisty lekarzowi na podstawie zaświadczenia wydanego przez odpowiednie europejskie towarzystwo naukowe organizujące egzamin oraz certyfikatu odpowiedniego polskiego towarzystwa naukowego potwierdzającego spełnienie powyższych warunków.

2 września 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 września 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki w izolatoriach, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 1507.

Osoba izolowana może zostać wypisana z izolatorium:

- po 3 dniach bez gorączki oraz bez objawów infekcji ze strony układu oddechowego, ale nie wcześniej niż 13 dni od dnia wystąpienia objawów – w przypadku osoby z objawami klinicznymi;
- po 10 dniach od daty uzyskania dodatniego wyniku testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 – w przypadku osoby bez objawów klinicznych.

W szczególnych sytuacjach, w tym w przypadku osób wykonujących zawód medyczny lub sprawujących opiekę nad osobami przebywającymi w domach pomocy społecznej, lub przypadkach uzasadnionych klinicznie, z izolatorium może zostać wypisana osoba, w przypadku której uzyskano dodatni wynik testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2, po uzyskaniu dwukrotnie ujemnego wyniku tego testu z próbek pobranych w odstępach co najmniej 24-godzinnych, niezależnie od liczby dni, które upłynęły od ostatniego dodatniego wyniku testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 i od rodzaju objawów klinicznych.

W przypadku pacjentów immunoniekompetentnych okres izolacji może zostać wydłużony do 20 dni. Decyzję w tej sprawie podejmuje lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem w izolatorium.

W przypadku osób wypisywanych z izolatorium warunku zakończenia izolacji nie stanowi wykonanie testu molekularnego RT-PCR. Wypisanie z izolatorium nie oznacza zwolnienia z kwarantanny, o której mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

2 września 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 września 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 1506. »



Osoby skierowane do izolacji w warunkach domowych z rozpoznaniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2 lub zachorowania na chorobę wywołaną wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19) nie później niż w siódmej dobie odbywania izolacji w warunkach domowych otrzymują na numer telefonu wskazany w systemie teleinformatycznym udostępnionym przez jednostkę podległą ministrowi zdrowia wiadomość tekstową o konieczności skontaktowania się z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, w celu uzyskania informacji o czasie trwania izolacji domowej.

Zakończenie izolacji następuje:

- po 3 dniach bez gorączki oraz bez objawów infekcji ze strony układu oddechowego, ale nie wcześniej niż po 13 dniach od dnia wystąpienia objawów – w przypadku pacjenta z objawami klinicznymi:
 - w izolacji szpitalnej albo w izolatorium, chyba że lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem przedłuży okres tej izolacji;
 - w izolacji w warunkach domowych, chyba że lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, który udzielił teleporady lub porady w warunkach domowych nie wcześniej niż w ósmej dobie odbywania tej izolacji, przedłuży okres jej trwania;
- po 10 dniach od daty uzyskania pierwszego dodatniego wyniku testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 – w przypadku pacjenta bez objawów klinicznych, chyba że lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, który udzielił teleporady lub porady w warunkach domowych nie wcześniej niż w ósmej dobie odbywania tej izolacji, przedłuży okres jej trwania.

W przypadku wymienionych osób warunku zakończenia izolacji szpitalnej albo w izolatorium nie stanowi wykonanie testu molekularnego RT-PCR.

W szczególnych sytuacjach, w tym w przypadku osób wykonujących zawód medyczny lub sprawujących opiekę nad osobami przebywającymi w domach pomocy społecznej, lub przypadkach uzasadnionych klinicznie, zakończenie izolacji pacjenta, w przypadku którego uzyskano dodatni wynik testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2, następuje po uzyskaniu dwukrotnie ujemnego wyniku tego testu z próbek pobranych w odstępach co najmniej 24-godzinnych, niezależnie od liczby dni, które upłynęły od ostatniego dodatniego wyniku diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 i od rodzaju objawów klinicznych.

W przypadku pacjentów immunoniekompetentnych okres izolacji może zostać przedłużony do 20 dni. Decyzję w tej sprawie podejmuje lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem w szpitalu albo izolatorium albo lekarz podstawowej opieki zdrowotnej.

Osoby upoważnione przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej do wystawiania recept lub skierowań mogą w imieniu tego lekarza dokonywać czynności związanych ze zwolnieniem z izolacji domowej.

Okres obowiązkowej kwarantanny z powodu narażenia na zakażenie SARS-CoV-2 u osób, u których nie wystąpiły objawy choroby COVID-19, albo styczności ze źródłem zakażenia, ulega zakończeniu po 10 dniach licząc od dnia następującego po ostatnim dniu odpowiednio narażenia albo styczności. Państwowy powiatowy inspektor sanitarny, w uzasadnionych przypadkach, decyduje o skróceniu albo zwolnieniu z obowiązku odbycia obowiązkowej kwarantanny.

2 września 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 1 września 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 1505.

Do odwołania warunkiem przyjęcia do zakładu opiekuńczo-leczniczego, pielęgnacyjno-opiekuńczego, hospicjum oraz domu pomocy społecznej jest negatywny wynik testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 z materiału pobranego w terminie nie wcześniejszym niż 6 dni przed wyznaczonym terminem przyjęcia.

Podstawą do wykonania testu jest odpowiednio skierowanie lekarza do danego zakładu albo hospicjum, albo decyzja o skierowaniu do domu pomocy społecznej oraz decyzja o umieszczeniu w domu pomocy społecznej. Testy te są finansowane ze środków publicznych (od 16 września 2020 r.).

5 września 2020 r. weszła w życie Ustawa z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w Dz. U. z 2020 r., poz. 1478.

4 września 2020 r. weszła w życie zmiana dotycząca przepisów, które utraciły moc po upływie 180 dni obowiązywania ustawy.

5 września 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 września 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 1535.

Ograniczenia liczby osób uczestniczących w zgromadzeniu nie stosuje się w przypadku przeprowadzania egzaminów w ramach kształcenia w zawodach medycznych.

9 września 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 1550.

Lekarz kieruje osobę, u której stwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2 lub zachorowanie na chorobę wywołaną wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19) lub podejrzenie zakażenia lub zachorowania, jeżeli nie została skierowana do leczenia lub diagnostyki laboratoryjnej w kierunku wirusa SARS-CoV-2 w ramach obowiązkowej izolacji lub izolacji w warunkach domowych, do wskazanego szpitala oraz niezwłocznie informuje szpital o tym fakcie, chyba że po dokonaniu oceny stanu klinicznego tej osoby kieruje ją do leczenia lub diagnostyki laboratoryjnej w kierunku wirusa SARS-CoV-2 do miejsca izolacji lub izolacji w warunkach domowych.

Zlecenie wykonania testu molekularnego RT-PCR u osoby, u której podejrzewa się lub rozpoznaje zakażenie lub chorobę wywołaną wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19), przez lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych u świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej, wymaga przeprowadzenia badania fizykalnego albo teleporady, w trakcie której stwierdził następujące kliniczne objawy tej choroby: temperaturę ciała powyżej 38°C, kaszel i duszności oraz utratę węchu lub smaku, co odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

Osoby upoważnione przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej do wystawiania recept lub skierowań mogą w imieniu tego lekarza dokonywać czynności związanych z przedłużeniem izolacji domowej.

9 września 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 września 2020 r. w sprawie kosztów, których wysokość nie jest zależna od parametrów wskazanych w art. 118 ust. 3 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 1549.

9 września 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 1548.

Zmiana określonego w umowie miejsca udzielania świadczeń następuje na wniosek świadczeniodawcy, po uzyskaniu zgody prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę. Brak odpowiedzi na wniosek w terminie 7 dni od dnia otrzymania oznacza jego pozytywne rozpatrzenie. Prezes Funduszu albo dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może, przed upływem tego terminu, po poinformowaniu o tym wnioskodawcy, wydłużyć termin rozpatrzenia wniosku o kolejne 7 dni. Brak odpowiedzi na wniosek w wydłużonym terminie oznacza jego pozytywne rozpatrzenie.

Prezes Funduszu albo dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może odmówić wydania zgody w przypadku gdy zmiana określonego w umowie miejsca udzielania świadczeń może spowodować ograniczenie dostępności do świadczeń lub pomieszczenia nie spełniają określonych wymagań.

Na wniosek świadczeniodawcy okres rozliczeniowy określony w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, koń-

czący się w 2020 r., może zostać przedłużony, nie dłużej niż do 30 czerwca 2021 r., w sposób określony przez prezesa NFZ.

Na wniosek świadczeniodawcy, w okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, należność dla danego zakresu świadczeń może być ustalona jako iloczyn odwrotności liczby okresów sprawozdawczych w okresie rozliczeniowym i kwoty zobowiązania dla danego zakresu świadczeń. Powyższy przepis stosuje się do należności za świadczenia, których świadczeniodawca zaprzestał udzielać w związku z zakazem wykonywania określonej działalności leczniczej na obszarze czerwonym lub w okresie sprawozdawczym rozpoczynającym się nie później niż w terminie 9 dni od dnia, w którym ten zakaz przestał obowiązywać świadczeniodawcę.

11 września 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 września 2020 r. w sprawie wzoru wniosku o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 1557.

11 września 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 września 2020 r. w sprawie wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających uprzedniej zgody prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 1556.

11 września 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie trybu przyznawania pracownikom Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykonującym czynności kontrolne dodatku specjalnego do wynagrodzenia oraz wysokości tego dodatku, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 1554.

11 września 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2020 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 1566.

Rozporządzenie wchodzi w życie z mocą od 1 września 2020 r. Do szkoleń specjalizacyjnych wszczętych i niezaoczonych przed 1 maja 2017 r. stosuje się przepisy obowiązujące przed 1 stycznia 2019 r.

Wnioski o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego na postępowanie kwalifikacyjne przeprowadzane od 1 października do 31 października 2020 r. złożone za pomocą SMK od 1 września 2020 r. do dnia ogłoszenia rozporządzenia uznaje się za złożone zgodnie z niniejszym rozporządzeniem.

Rozporządzenie określa:

- wykaz 77 specjalizacji lekarskich i 9 lekarsko-dentystycznych;
- wykaz 5 modułów podstawowych (w zakresie chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych, otorynolaryngologii, patomorfologii, »

- pediatrii) właściwych dla danego szkolenia specjalizacyjnego i wykaz specjalizacji posiadających wspólny moduł podstawowy);
- wykaz modułów jednolitych właściwych dla danego szkolenia specjalizacyjnego;
- wzór wniosku o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego dla obywateli polskich i cudzoziemców;
- tryb i sposób przeprowadzania postępowania kwalifikacyjnego oraz punktowe kryteria kwalifikacji lekarzy do odbywania szkolenia specjalizacyjnego;
- regulamin postępowania kwalifikacyjnego;
- szczegółowy sposób odbywania szkolenia specjalizacyjnego, w tym przez lekarzy posiadających specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty;
- formy specjalistycznego szkolenia teoretycznego i praktycznego oraz sposoby ich prowadzenia;
- sposób i tryb uzyskania potwierdzenia posiadania umiejętności praktycznych określonych programem specjalizacji;
- wzory dokumentów potwierdzających realizację programu specjalizacji i jego ukończenie;
- szczegółowy sposób zgłaszania się i tryb dopuszczania do PES;
- szczegółowy tryb unieważniania pytań testowych PES;
- wysokość i sposób uiszczania opłaty **zgłoszenia** do PES po raz trzeci i kolejny;
- tryb wydawania przez dyrektora CEM, duplikatu lub odpisu dyplomu PES oraz sposób uiszczania opłaty za wydanie duplikatu lub odpisu dyplomu PES;
- tryb dokonywania przez dyrektora CEM korekty dyplomu PES oraz sposób uiszczania opłaty za dokonanie korekty dyplomu;
- szczegółowy sposób i tryb składania PES oraz ustalania jego wyników;
- wzór oświadczenia dla członków Państwowych Komisji Egzaminacyjnych;
- tryb powoływania PKE;
- wysokość wynagrodzenia dla członków i przewodniczącego PKE albo zespołu egzaminacyjnego;
- tryb uznawania stażu szkoleniowego, staży kierunkowych lub kursów szkoleniowych odbytych za granicą lub w kraju za równoważne ze zrealizowaniem elementów określonych w programie specjalizacji i ewentualnego skrócenia szkolenia specjalizacyjnego;
- tryb uznawania dorobku zawodowego i naukowego w nowej dziedzinie medycyny nieobjętej systemem szkolenia specjalizacyjnego za równoważny z odbytym szkoleniem specjalizacyjnym, w tym kryteria oceny dorobku zawodowego i naukowego;
- tryb uznawania dorobku zawodowego i naukowego lekarzy posiadających stopień naukowy doktora habilitowanego za równoważny z odbytym szkoleniem specjalizacyjnym, w tym kryteria oceny dorobku zawodowego i naukowego;
- wzór dokumentu potwierdzającego ukończenie kursu szkoleniowego objętego programem danej specjalizacji;
- wysokość wynagrodzenia za wykonywanie czynności kontrolnych, realizacji szkolenia specjalizacyjnego.

Ponadto rozporządzenie ustala:

- wykaz specjalizacji z uwzględnieniem modułów lub specjalizacji wymaganych do ich zrealizowania oraz minimalny czas ich trwania;
- wykaz specjalizacji, w których można uzyskać tytuł specjalisty w danej dziedzinie medycyny po zrealizowaniu progra-

mu specjalizacji właściwego dla lekarza posiadającego odpowiednią specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny albo zrealizowany i zaliczony odpowiedni moduł podstawowy.

Minister zdrowia określa i ogłasza liczbę miejsc rezydenckich na 21 dni przed rozpoczęciem postępowania kwalifikacyjnego. Wojewoda określa i ogłasza liczbę miejsc, nieobjętych rezydenturą na 14 dni przed rozpoczęciem postępowania kwalifikacyjnego. Wojewoda na 14 dni przed rozpoczęciem postępowania kwalifikacyjnego publikuje na swojej stronie internetowej listę jednostek akredytowanych posiadających wolne miejsca szkoleniowe w poszczególnych dziedzinach medycyny wraz z liczbą tych miejsc.

Od dnia ogłoszenia przez ministra zdrowia liczby miejsc rezydenckich, do dnia przyznania przez ministra zdrowia i wojewodów niewykorzystanych miejsc szkoleniowych, miejsca szkoleniowe przeznaczone są w pierwszej kolejności dla lekarzy biorących udział w danym postępowaniu kwalifikacyjnym.

Wniosek o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w wybranej dziedzinie medycyny lekarz składa oddzielnie dla trybu rezydentury i dla trybu pozarezydenckiego. W przypadku złożenia wniosku o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydentury oraz wniosku o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w trybie pozarezydenckim lekarz w każdym wniosku składa oświadczenie, w którym wskazuje tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego w przypadku zakwalifikowania się na to szkolenie w dwóch trybach.

Lekarz ubiegający się o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego może być w danym terminie dopuszczony do postępowania kwalifikacyjnego tylko w jednej dziedzinie medycyny i tylko w jednym województwie.

Wzór wniosku o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza cudzoziemca jest tożsamy ze wzorem wniosku o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego przez obywatela polskiego.

Postępowanie kwalifikacyjne przeprowadza się zgodnie z regulaminem postępowania kwalifikacyjnego.

Maksymalna liczba punktów w postępowaniu konkursowym:

- za LEP/LDEP albo LEK/LDEK wynosi 200 punktów;
- za egzamin specjalizacyjny w zakresie odpowiedniej specjalizacji I lub II stopnia albo PES wynosi 200 punktów;
- w przypadku lekarza, który występuje o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w trybie pozarezydenckim, przyznaje się punkty dodatkowe za:
 - posiadanie stopnia naukowego doktora nauk medycznych – 5 punktów;
 - co najmniej 3-letni okres zatrudnienia lub stosunku służbowego do dnia rozpoczęcia postępowania kwalifikacyjnego, w pełnym wymiarze czasu pracy w jednostce akredytowanej, zgodny z kierunkiem specjalizacji – 5 punktów, a w przypadku gdy dana osoba jest również nauczycielem akademickim zatrudnionym w uczelni medycznej lub innej uczelni prowadzącej działalność w dziedzinie nauk medycznych – dodatkowe 5 punktów;
 - publikacje w czasopiśmie naukowych – maksymalnie 5 punktów (po 0,5 punktu za udział w jednej publikacji);
- w przypadku lekarza, który występuje o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydenckim, przyznaje się punkty dodatkowe za:
 - posiadanie stopnia naukowego doktora nauk medycznych – 5 punktów;

- publikacje w czasopiśmie naukowych – maksymalnie 5 punktów (po 0,5 punktu za udział w jednej publikacji);
- w przypadku braku dokumentu potwierdzającego ocenę za test stanowiący część składową za egzamin w zakresie odpowiedniej specjalizacji I lub II stopnia – wynosi 140 punktów przyznanych lekarzowi za zaliczenie testu;
- w przypadku braku dokumentu potwierdzającego uzyskanie oceny za egzamin w zakresie odpowiedniej specjalizacji I lub II stopnia – wynosi 140 punktów przyznanych lekarzowi za posiadanie specjalizacji I lub II stopnia.

W postępowaniu konkursowym uwzględnia się posiadanie tytułu specjalisty uzyskanego za granicą, który został uznany na podstawie odrębnych przepisów za równoważny z PES, i przyznaje 140 punktów albo uwzględnia się wynik LEP/LDEP albo LEK/LDEK.

Biorąc pod uwagę liczbę miejsc szkoleniowych oraz oświadczenia złożone przez lekarzy – wojewoda, MON albo MSWiA – za pomocą SMK – sporządza i zatwierdza listy lekarzy zakwalifikowanych i niezakwalifikowanych do odbywania danego szkolenia specjalizacyjnego oddzielnie dla trybu rezydenckiego i pozarezydenckiego. Listy zawierają imię i nazwisko lekarza, numer wniosku oraz wynik postępowania.

Wojewoda kieruje lekarza do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w wybranej przez lekarza jednostce akredytowanej, w ramach posiadanych przez nią wolnych miejsc szkoleniowych w danej dziedzinie medycyny, uwzględniając wynik postępowania kwalifikacyjnego, z wyjątkiem lekarzy zakwalifikowanych do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w trybie poza rezydenturą na podstawie umowy o pracę oraz poszerzenia zajęć programowych studiów doktoranckich, którzy zostają skierowani w pierwszej kolejności.

Lekarza, który został zakwalifikowany do odbywania szkolenia specjalizacyjnego oraz lekarza posiadającego stopień naukowy doktora habilitowanego i mającego odpowiedni dorobek zawodowy i naukowy, wojewoda kieruje za pomocą SMK do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w określonej jednostce akredytowanej ze wskazaniem trybu odbywania szkolenia specjalizacyjnego, planowanej daty rozpoczęcia i planowanej daty zakończenia szkolenia specjalizacyjnego oraz obowiązującego programu specjalizacji.

W szczególnie uzasadnionym przypadku wojewoda może, na wniosek lekarza zakwalifikowanego i skierowanego do odbywania szkolenia specjalizacyjnego, który nie rozpoczął odbywania tego szkolenia, przenieść go do innej jednostki akredytowanej.

Wojewoda kieruje lekarza zakwalifikowanego do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w danym postępowaniu kwalifikacyjnym **po zweryfikowaniu, we współpracy z właściwą okręgową izbą lekarską**, posiadania przez danego lekarza prawa wykonywania zawodu na czas nieokreślony albo po przedłożeniu przez lekarza zaświadczenia wydanego przez izbę lekarską, w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia zakończenia danego postępowania kwalifikacyjnego. W przypadku lekarzy korzystających z urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopu ojcowskiego lub urlopu rodzicielskiego, ze świadczenia rodzicielskiego, z zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy – w terminie późniejszym, bezpośrednio po ich zakończeniu, pod warunkiem że lekarz najpóźniej w terminie 30 dni od dnia zakończenia danego postępowania kwalifikacyjnego przedstawi wojewodzie odpowiednie dokumenty wskazujące na korzystanie z powyższych uprawnień.

W przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii wojewoda może skierować lekarza do odbywania szkolenia specjalizacyjnego po wskazanym terminie jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia zniesienia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, jeżeli:

- **jednostka akredytowana, do której lekarz ma być skierowany, poinformowała wojewodę, że ze względu na sytuację wywołaną stanem zagrożenia epidemicznego lub stanem epidemii nie może aktualnie przyjąć danego lekarza w celu odbywania szkolenia specjalizacyjnego, albo**
- **ze względu na sytuację wywołaną stanem zagrożenia epidemicznego lub stanem epidemii lekarz zakwalifikowany do odbywania szkolenia specjalizacyjnego nie uzyskał prawa wykonywania zawodu we wskazanym terminie, w związku z nieukończeniem w terminie stażu podyplomowego.**

Lekarz informuje wojewodę o braku możliwości rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego w terminie 30 dni od dnia ogłoszenia wyników postępowania kwalifikacyjnego.

Jednostka akredytowana posiadająca wolne miejsca szkoleniowe w danej dziedzinie medycyny umożliwia odbywanie szkolenia specjalizacyjnego lekarzowi skierowanemu do jego odbywania w tej jednostce. W szczególnie uzasadnionym przypadku wojewoda może, na wniosek lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne, przenieść go do innej jednostki akredytowanej posiadającej wolne miejsca szkoleniowe.

Umowa o pracę w ramach rezydentury jest zawierana na podstawie informacji zawartej w skierowaniu, przekazanej za pomocą SMK do jednostki akredytowanej, w której lekarz ma odbywać szkolenie specjalizacyjne.

W przypadku przedłużenia okresu trwania szkolenia specjalizacyjnego w ramach rezydentury, z powodu nieobecności lekarza, w przypadku o którym mowa w przepisach ustawy, jednostka akredytowana prowadząca szkolenie specjalizacyjne zawiera z lekarzem umowę o pracę na czas określony, odpowiadający sumie okresów przedłużających szkolenie specjalizacyjne, o czym lekarz niezwłocznie zawiadamia właściwego wojewodę. Informację o przedłużeniu szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydenckim zamieszcza w EKS minister zdrowia.

W przypadku niezrealizowania szkolenia specjalizacyjnego w terminie, na jaki została zawarta umowa o pracę w ramach rezydentury, lekarz może kontynuować odbywanie tego szkolenia wyłącznie w trybie pozarezydenckim, po uzyskaniu zgody wojewody. Informację o dodatkowym przedłużeniu szkolenia specjalizacyjnego zamieszcza w EKS wojewoda.

Lekarz, który posiada orzeczenie lekarskie o istnieniu przeciwwskazań do kontynuowania dotychczasowej specjalizacji, niezwłocznie powiadamia o tym fakcie kierownika jednostki akredytowanej, w której odbywa szkolenie specjalizacyjne oraz rozwiązuje ze skutkiem natychmiastowym umowę o pracę zawartą w celu odbywania szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydentury. O rozwiązaniu umowy o pracę lekarz powiadamia właściwego wojewodę.

Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne realizuje wszystkie elementy programu specjalizacji, z zastrzeżeniem przypadku uznania dotychczasowego dorobku naukowego i zawodowego.

Kierownik specjalizacji potwierdza w EKS odbycie szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z programem specjalizacji lub odmawia potwierdzenia odbycia szkolenia specjalizacyjnego nie później niż w terminie 30 dni od rzeczywistej daty zakończenia szkolenia specjalizacyjnego wskazanej w EKS. Odmawiając »



potwierdzenia odbycia szkolenia specjalizacyjnego, kierownik specjalizacji informuje lekarza odbywającego dane szkolenie, których elementów szkolenia specjalizacyjnego nie zrealizował. W powyższym przypadku w celu kontynuacji szkolenia specjalizacyjnego, kierownik specjalizacji niezwłocznie, lecz nie później niż na 7 dni przed upływem terminu, o którym mowa wyżej jest obowiązany wystąpić do wojewody o wyrażenie zgody na przedłużenie okresu szkolenia. We wniosku o wyrażenie zgody kierownik specjalizacji wskazuje dokładny termin przedłużenia szkolenia specjalizacyjnego, uwzględniając niezrealizowane elementy programu.

Kierownik jednostki akredytowanej prowadzącej szkolenie specjalizacyjne wskazuje lekarzowi odbywającemu szkolenie specjalizacyjne w EKS jednostkę akredytowaną, w której ma odbyć dany element programu specjalizacji, jeżeli ten element ma być realizowany w innej jednostce akredytowanej.

W przypadku gdy lekarz nie zrealizuje wszystkich elementów programu modułu podstawowego, może rozpocząć realizację programu modułu specjalistycznego i uzupełnić niezrealizowane elementy w trakcie trwania modułu specjalistycznego, tylko w przypadku gdy kierownik specjalizacji stwierdzi, że niezrealizowanie danych elementów modułu podstawowego nie jest przeszkodą do kontynuowania szkolenia specjalizacyjnego. Formy specjalistycznego szkolenia teoretycznego i praktycznego oraz sposoby ich prowadzenia określone w programie specjalizacji obejmują w szczególności:

- kurs specjalizacyjny wprowadzający do odbywania danego szkolenia specjalizacyjnego, obejmujący w szczególności:
 - podstawy dobrej praktyki lekarskiej, w tym zasady praktyki opartej na rzetelnych i aktualnych publikacjach;
 - podstawy farmakoekonomiki;
 - formalnoprawne podstawy doskonalenia zawodowego lekarzy;
 - podstawy onkologii;
 - wprowadzenie do przedmiotów klinicznych objętych programem danego szkolenia specjalizacyjnego;
 - zagadnienia bezpieczeństwa w opiece zdrowotnej dotyczącej bezpieczeństwa pacjentów i lekarzy;
 - kursy specjalizacyjne właściwe dla danej specjalizacji obejmujące zakres wiedzy określonej w programie danej specjalizacji;
 - jednolity dla wszystkich specjalności, z wyjątkiem szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie medycyny ratunkowej, kurs w zakresie ratownictwa medycznego;
 - jednolity dla wszystkich specjalizacji, z wyjątkiem szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie zdrowia publicznego, kurs specjalizacyjny w zakresie zdrowia publicznego – zakończony kolokwium, obejmujący w szczególności:
 - orzecznictwo lekarskie,
 - promocję i profilaktykę zdrowotną,
 - epidemiologię,
 - bioetykę,
 - organizację i ekonomikę zdrowia,
 - jednolity dla wszystkich specjalności kurs w zakresie prawa medycznego – zakończony kolokwium,
- szkolenie i uczestniczenie w wykonywaniu oraz wykonanie w ustalonej liczbie określonych zabiegów lub procedur medycznych:
 - wykonywanych z asystą lub pod nadzorem kierownika specjalizacji albo lekarza specjalisty przez niego wyznaczonego – oznaczonych kodem „A”;
 - w których lekarz uczestniczy jako pierwsza asysta – oznaczonych kodem „B”;

- staże kierunkowe właściwe dla danej specjalizacji obejmujące zakres wiedzy i umiejętności praktycznych określonych w programie danej specjalizacji;
- pełnienie dyżurów medycznych określonych w programie danej specjalizacji lub pracę w systemie zmianowym lub równoważnym czasie pracy, w maksymalnym czasie pracy dopuszczonym w przepisach o działalności leczniczej, o ile program specjalizacji przewiduje pełnienie dyżurów;
- samokształcenie, w tym napisanie pracy naukowej, opublikowanej w recenzowanym czasopiśmie medycznym, której lekarz jest autorem lub współautorem, lub pracy pogładowej – na temat objęty programem specjalizacji.

Lekarz, który w ramach danej specjalizacji odbył i zaliczył kurs w zakresie zdrowia publicznego, nie jest obowiązany do jego odbycia i zaliczenia w trakcie realizacji kolejnej specjalizacji, jeżeli okres od jego zaliczenia do rozpoczęcia kolejnej specjalizacji jest nie dłuższy niż 7 lat.

Okres szkolenia specjalizacyjnego lekarza ulega skróceniu o czas pozostały na zrealizowanie tego kursu. Lekarz składa zgłoszenie do PES za pomocą SMK w formie wniosku elektronicznego. Wysokość opłaty za PES wynosi 700 zł.

Urlop szkoleniowy w wymiarze 6 dni na przygotowanie się i przystąpienie do PES przysługuje lekarzowi, który prawidłowo złożył wniosek. PES jest organizowany corocznie w dwóch sesjach egzaminacyjnych: – w sesji wiosennej – od 1 marca do 30 kwietnia; – w sesji jesiennej – od 1 października do 30 listopada. Egzamin testowy w danej dziedzinie odbywa się jednocześnie w całym kraju.

W przypadkach uzasadnionych nadzwyczajnymi okolicznościami, w szczególności zagrażającymi życiu lub zdrowiu osób biorących udział w PES, minister zdrowia może odwołać w całości lub w części PES w danej dziedzinie medycyny. Odwołując PES, minister zdrowia wydłuża czas trwania sesji egzaminacyjnej, w której miał się odbyć odwołany egzamin, jednorazowo o okres nie dłuższy niż 6 miesięcy. W przypadku nieustania okoliczności będących podstawą przedłużenia sesji egzaminacyjnej w czasie, o który została przedłużona dana sesja, minister zdrowia może powtórnie przedłużyć czas trwania danej sesji egzaminacyjnej o okres nie dłuższy niż 3 miesiące.

O odwołaniu całości lub części PES w danej dziedzinie medycyny i przedłużeniu sesji egzaminacyjnej minister zdrowia informuje na swojej stronie internetowej oraz na stronie internetowej CEM.

Dyrektor CEM w porozumieniu z ministrem zdrowia ustala nowe terminy PES i informuje o nich lekarzy, którzy mieli przystąpić do odwołanego PES, co najmniej na dwa tygodnie przed datą egzaminu. Informacja o nowych terminach PES jest zamieszczana na stronie internetowej CEM.

W przypadkach uzasadnionych nadzwyczajnymi okolicznościami, w szczególności zagrażającymi życiu lub zdrowiu osób biorących udział w PES, minister zdrowia może wydłużyć czas trwania sesji egzaminacyjnej, jednorazowo o okres nie dłuższy niż 6 miesięcy. W przypadku nieustania okoliczności będących podstawą przedłużenia sesji egzaminacyjnej w czasie, o który została przedłużona dana sesja, minister zdrowia może powtórnie przedłużyć czas trwania danej sesji egzaminacyjnej o okres nie dłuższy niż 3 miesiące. O przedłużeniu sesji egzaminacyjnej minister zdrowia informuje na swojej stronie internetowej oraz na stronie internetowej CEM.



12 września 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 11 września 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 1573.

Uchyła się dodatkowe ograniczenia na obszarze czerwonym. Obowiązku zakrywania ust i nosa nie stosuje się w przypadku przyjęć ślubnych, konsolacji lub przyjęć komuniijnych, a także innych przyjęć okolicznościowych.

15 września 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie podziału kwoty środków finansowych w 2020 r. stanowiącej wzrost całkowitego budżetu na refundację, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 1576.

16 września 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 1586.

18 września 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 sierpnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie warunków występowania o sporządzenie dokumentu elektronicznego potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 1516.

Świadczeniodawca lub niebędąca świadczeniodawcą osoba uprawniona może wystąpić do NFZ o sporządzenie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń także za pośrednictwem systemu teleinformatycznego – Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych.

19 września 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 18 września 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 1614.

Testy diagnostyczne w kierunku SARS-CoV-2, w tym testy, o których mowa w rozporządzeniu ministra zdrowia w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego, finansowane ze środków publicznych, są zlecane za pośrednictwem systemu teleinformatycznego, udostępnionego przez jednostkę podległą ministrowi zdrowia, z wyjątkiem testów zleczanych przez:

- podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, w tym opiekę zdrowotną w izolatorium, za pośrednictwem systemu teleinformatycznego stanowiącego moduł Krajowego Rejestru Pacjentów z COVID-19 prowadzonego przez Narodowy Instytut Kardiologii Stefana Kardynała Wyszyńskiego – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie;
- inne niż określone powyżej podmioty wykonujące działalność leczniczą, za pośrednictwem systemu teleinformatycznego Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych.

Uchylony został przepis dotyczący czasowego ograniczenia wykonywania działalności leczniczej polegającego na zaprzestaniu udzielania świadczenia zdrowotnego z zakresu leczenia stomatologicznego w pojazdach (dentobusach). Wprowadzono dodatkowe ograniczenia na obszarze czerwonym i obszarze żółtym. ■

Uchwały Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 10 września 2020 roku

NR 88/2020

w sprawie powołania Komisji Lekarskiej dla oceny zdolności do wykonywania zawodu lekarza dentyści

NR 89/2020

w sprawie dofinansowania zjazdu absolwentów

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu wyraża zgodę na dofinansowanie kwotą w wysokości 5000 zł Jubileuszowego Zjazdu Absolwentów Akademii Medycznej we Wrocławiu – rocznik 1971, który odbędzie się w 50. rocznicę ukończenia studiów 8 maja 2021 r.

NR 90/2020

w sprawie zawarcia umowy o zarządzanie PPK

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu wyraża zgodę na wybór instytucji finansowej i zawarcie umowy o zarządzanie i prowadzenie PPK z BNP PARIBAS TFI dla pracowników DIL, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych (Dz. U. z 2008 r. poz. 2215 ze zmianami).

Pozostałe uchwały znajdują się na stronie: bip.dilnet.wroc.pl



Rekrutacja na kursy specjalizacyjne „Prawo medyczne” online ZAMKNIĘTA

W terminach 19-21.10.2020 i 16-18.11.2020 odbędą się w formule online kursy specjalizacyjne „Prawo medyczne”. Na współorganizowane przez CMKP zdarzenia edukacyjne rekrutacja została zamknięta. Limit miejsc się wyczerpał. Szczegółowy program kursów, dla zapisanych osób, znajduje się na stronie Dolnośląskiej Izby Lekarskiej w zakładce Kształcenie.

Komisja Kształcenia DRL

**Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
we Wrocławiu
oraz Oddział Dolnośląski Polskiego Towarzystwa
Neonatologicznego
zapraszają na konferencję online**

WEBINARIUM: „WYBRANE ZAGADNIENIA W ZAKRESIE OPIEKI NAD NOWORODKIEM”

która odbędzie się 7 października 2020 r. (środa)
w godz. 9.00-12.30.

Uczestnikowi konferencji przysługują 4 punkty edukacyjne.

Udział w konferencji jest dobrowolny i bezpłatny.
Ze względów techniczno-organizacyjnych w konferencji może uczestniczyć maksymalnie 200 osób.

Kierownik naukowy konferencji
dr n. med. Małgorzata Czyżewska,
konsultant wojewódzki w dziedzinie neonatologii
dla województwa dolnośląskiego

Program konferencji

- godz. 9.00-9.30 Ocena parametrów echokardiograficznych u noworodków w aspekcie utworzenia wartości referencyjnych (z oceną wpływu czynników ryzyka)
dr n. med. Joanna Kukawczyńska-Noczyńska
- godz. 9.30-10.00 Przełożenie wielkich pni tętnicznych: 45 lat stosowania prostoglandyny E1 i korekcji anatomicznej
dr n. med. Magdalena Mazurak
- godz. 10.00-10.30 Dziecko matki z chorobą tarczycy
prof. dr hab. Anna Noczyńska
- godz. 10.30-11.00 Ostre uszkodzenie nerek u noworodka – komu zagraża?
dr hab. Iwona Maruniak-Chudek, prof. nadzw.
- godz. 11.00-11.30 Mleko dla wcześniaka, czy to się opłaca i komu się opłaca?
dr hab. Barbara Królak-Olejnik, prof. nadzw.
- godz. 11.30-12.00 Co u noworodka i niemowlęcia może sugerować niepokój onkologiczny? – dr n. med. Jadwiga Węclawek-Tompol
- godz. 12.00-12.30 Interwencyjne postępowanie u noworodków z wrodzonymi wadami serca – dr hab. Jacek Kusa

Osoby zainteresowane wzięciem udziału w szkoleniu proszone są o zapisy wyłącznie drogą elektroniczną na adres: komisjaskształcenia@dilnet.wroc.pl (zapisać na szkolenie może się tylko osoba zgłaszająca). Decyduje kolejność zgłoszeń. Kilka dni przed szkoleniem uczestnik otrzyma drogą elektroniczną link do szkolenia. Certyfikat potwierdzający odbycie szkolenia zostanie przesłany drogą elektroniczną, po weryfikacji przez dział informatyczny DIL logowania każdego zgłoszonego wcześniej uczestnika.

**Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
we Wrocławiu oraz Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii
Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu,
Katedra i Klinika Pediatrii i Chorób Infekcyjnych Uniwersytetu
Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Zakład
Prawa Medycznego Katedry Medycyny Sądowej Uniwersytetu
Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu oraz I Oddział
Zakaźny Kliniczny Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu
zapraszają na konferencję online**

WEBINARIUM: „SZCZEPIENIA DOROSŁYCH W PRAKTYCE”

która odbędzie się 15 października 2020 r. (czwartek)
w godz. 8.30-14.00.

**Uczestnikowi konferencji przysługuje
5 punktów edukacyjnych.**

Udział w konferencji jest dobrowolny i bezpłatny.
Ze względów techniczno-organizacyjnych w konferencji może uczestniczyć maksymalnie 200 osób.

Kierownik naukowy konferencji
dr n. med. Anna Szymanek-Pasternak

Opiekunowie naukowcy konferencji
prof. zw. dr hab. Krzysztof Simon
prof. dr hab. Leszek Szenborn

Program konferencji

- godz. 8.30-9.00 Największe zagrożenia zdrowotne w 2019 r. według WHO ze szczególnym uwzględnieniem chorób zakaźnych
prof. zw. dr hab. Krzysztof Simon
- godz. 9.00-9.30 Szczepienia kobiet ciężarnych i planujących ciążę
prof. dr hab. Leszek Szenborn
- godz. 9.30-10.30 Szczepienia u pacjentów z chorobą nowotworową oraz w różnych stanach immunosupresji
dr n. med. Agnieszka Matkowska-Kocjan
- godz. 10.30-11.00 Szczepienia pracowników ochrony zdrowia i związana z nimi odpowiedzialność prawna
dr n. med. Marta Rorat, mgr prawa
- godz. 11.00-11.30 Szczepienia zdrowych dorosłych – praktyczne przypadki
dr n. med. Anna Szymanek-Pasternak
- godz. 11.30-12.00 Jak szczepionka może uratować urlop? Szczepienia w medycynie podróży – lek. Justyna Janocha-Litwin
- godz. 12.00-12.30 Szczepionka, antybiotyki, a może immunoglobulina? Możliwości postępowania po ekspozycji na grypę, krztusiec i odrę – dr n. med. Sylwia Serafińska
- godz. 12.30-13.00 Postępowanie po pogryzieniach przez zwierzęta – rola antybiotyku, immunoglobuliny i szczepień
lek. Karolina Rostkowska-Białas
- godz. 13.00-13.30 Szczepionka przeciwko HPV – dr n. med. Monika Pazgan-Simon
- godz. 13.30-14.00 Grypa – czy ta szczepionka działa? Wykład dla wątpięcych
lek. Kamila Ludwikowska

Osoby zainteresowane wzięciem udziału w szkoleniu proszone są o zapisy wyłącznie drogą elektroniczną na adres: komisjaskształcenia@dilnet.wroc.pl (zapisać na szkolenie może się tylko osoba zgłaszająca). Decyduje kolejność zgłoszeń. Kilka dni przed szkoleniem uczestnik otrzyma drogą elektroniczną link do szkolenia. Certyfikat potwierdzający odbycie szkolenia zostanie przesłany drogą elektroniczną, po weryfikacji przez dział informatyczny DIL logowania każdego zgłoszonego wcześniej uczestnika.



Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu oraz firma Bausch Health Poland zapraszają na kurs medyczny online

WEBINARIUM: „JAK SKUTECZNIE WPROWADZIĆ NOWE WYTYCZNE W LECZENIU NADWAGI I OTYŁOŚCI W PRAKTYCE LEKARZA?”

która odbędzie się **29 października 2020 r.**
(czwartek) w godz. 17.00-19.00.

**Uczestnikowi kursu przysługują
2 punkty edukacyjne.**

Udział w kursie jest dobrowolny i bezpłatny.

Kierownik naukowy kursu
dr hab. Piotr Kocelak

**Osoby zainteresowane wzięciem udziału
w szkoleniu proszone są o zapisy
wyłącznie drogą elektroniczną na adres:
komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl (zapisać na
szkolenie może się tylko osoba zgłaszająca).**

Decyduje kolejność zgłoszeń.

**Kilka dni przed szkoleniem uczestnik otrzyma
drogą elektroniczną link do szkolenia.**

**Certyfikat potwierdzający odbycie szkolenia
zostanie przesłany drogą elektroniczną,
po weryfikacji przez dział informatyczny DIL
logowania każdego zgłoszonego
wcześniej uczestnika.**

Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu oraz Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, I Oddział Zakaźny Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu zapraszają na konferencję online

WEBINARIUM: „COVID-19 – PRAKTYKA I REALIA FUNKCJONOWANIA OŚRODKA WROCŁAWSKIEGO”

która odbędzie się **5 listopada 2020 r. (czwartek) w godz. 9.00-14.00.**

Uczestnikowi konferencji przysługuje 5 punktów edukacyjnych.

Udział w konferencji jest dobrowolny i bezpłatny.

Kierownik naukowy konferencji
dr n. med. Sylwia Serafińska
dr n. med. Anna Szymanek-Pasternak

Opiekun naukowy konferencji
prof. zw. dr hab. Krzysztof Simon

Zapraszamy lekarzy wszystkich specjalności, w szczególności lekarzy rodzinnych, internistów oraz pediatrów pracujących w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

**Osoby zainteresowane wzięciem udziału w szkoleniu proszone są
o zapisy wyłącznie drogą elektroniczną na adres:
komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl (zapisać na szkolenie może się
tylko osoba zgłaszająca). Decyduje kolejność zgłoszeń. Kilka dni przed
szkoleniem uczestnik otrzyma drogą elektroniczną link do szkolenia.
Certyfikat potwierdzający odbycie szkolenia zostanie przesłany drogą
elektroniczną, po weryfikacji przez dział informatyczny DIL logowania
każdego zgłoszonego wcześniej uczestnika.**

Komisja Stomatologiczna i Komisja Kształcenia
Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu
zapraszają na kurs medyczny online

WEBINARIUM: „KREATYWNY WYMIAR STOMATOLOGII DZIŚ I JUTRO. OD NAWIGOWANEJ IMPLANTACJI DO PROTETYKI JEDNEGO DNIA”

który odbędzie się **28 listopada 2020 r. (sobota)**
w godz. 10.00-13.00

Kierownik naukowy kursu
dr n. med. Urszula Kanaffa-Kilijańska

Wykładowca
lek. dent. Damian Nasulicz

Uczestnikowi kursu przysługują 3 punkty edukacyjne.

Udział w kursie jest dobrowolny i bezpłatny.

Ze względów techniczno-organizacyjnych w kursie może uczestniczyć maksymalnie 200 osób.

Omawiane zagadnienia

1. Nawigowana implantacja
2. Natychmiastowe obciążenie implantów
3. Łączniki indywidualne
4. Belki precyzowane
5. Protokół pełnołukowego uzupełnienia stałego przy bezzębium w oparciu o trzy wszczepione implanty (All-on-3)
6. Rekonstrukcje pełnoceramiczne frezowane wykonane w ciągu 12h (tzw. protetyka jednego dnia)
7. Mikroinwazyjne licówki pełnoceramiczne frezowane z cieniowanych blozków bez napalanej porcelany
8. Pełnocerkonowe (bez napalanej porcelany) estetyczne uzupełnienia pełnołukowe wsparte na implantach

**Osoby zainteresowane wzięciem udziału w szkoleniu
proszone są o zapisy wyłącznie drogą elektroniczną na adres:
komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl**

(zapisać na szkolenie może się tylko osoba zgłaszająca).

Decyduje kolejność zgłoszeń.

**Kilka dni przed szkoleniem uczestnik otrzyma drogą
elektroniczną link do szkolenia.**

**Certyfikat potwierdzający odbycie szkolenia
zostanie przesłany drogą elektroniczną,
po weryfikacji przez dział informatyczny DIL logowania
każdego zgłoszonego wcześniej uczestnika.**



JUBILEUSZOWY ZJAZD ABSOLWENTÓW AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1970

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na uroczyste obchody z okazji 50-lecia uzyskania absolutorium, które odbędą się 12 czerwca 2021 r. (sobota) we Wrocławiu.

Program zjazdu

11 czerwca 2021 r. (piątek)

dla zainteresowanych – płatne dodatkowo 100 zł

godz. 19.00 Zwiedzanie z przewodnikiem Afrykarium (ZOO Wrocław, ul. Wróblewskiego 1-5, 51-618 Wrocław)

godz. 20.00 Kolacja w restauracji „Laguna Bistro” (w budynku Afrykarium)

12 czerwca 2021 r. (sobota)

godz. 10.00 Msza święta (kościół Najświętszego Imienia Jezus, pl. Uniwersytecki 1)

Część oficjalna – Uniwersytet Wrocławski, Oratorium Marianum/Aula Leopoldina

godz. 11.00 Śniadanie studenckie – Klub Uniwersytetu Wrocławskiego

godz. 12.00 Otwarcie zjazdu

godz. 12.10 Wystąpienie chóru Medici Cantantes
Przemówienie JM rektora UM i uroczyste wręczenie dyplomów
Wykład okolicznościowy
Wspólne zdjęcie pamiątkowe

godz. 18.00 Uroczysta kolacja – Haston City Hotel (sala Chrysler, I piętro), Irysowa 1-3, 51-117 Wrocław

Oplata za uczestnictwo w zjeździe wynosi:

sobota (część oficjalna + uroczysta kolacja) – 350 zł,
osoba towarzysząca na uroczystej kolacji – 200 zł,
część oficjalna (bez uroczystej kolacji) – 150 zł,
Afrykarium (płatne dodatkowo) – 100 zł.

Wpłat prosimy dokonywać na konto: 47 1140 2004 0000 3302 7877 4363 (odbiorca: Henryk Lisiak) do 31.12.2020 r. z dopiskiem „Zjazd 1970”. Koleżanki prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego.

Istnieje możliwość rezerwacji noclegu w Haston City Hotel po preferencyjnych cenach pod numerem telefonu 71 322 50 00 lub 71 320 97 01 (prosimy o podanie hasła „rocznik 1970”). Płatność za hotel indywidualna (nie jest wliczona w cenę zjazdu).

Za Komitet Organizacyjny

Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska, Henryk Lisiak

JUBILEUSZOWY ZJAZD ABSOLWENTÓW AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1971

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na uroczyste obchody z okazji 50-lecia uzyskania absolutorium, które odbędą się 8 maja 2021 r. (sobota) we Wrocławiu.

Program zjazdu

7 maja 2021 r. (piątek)

dla zainteresowanych – płatne dodatkowo 100 zł

godz. 19.00 Zwiedzanie z przewodnikiem Afrykarium (ZOO Wrocław, ul. Wróblewskiego 1-5, 51-618 Wrocław)

godz. 20.00 Kolacja w restauracji „Laguna Bistro” (w budynku Afrykarium)

8 maja 2021 r. (sobota)

godz. 10.00 Msza święta (kościół Najświętszego Imienia Jezus, pl. Uniwersytecki 1)

Część oficjalna – Uniwersytet Wrocławski, Oratorium Marianum/Aula Leopoldina

godz. 11.00 Śniadanie studenckie – Klub Uniwersytetu Wrocławskiego

godz. 12.00 Otwarcie zjazdu

godz. 12.10 Wystąpienie chóru Medici Cantantes Uniwersytetu Medycznego

Przemówienie JM rektora UM i uroczyste wręczenie dyplomów

Wykład okolicznościowy
Wspólne zdjęcie pamiątkowe

godz. 18.00 Uroczysta kolacja – Hotel im. Jana Pawła II (Ostrów Tumski, św. Idziego 2, 50-328 Wrocław)

Oplata za uczestnictwo w zjeździe wynosi:

sobota (część oficjalna + uroczysta kolacja) – 400 zł,
osoba towarzysząca na uroczystej kolacji – 250 zł,
część oficjalna (bez uroczystej kolacji) – 150 zł,
Afrykarium (płatne dodatkowo) – 100 zł.

Wpłat prosimy dokonywać na konto: 82 1090 1939 0000 0001 4667 0679 (odbiorca: Krzysztof Bąk) do 31.12.2020 r. z dopiskiem „Zjazd 1971”. Koleżanki prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego.

Istnieje możliwość rezerwacji noclegu w Hotelu im. Jana Pawła II po preferencyjnych cenach pod numerem telefonu 71 327 14 00 (prosimy o podanie hasła „rocznik 1971”). Płatność za hotel indywidualna (nie jest wliczona w cenę zjazdu).

Za Komitet Organizacyjny

Magdalena Koziarowska, Wanda Man-Widerska,
Alicja Marczyk-Felba, Krzysztof Bąk,
Bogdan Durynek

JUBILEUSZOWY ZJAZD ABSOLWENTÓW AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1976

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na uroczyste obchody z okazji 45-lecia uzyskania absolutorium, które odbędą się 11-12 czerwca 2021 r. (sobota) we Wrocławiu.

Program zjazdu

11 czerwca 2021 r. (piątek)

dla zainteresowanych – płatne dodatkowo 100 zł

godz. 19.00 Zwiedzanie z przewodnikiem Afrykarium (ZOO Wrocław, ul. Wróblewskiego 1-5, 51-618 Wrocław)

godz. 20.00 Kolacja w restauracji „Laguna Bistro” (w budynku Afrykarium)

12 czerwca 2021 r. (sobota)

godz. 10.00 Msza święta (kościół Najświętszego Imienia Jezus, pl. Uniwersytecki 1)

Część oficjalna – Collegium Anatomicum (Chałubińskiego 6A, 50-368 Wrocław)

godz. 11.30 Śniadanie studenckie

godz. 12.00 Otwarcie zjazdu

godz. 12.10 Wykład okolicznościowy
Wspólne zdjęcie pamiątkowe

godz. 18.00 Uroczysta kolacja – Haston City Hotel (sala Chrysler, I piętro), Irysowa 1-3, 51-117 Wrocław

Oplata za uczestnictwo w zjeździe wynosi:
sobota (część oficjalna + uroczysta kolacja) – 300 zł,
osoba towarzysząca na uroczystej kolacji – 200 zł,
część oficjalna (bez uroczystej kolacji) – 100 zł,
Afrykarium (płatne dodatkowo) – 100 zł.

Wpłat prosimy dokonywać na konto: 26 1140 2004 0000 3702 7737 0761 (odbiorca Krystyna Ślusarek) do 31.12.2020 r. z dopiskiem „Zjazd 1976”. Koleżanki prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego.

Istnieje możliwość rezerwacji noclegu w Haston City Hotel po preferencyjnych cenach pod numerem telefonu 71 322 50 00 lub 71 320 97 01 (prosimy o podanie hasła „rocznik 1976”). Płatność za hotel indywidualna (nie jest wliczona w cenę zjazdu).

Za Komitet Organizacyjny
Krystyna Awzan (Ślusarek), Lucjan Ilnicki

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1977

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie absolwentów Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 21-23 maja 2021 r. w Kudowie-Zdroju (Hotel Kudowa**** Manufaktura Relaksu, ul. Pogodna 16, 57-350 Kudowa-Zdrój).

Program zjazdu

21 maja 2021 r. (piątek)

od godz. 15.00 Zakwaterowanie w hotelu
godz. 18.00-2.00 Grill przy biesiadnej muzyce

22 maja 2021 r. (sobota)

godz. 7.00-10.00 Śniadanie, czas wolny,
spacer po uzdrowisku
godz. 13.30 Pamiątkowe zdjęcie grupowe przed ośrodkiem

godz. 14.00 Obiad

godz. 18.00-2.00 Grill przy biesiadnej muzyce

23 maja 2021 r. (niedziela)

godz. 7.00-10.00 Śniadanie i pożegnania
do godz. 11.00 Wymeldowania

Oplata za uczestnictwo w zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej 550 zł.

Wpłat prosimy dokonywać na konto: 87 1090 2398 0000 0001 4377 3356 (odbiorca Małgorzata Rudnicka) do 31.12.2020 r. z dopiskiem „Zjazd 1977”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego.

Do dyspozycji gości pokoje dwu-/trzyosobowe – proszę o e-mailowe zgłaszanie nazwisk Kolegów i Koleżanek, z którymi chcą być Państwo zakwaterowani.

UWAGA!!! W ośrodku zapewnione jest bezpłatne korzystanie ze strefy relaksu: krytego basenu z atrakcjami wodnymi (gejzer, kaskada, masażery), jacuzzi, strefy saun (sucha, infrared, łaźnia parowa), urządzeń fitness, jak również dostęp do bezprzewodowego internetu oraz bezpłatny parking.

Za Komitet Organizacyjny
Andrzej Bugajski, Jolanta Kasperkiewicz-Skałecka,
Małgorzata Rudnicka, Danuta Sidor



**ZJAZD ABSOLWENTÓW
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU
ROCZNIK 1985**

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 35-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 28-30 maja 2021 r. w ośrodku Vital & SPA Resort Szarotka w Zieleńcu.

Program zjazdu

28 maja 2021 r. (piątek)

od godz. 14.00 Zakwaterowanie w ośrodku
godz. 18.00-24.00 Grill przy biesiadnej muzyce

29 maja 2021 r. (sobota)

godz. 8.00-10.00 Śniadanie
godz. 10.15 Msza św. – kościół św. Anny
w Zieleńcu, czas wolny,
spacer po Zieleńcu
godz. 13.30 Pamiątkowe zdjęcie grupowe
przed ośrodkiem
godz. 14.00 Obiad
godz. 15.00 Czas wspomnień, prezentacje
godz. 19.00-2.00 Bankiet

30 maja 2021 r. (niedziela)

godz. 8.00-10.00 Śniadanie i pożegnania

Opłata za uczestnictwo w zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej:
piątek-niedziela z noclegami – 500 zł,
sobota-niedziela z noclegiem – 350 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto: 22 1050 1908 1000 0097 2210 6052 (odbiorca Dorota Radziszewska) do 31.12.2020 r. z dopiskiem „Zjazd 1985”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego.

Do dyspozycji gości pokoje dwu-/trzyosobowe – proszę o e-mailowe zgłaszanie nazwisk Kolegów i Koleżanek, z którymi chcą być Państwo zakwaterowani.

UWAGA!!! W ośrodku zapewnione jest bezpłatne korzystanie z kompleksu basenowego, jacuzzi, saun, urządzeń fitness, jak również dostęp do bezprzewodowego internetu oraz bezpłatny parking.

Za Komitet Organizacyjny
Jacek Chodorski, Dorota Radziszewska,
Andrzej Stawarski

**ZJAZD ABSOLWENTÓW
WYDZIAŁU STOMATOLOGICZNEGO
AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU
ROCZNIK 1985**

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 35-lecia ukończenia Wydziału Stomatologicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 14-16 maja 2021 r. w ośrodku Tarasy Wang w Karpaczu (Na Śnieżkę 3, 58-540 Karpacz).

Program zjazdu

14 maja 2021 r. (piątek)

od godz. 14.00 Zakwaterowanie w ośrodku
godz. 18.00-24.00 Grill

15 maja 2021 r. (sobota)

godz. 8.00-10.30 Śniadanie
godz. 11.00 Msza św. – kościół pw.
Nawiedzenia Najświętszej
Maryi Panny
(Konstytucji 3 Maja 44, Karpacz)
Czas wolny, spacer po Karpaczu
godz. 14.00 Obiad
Czas wolny
godz. 19.00-2.00 Bankiet/uroczysta kolacja

16 maja 2021 r. (niedziela)

godz. 8.00-10.30 Śniadanie i pożegnania
do godz. 12.00 Wymeldownia

Opłata za uczestnictwo w zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej 500 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto: 76 1140 2004 0000 3702 7937 7470 (odbiorca Aneta Łojewska) do 31.12.2020 r. z dopiskiem „Zjazd 1985”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego.

Do dyspozycji gości pokoje dwu-/trzyosobowe – proszę o e-mailowe zgłaszanie nazwisk Kolegów i Koleżanek, z którymi chcą być Państwo zakwaterowani.

UWAGA!!! W ośrodku zapewnione jest bezpłatne korzystanie z jacuzzi, saun, jak również dostęp do bezprzewodowego internetu oraz bezpłatny monitorowany parking.

Za Komitet Organizacyjny
Aneta Łojewska, Waldemar Jarosiewicz

**ZJAZD ABSOLWENTÓW
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU
ROCZNIK 1990**

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 30-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 4-6 czerwca 2021 r. Miejszem spotkania będzie ośrodek Vital & SPA Resort Szarotka w Zieleńcu.

Program zjazdu

4 czerwca 2021 r. (piątek)
od godz. 14.00 Zakwaterowanie w ośrodku
godz. 18.00-24.00 Grill przy biesiadnej muzyce

5 czerwca 2021 r. (sobota)

godz. 8.00-10.00 Śniadanie
godz. 10.15 Msza św. – kościół św. Anny
w Zieleńcu, czas wolny,
spacer po Zieleńcu
godz. 13.30 Pamiątkowe zdjęcie grupowe
przed ośrodkiem
godz. 14.00 Obiad, czas wolny
godz. 19.00-2.00 Bankiet

6 czerwca 2021 r. (niedziela)

godz. 9.00-10.00 Śniadanie i pożegnania

Opłata za uczestnictwo w zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej:
piątek-niedziela z noclegami – 500 zł,
sobota-niedziela z noclegiem – 350 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto: 63 1140 2004 0000 3402 7877 0728 (odbiorca Ewa Willak-Janc) do 31.12.2020 r. z dopiskiem „Zjazd 1990”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego.

Do dyspozycji gości pokoje dwu-/trzyosobowe – proszę o e-mailowe zgłaszanie nazwisk Kolegów i Koleżanek, z którymi chcą być Państwo zakwaterowani.

UWAGA!!! W ośrodku zapewnione jest bezpłatne korzystanie z kompleksu basenowego, jacuzzi, saun, urządzeń fitness, jak również dostęp do bezprzewodowego internetu oraz bezpłatny parking.

Za Komitet Organizacyjny
Wojciech Apoznański, Ewa Willak-Janc,
Teresa Żak (Biercewicz)

**ZJAZD ABSOLWENTÓW
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU
ROCZNIK 1995**

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 25-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 24-26 czerwca 2021 r. Miejszem spotkania będzie ośrodek Vital & SPA Resort Szarotka w Zieleńcu.

Program zjazdu

24 czerwca 2021 r. (piątek)
od godz. 14.00 Zakwaterowanie w ośrodku
godz. 18.00-24.00 Grill przy biesiadnej muzyce

25 czerwca 2021 r. (sobota)

godz. 8.00-10.00 Śniadanie
godz. 10.15 Msza św. – kościół św. Anny
w Zieleńcu, czas wolny,
spacer po Zieleńcu
godz. 13.30 Pamiątkowe zdjęcie grupowe
przed ośrodkiem
godz. 14.00 Obiad, czas wolny
godz. 19.00-2.00 Bankiet

26 czerwca 2021 r. (niedziela)

godz. 9.00-10.00 Śniadanie i pożegnania

Opłata za uczestnictwo w zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej:
piątek-niedziela z noclegami – 500 zł,
sobota-niedziela z noclegiem – 350 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto: 66 1090 2590 0000 0001 3393 3014 do 31.12.2020 r. z dopiskiem „Zjazd 1995”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego.

Do dyspozycji gości pokoje dwu-/trzyosobowe – proszę o e-mailowe zgłaszanie nazwisk Kolegów i Koleżanek, z którymi chcą być Państwo zakwaterowani.

UWAGA!!! W ośrodku zapewnione jest bezpłatne korzystanie z kompleksu basenowego, jacuzzi, saun, urządzeń fitness, jak również dostęp do bezprzewodowego internetu oraz bezpłatny parking.

Za Komitet Organizacyjny
Radek Tarkowski



Dr Maria Tomkowid

Wieloletnia ordynator Oddziału Chorób Wewnętrznych i Geriatrii Szpitala im. A. Falkiewicza na wrocławskim Brochowie. Jedna z pionierów geriatry we Wrocławiu. Współzałożycielka Koła przy Szpitalu im. A. Falkiewicza oraz delegat Dolnośląskiej Izby Lekarskiej na Okręgowy Zjazd Lekarzy III, IV, VI i VIII kadencji. Prywatnie osoba skromna, wrażliwa i pełna wiary. Zawsze gotowa do niesienia pomocy swoim pacjentom.

Wdobrych zawodach wystąpiłaś, bieg ukończyłaś, wiary ustrzegłaś. Tymi słowami Świętego Pawła dr Oskar Sulima zegnał – w imieniu asystentów i współpracowników – dr Marię Tomkowid, wieloletnią ordynator Oddziału Chorób Wewnętrznych i Geriatrii Szpitala im. A. Falkiewicza na wrocławskim Brochowie.

Maria Tomkowid przyszła na świat 18 grudnia 1955 roku we Wrocławiu. Rodzina Władysławy i Waclawa Tomkowidów – repatriantów z Wilna – osiedliła się na Biskupinie, gdzie Maria i jej dwaj bracia (Benedykt i Izidor) odebrali podstawowe wykształcenie. Od początku bardzo dobrze się uczyła i wykazywała zainteresowanie naukami przyrodniczymi, dlatego po ukończeniu nauki w liceum nr XI i zdaniu matury, w roku 1974 rozpoczęła studia na Wydziale Lekarskim wrocławskiej Akademii Medycznej, które ukończyła w 1980 r.

Całe swoje zawodowe życie związała ze Szpitalem im. A. Falkiewicza. Od 1984 roku jako lekarz przeszła wszystkie szczeble kariery od młodszego asystenta do ordynatora oddziału. Po uzyskaniu specjalizacji pierwszego (1984 r.) i drugiego (1988 r.) stopnia z interny rozważała dwie specjalizacje szczegółowe – kardiologię i geriatricę. Widząc potrzeby ludzi w podeszłym wieku, których problemy były jej zawsze bardzo bliskie, wybrała geriatricę. Specjalizacja ta była swoistym *novum*. We Wrocławiu nie było wówczas ani jednego geriatry, kiedy więc dr Maria Tomkowid uzyskała tytuł geriatry, stała się (obok dwóch innych lekarzy) pionierem tej specjalizacji w naszym mieście. Dzięki jej staraniom w 2008 roku oddział internistyczny uzyskał dodatkowy profil geriatriczny, a od 2009 roku prawo specjalizowania w geriatrici.

Po reaktywowaniu izb lekarskich włączyła się w pracę społeczną na rzecz wspólnoty lekarskiej, będąc współzałożycielem Koła przy Szpitalu im. A. Falkiewicza oraz jako delegat Dolnośląskiej Izby Lekarskiej na Okręgowy Zjazd Lekarzy III, IV, VI i VIII kadencji.

Najważniejszą wartością każdego ordynatora jest jego zespół, asystenci, uczniowie. Doktor Tomkowid wykształciła kilkudziesięciu lekarzy chorób wewnętrznych oraz 15 geriatrów. Kładła duży nacisk na kształcenie podyplomowe pielęgniarek pracujących na jej oddziale. Wiele z nich uzyskało specjalizacje z chorób wewnętrznych i zgodnej z profilem oddziału geriatrici. W październiku bieżącego roku do egzaminu przystąpi 6 osób. Do dziś jej asystenci wspominają, że mogli się kształcić, robić specjalizację. Wielu z nich po egzaminie specjalizacyjnym odeszło do innych ośrodków. Nie zatrzymywała nikogo na siłę, nie utrudniała odejścia, rozumiała, że każdy ma prawo do rozwoju. Mawiała w takich razach: „Tylko zła matka zatrzymuje dzieci przy sobie; niech idą, jestem z nich dumna i pewna, że sobie poradzą”. Ci, którzy zostali, kontynuują zapoczątkowane przez nią dzieło. Oddział prowadzi dzisiaj jej uczeń i wieloletni zastępca dr Krzysztof Koczela.

Poza uczniami pochodzącymi z prowadzonego przez dr Tomkowid oddziału nie można pominąć rzeszy jej uczniów – techników elektroradiologii, którzy słuchali wykładów w Medycznym Studium Zawodowym im. Ludwika Hirszfelda we Wrocławiu. Zawsze perfekcyjnie przygotowana mawiała, iż „technik pierwszy widzi zapis EKG – musi więc mieć rzetelną wiedzę”.

Prywatnie Maria była osobą nadzwyczaj skromną, nie zabiegała o stanowiska; pytana o drogę do ordynatury, odpowiadała: „Tak wyszło”. Kochała góry, kiedy tylko mogła, uciekała z miasta. Na górskich szlakach „ładowała akumulatory”. Często podkreślała, że wiara pomaga jej w życiu, ale kiedy widziała niesprawiedliwość, beznadzieję i bezsilność to nawet „Najwyższemu się obrywało”.



Fot. z archiwum B.B.-M.

ur. 18.12.1955 r.
zm. 24.07.2020 r.

Kiedy niespełna dwa lata temu przeszła operację, z nadzieją czekała na wynik. Okazał się pomyślny. Świętowaliśmy zwycięstwo – cieszyła się Maria, bliscy, znajomi, ale także pacjenci, kiedy ich dr Maria powróciła do przychodni, do poradni. Zawsze, poza poradą czysto lekarską, miała dla nich dobre słowo, pomagała przygotować się do badania. Wykazywała dużą cierpliwość, mając zapewne w pamięci swoich rodziców, którzy dawno już odeszli.

Nikt nie przypuszczał, że to zwycięstwo okaże się tak nietrwale: podstępna choroba dała o sobie znać już po roku. Marysia podkreślała, że nie chciała być dla nikogo ciężarem. Odeszła nagle 24 lipca 2020 roku, tuż przed rozpoczęciem właściwego leczenia. Według nas – przyjaciół – żyła skromnie, odeszła spokojnie, nie narażając nikogo na absorbowanie swoją osobą.

Maria pozostawiła wzruszający list, adresowany do rodziny, przyjaciół i znajomych. Jestem przekonany, że dziś jest czas, aby go w całości zacytować:

Każdemu, którego Bóg postawił na mojej drodze, a zwłaszcza w dniach choroby, serdecznie dziękuję za wszystko.

Serdeczny kącik w moim sercu poza moją Rodziną i bliskimi mają moi przyjaciele. Wszyscy oni życie moje czynili szczęśliwym. Codziennie, będąc z nimi, Bogu dziękowałam i powtarzałam – ja to mam szczęście.

Wszystkim za wszystko dziękuję i proszę choćby o najkrótszą modlitwę.

Zostańcie z Bogiem!

Maria

Marysiu, my też dziękujemy za wszystko, ale przecież nie tak miało być... ■

Dariusz Lewera

Docent dr n. med. Karmena Stańkowska

19 sierpnia 2020 r. we Wrocławiu, w swoim domu, zmarła dr n. med. i docent AWF Karmena Stańkowska. Była lekarzem internistą i lekarzem sportowym. Dyplom doktora nauk medycznych uzyskała na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej we Wrocławiu na podstawie rozprawy pt. „Zachorowalność na gościec robotników kopalni Turów”. Była również docentem na Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu. Wcześniej pełniła rolę pracownika dydaktycznego w Wyższej Szkole Wychowania Fizycznego we Wrocławiu (1953-1957), starszego asystenta w III Klinice Chorób Wewnętrznych i Poradni Kardiologicznej na AM (1957-1972). W latach 1972-1998 była kierownikiem Zakładu Medycyny, Wychowania Fizycznego i Sportu AWF. Od 1999 r. (będąc na emeryturze) kierowała Zespołem Sportów Wodnych na tej uczelni. Była wybitną polską żeglarką. Mówiono o Niej „Wielka Dama Białego Żagla”.

Urodziła się 1 maja 1929 r. w Bydgoszczy. Była córką Anny i Ottona Neumanów. W 1948 r. uzyskała świadectwo dojrzałości w I LO we Wrocławiu. W roku akademickim 1948/49 rozpoczęła studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu i Politechniki we Wrocławiu. Od III roku studiowała równocześnie w Wyższej Szkole Wychowania Fizycznego, a dyplom ukończenia studiów uzyskała w 1952 r. Dyplom lekarza zdobyła zaś na Akademii Medycznej w 1953 r. W latach 1953-1957 była asystentem w Zakładzie Kontroli Lekarskiej WSWF, pracując równocześnie jako wolontariusz w III Klinice Chorób Wewnętrznych, kierowanej przez prof. Edwarda Szczeklika.

1 czerwca 1957 r. otrzymała etat starszego asystenta w tejże klinice. W tym czasie zorganizowała Poradnię Kardiologiczną w Kombinacie Górniczo-Energetycznym w Turoszowie, którą kierowała przez 14 lat. Była równocześnie konsultantem Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitali Miejskich w Bielawie i Bogatyni, opiekując się tamtejszymi lekarzami specjalizującymi się w zakresie chorób wewnętrznych.

1 września 1972 r. powróciła do pracy na AWF we Wrocławiu na stanowisku adiunkta w Zakładzie Biologicznych Podstaw Sportu. Od 1975 r. kierowała Zakładem Medycyny Wychowania Fizycznego i Sportu. Od 1 sierpnia 1980 r. do przejścia na emeryturę w 1998 r. była docentem etatowym. W roku 1999 objęła stanowisko kierownika Zespołu Sportów Wodnych w Katedrze Turystyki i Rekreacji AWF we Wrocławiu.

Z Jacht Klubem AZS związała się w roku 1950 i pozostała w nim przez 70 lat. Na swój pierwszy rejs wypłynęła w 1957 r. jako jedyna kobieta na pokładzie s/y „Mariusz Zaruski”. Pełniła tam obowiązki lekarza. Uprawnienia jachtowego sternika morskiego nabyła w 1957 r., a w 1961 r. została pierwszym kapitanem na Dolnym Śląsku, uzyskując patent jachtowego kapitana żeglugi wielkiej. Przepłynęła blisko 90 000 mil morskich w ciągu 21 000 godzin – najwięcej ze wszystkich kobiet-kapitanów w Polsce. Była złotą medalistką w żeglarskich Mistrzostwach Polski (1967 r.). W trakcie swojej żeglarskiej kariery uzyskała szereg stopni i uprawnień, m.in. patenty instruktora i trenera żeglarstwa I klasy.

Zamężna z mgr. inż. Kazimierzem Stańkowskim (1952 r.). Wdową została w 1983 r. Wspólnie z mężem wychowała adoptowanego syna. Doczekała się wnuczki Ewy i prawnuka Evana.

W 1993 r. z inicjatywy Karmeny Stańkowskiej została reaktywowana przy Komisji Współpracy z Zagranicą Dolnośląskiej Rady Lekarskiej sekcja jeszcze przedwojennego Zrzeszenia Lekarek Polskich. Zrzeszenie to było częścią istniejącego od 1919 r. Medical Women's International Association (MWiA). W 1997 r. koleżanki z Niemiec z MWiA zebrały między sobą 140 tys. dm, by wesprzeć wrocławską służbę zdrowia po powodzi.



Fot. z archiwum B.B.-M.

ur. 1.05.1929 r.
zm. 19.08.2020 r.

Wszelchna działalność naukowa dr Karmeny Stańkowskiej została udokumentowana publikacjami z zakresu medycyny klinicznej, medycyny pracy, medycyny wychowania fizycznego, sportowo-medycznych problemów w żeglarstwie, znaczenia aktywności fizycznej w profilaktyce zdrowotnej i metod odnowy biologicznej w odniesieniu do czynnych zawodowo osób dorosłych i sportowców.

26 sierpnia pożegnaliśmy Karmenę na cmentarzu Świętej Rodziny przy ul. Smętnej. Ksiądz biskup Ryszard Bogusz odprawił nabożeństwo i odprowadził urnę z prochami na miejsce wiecznego spoczynku. Rodzinę reprezentowało profesorstwo Maria i Marek Sasiadek wraz z córkami. DIL zaś reprezentowały przewodnicząca Komisji Międzynarodowej DRL dr n. med. Urszula Kanna-Kilijańska, dr n. med. Adriana Pietraszkiewicz, dr n. med. Ewa Mróz (również żeglarka) oraz dr hab. Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska, przewodnicząca Komisji Historycznej DRL. Brac żeglarską reprezentowało wielu kapitanów jachtowych i żeglarzy. Wśród nich znalazł się kapitan Krzysztof Baranowski i bard Andrzej Apollo, który wraz z Karmeną pływał na jachcie „Konrad”.

Karmena pięknie śpiewała. I to nie tylko szanty! A przecież, jak pisał Johann Wolfgang von Goethe:

*Gdzie słyszysz śpiew – tam wchodź,
Tam dobre serca mają.
Żli ludzie – wierzaj mi –
Ci nigdy nie śpiewają.*
(przekład Maria Konopnicka)

Karmena była pięknym, dobrym i bardzo zycielwym człowiekiem.

Non omnis moriar. ■

B.B.-M.



Z ogromnym bólem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

prof. dr hab. Danuty Dzierżanowskiej

Trudno wyrazić wdzięczność za te wiele lat, przez które Pani Profesor wspierała nas w codziennej walce o zdrowie i życie pacjentów swoją ogromną wiedzą i doświadczeniem. Ciepło i życzliwość, które roztaczała wokół siebie, pozostawią niewypełnioną przestrzeń w naszych sercach...

W imieniu zarządu i członków Towarzystwa Mikrobiologii Klinicznej oraz całego zespołu Katedry i Zakładu Mikrobiologii Farmaceutycznej i Parazytologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu Rodzinie i Bliskim składamy wyrazy najszerszego współczucia
prof. dr hab. Anna Przondo-Mordarska,
prof. dr hab. Marzenna Bartoszewicz
dr Beata Kowalska-Krochmal, dr Beata Mączyńska

Naszej Koleżance **Ewie Bielońskiej**

wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci

Taty

składają dr n. med. Piotr Piszko – Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej DIL i zastępcy OROZ, dr n. med. Jan Spodzieja – przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego DIL i sędziowie OSŁ, a także pracownicy kancelarii OROZ i OSŁ

Z wielkim smutkiem
przyjeliśmy wiadomość o śmierci

lek. Roberta Piaseckiego

Był wspaniałym lekarzem i człowiekiem.
Pracownicy Poradni Lekarskiej Salubris w Bielawie

12 września 2020 roku zmarł

prof. dr hab. Jerzy Garcarek

wyjatkowy lekarz i wielki Przyjaciel naszej Kliniki
Wyrazy serdecznego współczucia Rodzinie Pana Profesora składają koleżanki i koledzy z Kliniki Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej

Wyrazy głębokiego współczucia dla naszego Kolegi

lek. Piotra Polańskiego i Jego bliskich
z powodu śmierci Ojca

dr. Bronisława Polańskiego

wieloletniego pracownika dolnośląskiej służby zdrowia i kierownika przychodni rejonowej w Mieroszowie składają
Dorota Radziszewska, Iwona Świętkowska, Beata Czołowska oraz koleżanki i koledzy z Delegatury DIL w Wałbrzychu

Z głębokim żalem przyjęliśmy wiadomość o śmierci Naszej Koleżanki
śp.

dr Marii Kot

specjalistki chorób oczu, wieloletniego członka Polskiego Towarzystwa Okulistycznego.
Będziemy Ją pamiętać jako życzliwego i oddanego pacjentom lekarza.
Rodzinie składamy wyrazy współczucia
Koleżanki i koledzy z Oddziału Dolnośląskiego Polskiego Towarzystwa Okulistycznego

Z głębokim żalem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

prof. dr hab. Jerzego Garcarka

wybitnego doktora i naukowca, nauczyciela kilku pokoleń lekarzy, o wielkich zasługach dla polskiej radiologii zabiegowej. Człowieka serdecznego i przyjacielskiego, o ogromnej erudycji i wielkiej klasie.
Współpracownicy z Katedry Radiologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu i Uniwersyteckiego Centrum Diagnostyki Obrazowej we Wrocławiu

Z głębokim smutkiem przyjęliśmy wiadomość o odejściu na wieczny dyżur

dr. n. med. Floriana Polikowskiego

chirurga i urologa
Rodzinie i najbliższym składamy wyrazy najszerszego współczucia
Zarząd Oddziału Dolnośląskiego Polskiego Towarzystwa Urologicznego

Z żalem zawiadamiamy, że 12 września 2020 roku odeszła na wieczny dyżur nasza Koleżanka

Czesława Joanna Balsewicz-Niedzielska

neurolog
Wyrazy szczerego współczucia Rodzinie składają koleżanki i koledzy z Koła Lekarzy Seniorów DIL w Jeleniej Górze

Wyrazy głębokiego współczucia
dr Iwone Helemejko

z powodu śmierci
Matki
składają koleżanki i koledzy z Kliniki Okulistyki Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu

Wyrazy szczerego współczucia

lek. Wiesławie Niemiec-Gmerek

z powodu śmierci Męża
Józefa Gmerka
składają koleżanki i koledzy z Delegatury DIL w Wałbrzychu

Ze smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

dr. n. med. Floriana Polikowskiego

znanego i cenionego lekarza specjalisty z dziedziny chirurgii oraz urologii, wieloletniego ordynatora Oddziału Urologii Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kłodzku.
Wyrazy najgłębszego współczucia Rodzinie składają lekarze i lekarze dentyści z Delegatury DIL w Wałbrzychu

Wyrazy szczerego współczucia

dr. Franciszkowi Grycanowi

z powodu śmierci
Żony Urszuli
składają koleżanki i koledzy z Koła Lekarzy Seniorów DIL w Jeleniej Górze



Kulturalnik lekarski

Opracowała Paulina Góra

Lekarz, menadżer ochrony zdrowia. Obecnie jest studentką dziennikarstwa.

Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/film-1392141/kalhh

John Bateson, *Sprawa dla koronera: kulisy zawodu, który codziennie spotyka śmierć*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2019.

W każdym serialu kryminalnym słyszymy o zawodzie koronera. Na miejscu zbrodni to jego praca jest najważniejsza. Znajduje on odpowiedzi dla żywych, które pozostawili zmarli. Tak jak każde życie, śmierć ma swoją historię. Koronerzy są w nią wtajemniczeni, znają jej zakamarki. Do tego zawodu przyciąga możliwość bycia obecnym, zrozumienie i pomaganie innym w radzeniu sobie z czymś strasznym i przygnębiającym, w czasie, gdy ludzie czują się najbardziej osamotnieni.

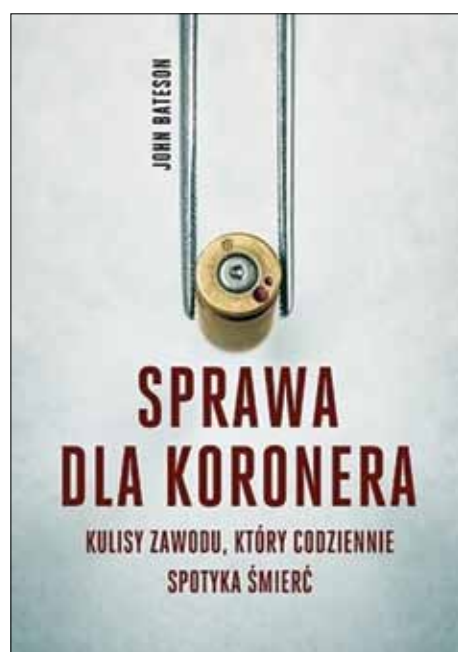
Koroner to zawód niecodzienny, jeden z tych, których wykonywania nie można sobie wyobrazić. Niektórzy nazywają koronerów „wybrańcami”, oni zaś o swojej pracy mówią „pokusa”. Każdy dzień koronera jest bowiem inny i niepowtarzalny. Nie ma dwóch takich samych przypadków śmierci. Okoliczności i przyczyny są zawsze inne. Wiele osób ma wrażenie, że śmierć ma swój schemat, jeżeli jest skutkiem konkretnych chorób lub sytuacji. Jednak uleganie takiemu myśleniu potwierdza tylko fakt, że taka osoba nie wie nic o śmierci. W zawodzie koronera nie można wyciągać pochopnych wniosków, nie zauważać szczegółów, które na pierwszy rzut oka mogą być pozbawione sensu. Zdolność szybkiego myślenia i nieuleganie schematom to najważniejsze cechy koronera. Proces edukacji koronerów odzwierciedla dochodzenie do prawdy o życiu i śmierci. Są one nierozdzielnie ze sobą połączone. Celebrujemy życie i opłakujemy śmierć, ale nasze istnienie od zawsze zawiera w sobie jedno i drugie.

John Bateson w książce *Sprawa dla koronera* opisał historię pracy znanego amerykańskiego koronera Kena Holmesa. Jednak nie jest to typowa biografia. Autor książki, zanim podjął się jej napi-

sania, przejrzał osiemset teczek akt. Ten ogrom ludzkiego cierpienia zapoczątkował jego rozważania na temat własnej śmierci. Rozbudził w nim również myśl o tym, jak zakończy się jego życie i czy jego śmierć będzie jedną z teczek leżących na biurku lokalnego koronera. Swoimi przemyśleniami podzielił się nie tylko z czytelnikami książki, ale i z samym Kenem Holmesem. W czasie pisania książki koroner miał już siedemdziesiąt trzy lata i od wielu lat cieszył się życiem szczęśliwego emeryta. Wiele osób w tym wieku zaczyna kontemlować swoją śmiertelność. Natomiast Holmes uświadamia każdemu, że śmierć jest naturalną częścią życia i nie należy się jej bać. Samo obcowanie ze śmiercią powoduje docenienie życia. Dlatego myśli Holmesa zawsze krążą wokół życia.

Sprawa dla koronera daje możliwość spojrzenia na pracę człowieka, którego codziennością jest śmierć. W książce opisane są najciekawsze przypadki, z jakimi mieli do czynienia pracownicy biura koronera w amerykańskim hrabstwie Marin. Sprawy dotyczące śmierci legendy rocka Jerry'ego Garcii, rapera Tupaca Shakura, „królów porno” Jima i Artiego Mitchellów czy osławionego „Mordercy ze szlaku” to jedne z najsłynniejszych i cieszących się zainteresowaniem mediów przypadków, nad którymi pracował Ken Holmes. Jednak to śmierć osób, które nie były sławne, ciekawiły koronerów. Przeświadczenie, że rodzina i przyjaciele osoby zmarłej zasługują na to, by wiedzieć, co się stało, bez względu na to jak długo trwa dochodzenie, pozwala im żyć ze świadomością dobrze wykonanej pracy.

Sprawa dla koronera zawiera wiele opowieści o samobójcach z mostu Golden Gate łączącego San Francisco z hrabstwem Marin. Kryją się za nimi



Fot. okładki Wydawnictwo Znak

***Sprawa dla koronera* określana jest jako pozycja obowiązkowa dla fanów *Profilu mordercy* i *Trupiej farmy*. Jednak powinna ona być lekturą obowiązkową dla wszystkich.**

mroczne historie, a także chęć zdobycia pośmiertnej sławy. Książka nie jest pamiętnikiem, biografią czy zbiorem opowiadań. Można ją zaliczyć do podręczników uczących życia i radzenia sobie ze stratą bliskich oraz w trudnych, życiowych sytuacjach, które spotykają każdego. Kulisy zawodu, który codziennie spotyka śmierć to także kulisy historii ludzi, którzy zostali doświadczeni stratą bliskich.

Sprawa dla koronera określana jest jako pozycja obowiązkowa dla fanów „*Profilu mordercy*” i „*Trupiej farmy*”. Jednak powinna ona być lekturą obowiązkową dla wszystkich. ■



Witold Kopec

Czekamy na Twoją twórczość: redakcja@dilnet.wroc.pl

ŁĄKA

Kocham te chwile, gdy w słońcu przychodzisz,
Gdy oczy kryjesz pod senną powieką,
W której szum łąki płynie marzeń rzeką,
By myśli rozlać w bezkresnej powodzi.

Cudnym swym licem niewinność stanowiąc,
Miodnym uśmiechem śnisz przestrzeń daleką,
Włosy rozwiane jak wiatr ciepły lecą,
Chcąc bielą kwiatów dar Piękna pozdrowić.

Dłoń mi podajesz żarem rozognioną,
Aby ogarnąć wrażeń nieskończoność,
Woń barwną duszy, co gra serca nutę;

Co chce przywrócić kształtnych drzew harmonię,
Która pnie tworzy i liści koronę –
Jak ciał kolumny, związane rąk łukiem.

1 SIERPNI

W kraju dalekim rośnie natchnień wzgórze –
Las drzew oliwnych zbocza przyozdobił;
Ogród nad wodą wątlą myśl uzdrowił,
Kiedy rozkwitły w złocie słońca róże.

Obok winnice soczyste i duże –
Owoc słodkości smaki usposobił;
Błękit najczystszy pieśń pokoju wznowił,
Co każe nikać napotkanej chmurze.

Wieczór sierpniowy o słońca zachodzie:
Szczytów bagnety, ptaków świst stalowy,
W fali nadkrwistej ustał śpiew o wodzie,
W dole mgła szara, górą – blask ogniowy.

W mroku zapomnień – czyż serce nie pęknie?
Czy już przeminął krótki sen o Pięknie?

SZÉCHENYI FÜRDŐ

Wróćmy spragnieni ku wodom gorącym,
Co dniami strudżonym niosą ukojenie.
Niechaj woń barwna roznieca kwitnienie
W kształtnych donicach u brzegów stojących.

Mury kąpielisk powlekane słońcem
Rzeźbią figury ukryte znaczenie:
Linie faliste, chimery spojrzenie,
Girlandy liści, puchary pływające.

Zgrabne kolumny, mocne tympanony
Wspierają kopuły podniebnych szyszaki
Z końmi w galopie, lekkimi jak ptaki.

Duch w zdrowym ciele, pokoju spragniony,
Szuka dziś sensu, co tajną myśl kryje
W wodnej przestrzeni... Bo źródło wciąż bije!

„W stronę słońca”

Wybieramy się w podróż, aby odpocząć od szarej codzienności, aby spotkać ciekawych ludzi i przeżyć niezapomniane przygody. Przemierzamy szlaki tej ziemi, aby zachwycać się pięknem stworzenia i odkrywać zamkniętą w zabytkach mądrość lat starą. Pragniemy, aby to, co chwilowe zmierzało ku nieskończoności, aby temu, co jednostkowe nadać wymiar uniwersalny, aby odkryć nadprzyrodzony sens rzeczy widzialnych. Oto kształt fascynującej podróży ku niewyczerpanym źródłom naszej tożsamości.



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/feather-3237973/Bru-nO

Kącik poetycki

Autor z małżonką Małgorzatą



Fot. WK.

WITOLD KOPEC

Absolwent Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu. Lekarz chorób wewnętrznych, specjalista medycyny rodzinnej i medycyny pracy. Razem z żoną prowadzi NZOZ „Elmed” Praktykę Lekarza Rodzinnego. Poezją interesuje się od wczesnej młodości. Kocha podróże, podczas których poszukuje artystycznych inspiracji.

Laureat kilku konkursów literackich. Autor tomików poetyckich: „W stronę słońca” (2014), „Sen nasz powszedni” (2015), „Znaki przymierza” (2016), „Jesienny obłok” (2017), „W cieniu ogrodów” (2017), „Słowa nieznanne” (2018) i „Struna milczenia” (2020).

LAGO DI GARDA

Biel oleandrów u wód szmaragdowych,
Cicha oliwka, co z palmami tańczy,
Słodka winorośl i smak pomarańczy,
Trwają od wieków jak rajskie ogrody.

Tajemne szczyty nad lasem świerkowym
Piją błękitny jak Boży wybrańcy;
Wieczorną porą ich snów amaranty
W skale dopełnią koloryt kredowy.

Bądź pochwalona – wodo oczyszczenia –
W twoim zwierciadle widzą twarz obłoki,
Początek biorą drzew i krzewów soki –

Ty, która łączysz i dajesz istnienia!
Sławię Cię, Duchu, nad wodą przejrzystą –
Ty w każde ciało rozlewasz myśl czystą!



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/anthropomorphic-1297541

O TOMIKU



SILVA RERUM MEDICARUM VETERUM

Ze względu na zachodzące **otrucia pastylkami** przeznaczonymi do zewnętrznego użytku, Freudenberg stawia projekt, by pastylki przeznaczone na wewnątrz były okrągłe, a do użytku zewnętrznego kańczaste (tak jak flaszki na leki).

„Nowiny Lekarskie” 1912, XXIV, 249

Jacy bywają lekarze-urzędnicy, świadczy fakt następujący:

Majtek ze statku „Grzegorz Zwycięzca”, znajdujący się pod śledztwem, pozostawał pod obserwacją w szpitalu dla obłąkanych, w Kronsztacie.

Opinia lekarzy szpitalnych brzmiała: „Złośliwy symulant, zasługujący na karę śmierci”.

Dyrektorem szpitala kronsztackiego jest niejaki Filipow (lekarz!).

„Czasopismo Lekarskie” 1905, VII, 435

excerpta selegit
Andrzej Kierzek

Zapiski emeryta



Samotność

Pandemia odciska swoje piętno na różnych dziedzinach życia: funkcjonowaniu dużych i małych przedsiębiorstw, na handlu, turystyce itd.

Odbija się także na przychodniach – mniej pacjentów, to niższe wpływy z NFZ, a większe wydatki na materiały sanitarne. Tak to wygląda z perspektywy dyrekcji.

A pacjenci? Czują się fatalnie. Trudno dostać się do lekarza (bramki na wejściu), linie telefoniczne są przeciążone. Ale przede wszystkim brakuje bezpośredniego kontaktu z lekarzem! Przez telefon nie można przecież w pełni i barwnie opowiedzieć o swoich objawach, lekarz nie jest w stanie zbadać – osłuchać i opukać. Telefon jest jakiś taki zimny i bezosobowy. No i brakuje kontaktu z innymi chorymi na korytarzach. Tu kwitło prawdziwe życie towarzyskie, można było podzielić się z innymi swoimi objawami, skonsultować leczenie, dowiedzieć się, co pomaga najbardziej na zaparcie, zgałę czy na nerwy.

Część starszych osób jest tak przerażona epidemią, że nie wychodzi z domu od kilku miesięcy. Rodzina podrzuca im produkty (i ew. leki) pod drzwi. Młodzieży brakuje kontaktu z rówieśnikami – po prostu bycia ze sobą, rozmów o niczym (rozmowy przez internet to jednak nie ten klimat). Dlatego po najmniejszym poluzowaniu restrykcji nagle na ulice wylega tłum ludzi spragnionych kontaktu z kolegami i przyjaciółmi, co oczywiście może być wodą na młyn następnym pokoleń Covida.

A lekarze? Mniej pacjentów to niższe dochody, trudniejsza praca, a w perspektywie trudniejsze i cięższe przypadki pacjentów, którzy nie zaczęli leczyć się o czasie.

Podobno wirusowe paskudztwo przenosi się głównie przez aerozol. Wydaje się, że ratunkiem może być klasyczny przeciąg – trąba powietrzna i huragany.

dr Józef emeryt

Porady prawne dotyczące epidemii koronawirusa

Porozumienie NIL i INTER Polska
- bezpłatne telekonsultacje
i opinie prawne na piśmie
t: 22 333 77 00

24 h | 7 dni w tygodniu

Więcej informacji na stronie www.interpolska.pl

Wspólna inicjatywa INTER Polska i Naczelnej Izby Lekarskiej w sprawie bezpłatnej pomocy prawnej dla lekarzy i lekarzy dentyistów

Aby skorzystać z bezpłatnych porad prawnych w związku z epidemią koronawirusa, wystarczy zadzwonić pod numer 22 333 77 00.

- Porady świadczone są w formie telekonsultacji.
- Można otrzymać opinię prawną na piśmie, sygnowaną przez adwokata lub radcę prawnego.
- Usługa dostępna 24 godziny na dobę/7 dni w tygodniu.
- Usługa dostępna bezpłatnie dla wszystkich lekarzy i lekarzy dentyistów.

Podziękowania

„Tyle wiemy o sobie, ile nas sprawdzono.”

Składam serdeczne podziękowania Pani **dr Elżbiecie Bieleckiej** za bezinteresowność, empatię i ogromną pomoc w przygotowaniu mnie do operacji. Z całego serca dziękuję Panom **dr. Konradowi Pawełczykowi** i **Marcelmu Dudzicowi** za przeprowadzoną operację płuca. Całemu zespołowi Oddziału Torakochirurgii DCChP we Wrocławiu przy ul. Grabiszyńskiej dziękuję za profesjonalizm i serdeczność.

wdzięczna pacjentka
dr Katarzyna Sośnik

Koło Seniorów DIL wznawia działalność. Na pierwszym po przerwie posiedzeniu zaszczepi NIEODPŁATNIE swoich członków przeciw pneumokokom

Pierwsze posiedzenie po kilkumiesięcznej przerwie odbędzie się **23 października 2020 r.** Spotkanie rozpocznie się zwyczajowo **o godz. 11.00 w sali klubowej przy al. Matejki 6.** W programie tematy związane z obchodami 70-lecia Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Członkowie Koła Seniorów DIL!

W trosce o Wasze zdrowie stwarzamy Wam możliwość nieodpłatnego zaszczepienia się przeciw pneumokokom. **Ta szczepionka zapobiega zapaleniu płuc.**

Do zobaczenia na posiedzeniu.

dr hab. Krzysztof Wronecki, prof. nadzw.



Fot. z archiwum autora i UM we Wrocławiu

Budynek Instytutu Fizjologii powstał w ostatnich latach XIX wieku (fot. 1), wspólnie z innymi zakładami teoretycznymi. Były to wtedy najnowocześniejsze zakłady teoretyczne w Niemczech. Ich założenia funkcjonalne nakreślił program sprecyzowany przez znanego fizjologa i wieloletniego szefa Instytutu profesora Rudolfa Petera Heidenhaina, który „po starannym rozważeniu potrzeb i interesów poszczególnych oddziałów oraz po zwiedzeniu najnowszych instytutów w kraju i za granicą, z właściwą sobie dokładnością opracował plany we współpracy z urzędem budowlanym”. Sam, niestety, nie doczekał otwarcia Instytutu.

Popiersie Heidenhaina, ufundowane przez jego następcę prof. Karla Hürthle, wróciło do Instytutu. Stoi dziś w gabinecie obecnego kierownika Zakładu Fizjologii prof. Beaty Ponikowskiej.

Za czasów Heidenhaina Oddział Chemii Fizjologicznej otrzymał status samodzielnej jednostki naukowej, a w roku 1920 powołano Katedrę Chemii Fizjologicznej. Od tego czasu obie te katedry funkcjonują zgodnie w jednym budynku. ■



Popiersie zostało wykonane w roku 1907 w Pradze przez znanego czeskiego rzeźbiarza Aloisa Riebera (...).



Wchodzących do wnętrza Instytutu wita popiersie Jana Ewangelisty Purkyněgo (fot. 2) z towarzyszącą mu piękną, marmurową tablicą, na której widnieje łacińska sentencja w złotym kolorze (fot. 2a). Popiersie zostało wykonane w roku 1907 w Pradze przez znanego czeskiego rzeźbiarza Aloisa Riebera, a jego fundatorem był wspomniany już pierwszy urzędujący w tym budynku szef Instytutu Fizjologii. Tablica wmurowana została w roku 1958 przez ówczesne władze Akademii Medycznej z okazji wielkiej wystawy w Bibliotece Uniwersyteckiej poświęconej Purkyniemu. Protektorat honorowy nad wystawą objęli ówczesni ministrowie zdrowia Czechosłowacji, NRD i Polski. Profesor Ludmiła Borodulin-Nadzieja, wieloletnia szefowa Zakładu Fizjologii wspomina, że w czasie sesji egzaminacyjnej studenci stawiają przed popiersiem kwiaty i to ponoć przynosi im szczęście na egzaminach.

W początkach XIX wieku Jan Ewangelista Purkyně pełnił rolę szefa Instytutu Fizjologii we Wrocławiu. Był to wtedy pierwszy Instytut Fizjologii w Niemczech. Stanowisko zdobył dzięki poparciu Alexandra von Humboldta i Johanna Wolfganga von Goethego, wbrew woli władz uniwersytetu. Purkyně pisał w liście do ministra: „W poprzednim stuleciu fizjologię pojmowano wyłącznie jako duchowy komentarz do anatomii, natomiast z początkiem bieżącego wieku filozofia naturalna przyjęła drugą skrajność, przyznając fizjologii byt nadprzyrodzony, obec-

nie powraca ona z tych wyżyn do swej pierwotnej egzystencji, ziemskiej i materialnej, a także żywej i organicznej”. Instytut Fizjologii za czasów Purkyniego działał w bardzo prymitywnych warunkach przy dzisiejszej ulicy Purkyniego. Udało mu się poprawić warunki pracy i po długich staraniach zakupił w Wiedniu nowoczesny mikroskop Plössla (aktualnie znajduje się on w zbiorach Muzeum Historycznego). Zaowocowało to postępowaniem badań i odkryciem tzw. włókien Purkyniego w sercu. Purkynie, jako Czech, popierał stworzenie na uniwersytecie Katedry Słowiańskiej, był też kuratorem i kierownikiem Towarzystwa Literacko-Słowiańskiego, które przez wiele lat stanowiło jedyną polską organizacją na wrocławskiej uczelni. W 1850 r. Purkynie opuścił Wrocław i udał się do Pragi, gdzie zajmował się bardziej polityką niż nauką, biorąc udział w ruchu wyzwolenicznym narodu czeskiego. ■



Pierwszym powojennym szefem Katedry Fizjologii został profesor Andrzej Klisiecki (1895-1975). Przyjechał ze Lwowa już jako uznany naukowiec i tutaj kontynuował swoje badania. Był bardzo lubiany przez studentów. Sam jeszcze pamiętam, gdy na półmetku wspaniale bawił się w towarzystwie naszych koleżanek. W październiku zostanie odsłonięta jego tablica (fot. 3). Tablicę ufundowali Komisja Historyczna DRL i dwóch wdzięcznych absolwentów rocznika 1968. ■



Profesor Klisiecki był też twórcą Akademii Wychowania Fizycznego, która do dzisiaj obchodzi swoje święto w dniu urodzin założyciela (22 października). Tego też dnia, po złożeniu kwiatów na grobie na cmentarzu Grabiszyńskim, nastąpi odsłonięcie tablicy. W gabinecie kierownika kliniki znajduje się wiernie oddający Profesora portret namalowany przez ojca prof. Zbigniewa Jethona, ucznia prof. Klisieckiego i wieloletniego szefa Katedry Fizjologii na wrocławskim AWF (fot. 4). Siedząca mu na kolanach suczka była jego ukochanym pieskiem, wabiła się Idka i często towarzyszyła profesorowi podczas egzaminów. Kiedy warczała na studenta, jego szanse na dobrą ocenę, zgodnie z legendą, malały. ■



Profesor Klisiecki był też twórcą Akademii Wychowania Fizycznego, która do dzisiaj obchodzi swoje święto w dniu urodzin założyciela (22 października).



Drugim użytkownikiem budynku jest Katedra Biochemii Lekarskiej. Na ścianie obok popiersia Purkyniego znajduje się tablica poświęcona pierwszemu powojennemu kierownikowi Katedry prof. Tadeuszowi Baranowskiemu. Na **fot. 5** widzimy, jak aktualny szef Zakładu prof. Andrzej Gamin wraz z asystentem wnoszą tablicę do środka. Odświeżenie tablicy miało miejsce 20 października 2018 roku (**fot. 6**), a zaszczycu dokonała córka profesora dr Marta Baranowska-Litwa w towarzystwie prorektora naszej uczelni prof. Piotra Dzięgiela i prof. Andrzeja Gamiana. Sponsorami tablicy, oprócz Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, byli uczniowie prof. Baranowskiego z jego następczynią prof. Janiną Kwiatkowską-Korczak na czele. ■

Profesor Baranowski przyjechał do Wrocławia w maju 1945 r. ze Lwowa już jako docent. Jest odkrywcą enzymu Baranowskiego rozkładającego alkohol w wątrobie i ponoć otarł się o Nagrodę Nobla. Był rektorem w czasie wydarzeń marcowych w 1968 r. Zachował



się bardzo godnie i nie dopuścił do relegowania studentów z uczelni. Został zmuszony do odejścia ze stanowiska, wedle oficjalnego uzasadnienia, „ze względu na wyrażoną chęć poświęcenia się pracy naukowej”. Słuchałem jego wykładów, ale studenci zapamiętali go przede wszystkim jako posiadacza czarnego, eleganckiego samochodu marki Mercedes, co w tamtych czasach było rzadkością. ■

Autorem wszystkich tablic jest prof. Marian Molenda z Uniwersytetu Opolskiego. To też twórca wielu rzeźb naszych piosenkarzy na Wzgórzu Uniwersyteckim przed Collegium Maius Uniwersytetu Opolskiego. Jego ostatnim dziełem jest potężny pomnik marszałka Józefa Piłsudskiego na koniu w Nysie. ■



Od lewej: Krzysztof Wroniecki, Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska i Andrzej Gamin

Na swoje odświeżenie czeka tablica następczyni prof. Baranowskiego – prof. Janiny Kwiatkowskiej-Korczak. W grudniu obchodzi ona swoje urodziny i myślę, że będzie to doskonała okazja, aby odświeżyć jej tablicę. Na **fot. 7** widzimy tablicę w gabinecie kierownika Katedry Chemii Fizjologicznej, której przyglądają się prof. Andrzej Gamin, dr hab. Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska – szefowa Komisji Historycznej DRL, oraz autor artykułu. Jako że prof. Kwiatkowska-Korczak lubi kolor zielony, jej tablicę wykonano z zielonkawego granitu. ■



Do początków XIX wieku fizjologia była taktowana jako przedmiot uzupełniający anatomię. Dlatego ustanowienie od samego początku istnienia Wydziału Lekarskiego Katedry (Instytutu) Fizjologii jako samodzielnej jednostki organizacyjnej i naukowej należy traktować jako wyraz nowoczesnego podejścia do medycyny. Z instytutem anatomii istniała jedynie łączność lokalowa – oba zakłady znajdowały się w poklasztorzym budynku w pobliżu Placu Dominikańskiego.

Źródło informacji: www.lekarski.umed.wroc.pl/fizjologia-historia

Za miesiąc zapraszam na kolejny spacer.



CZAS NA RELAKS

Litery z pól oznaczonych cyframi od 1 do 16 utworzą rozwiązanie (hasło medyczne). Hasło prosimy przesać na adres pocztowy lub e-mailowy: redakcja@dilnet.wroc.pl do 19 października 2020 r. z dopiskiem na kopercie lub w temacie wiadomości elektronicznej „Krzyżówka – nr 10/2020”.

Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy trzy nagrody książkowe (prosimy o podanie adresu do wysyłki). Nazwiska nagrodzonych zostaną opublikowane w nr 11/2020 „Medium”. Życzymy udanej zabawy!

BEYSKOTKA	STAN, PIOSENKARZ PRZEDPORCIE	JESZCZE NIE MA ŻONY OCENA	OWOC, KTÓRY SPADE Z DRZEWA	CZŁOWIEK, Z KTÓRYM SIĘ NIKT NIE LICZY	UBIÓR ADWOKATA	AGRESJA	LOS KOŃ ZE SKRZYDEŁAMI	ZABAWNE ZDARZENIE TRĄD								
PTAK O CZARNYM UPIERZENIU SZOFER			TYLNA CZĘŚĆ STOPY			UPRAWIANE PRZEZ ROLNIKA										
		13		CZŁOWIEK, KTÓRY SIĘ UTOPIŁ	11											
IMIĘ PIOSENKARKI BARTOSIEWICZ			POGĘBIARKA	3	1	OFERMA	14									
ŚWIATOWEJ SŁAWY HISZPAŃSKI WIOLONCZELISTA I DYRYGENT				WYBRAŃCY TRENERA REPREZENTACJI ANTYLOPA AFRYKAŃSKA			KONFERENCJA, ZEBRANIE	ZASŁONA								
	15	CIECZ LABORATORYJNA	GRUBY PRZEWÓD	ZESPÓŁ MARKA GRECHUTY	PSZENICA	TO, CO ROBIĘ ZORRO										
						PETER, REŻYSER BRYTYJSKI										
PRACUJE NA DACHU BEZBARWNY GAZ PALNY					LODY Z KONFITURAMI LUB OWOCAМИ	8	RODZAJ BIEGU KONIA	STAŁA POSADA								
				TWORZY SIĘ NA DNIENIE NACZYŃIA	EMENTALER	STOPIEŃ MISTRZOWSKI W JUDO, KARATE	TWÓRCA KOPCZYKÓW NA ŁĄCE	2								
OŚRODEK WYPOCZYNKOWY NAD BAŁTYKIEM			9		5	CZESNE ALBO CZYNSZ	4	6								
PLYNIE W ŻYŁACH				METAL, SUROWIEC W PRZEMYSŁE CIĘŻKIM		12	7	PORAŻENIE								
		REZYDENCJA PAPIEŻY DO 1309 ROKU		10		LIKWIDACJA, KASACJA		16								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

Rozwiązanie krzyżówki z „Medium” 9/2020: CHOLESTEROL

Z grona Czytelników, którzy nadesłali prawidłowe rozwiązania, wylosowane zostały:

1. **Katarzyna Dźwigaj z Wrocławia**, 2. **Tymoteusz Poprawski z Wałbrzycha**, 3. **Dorota Majewska ze Zgorzelca**.

Wylosowanym lekarzom-szaradziom gratulujemy!

Nagrodami są książki, które prześlemy pocztą.



Feeria

Feeria
science

nowość



*Wspomnienia,
które dają
nadzieję
i niezwykłą siłę.
Tę książkę
powinien
przeczytać
każdy z nas.*

PREMIERA
30.09.2020

bestsellery

*Łącząc
antropologię,
biologię, historię
i psychologię
z ewolucją,
William von Hippel
rzuca w tej książce
nowe światło na
nas samych.*



*Nadwydajne
dzieci potrzebują
przede wszystkim
tego, aby dorośli
poświęcił czas
na wyjaśnienie
im, kim są, jak
funkcjonują i na
czym polega ich
odmienność.
Takie odkrycie
czyni cuda.*



Terminy dyżurów

Prezes DRL Paweł Wróblewski
przyjmuje po uprzednim uzgodnieniu
z sekretariatem,
tel. 71 798 80 52

Wiceprezes DRL Piotr Knast, czwartek, 13.00-14.00

Wiceprezes DRL ds. stomatologii
Iwona Świętkowska,
czwartek, 12.00-16.00

Wiceprezes DRL ds. kształcenia Andrzej Wojnar, przyjmuje
po uprzednim uzgodnieniu
z sekretariatem

Wiceprezes DRL i przewodnicząca Delegatury Wrocławskiej
Bożena Kaniak, czwartek, 16.00-17.00

Sekretarz DRL Małgorzata Niemiec, czwartek, 15.15-16.00
Skarbnik Ryszard Jadach

Przewodniczący Komisji Etyki DRL
dr n. med. Jakub Trnka, czwartek, 15.00-16.00

Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyków

lek. Aleksander Błaszczuk, tel. 603 877 518

Delegatura Jelenia Góra

Przewodnicząca Barbara Polek, wtorek 10.00-11.00

Delegatura Legnica

Przewodniczący Ryszard Kępa, wtorek, 15.00-16.00

Delegatura Wałbrzych

Przewodnicząca Dorota Radziszewska,
wtorek, 15.00-16.00

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
Piotr Piszko, wtorek, 10.00-12.00

Przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego
Jan Spodzieja, czwartek, 11.00-13.00

Dyżur RODO i ws. EDM

inż. Maciej Koziejko w każdy drugi i czwarty wtorek
miesiąca od godz. 14.00 do godz. 18.00
Kontakt do specjalisty: kom. 607 505 694

**Likwiduję gabinet stomatologiczny we Wrocławiu.
Część wyposażenia oddam gratis, część sprzedam za
symboliczną opłatą**

Sprzęt medyczny, narzędzia diagnostyczne – **ODDAM
GRATIS**. Kleszcze chirurgiczne typu Bertena – pełen kom-
plet, akcesoria protetyczne i inne za symboliczną cenę.

Kontakt tel. +48 605 578 007

centrum ortopedyczne
ORTHO+MED

we Wrocławiu
ul. Krynicka 7-9

podajemy współpracę ze specjalistami:

**Reumatologii
Pulmonologii
Neurologii**

Kontakt pod nr telefonu: 601 614 226
E-mail: biuro@ortho-med.info



mgr inż. Andrzej Białek
Norweska 25 C, Wrocław

elmedes.pl, DentaFlex.pl, saeshin.pl, stomatologiczny.eu.

601415151

601058819

605956807



DentaFlex

- płaskarka
- dmuchawka
- skal
- alnologia



Stółek lekarza

dmuchawka
mikrosilnik + kątńca NSK z podświetleniem
turbina NSK z podświetleniem na szybkozłączka KaVo
lampa polimeryzacyjna
skal Woodpecker z podświetleniem z 5 lotów

Cena: 15 900,00
1 lata gwarancji

Sedymentacyjny separator amalgamatu METASYS ECO II

Najwyższa niezawodność

Separator osadów ECO II nie wymaga żadnej technologii załączania i monitorowania. Takie rozwiązanie zwiększa bezpieczeństwo działania i umożliwia nieprzerwaną pracę w trybie ciągłym.

Idealny wynik

Zaprojektowana technologia sedymentacji umożliwia osiągnięcie separacji na poziomie 99,3%.

Prosta, szybka instalacja

Połączenie z systemem odsysania w gabinetach stomatologicznych następuje z nieznacznym nakładem czasowym. Urządzenie ECO II można zainstalować później, do już istniejącego centralnego systemu odsysania.

Konserwacja i serwis

Separator osadów nie wymagają ze względu na swój sposób funkcjonowania (brak elektronicznych elementów) konserwacji. Jedynie konieczne jest coroczne dokonanie wymiany zbiornika. Ewentualnie taka zmiana jest konieczna, gdy separator amalgamatu jest w 100% pełny. Inne prace konserwacyjne i serwisowe nie są konieczne.



Kompresory i systemy ssania



Mikrosilniki SAESHIN
ELMEDEQ
mgr inż. Marcin Białek
601 058 819