




- Mobilne aplikacje zdrowotne, s. 18
- Depresja to choroba, z którą walczą też dzieci, s. 27
- Cyfrowy świat ostrzy zęby na dzieci i młodzież, s. 31



WYBORY DELEGATÓW NA OKRĘGOWY ZJAZD LEKARZY DIL NA OKRES IX KADENCJI, s. 6



Wszystko zaczyna się od słów...

PROSTY JĘZYK POTRZEBNY MEDYCYNIE

Dentsply Sirona *live* Academy

17 CZERWCA 2021
godz.: 18.00

Dołącz do nas!

facebook.com/dentsplysirona.polska



Dr
Michał Nawrocki
M.Sc.

Implantologia

18:00 - 18:30

Wprowadzenie i moderowanie dyskusji

Zastosowanie CBCT w implantologii - wprowadzenie

W dzisiejszych czasach zdjęcia CBCT stały się absolutnym standardem w leczeniu implantologicznym. Na etapie planowania zabiegu lekarz musi mieć informację odnośnie warunków do przeprowadzenia zabiegu, ocenia szerokość wyrostka, odległość od struktur anatomicznych takich jak nerwy, czy odległość do dna zatoki szczękowej. Coraz częściej również wykonywane są szablony chirurgiczne, w których na podstawie zdjęcia CBCT i skanu optycznego, lekarz planuje pozycję implantu z uwzględnieniem przyszłej odbudowy protetycznej. Zastosowanie tzw. protokołu Immediate Smile pozwala oddać pacjentowi estetyczną odbudowę protetyczną bezpośrednio po zabiegu. Wszystko to wpływa na bezpieczeństwo, przewidywalność zabiegów i komfort pacjenta.



Dr Shanon Patel
M.Sc. PhD

Endodoncja

18:30 - 19:15

Tomografia komputerowa CBCT w endodoncji

Celem prezentacji będzie przedstawienie sposobu w jaki tomografia CBCT może poprawić precyzję stawianej diagnozy oraz planowania leczenia endodontycznego, poprzez:

- zrozumienie ograniczeń tradycyjnych zdjęć rentgenowskich
- dokonanie prawidłowej oceny, kiedy należy wykonać badanie CBCT
- zapisanie czytelnego, przydatnego w dalszym leczeniu obraz z tomografu CBCT
- wskazówki pomagające poprawić jakość obrazów

19:15 - 20:30

Leczenie zewnętrznej resorpcji przyszyjkowej (ECR)

Prezentacja ma za zadanie dokonać przeglądu dostępnych opcji leczenia ECR, a także jak rozpoznać objawy kliniczne ECR i jak je zidentyfikować w badaniu RTG. Uczestnicy poznają również najnowsze strategie leczenia ECR i dowiedzą się jak tomografia CBCT przyczyniła się do zwiększenia świadomości ryzyka wystąpienia ECR.

[Szczegóły i rejestracja:](#)

[dentsplysirona.polska](https://facebook.com/dentsplysirona.polska) [dentsplysironapolska](https://instagram.com/dentsplysironapolska)

Wydarzenie on-line, udział jest bezpłatny.

Dentsply
Sirona

Academy

Co nowego w medycynie	4
Wybory delegatów na OZL DIL	6
PROSTY JĘZYK POTRZEBNY MEDYCYNIE	
7 <i>Im prostsza polszczyzna medyków, tym lepsze efekty leczenia</i> Rozmawia Maciej Sas	
9 <i>„W okowach języka”</i>	
Aleksander Woźny	
12 <i>Koronomowa, czyli jak oswoić pandemiczną rzeczywistość językiem</i> Aleksandra Szotyś	
Z PORADNIKA PSYCHOPRAKTYKA	
14 <i>Perswazja sposobem na budowanie wytrwałości leczenia</i>	
Dariusz Delikat	
TECHNOLOGIA I MEDYCINA	
18 <i>Mobilne aplikacje zdrowotne</i>	
Mariusz Kielar	
21 <i>Przez nos do... żołądka, czyli jak zapachy mogą mieć wpływ na nasz apetyt</i> Rozmawia Robert Migdał	
WYWIAD „MEDIUM”	
24 <i>Chirurgia zaczyna się od słowa, nie od cięcia</i>	
Rozmawia Aleksandra Solarewicz	
27 <i>To ma być nowoczesny ośrodek, który zaferuje pacjentom wszelkie dostępne procedury</i> Rozmawia Maciej Sas	
30 <i>Depresja to choroba, z którą walczą też dzieci</i>	
Rozmawia Robert Migdał	
UZALEŻNIENIA CYFROWE	
34 <i>Cyfrowy świat ostrzy zęby na dzieci i młodzież</i>	
Maciej Sas	
37 <i>Od gier i internetu częściej uzależniają się chłopcy</i>	
Rozmawia Maciej Sas	
POZAMEDYCZNE PASJE LEKARZY	
40 <i>Muzyka może być lekiem na całe zło</i>	
Robert Migdał	
Prawo i medycyna	44
Zjazdy absolwentów AM we Wrocławiu	50
Uchwały DRL i Prezydium DRL	50
Konferencje i szkolenia	51
Wspomnienia pośmiertne	54
Pro memoria	56
Felietony	58
Kulturalnik lekarski	62
Rozrywka	63
Ogłoszenia	64

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: naczelna@dilnet.wroc.pl, kom. 535 814 903

Aleksandra Szotyś – młodszy redaktor,
Aleksandra Kołodziejczyk – 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 27 maja 2021 r.
Druk: Drukarnia Infopakt s.j.,
ul. Przewozowa 4, 44-251 Rybnik, tel. 32 423 85 90



Fot. z archiwum PWZ

Komentarz aktualny

Niezależnie od zawirowań związanych z luzowaniem obostrzeń słabnącej chwilowo pandemii na brak emocji nie możemy narzekać. Wywołały je oczywiście regulacje płacowe w ochronie zdrowia. Najpierw zaczęto mówić o rzekomo horrendalnych zarobkach lekarzy na oddziałach „covidowych”. A potem kraj obiegła „sensacyjna” informacja o wyjątkowo korzystnej finansowo ofercie pracy dla specjalisty medycyny ratunkowej na oddziale SOR jednego z dolnośląskich szpitali, z której jednak żaden lekarz nie skorzystał. Nie pomogło tłumaczenie, że dotyczy to umowy kontraktowej w wymiarze odpowiadającym 1,5 „normalnego” etatu – krajowi dziennikarze wiedzieli swoje. I wreszcie wyszło na jaw, o co tak naprawdę chodzi – jak zwykle o pieniądze. A konkretnie o zapisy rządowego projektu ustawy w sprawie minimalnych wynagrodzeń w ochronie zdrowia. Projekt prowadzi *de facto* do obniżenia poziomu minimalnego wynagrodzenia lekarzy poprzez przyjęcie niższego współczynnika przeliczeniowego w stosunku do aktualnego. Współczynniki wynagrodzenia lekarzy w Polsce są jednymi z najniższych, jeśli nie najniższymi, w całej Unii Europejskiej. W większości krajów, z którymi nasz system ochrony zdrowia można porównywać, wynagrodzenie lekarza specjalisty przekracza znacznie dwukrotność przeciętnego wynagrodzenia: na Słowacji i w Czechach jest to poziom 2,4; na Węgrzech 2,5; a w Niemczech 3,5 przeciętnego wynagrodzenia. Zgodnie z propozycjami rządowymi u nas te współczynniki kształtować się mają na poziomie 1,31 średniego wynagrodzenia dla specjalisty, dla lekarza z I stopniem specjalizacji 1,2; a dla lekarza bez specjalizacji 1,06 średniego wynagrodzenia. W praktyce oznacza to, że przeciętny specjalista dostanie mniej więcej... 19 zł brutto więcej! W kilku izbach próbowano nawet organizować lobbystyczne spotkania z posłami, ale oddźwięk był marny – przychodziło kilku z opozycji, przede wszystkim dla rozgłosu...

Druga rozgrywka z ministerstwem toczy się o przyznawanie czasowych praw wykonywania zawodu obcokrajowcom spoza Unii, kierowanym do pracy przez ministra zdrowia. W trosce o jakość usług medycznych Naczelna Rada Lekarska na posiedzeniu 29 stycznia tego roku w formie uchwały ustaliła procedurę postępowania z wnioskami. Ministerstwo chyba po raz pierwszy w historii zaskarżyło naszą uchwałę do Sądu Najwyższego. Najdziwniejsze jest to, że omawiana uchwała ma charakter techniczny i jej zaskarżenie czy uchylene nie zmieni postępowania okręgowych rad lekarskich. Chodzi nam przecież cały czas o to, żeby zagwarantować naszym pacjentom najwyższą jakość opieki, zarówno pod względem kwalifikacji, jak i znajomości języka polskiego. Tymczasem ostatnio pan minister próbował „podesłać” nam lekarza, który nie był w stanie nawiązać z nami żadnego kontaktu, bo władał jedynie językiem ojczystym. Dodam, że dość egzotycznym. Zdziwiający jest także tryb działania Ministerstwa Zdrowia. Przed zaskarżeniem uchwały do Sądu Najwyższego resort nie zwrócił się do nas o wyjaśnienia. O intencji zaskarżenia do SN dowiedzieliśmy się z mediów. Do tego problem rzekomego najazdu na Polskę lekarzy spoza Unii Europejskiej oraz utrudniania ich zatrudniania przez nasz samorząd okazał się wydumany: do dziś do naszych izb wpłynęło zaledwie 109 takich wniosków, z czego liczba ostatecznych uchwał o odmowie wydania PWZ wynosi... 1! Wspomnianego powyżej „naszego” obcokrajowca przekonał się do samodzielnej rezygnacji. Natomiast prawdą jest, że ponad 50 spraw jeszcze się toczy, bo zaufania do sprawdzania przez pana ministra kompetencji i kwalifikacji medyków mających leczyć Polaków po dotychczasowych doświadczeniach nie ma ani krzty.

Jak widać, weszliśmy w kolejną fazę „współpracy” z rządzącymi: w korelacji ze słabnącą pandemią maleje ich zachwyty nad ofiarnością naszej pracy i ustępuje tradycyjnym połajankom oraz szukaniu winnych problemów związanych choćby z lockdownami. Nadchodzi czas rozliczeń z podejmowanych decyzji. Trzeba więc znaleźć jakiegoś kozła ofiarnego. Coraz odważniej mówi się już, że problem nadmiarowych zgonów to problem niesprawnego systemu ochrony zdrowia, ale nie z winy rządzących, tylko... personelu. Da się słyszeć, że personel się przestraszył, że prywatnie to jakoś nie ma wirusa, a na NFZ to tylko teleporady, zaś przychodnie i szpitale zamknięte...

Za chwilę zostaniemy obwinieni o czwartą falę pandemii, która z pewnością w jakimś wymiarze nastąpi...

Skąd my to znamy... Przy ostatniej epidemii ospy z roku 1963 było dokładnie tak samo...



Co nowego w... medycynie



Zródło grafiki: www.pixabay.com/photos/eye-691269/Free-Photos

► COVID-19 GROŹNY TAKŻE DLA OCZU

Francuscy radiolodzy zaobserwowali w obrazie rezonansu magnetycznego znaczące nieprawidłowości w gałkach ocznych u osób z ciężką postacią COVID-19 – donosi na swoich łamach czasopismo „Radiology”.

Problemy z oczami takie jak zapalenie spojówek i retinopatię, która może nawet doprowadzić do częściowej utraty wzroku, wykrywano u pacjentów zakażonych koronawirusem od początku pandemii SARS-CoV-2. Obserwowano m.in. widoczne w badaniu z wykorzystaniem rezonansu magnetycznego zmiany w narządzie wzroku, choć niewiele wiadomo było o częstości ich występowania. To dlatego Francuskie Towarzystwo Neuroradiologii opracowało badanie, w którym przebadano 129 pacjentów z ciężką postacią COVID-19. W tej grupie u dziewięciu osób wykryto jedno lub więcej zgrubień w tylnej części oka. Ośmioro z tych pacjentów było leczonych na oddziale intensywnej terapii z powodu infekcji koronawirusem.

– Pokazaliśmy, że niektórzy ciężko chorzy na COVID-19 z francuskiej grupy mieli jedno lub więcej zgrubień w tylnej części gałki ocznej. To pierwszy raz, gdy za pomocą rezonansu magnetycznego dokonano takiego odkrycia – mówi prof. Augustin Lecler, autor badania.

Co ciekawe, zaobserwowane zgrubienie u wszystkich dziewięciu chorych występowało w obszarze centralnego widzenia. U ośmiu osób wystąpiły zmiany w obu oczach. Na tej podstawie naukowcy rekomendują badania oczu osób zakażonych COVID-19 z wykorzystaniem rezonansu magnetycznego, oftalmoskopii, a także tomografii. Zwracają także uwagę na pomijane z reguły zaburzenia narządu wzroku u osób leczonych z powodu infekcji zagrażającej życiu. – Nasze badanie wskazuje na potrzebę sprawdzania wszystkich hospitalizowanych na oddziale intensywnej terapii z powodu COVID-19. Uważamy, że pacjenci ci powinni otrzymać specjalne, chroniące oczy leczenie – podkreśla prof. Lecler.

W dalszym ciągu jednak szczegółowy mechanizm powstawania zgrubień pozostaje nieznanym. Zdaniem badaczy może wiązać się z wywołanym przez wirusa stanem zapalnym i/lub zaburzeniami w obszarze naczyń krwionośnych oczu. Badania francuskich naukowców potwierdziły

także znaczenie chorób towarzyszących w przebiegu zakażenia COVID-19 – z dziewięciorga pacjentów z zaburzeniami oczu dwoje miało cukrzycę, sześć było otyłych, a dwoje cierpiało na nadciśnienie tętnicze. Naukowcy prowadzą kolejne testy za pomocą rezonansu magnetycznego i precyzyjnych testów oftalmologicznych u uczestników badania włączając do niego również osoby z lżejszym przebiegiem zakażenia. – Rozpoczęliśmy prospektywne badanie wykorzystujące rezonans magnetyczny wysokiej rozdzielczości, aby sprawdzić oczy i oczodoły pacjentów z lekkim i umiarkowanym przebiegiem COVID-19. Dzięki temu będziemy dokładniej wiedzieć, czy nasze odkrycie dotyczyło tylko ciężkiej postaci choroby – wyjaśnia prof. Lecler.

Zródło: *Radiology*, 2021



Zródło grafiki: www.pixabay.com/photos/thermometer-5185847/Victoria_Borodinova

► WIRUSY PRZEZIĘBIENIA „KONKURUJĄ” Z SARS-COV-2

Zakażenie rinowirusem powodującym najczęstsze przeziębienia utrudnia zakażenie „konkurencyjnym” koronawirusem SARS-CoV-2 – donosi „The Journal of Infectious Diseases”.

Powodujące typowe przeziębienie ludzkie rinowirusy są najczęściej występującymi wirusami układu oddechowego u ludzi. Jednakże wpływ mechanizmów ich replikacji i transferu na replikację i przenoszenie SARS-CoV-2 jest wciąż mało poznany. Brytyjscy naukowcy z Centrum Badań nad Wirusami Uniwersytetu Glasgow przeanalizowali namnażanie (replikację) SARS-CoV-2 w ludzkim nabłonku dróg oddechowych w obecności lub bez obecności rinowirusa. Gdy rinowirus i SARS-CoV-2 wprowadzono do nabłonka w tym samym czasie, tylko ten pierwszy się namnażał. Jeśli rinowirus został wprowadzony 24 godziny przed SARS-CoV-2, koronawirus nie dostawał się do komórek i to nawet wówczas, gdy miał na to 24 godziny. Rinowirus bowiem go wypierał na skutek pobudzenia wydzielania interferonu, który blokuje replikację SARS-CoV-2. Kiedy naukowcy zahamowali odpowiedź immunologiczną, poziom koronawirusa był taki sam, jak gdyby rinowirusa nie było.

Na podstawie obliczeń matematycznych udowodniono krótkotrwały wpływ takich oddziaływań międzywirusowych na całą populację – rosnąca częstość występowania rinowirusa zmniejsza

sza liczbę nowych przypadków COVID-19. Na tej podstawie wydaje się dziś, że np. epidemia spowodowana przez rinowirusy mogła w 2009 r. opóźnić pandemię świńskiej grypy w niektórych częściach Europy.

Źródło: *The Journal of Infectious Diseases*, 2021



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/mouth-2361675/Anemone123

► PRACE NAD DOUSTNYMI SZCZEPIONKAMI PRZECIWKO COVID-19 ROZPOCZĘTE

Firmy z Indii i Izraela poinformowały o przygotowaniach do pierwszej fazy badań klinicznych nad doustną szczepionką przeciw COVID-19. W ich ślady idzie również firma z San Francisco – informują czasopisma „The Jerusalem Post” oraz „News Scientist”.

Przedstawiciele indyjskiej firmy biotechnologicznej Premas Biotech oraz izraelskiej Oramed Pharmaceuticals twierdzą, że ich doustna szczepionka przeciw COVID-19 dobrze wypadła w badaniach na zwierzętach. – Powoduje ona wytwarzanie immunoglobulin IgG oraz IgA i zapewnia długotrwałą ochronę. Preparat o nazwie Oravax zawiera aż trzy różne białka koronawirusa SARS-CoV-2, co powinno zapewniać lepszą ochronę przed różnymi wariantami tego patogenu – twierdzi Nadav Kidron z firmy Oramed Pharmaceuticals. Obecnie stosowane szczepionki przeciwko COVID-19 zawierają materiał genetyczny kodujący tylko jedno białko (tzw. białko kolca). Preparat doustny może być przechowywany w chłodziarce.

Nad doustną szczepionką przeciwko COVID-19 badania prowadzi również firma Vaxart z San Francisco. Szczepionka nie wymagałaby przechowywania w chłodziarce. Szef badań naukowych Sean Tucker twierdzi, że będzie można ją nawet przesyłać pocztą. Wykorzystano w niej osłabionego adenowirusa, podobnie jak w stosowanych obecnie szczepionkach firmy AstraZeneca oraz koncernu Johnson&Johnson. Zawiera on materiał genetyczny kodujący dwa białka koronawirusa: białko kolca oraz jedno białko z osłony tego patogenu, a także adjuwant (substancję wzmacniającą działanie). Póki co preparat przeszedł badania kliniczne pierwszej fazy, które wykazały wytworzenie reakcji odpornościowej w postaci komórek odpornościowych typu T (wykrywanych w krwiobieg) oraz przeciwciał (występujących w śluzowce nosa). W testach nie potwierdzono jednak obecności przeciwciał we krwi.

Źródło: *News Scientist, The Jerusalem Post*, 2021

► ZASKAKUJĄCA WŁAŚCIWOŚĆ... MIGRENY

Osoby zakażone koronawirusem uskarżające się na bóle migrenowe szybciej dochodzą do zdrowia – dowodzą wyniki z badań hiszpańskich naukowców opublikowane w czasopiśmie „Cephalgia”.



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/upset-2681502/RobinHiggins

Kanwą do tego badania była pewna obserwacja przeprowadzona przez zespół hiszpańskich neurologów ze Szpitala Uniwersyteckiego Vall d'Hebron w Barcelonie. Otóż zauważyli oni, że silne bóle głowy towarzyszące COVID-19 wpływają na zakażenie górnych dróg oddechowych. Po głębszej analizie okazało się, że migreny pojawiają się średnio u trzech na czterech pacjentów, u których występują objawy zakażenia koronawirusem. Co więcej, badacze wykazali aktywację mechanizmów obronnych organizmu następującą na skutek infekcji górnych dróg oddechowych już w pierwszych dniach po zakażeniu. Ich zdaniem sprzyja to szybszemu przechorowaniu zakażenia i jego łagodniejszemu przebiegowi w końcowej fazie.

Interesujących wniosków dostarczyła również statystyka długości zachorowań na COVID-19 pacjentów barcelońskiego szpitala ze stwierdzonymi migrenami. O ile osoby będące w toku leczenia zakażenia koronawirusem chorowały średnio 31 dni, to pacjenci z silnymi bólami głowy uznawani byli za ozdowieńców już po 24 dniach. Autorzy wskazali jednak, że w przypadku 37% badanych osób z migrenami do pokonania koronawirusa po 6 tygodniach nie doszło. ■

Źródło: *Cephalgia*, 2021

► U OZDROWIEŃCÓW MOŻLIWE REINFEKCJE BRAZYLIJSKIM WARIANTEM KORONAWIRUSA

Ozdowieńcy są mniej odporni na brazylijski wariant koronawirusa i to pomimo zachowanej odporności wobec wcześniejszej jego odmiany – sugerują wstępne badania laboratoryjne opublikowane na łamach portalu czasopisma „Lancet”.

Autorem badania jest prof. Wiliam Marciel de Souza, wirusolog z Uniwersytetu w São Paulo, który wraz ze swym zespołem przeprowadził badania wirusologiczne z wykorzystaniem osocza ozdowieńców. Pokazały one, że zawarte w osoczu przeciwciała wykazują aż sześciokrotnie mniejszą zdolność do neutralizacji brazylijskiego wariantu koronawirusa. Sugeruje to, że nawet u ozdowieńców z zachowaną odpornością może dojść do reinfekcji w przypadku kontaktu z nowym wariantem patogenu. Powyższa obserwacja może mieć znaczenie w perspektywie ograniczonej – jak się sądzi – skuteczności obecnych szczepionek wobec brazylijskiej mutacji SARS-CoV-2.

Źródło: *Lancet*, 2021

Wybory delegatów

NA OKRĘGOWY ZJAZD LEKARZY DIL NA OKRES IX KADENCJI

Przed nami wybory na IX kadencję



Informacja dot. wyborów delegatów na Zjazd Delegatów DIL w rejonach wyborczych

OKW DIL informuje, że 11 roku maja 2021 upłynął termin zgłaszania do OKW kandydatów na delegatów. 18 maja 2021 r. OKW zamknęła listy kandydatów na delegatów w rejonach wyborczych i opublikowała je w BIP na stronie internetowej DIL.

Na wniosek kandydata opublikowała też w BIP jego zdjęcie oraz ewentualnie inne informacje, zgodnie z § 5 regulaminu wyborów w rejonach wyborczych. W rejonie wyborczym, z inicjatywy przewodniczącego koła DIL lub delegatów obecnej kadencji lub innych liderów z obszaru danego rejonu wyborczego, w porozumieniu z przewodniczącym odpowiedniej delegatury, ustala się komisję skrutacyjną w składzie trzech członków Izby z przewodniczącym, niebędącymi kandydatami w tym rejonie. Ustala się ponadto dzień, miejsce i godziny głosowania do urny (od 1 do 12 godzin) oraz termin głosowania korespondencyjnego i przekazuje te dane do OKW. Przewodniczący OKW powołuje wtedy komisję skrutacyjną, w tym jej przewodniczącego i potwierdza miejsce oraz termin (dzień i godz.) głosowania przy urnie oraz termin głosowania korespondencyjnego dla danego rejonu wyborczego (decyduje data wpływu do OKW, a nie data stempla pocztowego). OKW wysyła do każdego członka rejonu wyborczego minimum na 14 dni przed terminem głosowania korespondencyjnego kartę do głosowania, informację o miejscu i terminie głosowania przy urnie (dzień i godz.), terminie głosowania korespondencyjnego wraz z instrukcją i dwiema kopertami, wraz z podaniem adresu strony internetowej z ewentualnymi informacjami o kandydatach.

Aby zapewnić prawidłowe procedury wyborcze trzeba pamiętać o zabezpieczeniu 14 dni na wysyłkę karty do głosowania (wraz z załącznikami) z OKW do wyborcy oraz odpowiedniego okresu na wysyłkę głosu korespondencyjnie przez wyborcę do OKW (przed głosowaniem przy urnie). Przewodniczący komisji skrutacyjnej odbiera w OKW głosy korespondencyjne swojego rejonu w dniu głosowania lub wyjątkowo w przeddzień (przed głosowaniem) zgodnie z terminem ostatecznym głosowania korespondencyjnego. Na prośbę przewodniczącego komisji skrutacyjnej OKW może wysłać głosy korespondencyjne kurierem. W dniu głosowania, z zastosowaniem odpowiedniej procedury, przewodniczący komisji skrutacyjnej wrzuca głosy do urny przed rozpoczęciem głosowania osobistego przez członków rejonu wyborczego. Przewodniczący komisji skrutacyjnej dostarcza niezwłocznie po głosowaniu całość dokumentacji do OKW. Szczegóły działania komisji skrutacyjnej w rejonie wyborczym zawiera regulamin wyborczy (tekst jednolity uchwały nr 12, X Zjazdu Krajowego Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. ze zmianami) dostępny na stronie internetowej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej w zakładce Wybory Delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarski DIL na okres IX kadencji. Wybory w rejonach mają zakończyć się do 31 października 2021 r. Kworum rejonu wyborczego to 20% ogólnej liczby członków rejonu wyborczego na liście wyborczej. Delegat musi uzyskać min. 5% głosów ogólnej liczby członków rejonu wyborczego, jednak nie mniej niż 3 głosy.

lek. Małgorzata Niemiec,
przewodnicząca Okręgowej Komisji Wyborczej DIL

Uchwały Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 20 maja 2021 roku

NR 41/2021

w sprawie ustalenia liczby mandatów w poszczególnych rejonach wyborczych DIL
oraz liczby mandatów na Zjazd Delegatów Dolnośląskiej Izby Lekarskiej
§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu ustala liczbę mandatów dla delegatów, którzy powinni być wybrani w poszczególnych rejonach wyborczych Dolnośląskiej Izby Lekarskiej. Lista rejonów wyborczych wraz z liczbą mandatów stanowi załącznik nr 1 do uchwały.

Załącznik dostępny w BIP na stronie internetowej DIL

Okręgowa Komisja Wyborcza DIL we Wrocławiu przedstawia poniżej kalendarz wyborów delegatów na okręgowy zjazd lekarzy na okres IX kadencji, stanowiący załącznik do uchwały Krajowej Komisji Wyborczej z dnia 26 września 2020 r.

Kalendarz wyborów delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy DIL na okres IX kadencji:

- do 31 marca 2021 r.
ustalenie rejonów wyborczych
- 1-30 kwietnia 2021 r.
przyjmowanie wniosków o umieszczenie na liście
innego rejonu wyborczego
- do 11 maja 2021 r.
zgłaszanie kandydatów na delegatów
- od 17 maja 2021 r. do 31 października 2021 r.
głosowanie w rejonach wyborczych
- do 15 listopada 2021 r.
ogłoszenie wyników wyborów
- do 15 stycznia 2022 r.
kolejna tura wyborów
- do 31 marca 2022 r.
zwołanie Okręgowego Zjazdu Lekarzy DIL

Zgodnie z uchwałą nr 15/2021 Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 18 lutego 2021 roku, rejon wyborczy obejmuje nie mniej niż 40 lekarzy uprawnionych do głosowania w danym rejonie. Maksymalna liczba członków rejonu wyborczego wynosi 400 lekarzy.

Rejony wyborcze mogą obejmować: zakłady lecznicze, jednostki zasadniczego podziału terytorialnego kraju, grupy lekarzy. Rejon wyborczy tworzy się również na wniosek grupy lekarzy lub lekarzy dentyistów albo lekarzy i lekarzy dentyistów, członków tej samej delegatury lub określonego obszaru działania izby, liczącej co najmniej tylu członków, ile wynosi ustalona przez okręgową radę lekarską minimalna liczba członków rejonu. Rejon wyborczy stanowią lekarze lub lekarze dentyści.

Wzór wniosku o utworzenie rejonu wyborczego dostępny na stronie DIL.

Lekarz lub lekarz dentyista umieszczony na liście określonego rejonu wyborczego może wystąpić, pisemnie w terminie 30 dni od daty opublikowania listy w Biuletynie Informacji Publicznej (BIP), do okręgowej komisji wyborczej o umieszczenie go na liście innego rejonu wyborczego, znajdującego się w obrębie tej samej delegatury lub tego samego określonego obszaru izby, w którym zamierza uczestniczyć w wyborach. Okręgowa Komisja Wyborcza odmawia umieszczenia lekarza lub lekarza dentyisty na liście innego rejonu wyborczego, jeżeli na skutek skreślenia go z listy rejonu wyborczego, w którym był wpisany, rejon nie spełniałby wymogu minimalnej liczby członków w tym rejonie.

Wzór wniosku o przeniesienie do innego rejonu wyborczego dostępny na stronie DIL.

OKW publikuje listy członków rejonów wyborczych w Biuletynie Informacji Publicznej (BIP), informuje członków rejonu wyborczego o wpisaniu na listę rejonu wyborczego oraz udostępnia informacje w tym zakresie w siedzibie okręgowej izby lekarskiej. ■

Rozmawia Maciej Sas

Mnie zaskakują jednak częściej problemy w komunikacji relacyjnej z pacjentami. Medycy stosują bowiem wiele technik dystansujących, które nie wypadają profesjonalnie.

Mam tu na myśli manierę zdrabniająco-spieszczającą czy nietypowe formy osobowe w stylu: „przewracamy się na bok”; „mam kaszel?”. Od jakiegoś czasu, gdy u stomatologa słyszę: „otwieramy buzię”, zawsze odpowiadam: „Pan pierwszy!”.

► **DR HAB. TOMASZ PIEKOT**

Kierownik Pracowni Prostej Polszczyzny Uniwersytetu Wrocławskiego, współtwórca polskiej wersji standardu „plain language”



Fot. z archiwum T.P.

Zródło grafiki: www.pixabay.com/photos/balloons-6253489/aktada31

Im prostsza polszczyzna medyków, tym lepsze efekty leczenia

O tym, dlaczego skomplikowane słownictwo lekarzy utrudnia leczenie Polaków, skąd się wzięło nieczytelne pismo „doktorów” i co jest najbardziej zaskakujące w ich relacjach z pacjentami z dr. hab. Tomaszem Piekotem, kierownikiem Pracowni Prostej Polszczyzny Uniwersytetu Wrocławskiego, współtwórcą polskiej wersji standardu „plain language” rozmawia Maciej Sas.

Maciej Sas: Czy cierpi Pan w czasie kontaktów z lekarzami albo, ujmując sprawę szerzej, ze służbą zdrowia? Nie pytam o fachowość medyków, ale o język, którym się ta branża posługuje. Podejrzewam, że dla językoznawcy zajmującego się upowszechnianiem prostej polszczyzny zetknięcie ze slangiem branżowym medyków musi być bolesne...

Dr hab. Tomasz Piekot: Profesjolekt medyczny, bo tak językoznawcy nazywają słownictwo specjalistyczne, jest faktycznie trudny dla przeciętnego pacjenta. Głównie ze względu na liczne nazwy własne leków (Amoksycylina), skrótowce (RTG, MRI) i ciągi wielowyrzowe (zatrzymanie procesu krążeniowo-oddechowego). Mnie zaskakują jednak częściej problemy w komunikacji relacyjnej z pacjentami. Medycy stosują bowiem wiele technik dystansujących, które nie wypadają profesjonalnie. Mam tu na myśli manierę zdrabniająco-spieszczającą czy nietypowe formy osobowe w stylu: „przewracamy się na bok”; „mam kaszel?”. Od jakiegoś czasu, gdy u stomatologa słyszę: „otwieramy buzię”, zawsze odpowiadam: „Pan pierwszy!”.

M.S.: „Pismo lekarskie” – to sformułowanie stało się synonimem niezrozumiałości. Kiedyś farmaceuci notorycznie odsyłali pacjentów do lekarza po nową, czytelnie wypisaną receptę albo sami stawali się ekspertami od kryptografii. Na szczęście wypisywanie recept na komputerze zakończyło ten etap. Ale problem w komunikacji z pacjentami pozostał i jest poważny. Jak bardzo poważny, Pana zdaniem?

T.P.: Nieczytelne pismo lekarskie przechodzi do historii. Szkoda, bo było ono źródłem wielu branżowych anegdot. Legenda miejska głosi, że lekarze piszą tak niewyraźnie, by uniknąć kary za błąd w sztuce. Prawda jest jednak inna – ich pismo stało się nieczytelne ze względu na wielki pośpiech oraz wieloletnie zapisywanie tych samych słów.

M.S.: Z czego może wynikać posługiwanie się trudnym, w wielu przypadkach niezrozumiałym dla pacjentów (szczególnie starszych czy gorzej wykształconych) językiem? Rzeczywiście ten język musi być trudny, żeby zachować powagę medycyny? »



T.P.: To problem dużo bardziej złożony. Z jednej strony rozwój medycyny sprawia, że jest ona trudniejsza i mniej zrozumiała. Z drugiej strony powiększa się liczba osób o niskiej świadomości medycznej. Świadomość ta jest dziś przede wszystkim zależna od umiejętności wyszukiwania, rozumienia i stosowania informacji o zdrowiu. Słowem – świadomość medyczna zależy głównie od umiejętności czytania. WHO problem ten określa mianem „health literacy”, a bardzo niski jej poziom jest utożsamiany z medycznym analfabetyzmem.

M.S.: Jakie są skutki zbyt skomplikowanego języka w kontaktach medyków z pacjentami i jakie korzyści, Pańskim zdaniem, mogłoby dać uproszczenie go?

T.P.: Niestety, badania z tego kręgu wykazują, że osoby o niskim poziomie rozumienia informacji medycznych dużo częściej źle dawkują leki, rzadziej korzystają z badań profilaktycznych, częściej trafiają do szpitala, przez co znacznie bardziej obciążają finanse publiczne. Niezwykle istotne w ich przypadku stają się zrozumiałe informacje i formularze o świadomych zgodach ze względu na możliwość przypadkowego przyjęcia lub odrzucenia interwencji.

M.S.: Zajęcia dotyczące prostoty w komunikacji z pacjentem dopiero zaczęły się pojawiać na uczelniach medycznych i zwykle są fakultatywne. Czy Pan, jako kierownik Pracowni Prostej Polszczyzny, proponował może uniwersytetom medycznym swoje wsparcie w tym względzie?

T.P.: Systemowych działań w tym kierunku na polskich uczelniach medycznych nie ma. Czasem zgłaszają się do nas indywidualnie lekarze z prośbą o wsparcie przy upraszczaniu informacji dla pacjentów czy formularzy. Prowadzimy też obecnie badania zrozumiałości świadomych zgód oraz instrukcji przygotowywania się do skomplikowanych badań.

” **Poważnym problemem jest jakość pisanych informacji o zdrowiu. W takich materiałach dominuje język książkowy, a nawet naukowy. Brak jest umiejętności edukowania i wizualizowania trudnych procesów w przystępnej formie.**

“

M.S.: Każda branża ma swoje ulubione frazy, sformułowania, które językoznawcę muszą boleć. Czy ma Pan swoich faworytów, gdy chodzi o świat lekarski?

T.P.: Z mojej perspektywy wyjątkowo interesująca jest komunikacja medyczna w stresie i przy braku czasu, czyli na SOR. Ciekawym przykładem jest potrzeba szybkiej lokalizacji pacjenta (np. „Biegunka przy drzwiach”, „Złamanie pod gaśnicą”) czy zwroty bardzo podobne do języka sportowego („zamykaj”, „ciśnij”, „podkuj”).

M.S.: W jaki sposób przekonać lekarzy, by mówili prościej, bardziej zrozumiale? W jaki sposób nauczyć ich tego?

T.P.: Myślę, że lekarze w kontakcie ustnym poradzą sobie z wyjaśnieniem trudnych kwestii. Widzą pacjenta i potrafią się do niego dostosować. Poważnym problemem jest jakość pisanych informacji o zdrowiu. W takich materiałach dominuje język książkowy, a nawet naukowy. Brak jest umiejętności edukowania i wizualizowania trudnych procesów w przystępnej formie. ■

EDM – NOWE WYMOGI OD 1 LIPCA



W nadchodzących miesiącach czeka nas cyfrowa rewolucja. W szczególności dotyczy ona obowiązku raportowania zdarzeń medycznych od 1 lipca 2021 roku.

Niestety, na ten moment nie są jasne wszystkie szczegóły tej zmiany. Nie wiadomo między innymi, jak będą wyglądały repozytoria danych i jak zorganizowany zostanie system zgód pacjenta na udostępnienie danych.

Środowisko lekarskie mierzy się z wyzwaniem, jakim jest postępująca w szybkim tempie cyfryzacja. Problemów nastręcza komputeryzowanie gabinetów lekarskich, przede wszystkim zaś wybór odpowiedniego systemu gabinetowego (programu).

Pewne jest, że Raportowanie Zdarzeń Medycznych dotyczy WSZYSTKICH podmiotów, niezależnie od sposobu ich finansowania (NFZ czy komercja) czy wielkości podmiotu. Nic nie wiadomo natomiast (nawet ze źródeł mniej oficjalnych) na temat ewentualnego przesunięcia terminu. Wszystko to zmienia się bardzo dynamicznie – w zasadzie z dnia na dzień pojawiają się nowe informacje. Ilość tych informacji i wiele ich źródeł powodują, że ciężko w tym temacie się odnaleźć.

Aby pomóc Państwu w tym trudnym okresie transformacji cyfrowej, Dolnośląska Izba Lekarska podjęła działania wspierające. **W pierwszym tygodniu maja uruchomiona została strona www poświęcona tematyce elektronicznej dokumentacji medycznej.** Lada moment będzie tam można znaleźć nie tylko najbardziej aktualne informacje dot. EDM, ale też porady informatyczne i podpowiedzi przydatne w procesie informatyzacji. Znajdą się tam również samouczki, webinary i filmiki instruktażowe. Stronę tę znajdą Państwo pod adresem: cyfryzacja.dilnet.wroc.pl

Wkrótce uruchomiony zostanie także newsletter. Po podaniu swojego e-maila i zapisaniu się na listę raz w tygodniu będą Państwo otrzymywać aktualności dot. EDM. Adresem kontaktowym w sprawach EDM jest: cyfryzacja@dilnet.wroc.pl

Działania te prowadzone będą aż do zakończenia wdrażania EDM w Polsce.

inż. Maciej Koziejko,
inspektor ochrony danych osobowych

Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/technology-4256272/kiquebg

„W okowach języka”

W jednym z mediów społecznościowych poświęconych medycynie narracyjnej, w ramach narrative medicine community, przed kilkoma miesiącami pojawił się wpis studentki czwartego roku medycyny. Wyznaje ona, że doznała iluminacji, kiedy uświadomiła sobie, że język, jakiego używają lekarze mówiący o pacjentach, może utrudniać zrozumienie choroby, a taki właśnie język jest przekazywany studentom odbywającym szpitalne staże. Stąd pytanie, które sobie stawia: jak zmieniać sposób mówienia o pacjentach, aby nie zamykać ich w szufladkach: pacjentów odmawiających współpracy, niedostosowujących się czy zachowujących niezgodnie z oczekiwaniami medyków? Takich, których najczęściej określa się po prostu mianem „trudnych pacjentów”.

Jak widać, artykuł ten stanowi w pewnym sensie kontynuację poprzedniego, zamieszczonego w majowym numerze „Medium”, ale jest zarazem kolejnym krokiem na drodze, która, jak zakłada medycyna narracyjna, prowadzi do polany. Do miejsca, w którym może nastąpić autentyczne spotkanie lekarza z pacjentem. Drogowskazem wiodącym ku prześwitowi w gęstym lesie nieproszym, wzajemnych obaw i lęków w relacji lekarza z chorym, jest pytanie zadane przez studentkę, która dostrzegła konsekwencje niewłaściwego sposobu mówienia z pacjentem i o pacjencie.

Pytanie naszej studentki zakorzenia się mocno w jednym z najważniejszych postulatów medycyny narracyjnej, w jej apelu o posługiwanie się w relacjach z pacjentami językiem autentycznym. Przywołując koncepcję francuskiego filozofa Merleau-Ponty’ego, medycyna narracyjna sięga po mowę autentyczną. W przeciwieństwie do mowy codziennej, w której wciąż powtarzamy te same banalne słowa, mowa autentyczna jest kreatywna. Posługując się nią, tworzymy w kontakcie z innymi ludźmi coś, czego wcześniej nie doświadczali, budujemy od podstaw coś, co jest dla nich nowością, i co pozwala im nie zasklepić się w tym, co jest z góry przewidywane. Zamiast utartych sposobów mówienia mowa autentyczna stwarza szansę otwarcia się na znaczenia, których wcześniej nie przeczuwali.

Przechodząc do relacji lekarz – pacjent, konieczne jest porzucenie przekonania, że wystarczy POINFORMOWANIE swego podopiecznego o jego dolegliwościach w dobrze znanym medykum języku biomedycyny. Otóż techniczno-medyczny aspekt to za mało. Nie wyczerpuje się w nim dobro, jakie może czynić lekarz, bowiem w relacji z drugim człowiekiem, który nierzadko doświadcza traumy spowodowanej przerażającą go chorobą, lekarz powinien stawić czoło niemej maszynerii i zrobić wszystko, aby pacjent nie czuł się zakuty, na dodatek w okowy martwego języka. Można przecież inaczej. Tak, jak podpowiada lekarzom Anatol Broyard, amerykański pisarz i pacjent chory na raka, który długie miesiące przeleżał na oddziałach onkologicznych, autor światowego bestsellera „Upojony chorobą. Zapiski o życiu i śmierci”. Nie akceptuje on, podobnie jak dr Rita Charon, matka chrzestna medycyny narracyjnej, dystansu po stronie lekarza. Przeciwnie, „lekarz bowiem, podobnie jak pisarz, musi mówić własnym głosem, którego brzmienie, rytm, dykcja i melodia wyrażają jego człowieczeństwo, i który stanowi zadośćuczynienie, bo maszyneria medyczna jest niema. Gdy lekarz stawia trudną diagnozę, kieruje się nie tylko wiedzą medyczną, lecz idzie także za głosem wewnętrznym. [...] Lekarz, chcąc nie chcąc, jest opowiadaczem i niezależnie od diagnozy może zmienić nasze życie w dobrą bądź słabą powieść”.

A Broyarda opinię uzupełnia stwierdzenie dr Charon, internistki i literaturoznawczyni z Wydziału Medycyny Narracyjnej na Uniwersytecie Columbia, które odsłania niejako drugą stronę tego rozpoznania, perspektywę samego lekarza: „Życie nigdy nie jest takie samo po intensywnym »



Fot. z archiwum A.W./UWr

► PROF. DR HAB. ALEKSANDER WOŹNY

Kierownik Zakładu Medioznawstwa, Instytut Dziennikarstwa i Komunikacji Społecznej, Uniwersytet Wrocławski, antropolog kultury, literaturoznawca, filozof i medioznawca. W 2020 roku wydał autorską książkę pt. „Scenariusze kultury w mediach i w medycynie narracyjnej” (link do bezpłatnego egzemplarza: http://www.wuwr.com.pl/upfiles/products/Wozny_Scenariusze_CNS_SxAYL.pdf)

”
Przechodząc do relacji lekarz – pacjent, konieczne jest porzucenie przekonania, że wystarczy, poinformowanie swego podopiecznego o jego dolegliwościach w dobrze znanym medykum języku biomedycyny. Otóż techniczno-medyczny aspekt to za mało. Nie wyczerpuje się w nim dobro, jakie może czynić lekarz, bowiem w relacji z drugim człowiekiem, który nierzadko doświadcza traumy spowodowanej przerażającą go chorobą, lekarz powinien stawić czoło niemej maszynerii i zrobić wszystko, aby pacjent nie czuł się zakuty, na dodatek w okowy martwego języka. Można przecież inaczej.

“



zaangażowaniu się w narracje usłyszane i otrzymane od pacjentów”.

Rozważania na temat sposobów mówienia, wyzwających z okowów martwego języka, trzeba zaczynać od spraw najprostszych. Kiedy lekarz pyta pacjentkę „Jak się pani czuje?”, „tak naprawdę ma na myśli: <<Jak się ma pani ciało?>>”, a kiedy na ekranie pojawia się zdjęcie rentgenowskie moich płuc i grupka lekarzy zbiera się wokół niego, by omówić mój <<przypadek>>, nie włącza mnie do dyskusji. Nie będą chcieli widzieć, jak choroba zmieniła moje życie, jak mogłoby je ułatwić” – zali się filozofka Havi Carel, która w książce „Illness – The Cry of the Flesh” opisuje własne doświadczenia zdrowia i choroby.

Podobnie czynił ks. Jan Kaczkowski, niezwykle czuły na wszelkie objawy depersonalizowania osób chorych. Kiedy jako pacjent przebywający w szpitalu, z rozpoznaniem nowotworu nerki, słyszy komendę rzuconą przez pielęgniarkę do innego pacjenta: „Niech się wypnie!”, reaguje słowami rodem *spod budki z piwem*. „Jeszcze raz powie: *niech się wypnie*, to jej jebnę” – mówi do pielęgniarki. Zwróćmy uwagę, że ta „misterna” konstrukcja została zastosowana w sytuacji ekstremalnej, a sposób mówienia w trzeciej osobie do pacjenta, jakże powszechny w naszych szpitalach, jest dla ks. Kaczkowskiego skrajnym przykładem uprzedmiotowienia osoby ludzkiej. Jesteśmy w *theatrum* zaimków osobowych, które w świecie medycyny dość często przybiera zdegenerowaną formę. Oto choćby jeszcze jedna relacja. Kiedy „lekarka w gabinecie mówi doń <<Rozbieramy się>>, książd Kaczkowski odpowiada: <<Pani pierwsza>>”.

Wracam do naszej studentki, która – podobnie jak ks. Kaczkowski – próbując smaku życia pod prąd, wpisuje się, najprawdopodobniej całkiem nieświadomie, nie tylko w tradycje filozofii Merleau-Ponty’ego, lecz także w słynną hipotezę Sapira-Whorfa. Ta bodaj najśłynniejsza teoria lingwistyczna, powstała w połowie XX stulecia, mówi o istnieniu wpływu języka na myślenie i, co za tym idzie, na postrzeganie rzeczywistości. Doczekała się ona wielu kontynuacji i do dziś stanowi wciąż żywą inspirację dla językoznawców, antropologów kultury i psychologów społecznych, ale spotykała się także z ostrą krytyką. Można jednak za słuszne uznać jej podstawowe założenie, zgodnie z którym języki, jakimi posługują się ludzie, pokrywają ich rzeczywistość różnymi siatkami interpretacyjnymi. Język w ujęciu amerykańskich lingwistów Edwarda Sapira i Benjamina Lee Whorfa staje się kluczem do rzeczywistości społecznej. Mówiąc najprościej: inne, na przykład, od naszego jest rozumienie i postrzeganie świata, gdy w danym języku nie ma rozróżnienia między liczbą pojedynczą a mnogą. Podobnie rzecz ma się z tymi językami, które nie rozróżniają tyłu odmian czasu, jak język polski. Tak jest w jednym z języków Indian, któremu wystarczają dwa czasy: hipotetyczny i realny. Ten pierwszy „obsługuje” zdarzenia przyszłe, a więc hipotetyczne (mogą się one wydarzyć), drugi z nich odnosi się zarówno do zdarzeń przeszłych, jak i teraźniejszych.

Jakie są konsekwencje tych różnicowań? Otóż ujmując rzecz nieco żartobliwie, mógłbym powiedzieć, że gdybym posługiwał się językiem niektórych plemion indiańskich, nie stanowiłoby dla mnie różnicy, czy mój sąsiad ma jeden samochód czy pięć. Jak dobrze wiadomo jest to zasadnicza różnica, bo skoro nasz język zna wartość liczby mnogiej, to wolę sytuację, gdy to ja jestem właścicielem pięciu aut.

Oczywiście, rozważany przeze mnie przykład jest tylko częściowo zasadny, wszak przenosząc język „egzotycznych” Indian, badanych w początkach XX stulecia, do naszej kultury,

popelniam niewybaczalny błąd, oddzielając wzajemnie od siebie język, kulturę i osobowość – wartości, które w istocie stanowią trzy różne aspekty tej samej rzeczywistości.

Ale wróćmy do naszej studentki z czwartego roku medycyny i do jej interesujących odkryć. Otóż przypomnijmy: uświadomiła ona sobie, że język lekarzy mówiących o pacjentach może utrudniać zrozumienie chorób. I postawiła ważne pytanie: jak zmieniać ten język, aby nie zamykać pacjentów w upatrzonych z góry przegródkach, odbierających im podmiotowość?

Przyjrzymy się zatem bliżej przegródkom, do jakich trafiają najbardziej uciążliwi pacjenci polskich szpitali. Zespół kierowany przez mojego nieżyjącego przyjaciela, prof. Jerzego Obarę z Uniwersytetu Wrocławskiego, przeprowadził rozległe badania ankietowe w końcowych latach poprzedniego stulecia i w pierwszym dziesięcioleciu naszego wieku w szpitalach z Brzegu, Dzierżoniowa, Głogowa, Góry, Gryfowa, Jawora, Jeleniej Góry, Kamiennej Góry, Kłodzka, Kowar, Kudowy, Łądko-Zdroju, Legnicy, Namysłowa, Polanicy-Zdroju, Sycowa, Świdnicy, Wałbrzycha i Wrocławia. Analizy anonimowych ankiet, wypełnianych głównie przez lekarzy i pielęgniarki, wykazały, że najbardziej narażoną na stygmatyzujące nazewnictwo grupą są pacjenci w podeszłym wieku, określane jako: grzyby, chrupki (ludzie mieszkający w domach starców), zakonserwowani, starocie, tetrycy, wapniaki, próchenka, geriatry (niesubordynowani starsi pacjenci, grupowe określenie).

W bardzo bliskim sąsiedztwie są ci pacjenci, których wyróżnia wysoki stopień wyniszczenia chorobą bądź wyraźnie odbiegające od „normy” objawy: pełzający (po udarze), zdiabagowani (pokłuci igłami), tańczące trupy (z atakiem epilepsji), kuternogi (z amputowaną nogą), mizeroty/mizerotki (cierpiący na anemię) bądź tacy, którzy targnęli się na własne życie. Skoczek to ten, który chciał popełnić samobójstwo skacząc z dachu, wisielec to człowiek, który chciał się powiesić, trutkami określa się osoby, które próbowały się otruć.

Osobną przegródkę stanowi grupa chorych o ograniczonych możliwościach porozumiewania się (przykładem – połączenie wyrazowe „stary dement”, czyli pacjent cierpiący na demencję starczą) bądź stwarzających poważne problemy komunikacyjne: ocz2 (pacjenci opowiadający całe życie dwa razy), pacjenci z zespołem WC (wyjątkowego chama), bup (bardzo upierdliwi pacjenci), wwl (wszystko wiedzący lepiej). W podgrupie „wiedzących lepiej” obowiązuje wyraźna hierarchia: jest tu profesor i docent, ale także internista, czyli taki pacjent, który popisuje się przed innymi swoją wiedzą medyczną. Jest też osobna „szufladka” dla tych, którzy znajdują się na samym dole drabiny społecznej (albert to bezdomny ze schroniska Brata Alberta, NN to pacjent z nieustaloną tożsamością, denaturat to pijący podejrzaną trunki, leżak to bezdomny znaleziony na ulicy na skutek upojenia alkoholowego).

Nazwy stworzone przez lekarzy i pielęgniarki, używane jedynie w kręgu personelu szpitalnego, co podkreślał prof. Obara, wyrażają „lekceważenie, irytację, politowanie wobec owych nierzadko terminalnych pacjentów, z którymi mają do czynienia”. Ale w końcowych uwagach swego artykułu wrocławski badacz socjolektów podjął próbę usprawiedliwienia autorów tego słownika: „Zarazem jednak tworzenie ich [słów lekceważących – A.W.] i posługiwanie się nimi przynosi im ulgę, uodpornia i pozwala wytrwale spełniać tę szlachetną posługę wobec chorych pacjentów”.

Jak zatem traktować ten język, przez samych jego użytkowników usprawiedliwiany często jako konieczna odrobina humoru i ironii, która pozwala zachować dystans wobec nie-

zwykle odpowiedzialnej pracy lekarzy, i jako niezbędne lekarstwo na stres i zawodowe wypalenie?

A może trzeba nań spojrzeć tak, jak Sapir i dostrzec także w nim pewien scenariusz kulturowy, powielany być może nie zawsze w pełni świadomie. Wszak amerykański językoznawca nie bez racji twierdził, że zwyczaje językowe stosowane w konkretnych społecznościach przeważnie nie są w pełni przez nie uświadamiane. Co więcej, takie ich pozycjonowanie, jak twierdził uczony, ma swoje walory. I przyrównując społeczny behavior, czyli zachowania językowe, do normalnych organizmów, przyjmował, że lepiej jest dla nas, kiedy nie zdajemy sobie sprawy z tego, jak funkcjonują nasze wnętrza.

Być może jest zatem tak, że ten język szpitalny, odbierający podmiotowość pacjentom i segregujący żywych ludzi do z góry wyznaczonych przegródek, pozostaje w jakimś stopniu niewidoczny dla jego użytkowników? Być może objęci badaniem prof. Obari lekarze i pielęgniarki „prześlepiają” to, co najbardziej oczywiste? Być może podporządkowując się panującym zwyczajom, pozostają oni w okowach języka, który w jakimś stopniu nimi rządzi?

A skoro tak jest, to konieczne jest spojrzenie z zewnątrz, niejako wyjście poza autorytarny język i dokonanie odkrycia, jakie stało się udziałem naszej studentki z czwartego roku,

która zgłosiła w mediach społecznościowych swój akces do medycyny narracyjnej w nadziei, że tam znajdzie sposób na uwolnienie się od nieakceptowanego przez nią języka. Jej wypowiedź w swojej istocie wyraża nieuświadamianą jeszcze w pełni tęsknotę do mowy autentycznej. ■

Bibliografia:

- Broyard A., *Upojony chorobą. Zapiski o życiu i śmierci*, wstęp O. Sacks, przeł. A. Nowakowska, Wołowiec 2010.
- Charon R., *The novelization of the body or, how medicine and stories need one another*, „Narrative” 2011/9.
- Irvine C., Spencer D., *Dualizm jako źródło cierpienia II: filozoficzne remedium* [w:] „Medycyna narracyjna. Teoria i praktyka”, pod red. M. Potoniec, H. Syzdek, Kraków 2020.
- Kaczkowski J., Wilczyński P., *Życie pod prąd. Biografia*, Kraków [bez daty wydania].
- Ładoń M., *Pacjent bada lekarza*, „Kultura Współczesna” 2019, nr 4, Homo medicus.
- Obara J., *Nazwy najstarszych pacjentów w socjolekcie medycznym* [w:] „Romantyzm. Literatura – kultura – obyczaj. Prace dedykowane prof. Marianowi Ursełowi w 65. rocznicę urodzin” pod red. Magdaleny Joncy i Małgorzaty Łoboz, Wrocław 2015.
- Wierzbička A., *Sapir a współczesne językoznawstwo. Wstęp [do:] E. Sapir, Kultura – Język – Osobowość*, Wybrane eseje, przeł. B. Stanisławski, R. Zimand, Warszawa 1978.
- Woźny A., *Scenariusze kultury w mediach i w medycynie narracyjnej*, Wrocław 2020.

Co dr House wie o medycynie?

Co dr House wie o medycynie? – to nurtujące pytanie zadał w swojej książce znany amerykański dziennikarz medyczny Andrew Holtz.

Z zacięciem oglądałam serial „Dr House” (a nawet jego powtórki), śledząc zdrowotne perypetie filmowych bohaterów. Przykłady medycznych problemów z serialu opisane zostały w książce, która stanowi kompendium trudnych zagadnień współczesnej medycyny.

Intrygujący okazał się przypadek młodego, wysportowanego biegacza długodystansowca, który zmarł nagle z niewyjaśnionych przyczyn. Centrum Kontroli i Zapobiegania Chorobom w Atlancie zebrało wiele dowodów, dzięki którym ostatecznie stwierdzono, że czynnikiem chorobotwórczym był szczep hantawirusa występujący głównie u gryzoni zwanych myszakami. Od 1994 roku nie zaobserwowano przypadków zakażeń tym wirusem. W kontekście trwającej obecnie pandemii koronawirusa SARS-CoV-2 lektura książki Andrew Holtza staje się wyjątkowo frapująca. Filmowy doktor, niczym Sherlock Holmes, prowadzi nietypowe badania i rozwiązuje medyczne śledztwa.

Autor przywołuje w swojej książce wypowiedzi wybitnych lekarzy, które przybliżają nam meandry sztuki lekarskiej. W rozdziale „Popsute serce” opisany został niegdyś obowiązkowy element domowej apteczki – syrop z ipekakuany, rośliny pochodzącej z Ameryki Południowej – która służyła wywoływaniu wymiotów po zatruciu szkodliwą substancją. W jednym z serialowych odcinków syrop ten zażywa pacjentka z bulimią, której przypadek potwierdza przysłowie, że „bez miary lekarstwo staje się trucizną”.

Pozycja ta, wydana przez Media Pascal, może zaciękać zarówno lekarzy, jak i osoby niezwiązane z medycyną. Rekomenduję ją też studentom medycyny, by



House, seria 4, odcinek 1

w swojej przyszłej pracy zawodowej z odwagą poszukiwali sposobów na ratowanie ludzkiego życia, nieraz sięgając po rozwiązania nieoczywiste. Bowiemy bez trafnej diagnozy „choremu pozłociste łoże nie pomoże”. Polska wersja książki była konsultowana przez rodzimych lekarzy: dr n. med. Annę Duławę-Bułdak oraz dr n. med. Łukasza Bułdaka.

W książce znajdziemy szereg innych zagadnień dot. współczesnych rzadkich chorób, medycyny nuklearnej czy kwestii bardziej złożonych, których przykładem może być rozdział 18 zatytułowany „Lekarz nie jest samotną wyspą”. W rozdziale tym autor przytacza rozmowę dwóch dyrektorów szpitala, w której nowoprzyjęty dyrektor pyta drugiego: „Co to jest wydział medycyny diagnostycznej?”. W odpowiedzi słyszy: „To wydział doktora House’a! Zajmuje się przypadkami, z którymi nie poradzili sobie inni lekarze”.

Życzę miłej lektury!

PS: Marzę, by odtwórca serialowej roli dr. Gregory’go Housa, wspinały brytyjski aktor, ale także muzyk z płytowym dorobkiem pianisty, Hugh Laurie, zaszczylił Wrocław swoją wizytą i wystąpił na festiwalu „Jazz nad Odrą”. ■

Wanda Ziembicka-Has



Koronomowa, czyli jak oswoić pandemiczną rzeczywistość językiem

Tekst Aleksandra Szoltys



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/payment-5235118/viarani

Triada: język – myślenie – rzeczywistość od wieków wzajemnie się przenika, wpływając na językowy obraz świata. Zwerbalizowana interpretacja rzeczywistości jest wynikiem sytuacji, których doświadczamy. Przekonać się o tym można było w latach 80., kiedy do polszczyzny weszło słowo *kolejkowicz* czy w ostatnich latach, gdy w związku z kryzysem wywołanym wzrostem kursu franka szwajcarskiego posiadaczy kredytów w tej walucie nazwano *frankowiczami*. Pandemia koronawirusa SARS-CoV-2 również znalazła odzwierciedlenie w codziennej polszczyźnie – oprócz reaktywacji słów używanych sporadycznie (izolacja, kwarantanna), do uzusu weszły liczne neologizmy, metafory, zwroty i konstrukcje. Dziś, ponad rok od wybuchu pandemii, można już krytycznie spojrzeć na język, w którym Polacy zawarli wszystkie swoje postawy wobec koronawirusa.

Oswoić strach... śmiechem

Nie od dziś wiadomo, że naturalną, obronną reakcją organizmu na czynniki stresogenne, których nie można zlikwidować, jest humor. Pełni on funkcję uzdrawiającą – integruje, zmniejsza napięcia, poprawia samopoczucie. Nic więc dziwnego, że internet w dobie pandemii, właściwie jako jedyna przestrzeń umożliwiająca socjalizację, stał się źródłem humorystycznych leksemów, memów oraz innych zabawnych konstrukcji, wpisujących się w szeroki nurt tzw. *koronahumoru*, nowego gatunku komizmu. Czarny humor często tłumaczy się jako sposób indywidualnego i zbiorowego radzenia sobie z trudnymi doświadczeniami i drogę pozwalającą na zdystansowanie się od negatywnych emocji – tłumaczy Giseline Kuipers, autor „The Sociology of Humor”. Język jest też przestrzenią, w której można wyrazić to, co często w żaden inny sposób jest niewyraźne. Dzieje się to za sprawą m.in. żartów sytuacyjnych i innych zabawnych konstrukcji, w których użytkownicy polszczyzny zawierają swoje obawy, poglądy czy spostrzeżenia. Wraz ze stale zwiększającą się liczbą osób zakażonych koronawirusem, zwiększała się też liczba kategorii będących przedmiotem żartów Polaków. Magdalena Hodalska w artykule *Internetowe żarty z pandemii koronawirusa w „zbiorowej pamięci zarazy”* wyodrębniła materiał badawczy dzieli na kategorie, z których najważniejsze to: maseczki ochronne, papier toaletowy, dezynfekcja, policjanci i mandaty, masowe zakupy. Jak widać, poruszana tematyka dotyczy tego, co najbliższe twórcom żartów i ich odbiorcom – potrzeb życiowych, codziennych problemów, wszystkich obojętnych obustrzeń.

Memdemia

Kreatywność internautów sprawiła, że wirtualny świat został zalany falą memów, czyli zdjęć lub grafik z humorystycznymi lub ironicznymi podpisami. Zjawisko zyskało już nawet swoją nazwę – *memdemia*, a więc epidemia memów. Obrazki dotyczące pandemii z zabawnymi komentarzami w ciągu kilku minut od publikacji zyskiwały setki reakcji, co jednoznacznie potwierdza ich popularność oraz uniwersalność. Inspiracją dla twórców memów są bardzo często różnego typu wytwory kultury i nie inaczej było w przypadku memów pandemicznych. Przykładem może być dzieło Caspara Davida Friedricha „Wędrowca nad morzem mgły”, który internauci zmodyfikowali, dodając wizerunek policjanta wypisującego zadumanemu wędrowcy mandat. Interweniującą policję znaleźć można również na memach, których inspiracją są obrazy innych wielkich malarzy: Moneta, Gieryskiego, Muncha.



Dymki dialogowe memów pandemicznych często odnoszą się do kadrów z filmów i seriali. Spiderman i Batman *nosili maski zanim stało się to modne*. Bohaterowie „4 pancernych i psa” czy „Królowny Śnieżki i 7 krasnoludków” uznani zostali za nielegalne zgromadzenie, a masowe zakupy spożywcze Polaków uwiecznione zostały w memie „Pomnik bitwy pod Kauflandem 2020”, który swoją estetyką przywołuje na myśl monumenty upamiętniające ważne wydarzenia historyczne. W sklepowym wózku zostały uchwycone produkty cieszące się w owym czasie największą popularnością: makarony, konserwy, papier toaletowy. Strach społeczeństwa przed zamknięciem sklepów z żywnością stał się katalizatorem do tworzenia serii zabawnych wypowiedzi wzorowanych na ogłoszenia matrymonialne: *Sympatyczna pani z zapasem makaronu pozna sympatycznego pana z zapasem papieru toaletowego*, ogłoszenia drobne: *3 rolki papieru zamienię na kawalerkę w Warszawie* lub doniesienia medialne: *Jest pierwszy przypadek śmierci w domu spowodowanej wirusem! Janusza G. przyniosło 300 kg makaronu i 150 kg ryżu*. Część memów, oprócz funkcji afiliacyjnej, miało za zadanie zachęcić społeczeństwo do pozostania w domach. Sztandarowym przykładem akcji nawołującej do społecznej izolacji pod hasłem #zostanwdomu jest prześmiewcze *Pierwszy raz w historii możesz uratować ludzkość nicnierobieniem i leżeniem przez telewizorem*.

Człowieku, co robisz w moim domu?



Duża część memicznych wątków dotyczy zwierząt domowych, które jeszcze przed pandemią cieszyły się sympatią odbiorców. Koty, skonfundowane i rozgoryczone ciągłą obecnością swoich właścicieli przebywających na pracy zdalnej, stały się głównym motywem śmiesznych obrazków. Z kolei dla psów, w przeciwieństwie do kotów, całonocne przebywanie opiekunów w domu stanowi spełnienie marzeń i powód do bezgranicznej

radości. Obostrzenia związane z przemieszczaniem się nie objęły spacerów z czworonogami, dlatego zwierzęta te były „wypożyczane” sąsiadom i znajomym nieposiadającym psów, by ci mogli legalnie spacerować. W związku z tym w internetowej przestrzeni pojawiły się setki zabawnych filmików i obrazków przedstawiających zmęczone spacerami psy, które leżą wyczerpane na podłodze i uciekają przed swoimi opiekunami.

Wideokonferencja w piżamie

Zdalne lekcje, spotkania, konferencje – komunikacja online w dobie pandemii dotknęła większość z nas: uczniów, rodziców, wykładowców, pracowników. Wideorozmowy zastąpiły kontakt bezpośredni, co wygenerowało wiele zabawnych sytuacji. W internecie pojawiły się obrazki przedstawiające śpiących uczniów, kobiety w pełnym makijażu, ale w piżamie, rodziców zdziwionych złą oceną za zadanie, które sami wykonali czy studentów z dyplomem w formacie pdf. Częstym motywem były wizerunki osób śpiących przed ekranami komputerów i laptopów. Popularnością cieszył się też mem wykorzystujący fresk „Ostatnia Wieczerza” Leonarda da Vinci przedstawiający siedzącego samotnie Chrystusa. Wizerunki apostołów umieszczone zostały na górze malowidła w formie ikon-miniaturek uczestników „wideokonferencji”.

Przed wszystkim dystans

Żartobliwe podejście do rzeczywistości przejawiało się u internautów m.in. w kwestii wyglądu i dystansu do siebie. Sieć zala-

ła fala memów z wizerunkami kobiet nieusatysfakcjonowanych zamkniętymi salonami fryzjerskimi i kosmetycznymi. Za długie paznokcie, odrosty, przerzedzone rzęsy – to tylko kilka problemów, z którymi borykały się Polki podczas lockdownu. Innym zagrożeniem, wynikającym choćby z ograniczonej aktywności fizycznej, był problem przybierania na wadze. Nie uszło to uwadze internautów, którzy temat podchwycili natychmiastowo, tworząc liczne memy porównujące wygląd przed pandemią i po niej. Bohaterami tych śmiesznych obrazków były przede wszystkim zwierzęta.

Mona Lisa w maseczce

Środki odkażające oraz częste mycie rąk stały się naszymi



sprzymierzeńcami w walce z pandemią. Atrybuty maseczki oraz płynu do dezynfekcji zostały twórczo dodane do najznakomitszych dzieł sztuki takich jak „Mona Lisa”, „Stworzenie Adama”, „Krzyk”. Instrukcja prawidłowego mycia rąk znalazła się na wszystkich portalach informacyjnych, a internauci głosili, że dinozaury oraz inne wymarłe gatunki spotkał taki los, ponieważ „nie potrafiły myć rąk”. Dowcipy dotyczyły także

pustych półek z mydłami czy spirytusem. Kulturowe odniesienia objęły również wizerunek śmierci, która na wielu memach dezynfekuje swoją kosę, stwierdzając przy tym: „Paniki zasiali, że sama się boję”.

Neologizmy

Luki językowe wywołane całkowicie nową sytuacją zostały szybko i intuicyjnie wypełnione. Przykładem leksemów określających wydarzenia organizowane podczas pandemii są m.in.: *koronaparty* (zabawy odbywające się online), *koronaferie* (przerwa w nauce spowodowana epidemią koronawirusa), *koronalia* (na wzór juwenalia; przerwa w funkcjonowaniu szkół wyższych trwająca od 11 marca do 10 kwietnia 2020 r.). Człon *korona*, jako skrócona forma wyrazu *koronawirus*, zaczął pełnić funkcję przedrostka także w innych leksemach opisujących pandemiczną rzeczywistość: *koronasceptyk* (osoba wątpiąca w istnienie wirusa SARS-CoV-2), *koronakryzys* (kryzys gospodarczy wywołany pandemią koronawirusa), *koronaświrus* (panika związana z koronawirusem; także osoba popadająca w panikę), *koronagorączka* (robieenie nadmiernych zakupów żywności czy środków ochrony osobistej).

Dynamizm pandemicznej sytuacji na świecie nie pozwala stwierdzić, jak długo elementy koronamowy utrzymają się w strukturach leksykalnych polszczyzny (leksyka – ogół wyrazów wchodzących w skład jakiegoś języka). Jedna kwestia pozostaje jednak pewna – już teraz stanowią one znak czasów, w których przyszło nam żyć. ■

Literatura:

Hodalska M., Internetowe żarty z pandemii koronawirusa w „zbiorowej pamięci zarazy”, [w:] „Kultura – media – teologia”, nr 41, 2020, s. 7-37.
Kuipers G., The sociology of humor, [w:] „The Primer of Humor Research”, red. V. Raskin, Berlin-New York 2008, s. 365-402.

Źródła grafik:

<https://www.facebook.com/FilologiaJakCzystaTylkoPolska/photos/a.419736091407442/2915466711834355/?type=3>
<https://m.demotywatory.pl/4982433>
<https://dziennikbaltycki.pl/memy-o-koronawirusie-maseczki-kwarantanna-i-kolejki-oto-zabawne-obrazki-nawet-podczas-epidemii-troche-usmiechu-nam-potrzeba/ga/c15-14863149/zd/42997578>
<https://dziennikzachodni.pl/memy-o-koronawirusie-i-kwarantannie-obnazaj-prawdziwe-uczucia-ale-uczta-tez-proflaktyki-przed-covid-19/ga/c15-14753252/zd/42926222>



Perswazja sposobem na budowanie wytrwałości leczenia

Dlaczego to ciśnienie jest wciąż tak wysokie? Dlaczego kaszel nie ustępuje? Dlaczego ten pacjent wciąż zgłasza te same dolegliwości? Jestem przecież pewien, że postawiłem właściwą diagnozę, wypisałem skuteczne, nowoczesne leki. A może problem leży gdzie indziej? Może mój podopieczny nie leczy się tak, jak tego oczekuję, może nie stosuje się do zaleceń?

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...*).

Tego typu przemyślenia nie są Państwu obce, prawda? Sytuacje, w których przyczyna braku efektów leczenia leży po stronie pacjenta nie należą do rzadkości i nie jest to tylko nasza polska rzeczywistość. Podobne problemy mają lekarze na całym świecie. Według raportów WHO tylko 50 proc. pacjentów cierpiących z powodu chorób przewlekłych w krajach rozwiniętych po sześciu miesiącach terapii nadal stosuje się do zaleceń terapeutycznych. Dlaczego tak się dzieje? I co robić, aby wzmocnić motywację pacjenta do wytrwałego leczenia?

Odpowiedź na pytanie pierwsze jest stosunkowo łatwa. Przyczyny nieprzestrzegania zaleceń lekarskich mogą być różne. Część z nich nie ma związku z osobą pacjenta – to bariery zewnętrzne – np. cena leku, występowanie objawów ubocznych, niedogodności związane z przyjmowaniem leku, częstość farmakoterapii, politerapia itp. Jednak gros to przyczyny tkwiące w osobie pacjenta – postawa wobec konieczności długotrwałego leczenia, motywacja do leczenia, kwestie związane z pamięcią i koncentracją uwagi.

Odpowiedź na drugie pytanie jest znacznie bardziej skomplikowana i trudno sprowadzić ją do kilkudzaniowego wyjaśnienia. Gdybyśmy chcieli się jednak o nie pokusić, to brzmiałoby ono tak: „Poprzez swoje zachowanie i wypowiedzi musisz zbudować swój wizerunek w oczach pacjenta

jako osoby przychylnie do niego nastawionej, kompetentnej i godnej zaufania, skoncentrować jego uwagę na tym, co masz mu do powiedzenia, przekonać go do celowości twoich zaleceń. Sprawić, aby zapamiętał najważniejsze kwestie oraz zmotywować do wytrwałych, samodzielnych działań w okresach pomiędzy wizytami". Problem zaczyna się jednak wtedy, gdy teorię trzeba przełożyć na praktykę. A w głowie pojawia się myśl: no dobrze, ale jak mam to zrobić?

Wywieranie wpływu na ludzi to obszerna gałąź wiedzy. Do niektórych obszarów już dotarliśmy – o zmianie postaw, wykorzystywaniu automatyzmów, stawianiu celów pisałem we wcześniejszych numerach „Medium”. Tym razem zajmujemy się perswazją językową, ale zanim to zrobimy, przypomnijmy najważniejsze omawiane już kwestie.

Jeśli chcemy przekonać pacjenta do regularnego, czasami wieloletniego stosowania leków czy zmiany zachowań, musimy wykorzystywać własne atrybuty tak, aby klimat rozmowy był ciepły i sympatyczny, a przekaz wiarygodny, konkretny, stanowczy i atrakcyjny (ciekawym) dla rozmówcy. Trzeba powtarzać kluczowe kwestie, podsumowywać, dopasowywać zachowania i komunikaty do odbiorcy – jego możliwości poznawczych, cech, kluczowych potrzeb, wartości oraz poziomu akceptacji naszego przekazu – [(jeśli jest już wysoki, stosujemy przekaz jednostronny (tylko za), jeśli jest niski to dwustronny (za i przeciw)].

Techniki wywierania wpływu

Naszą skuteczność zwiększa wykorzystywanie tkwiących w nas automatyzmów. Polegają one na prezentowaniu specyficznych zachowań w wyniku oddziaływania określonych, typowych bodźców. Na pewno pamiętacie Państwo o:

- regule wzajemności (jeśli ktoś zrobi dla Ciebie coś dobrego, natychmiast rodzi się w Tobie pragnienie, by mu się odwzajemnić) – starajmy się więc zawsze zrobić coś, co pacjent potraktuje jak podarunek (poświęcenie dodatkowego czasu, pochwała, próbka leku...);
- regule zaangażowania i konsekwencji (jeśli deklarujesz ustnie lub pisemnie, że zajmujesz określone stanowisko w danej sprawie, będziesz za wszelką cenę dążyć do obrony tego stanowiska, niezależnie od tego, czy jest ono słuszne czy nie) – wymagajmy więc od pacjenta deklaracji, że będzie przestrzegał zaleceń;
- regule konformizmu (wiele osób próbuje określić rozwiązania, tylko dlatego że są one akceptowane i stosowane przez większość) – odwołujemy się do badań, trendów, grupowych przykładów;
- regule władzy/autorytetu (ludzie/instytucje, którzy postrzegani są jako posiadający autorytet, siłę, władzę, mają większy wpływ na innych) – odwołujemy się do konkretnych, indywidualnych przykładów – znani naukowcy, profesorowie, uczele;
- regule kontrastu (jeśli dwie rzeczy różnią się od siebie, to percepcja różnicy powiększy się, gdy te rzeczy zestawimy w czasie i przestrzeni) – jeśli więc sięgasz po porównania, pokazuj je jedno po drugim lub obok siebie;
- regule sympatii (jeśli ktoś, kogo lubisz i uważasz, że ma na względzie Twoje dobro, prosi Cię o coś, prawdopodobnie spełnisz jego prośbę) – dbajmy o to, aby pacjent obdarzył nas sympatią – gdy tak się stanie, nasze wyraźnie sprecyzowane oczekiwania, będą chętniej wykonywane;
- regule limitu (coś, co występuje w ograniczonej ilości lub jest trudniej dostępne, wydaje się bardziej atrakcyjne niż to, czego mamy pod dostatkiem) – w niektórych sytuacjach

warto, zaznaczyć, że twoja propozycja podlega presji czasu lub ilości (np. warto przypomnieć, jak długo oczekuje się na wizytę u specjalisty);

- regule atrakcyjności [zwykle jesteśmy zwolennikami idei (także produktów, usług), które popierają, używają lub pokazują osoby, które lubimy i szanujemy] – odwołujemy się więc do przykładów zachowań osób znanych, atrakcyjnych, lubianych.

Prawdopodobieństwo dobrej współpracy wzrasta, jeśli nasze zalecenia są formułowane jako cele, które pacjent będzie realizował. Jeśli mają być skuteczne muszą być „SMART”, czyli dokładnie określone (specific), mierzalne (measurable – powinny zawierać odpowiedź na pytanie, po czym poznamy, że zostały osiągnięte), ambitne (ambitious – wykraczające poza dotychczasową rutynę), realne (realistic – możliwe do wykonania) i określone w czasie (time oriented – posiadające wyraźne ramy czasowe).

Powyższe techniki wywierania wpływu często nazywane są zamiennie technikami perswazji, choć samo określenie perswazja (łac. persuasio – przekonanie, persuadere – namawiać, przekonywać) oznacza przekonywanie kogoś do czegoś, tłumaczenie komuś, co trzeba zrobić lub czego zaniechać za pomocą argumentacji i środków językowych. Właśnie perswazyjnymi środkami językowymi zajmujemy się w tym artykule. A przy okazji wyjaśnimy, czy perswazja i manipulacja to jedno i to samo.

Manipulacja i perswazja

Każda manipulacja to perswazja (wywieranie wpływu), ale nie każda perswazja jest manipulacją. O manipulacji możemy mówić wtedy, gdy stosujący ją robi to intencjonalnie i w pełni świadomie, a osoba, na którą jest wywierany wpływ, nie zdaje sobie z tego sprawy. Słowo manipulacja kojarzy nam się z czymś złym, nieodpowiednim, nagannym – ale jest tak tylko wówczas, gdy osoba stosująca perswazję, czyni to wyłącznie w swoim interesie, nie bacząc na interes osoby, na którą wpływ wywiera. Jako że lekarze są zobowiązani do przestrzegania przysięgi Hipokratesa i Kodeksu etyki lekarskiej, a tam znajdujemy słowa: „Przyjmuję z szacunkiem i wdzięcznością dla moich Mistrzów nadany mi tytuł lekarza i w pełni świadomy związanych z nim obowiązków przyrzekam: obowiązki te sumiennie spełniać; służyć życiu i zdrowiu ludzkiemu (...)", wierzę, że w lekarskich działaniach dobro pacjenta jest zawsze na pierwszym miejscu. Z tej perspektywy wszelkie nasze działania perswazyjne czy manipulacyjne są uzasadnione.

Psychologia i socjologia wyróżniają różne typy perswazji w zależności od celu, jaki chcemy za jej pomocą osiągnąć. Perswazja przekonująca ma miejsce wtedy, gdy chcemy uzasadnić określone poglądy; nakłaniająca, gdy chcemy pozyskać dla określonego poglądu zwolenników i pobudzająca (agitacyjna) – gdy jej celem jest nakłonienie do podjęcia określonego działania. Perswazja, jaką stosujemy w gabinetach lekarskich, jest zazwyczaj mieszaniną wymienionych rodzajów perswazji.

Czym są perswazyjne środki językowe? To służące przekonaniu odpowiednie słowa, zwroty, formy składniowe, językowe środki stylistyczne.

Zacznijmy od argumentacji

Do dyspozycji mamy dwa rodzaje argumentów – racjonalne (fakty, liczby, statystyki, procedury itp.) oraz emocjonalne (nacechowane emocjonalnie określenia, opisy sytuacji »



generujących emocje). Okazuje się, że najbardziej pożądaną w perswazji jest mieszanka argumentacji racjonalno-emocjonalnej – taką postać ma tzw. język korzyści zawierający opis faktów (cech) wraz z ich przełożeniem na życie pacjenta, np. „Lek X stosowany raz dziennie powoduje wyraźne i utrzymujące się całą dobę zmniejszenie ciśnienia tętniczego, dzięki czemu ryzyko powikłań jest dużo mniejsze. Przyjmując lek regularnie będzie Pan mógł cieszyć się sprawnością, wnukami... przez długie lata”.

Używanie słów: „może”, „mógłby”

Zupełnie naturalny jest opór wobec nakazów, zakazów, naciśnięć. W takich sytuacjach zawsze ogranicza się w pewnej mierze naszą wolność. Gdy wywierana presja jest zbyt duża, wyzwala się automatyzm – reaktancja, czyli dążenie w kierunku przeciwnym niż narzucany. Wniosek płynie z tego taki: nigdy nie naciskajmy zbyt mocno. Warto, zwłaszcza w przypadku szczególnie wrażliwych pacjentów, posługiwać się komunikatami o łagodniejszym wydźwięku, unikać trybu rozkazującego i zdań typu: „Od jutra musi Pan stosować” czy „Proszę od jutra stosować” (które swoją drogą brzmi już łagodniej niż poprzednie). Konstrukcje zdaniowe operujące czasownikiem mógłby/mogłaby odbierane są przez pacjentów lepiej (np. „Mógłby Pan od jutra stosować...”, „Może włączy Pan do codziennych zajęć 30 minut spaceru...”, bo dają poczucie samodzielnego podejmowania decyzji. Pamiętajmy jednak o tym, że są i tacy chorzy, którzy oczekują autorytarnych dyrektyw.

Używanie liczby mnogiej

Podejmowaniu działań i wypełnianiu zaleceń sprzyja budowanie poczucia wspólnoty i posiadania tych samych celów, dlatego warto sięgać po zwroty w liczbie mnogiej, np.: „Mamy przed sobą dużo pracy”, „Razem osiągniemy zakładane cele”, „Przyświeca nam ta sama idea”.

Uzasadnienia: bo, ponieważ

Badania psychologów społecznych nie pozostawiają wątpliwości, że szanse na realizację zaleceń lekarskich wzrastają, gdy w komunikacji z pacjentem lekarz uzasadnia swoje decyzje (podaje powód). Co ciekawe, samo uzasadnienie wydaje się mniej ważne niż jego językowa konstrukcja (bo, ponieważ).

„Proszę przyjmować lek X, ponieważ...”, „Będzie pan... bo zależy nam na...”.

Sformułowania uruchamiające wyobraźnię

Skuteczności przekonywania sprzyja nakłanianie rozmówcy do wyobrażania sobie tego, co chcemy osiągnąć. Możemy to uzyskać dzięki wizualizacji stanu pożądanego poprzez stosowanie sformułowań odwołujących się do wyobraźni i zmysłów, np. „Proszę sobie wyobrazić”, „Niech pani poczuje...”, „Zobaczmy to oczyma wyobraźni...” itp.

Uwaga: badania psychologów dowiodły, że bardziej skuteczna od wizualizacji pożądanego stanu jest wizualizacja drogi prowadzącej do jego osiągnięcia: „Proszę sobie wyobrazić, że od jutra wstaje pan pół godziny wcześniej, gimnastykuje się, przygotowuje lekkie śniadanie, mierzy ciśnienie i zażywa wszystkie przepisane przeze mnie leki...”.

Potwierdzenia

Słowo „tak” w przeciwieństwie do słowa „nie” obdarzone jest dużym, pozytywnym ładunkiem emocjonalnym. To zaś wiąże

się z naszymi pozytywnymi odczuciami, których doświadczaliśmy w przeszłości w sytuacjach spełniania naszych oczekiwań. Jeśli więc pacjent na większość zadawanych przez nas pytań odpowie twierdząco i będzie także słyszał potwierdzenia płynące z naszych ust, np. podczas uważnego słuchania jego wypowiedzi, klimat rozmowy będzie lepszy, co zdecydowanie sprzyja skuteczności przekonywania. Ponadto, odpowiadając twierdząco na nasze prośby uruchamia się mechanizm zaangażowania i konsekwencji – o czym pisałem w pierwszej części artykułu. I jeszcze jedna uwaga – sekwencja udzielanych pozytywnych odpowiedzi uruchamia automatyzm potwierdzenia – trudno jest zaprzeczyć, jeśli wcześniej powiedziało się parokrotnie „tak”. Warto więc stosować potwierdzenia i starać się, aby nasz rozmówca wypowiedział je jak najczęściej.

Przeczenia

Przeczenia mają wpływ nie tylko na nastrój – zazwyczaj go obniżają. Stosując je często osiągamy efekt zupełnie przeciwny do zamierzonego. Jeśli powiem: „Nie może pan palić papierosów” lub „Proszę nie zażywać tego leku na czczo”, efekt może być niezadowolający. Spowodowane jest to funkcjonowaniem naszej psychy. Bo, aby coś mogło być zanegowane, najpierw musi przypomnieć się tego obraz. W związku z tym jeśli mówię do swojego dziecka: „nie dotykaj tego...”, prawdopodobnie jeszcze przez chwilę będzie ten przedmiot dotykało. Jaki z tego wniosek? Zamiast stosować zakazy, lepiej skoncentrować uwagę pacjenta na nowych, pożądanym czynnościach, np. „Proszę ograniczyć ilość spalanych papierosów – w pierwszym tygodniu o 2 dziennie, w kolejnym o 5 dziennie”, „Może Pan lek stosować po posiłku”.

Używanie imion

Używanie imienia pacjenta na początku lub na końcu pytania zwiększa, i to zdecydowanie, szanse na uzyskanie pozytywnej odpowiedzi. Tu trzeba jednak uważać, by w zażyłości nie wejść przedwcześnie i nie wywołać poczucia bycia manipulowanym. Każda relacja potrzebuje czasu – pamiętajmy więc o stopniowaniu zażyłości. Najpierw powiedzmy więc: „Proszę pana”, następnie „Panie Kowalski”, a dopiero na końcu: „Panie Józefie”.

Implikacje

To wypowiedzi składające się ze zdań podrzędnie złożonych, w których jedno zdanie jest prawdziwie (odnosi się do rzeczywistości), a drugie jest tylko naszą sugestią. Okazuje się, że takie połączenie sprzyja nieświadomej akceptacji naszej sugestii. W zależności od tego, jak oba zdania są połączone, wyróżniamy różne rodzaje implikacji. Pierwszą z nich jest implikacja spójnikowa, w której człony łączy spójnik „i”: „Rozmawiamy o zdrowym trybie życia i myśli pan już o rzuceniu papierosów”. W implikacji spójnikowej jednoczesne połączenie odbywa się za pomocą łączników: „i jednocześnie”, „podczas”, „w trakcie”, „im... tym...”: „Rozmawiamy o leczeniu nadciśnienia i jednocześnie zastanawia się pan, czy leki zażywać całe życie”. Implikację wynikową charakteryzuje używanie słów: pozwoli, spowoduje, sprawi: „Codzienne stosowanie leku X sprawi, że pana dolegliwości ustąpią. Ostatnim rodzajem jest implikacja znaczeniowa, w której połączenie obu części zdania odbywa się za pomocą słowa „oznacza”. W tym przypadku druga część zdania niejako uzasadnia albo nadaje sens części pierwszej: „To, że jest pan tu dzisiaj, oznacza, że zależy panu na swoim zdrowiu”.

Warto sięgać po implikacje, ponieważ tak przedstawiane sugestie stają się często rzeczywistością – a więc pacjent rzeczywiście zaczyna myśleć o rzuceniu papierosów, o długotrwałym stosowaniu leków, wierzyć, że dolegliwości ustąpią. Nabiera przekonania, że zależy mu na jego zdrowiu.

Presupozycja

„Badanie kontrolne zrobimy we wtorek czy w czwartek?”. Czy w warstwie językowej kryje się w tym pytaniu coś niezwykłego? Pewnie odpowiecie Państwo – nie, bo przecież to pytanie zamknięte alternatywne. Zgoda, nie ma w nim nic zaskakującego, o ile poprzedzała je rozmowa o konieczności kolejnego badania. Jeśli jednak wcale nie było o tym mowy, staje się strukturą lingwistyczną nazywaną presupozycją.

Presupozycja to wypowiedź mająca sens tylko wtedy, gdy prawdziwe jest uzasadniające ją założenie, w tym przypadku, że i lekarz, i pacjent chcą przeprowadzić badanie kontrolne. Po zastosowaniu presupozycji nasz rozmówca zazwyczaj nie opornuje i bezwiednie koncentruje się na narzucanym przez nas temacie. Jeśli więc przewidujesz, że będą trudności z uzyskaniem zgody na następne spotkanie (czy inne związane z leczeniem czynności) warto ominąć etap ustalania decyzji i przejść do etapu kolejnego, czyli ustalenia terminu spotkania.

Stosowanie metafor

Metafora według Wielkiego Słownika Języka Polskiego to „środek stylistyczny, w którym słowo, wyrażenie, opis lub obraz uzyskują nowe znaczenie przez odniesienie do innej rzeczy lub zjawiska na zasadzie dostrzeżonego podobieństwa”.

Językoznawcy skupiają się na językowych właściwościach metafor, psycholodzy traktują je jako domenę myślenia. Według badań psychologicznych wpływają na to, jak myślimy, postrzegamy rzeczywistość i jak się zachowujemy (Lakoff, Johnson, 1988).

Już Arystoteles podkreślał ich znaczenie, traktując je jako językowy środek perswazji, za pomocą którego można wywierać wpływ na odbiorcę. W medycynie służą często do opisu kwestii związanych z chorobą, jej przebiegiem, leczeniem, konsekwencjami, zachowaniami pacjenta itp. Często wykorzystywane są wielowymiarowe opisowe metafory. Jedną z najpowszechniejszych jest metafora wojny, gdzie ciało pacjenta to państwo atakowane przez wroga (chorobę), posiadające systemy obronne, żołnierzy, prowadzone są bitwy, które można wygrać, ale mogą one też zakończyć się porażką lub kapitulacją.

Inną równie popularną metaforą jest metafora maszyny, gdzie ciało ludzkie to system wzajemnie powiązanych zespołów i części podlegających naprawie. Bardziej współczesne to metafora bioinformatyczna – ciało to komputer, a choroba to zaburzenia w przepływie informacji, metafora sportu czy podróży. Szczególnie polecana jest obecnie metafora ekologiczna – jesteśmy ekosystemem, którego zasoby są ograniczone, a choroba to wynik braku równowagi i nieodpowiedzialnej gospodarki zasobami.

Dlaczego warto stosować metafory? Odpowiedź kryje się w słowach dr hab. Jarosława Barańskiego: „Metafory umożliwiają mówienie o rzeczach abstrakcyjnych, skrytych i mało konkretnych w terminach bardziej oczywistych. (...) Umożliwiają pośrednictwo między językiem eksperckim, biomedycznym, a laickim, potocznym. (...) Pozwalają choremu uporać się z sytuacją medyczną, z jego własną rzeczywistością, która go przerasta: w egzystencjalnym lęku, w wykluczeniu i odosobnieniu, w reżymie instytucji medycznej, w cierpieniu, w poczuciu utraty” (J. Barański, 2011).

Jeśli więc tylko czas na to pozwoli, folgujmy swojej wyobraźni i sięgajmy po metafory, a z pewnością siła naszego oddziaływania na emocje i zachowania pacjentów będzie jeszcze większa.

Narracje

Według Wielkiego Słownika Języka Polskiego narracja to „sposób wypowiedzi w dziele literackim lub filmowym polegający na przedstawianiu ciągu następujących po sobie zdarzeń”. Wzmianki o narracji odnajdujemy już w „Poetyce” Arystotelesa. Jego zdaniem to uporządkowany układ zdarzeń. Narracja powinna posiadać wstęp, rozwinięcie oraz zakończenie. Wszystko to powinno być połączone wspólnym wątkiem.

Zdaniem Władimira Proppa, który poddał analizie setki przypowieści, legend, podań i bajek narracja jest powszechna, uniwersalna i charakteryzuje się stałym schematem.

Powyższe wyjaśnienia możemy uzupełnić o słowa psychologa prof. Jerzego Trzebińskiego: „Narracja (opowieść, historia) to uniwersalna dla ludzi forma poznawcza, dzięki której można rozumieć i porządkować zdarzenia, sytuacje społeczne oraz własny los. (...) Ujęcie życiowego wyzwania w ramy historii wzmacnia motywację do jego podjęcia. Człowiek łatwiej może wyobrazić sobie różne warianty przyszłości i planować swoje działania”.

Chcąc wzmocnić motywację pacjenta, opowiadajmy zatem historie. Mówmy, że da radę i sprostą wyzwaniu przywołując przy tym narracje dotyczące innych osób, zdarzeń, bohaterów filmowych itd.

Zakończenie

Źródłem trwałego sukcesu terapeutycznego jest nie tylko trafna diagnoza i odpowiednio dobrane leczenie. Nie mniej ważna jest współpraca pacjenta. Dlatego pomimo różnych trudności i ograniczeń czasowych warto – świadomie i umiejętnie wywierać na chorych wpływ (jawny i manipulacyjny), aby poprzez swoje zachowania stawali się naszymi sprzymierzeńcami w walce z chorobą. Do dyspozycji mamy wiele różnych technik perswazji i manipulacji. Także perswazyjne środki językowe, o których była mowa. Wykorzystujmy je świadomie, umiejętnie, z umiarem, dopasowując je do pacjenta i sytuacji. Nawet jeśli czasami będzie to trudne. Bo jak pisała w jednym ze swoich wierszy Halina Poświatowska: „Oswajanie słów jest trudniejsze niż osvajanie tygrysów”. Niech nie będą celem samym w sobie i nie przesłaniają tego, czemu służą, czyli dobra pacjenta. Przecież my lekarze i pacjenci powinniśmy zawsze trzymać się razem. ■

Bibliografia:

1. Cialidini R., *Wywieranie wpływu na ludzi*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2008.
2. Doliński D., *Techniki wpływu społecznego*, WN Scholar, Warszawa 2005.
3. World Health Organization (2003), *Adherence to long-term therapies: evidence for action* (PDF), Geneva: World Health Organisation.
4. Propp W., *Morfologia bajki magicznej*, Nomos, 2011
5. Mistewicz E., *Marketing narracyjny. Jak budować historie, które sprzedają*, Onepress, Gliwice, 2011
6. Arystoteles, *Retoryka. Retoryka dla Aleksandra. Poetyka*, PWN, Warszawa 2008.
7. Poświatowska H., *Jeszcze jedno wspomnienie*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 1968.
8. <https://wsjp.pl>



Fot. z archiwum

► MARIUSZ KIELAR

Pracownik naukowy Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum (Zakład Promocji Zdrowia i e-Zdrowia IZP UJ CM), pasjonat nowoczesnych technologii informacyjno-komunikacyjnych w opiece zdrowotnej, dziennikarz medyczny, muzyk

Tekst Mariusz Kielar

SOJUSZNICY CZASU PANDEMII:**MOBILNE APLIKACJE ZDROWOTNE**

Sytuacje wyjątkowe wymagają zastosowania szczególnych rozwiązań. W walce z pandemicznym kryzysem coraz skuteczniejszym sojusznikiem, także dla profesjonalistów opieki zdrowotnej – stają się mobilne aplikacje zdrowotne. Zagrożenie COVID-19 na niespotykaną wcześniej skalę stało się punktem zwrotnym w dziedzinie ich wykorzystywania.

Aplikacja mobilna oznacza oprogramowanie przeznaczone do różnorodnych zastosowań i instalowane na urządzeniach przenośnych takich jak telefon komórkowy, smartfon, palmtop czy tablet. Z kolei pod pojęciem mobilnej aplikacji zdrowotnej (lub aplikacji mobilnego zdrowia) rozumie się najczęściej „wszystkie rozwiązania dostarczające usługi medyczne oparte bezpośrednio na technologiach mobilnych oraz wszystkie inne w sposób znaczący wspierane przez te technologie”. Dzięki instalacji takiej aplikacji na dowolnym urządzeniu przenośnym niezależnym użytkownika od stałego miejsca przebywania można swobodnie korzystać z bardzo rozbudowanych nieraz funkcjonalności praktycznie w dowolnym miejscu i czasie. W przeważającej większości mobilne aplikacje zdrowotne pomagają ich użytkownikom poprawiać ogólną kondycję zdrowotną organizmu. Szybko jednak rośnie liczba aplikacji umożliwiających szeroko rozumiane zarządzanie stanem swojego zdrowia i diagnostykę chorób – szacuje się, że

takie możliwości oferuje obecnie ok. 40% wszystkich aplikacji związanych ze zdrowiem. Wśród pozostałych zastosowań znajdują się m.in.: sprawdzanie symptomów choroby, wyszukiwanie specjalistów w dziedzinie ochrony zdrowia, zarządzanie dokumentacją kliniczną i finansową, zarządzanie edukacją zdrowotną pacjentów, samokontrola pacjentów lub ich zdalne monitorowanie przez lekarzy czy programy rehabilitacyjne. Ogólny schemat działania takiej technologii polega na szczegółowej rejestracji oraz analizie przez aplikację określonego rodzaju danych (parametrów) zbieranych w określonym celu. Następnie zarejestrowane oraz poddane analizie dane mogą być przesyłane m.in. za pomocą bezprzewodowych protokołów transmisji do komputera, na urządzenie mobilne (np. smartfon, tablet) lub do innego urządzenia pośredniczącego w transmisji danych, a stąd na serwer właściwego ośrodka konsultacyjnego lub instytucji monitorującej.

Aplikacje zdrowotne w skali społecznej

W skali społecznej możliwość zbudowania i bieżącego monitorowania rozproszonej sieci mobilnych rejestracji określonych parametrów w powiązaniu z danymi lokalizacyjnymi ma kluczowe znaczenie w zarządzaniu kryzysem spowodowanym przez pandemię COVID-19. Po pierwsze, funkcjonowanie takiego systemu pozwala na wiarygodną weryfikację objawów, dzięki której organy zdrowia publicznego mogą zarówno udzielać obywatelom wskazówek dotyczących badań na obecność COVID-19, jak również przekazywać informacje o samoizolacji, sposobach unikania zakażenia innych osób oraz konieczności zgłoszenia się po pomoc medyczną.

To także przydatne uzupełnienie zadań realizowanych przez podstawową opiekę zdrowotną, dostarczające wiarygodnych informacji na temat wskaźników zakażeń COVID-19 w ujęciu populacyjnym.

Po drugie, taki system umożliwia ustalanie kontaktów zakaźnych w celu identyfikacji osób znajdujących się w pobliżu osoby zakażonej COVID-19 oraz przesłanie informacji (ew. udzielenie porady) o właściwych sposobach działania w takiej sytuacji – np. o potrzebie poddania się kwarantannie domowej czy testom na obecność wirusa. Jest to zatem kolejne wsparcie w zarządzaniu środkami kontrolującymi sytuację epidemiczną dla organów zdrowia publicznego oraz obywateli. Połączenie tych obydwu funkcji ułatwia bieżące raportowanie powyższych danych do krajowych organów epidemiologicznych, a także Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC).

Toolbox

Narzędzia cyfrowe, a zwłaszcza mobilne aplikacje zdrowotne i dane o lokalizacji, umożliwiają bezpieczne, stopniowe zniesienie środków ograniczających rozprzestrzenianie się COVID-19 w Unii Europejskiej pod warunkiem pełnej koordynacji prowadzonych działań na poziomie Wspólnoty, jak i państw członkowskich. Komisja Europejska wraz z państwami członkowskimi opracowała zestaw narzędzi ułatwiających stosowanie aplikacji mobilnego zdrowia do ustalania kontaktów zakaźnych i ostrzegających o zagrożeniu epidemiologicznym. Przyjęta „skrzynka narzędziowa” (toolbox) została opracowana przez sieć e-Zdrowie. Zgodnie z nią aplikacje powinny spełniać poniższe wymagania i być:

- bezpieczne i zgodne z unijnymi przepisami dotyczącymi ochrony danych i prywatności;
- zatwierdzone i wprowadzone do użytku za zgodą organów ds. zdrowia publicznego;
- instalowane dobrowolnie;
- wykorzystujące funkcję Bluetooth zamiast funkcji śledzenia lokalizacji do wykrywania innych urządzeń i użytkowników;
- ostrzegające o zagrożeniu w sposób zanonimizowany, np. przez komunikat sugerujący wykonanie testu na obecność COVID-19 z powodu przebywania w bliskiej odległości z osobą zakażoną, bez ujawniania jej tożsamości;
- interoperacyjne i współpracujące z innymi aplikacjami tego typu, które działają w Unii Europejskiej;
- dezaktywowane w momencie, w którym zostanie ogłoszone opanowanie pandemii COVID-19.

W przygotowanym przez Komisję Europejską zestawie znajdują się również wytyczne dotyczące aplikacji pomocnych w walce z pandemią COVID-19 w odniesieniu do ochrony danych osobowych. Ich użytkownicy muszą mieć bowiem gwarancję, że te aplikacje będą służyły wyłącznie ograniczeniu rozpowszechniania COVID-19, a nie de facto inwigilacji społeczeństwa. Wytyczne uwzględniające doświadczenia Europejskiej Rady Ochrony Danych odnoszą się do wszystkich dobrowolnie pobranych, zainstalowanych i wykorzystywanych aplikacji, które:

- dostarczają sprawdzonych informacji o pandemii COVID-19;
- umożliwiają weryfikację objawów za pomocą kwestionariusza do samodzielnej diagnozy;
- ostrzegają o osobach zakażonych, miejscach i obszarach, na których występuje zwiększone zagrożenie epidemiologiczne, a także informują o konieczności poddania się samoizolacji lub przeprowadzeniu testu na obecność COVID-19;
- służą do utrzymywania kontaktu z lekarzem (łączność teledywidualna).

” —
Na froncie walki z pandemią wiele państw zdecydowało się skorzystać z cyfrowych narzędzi gromadzenia i analizowania informacji w skali społecznej. Przede wszystkim po to, by bardziej skutecznie sprawować kontrolę nad przestrzeganiem kwarantanny przez swoich obywateli. Należą do nich m.in.: Austria, Belgia, Dania, Francja, Hiszpania, Niemcy, Szwajcaria, Włochy.

“

” —
Spośród tego grona Czechy stanowią ciekawy przykład państwa znanego z wprowadzenia tzw. „inteligentnej kwarantanny” polegającej na elektronicznym monitoringu kart płatniczych i telefonów komórkowych osoby zakażonej koronawirusem (za zgodą tej osoby). Aplikacje telefoniczne służące kontroli osób przebywających na kwarantannie zastosowano także na Słowacji i w Polsce.

“

Systemowe narzędzia kontroli epidemicznej

Na froncie walki z pandemią wiele państw zdecydowało się skorzystać z cyfrowych narzędzi gromadzenia i analizowania informacji w skali społecznej. Przede wszystkim po to, by bardziej skutecznie sprawować kontrolę nad przestrzeganiem kwarantanny przez swoich obywateli. Należą do nich m.in.: Austria, Belgia, Dania, Francja, Hiszpania, Niemcy, Szwajcaria, Włochy. Spośród tego grona Czechy stanowią ciekawy przykład państwa znanego z wprowadzenia tzw. „inteligentnej kwarantanny” polegającej na elektronicznym monitoringu kart płatniczych i telefonów komórkowych osoby zakażonej koronawirusem (za zgodą tej osoby). Aplikacje telefoniczne służące kontroli osób przebywających na kwarantannie zastosowano także na Słowacji i w Polsce.

Inne kraje w oparciu o podobne rozwiązania rozbudowały systemowe narzędzia kontroli epidemicznej, od których niejednokrotnie bardzo blisko do społecznej inwigilacji. Na przykład Korea Południowa uruchomiła publicznie dostępną aplikację umożliwiającą każdemu sprawdzenie geolokalizacji telefonów osób zakażonych. Choć nie są w niej podawane żadne dane identyfikujące taką osobę, to na zasadzie prostej dedukcji stosunkowo łatwo można określić jej miejsce zamieszkania. Z kolei w Izraelu specjalna aplikacja monitorująca HaMagen (w dosłownym tłumaczeniu: „Apka Tarcza”) może rozpoznawać kontakt z osobą zakażoną i wysyłać telefoniczne/sms-owe powiadomienia ostrzegające o zagrożeniu epidemicznym. Co więcej, jej użytkownicy zdiagnozowani jako zakażeni koronawirusem mają możliwość odtworzenia swej aktywności ruchowej w ciągu ostatnich 14 dni przed postawieniem diagnozy. Zebrane przez aplikację informacje »



o ruchu i lokalizacji użytkowników wykorzystywane są do tworzenia szczegółowej historii wszystkich miejsc odwiedzanych przez użytkownika oraz dat i godzin ich odbycia. Tajwan dla odmiany opracował tzw. „elektroniczny płot”, czyli system automatycznie informujący władze o oddalaniu się osoby na kwarantannie od swojego domu.

Szczelność systemu kontroli

Szczelność systemu kontroli rozprzestrzeniania się COVID-19 zależy w dużej mierze od możliwości przetwarzania wiarygodnej i aktualnej informacji na temat tzw. śledzenia kontaktów każdej osoby, u której wystąpiły objawy zakażenia. Również tutaj z pomocą przyszły instalowane na telefonach komórkowych dedykowane aplikacje, które – jeśli będą uruchomione i przez odpowiednio długi czas „spotkają się” ze sobą za pomocą sygnału bluetooth u dwóch różnych użytkowników – zarejestrują kontakt. Następnie, jeśli jedna z tych osób zachoruje i wprowadzi tę informację do swojej aplikacji, u drugiej automatycznie wygeneruje się alert. Na takim zdecentralizowanym rozwiązaniu bazuje obecnie większość podobnych aplikacji, także wprowadzona w Polsce aplikacja ProteGo Safe. Szacuje się, że jej pełna skuteczność zależy od liczby instalacji przez co najmniej 60% mieszkańców, choć jej zauważalny wpływ może być widoczny już przy 30% do 40% użytkowników.

Obecnie na świecie pracuje się nad jeszcze bardziej zaawansowanymi rozwiązaniami aplikacyjnymi umożliwiającymi bezpieczniejsze i szybsze zarządzanie dynamicznymi kolekcjami danych uzyskanymi z rozproszonej sieci urządzeń przenośnych. Przykładem może być europejski projekt Pan-European Privacy-Preserving Proximity Tracing (PEPP-PT) i opracowany w jego ramach zdecentralizowany protokół transmisji danych Decentralized Privacy-Preserving Proximity Tracing (DP-3T). Rozwiązanie oparte jest na technologii Bluetooth Low Energy (Bluetooth LE) i zdecentralizowanej archiwizacji danych z okresowo zmienną identyfikacją urządzeń mobilnych.

O jak najbardziej poważnym podejściu do mobilnych aplikacji zdrowotnych oraz innych szeroko rozumianych „cyfrowych terapeutów” czy tzw. technologii ubieralnych w czasie pandemii mogą świadczyć nowe kryteria ewaluacji cyfrowych technologii zdrowotnych wprowadzone przez brytyjską NHS (ang. National Health Service). Mają one pomóc lekarzom, płatnikom, ubezpieczycielom i świadczeniodawcom w powszechniejszym oraz efektywnym wykorzystaniu takich rozwiązań na rzecz pacjentów. Jak podkreślają przedstawiciele NHS na oficjalnym blogu, zaproponowany model oceny może zostać

„*Szczelność systemu kontroli rozprzestrzeniania się COVID-19 zależy w dużej mierze od możliwości przetwarzania wiarygodnej i aktualnej informacji na temat tzw. śledzenia kontaktów każdej osoby, u której wystąpiły objawy zakażenia. Również tutaj z pomocą przyszły instalowane na telefonach komórkowych dedykowane aplikacje, które – jeśli będą uruchomione i przez odpowiednio długi czas „spotkają się” ze sobą za pomocą sygnału bluetooth u dwóch różnych użytkowników – zarejestrują kontakt. Następnie, jeśli jedna z tych osób zachoruje i wprowadzi tę informację do swojej aplikacji, u drugiej automatycznie wygeneruje się alert.*”

również wykorzystany do badania przydatności i bezpieczeństwa takich rozwiązań, jak elektroniczne systemy dokumentacji medycznej wdrażane przez szpitale czy praktycznie dowolny inny element oprogramowania lub wyposażenia technicznego związany z medycyną i zdrowiem. Model Digital Technology Assessment Criteria (DTAC) został opracowany przez NHSX, specjalne biuro NHS ds. nowych technologii i bezpieczeństwa danych medycznych. W przygotowanym kwestionariuszu wśród kryteriów podlegających ocenie znajdują się takie dziedziny jak przystosowanie do regulacji wewnętrznych Wielkiej Brytanii, praktyka kliniczna, ochrona danych osobowych, zabezpieczenia techniczne oraz interoperacyjność. Aplikacje, platformy internetowe oraz urządzenia są również oceniane na podstawie ich łatwości i przyjazności obsługi. Chociaż DTAC jest narzędziem opracowanym w odniesieniu stricte do brytyjskiego systemu prawnego, może być użyteczny także dla polskich projektantów aplikacji w obszarach innych niż regulacje prawne i środowisko systemowe. To także znakomita, merytoryczna inspiracja dla instytucji oceniających nowoczesne technologie medyczne w naszym kraju. ■

Piśmiennictwo u autora

NOWI DOKTORZY

Uchwałą Rady Dyscypliny Nauki o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu 30 marca 2021 roku stopień naukowy doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki o zdrowiu uzyskała **dr Jadwiga Kuciel-Lewandowska**.



Uchwałą Rady Dyscypliny Nauki o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki o zdrowiu uzyskali:

1. **mgr. Karol Pawlak**,
2. **mgr inż. Aneta Beata Hauzer**.



Uchwałą Rady Dyscypliny Nauki Medyczne Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu 13 maja 2021 r. stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki medyczne uzyskali:

1. **lek. Piotr Jakub Wodziński**



Fot. z archiwum J.L.

Rozmawia Robert Migdał

Przez nos do... żołądka, czyli jak zapachy mogą mieć wpływ na nasz apetyt

Czy zapachem będzie można odchudzać? Albo wręcz odwrotnie – zwiększać naszą ochotę, żeby coś zjeść? Jacek Łyczko, doktorant Uniwersytetu Przyrodniczego we Wrocławiu, pracuje wraz ze swoim zespołem nad nowej generacji środkami, które będą mogły regulować... apetyt. Jego badania mogą być bardzo przydatne między innymi w opiece długoterminowej nad pacjentami oraz przy kontroli masy ciała ludzi otyłych lub niedożywionych. Rozmawia Robert Migdał.

► MGR INŻ. JACEK ŁYCZKO

Absolwent studiów I i II stopnia (biotechnologia) na Wydziale Biotechnologii i Nauk o Żywności Uniwersytetu Przyrodniczego we Wrocławiu. Obecnie uczestnik czwartego roku studiów doktoranckich w Katedrze Chemii UPWr w dyscyplinie technologia żywności i żywienia. W swojej pracy naukowej zajmuje się analizą lotnych związków organicznych oraz innych metabolitów pochodzenia naturalnego. Specjalista w zakresie technik chromatograficznych, spektrometrii mas oraz olfaktometrycznych. W ramach swoich badań zajmuje się wpływem suszenia na jakość ziół farmakopealnych i przyprawowych.

Robert Migdał: W centrach handlowych rozpylany jest zapach świeżego chleba, żeby zachęcić do kupowania, a w sklepach z bielizną i luksusowymi kreacjami – zapachy natury, żeby zrelaksować kupujące panie. A jak wiadomo, kiedy ktoś jest odprężony, to nie liczy się z wydawaniem pieniędzy...

Jacek Łyczko, doktorant Uniwersytetu Przyrodniczego we Wrocławiu: Bodźce, które docierają do naszego organizmu, zarówno wzrokowe, jak i te dotykowe czy węchowe, mają istotny wpływ na nasze zachowania. Rzeczywiście w sklepach spożywczych i centrach handlowych stosuje się pewne triki z tym związane. Dlatego na wysokości naszego wzroku układane są produkty, do których zakupu obsługa »

” —————
Zadaniem naszego projektu dotyczącego nowej generacji środków regulujących apetyt, którą mogą być użyteczne w opiece długoterminowej oraz kontroli masy ciała finansowanego przez Narodowe Centrum Badania i Rozwoju w ramach konkursu Lider XI, będzie opracowanie środków wspomagających regulowanie apetytu. Obecnie przewidujemy, że będą to kompozycje, które będzie używać się przed posiłkiem z wykorzystaniem blotterów.

“

chce nas zachęcić. Podobnie jest z zapachem – na przykład w okresie świątecznym szczególnie możemy się o tym przekonać. W tych krótkich chwilach, kiedy przed ostatnimi świętami możliwe było odwiedzenie centrów handlowych, tuż po przestąpieniu progu docierał do nas zapach pieczonych jabłek, cynamonu i goździków – utarta przez popkulturę esencja świąt Bożego Narodzenia. Od razu mogliśmy wczuć się w świąteczną atmosferę ciepła i przytulności. A co jest potrzebne, aby taką samą atmosferę przenieść do naszych domów? Na przykład te wszystkie piękne dekoracje, które możemy zakupić w sklepach...

R.M.: Nasze nosy mają duży wpływ na nasze zachowania? To, co czujemy przez zmysł węchu, może wpływać na pracę naszego mózgu?

J.Ł.: Niestety nie wyjaśnię dokładnie wpływu zapachu na pracę naszego mózgu – nie jestem neurologiem ani nie reprezentuję pokrewnych dziedzin nauki. Niemniej, w swojej pracy zajmuję się sensoryką i z pewnością mogę podsumować, że zapach jest jednym z kluczowych elementów, w jaki sposób odbieramy to, co nas otacza.

R.M.: Pan i pana zespół chce stworzyć zapachy na blotterach – takich tekturowych paskach, podobnych do tych, których używamy w perfumeriach – zwiększające lub zmniejszające apetyt.

J.Ł.: Zadaniem naszego projektu dotyczącego nowej generacji środków regulujących apetyt, którą mogą być użyteczne w opiece długoterminowej oraz kontroli masy ciała finansowanego przez Narodowe Centrum Badania i Rozwoju w ramach konkursu Lider XI, będzie opracowanie środków wspomagających regulowanie apetytu. Obecnie przewidujemy, że będą to kompozycje, które będzie używać się przed posiłkiem z wykorzystaniem blotterów.

R.M.: Będziecie wykorzystywać tylko naturalne, bezpieczne zapachy – olejki eteryczne i aromaty spożywcze?

J.Ł.: Naszą intencją jest wykorzystywanie w kompozycjach bezpiecznych substancji dopuszczonych do stosowania w produktach przeznaczonych dla ludzi. Będziemy sięgać po związki zgodne między innymi z właściwymi rozporządzeniami Unii Europejskiej czy statusem GRAS – amerykańskiej Agencji ds. Żywności i Leków. W naszym zainteresowaniu znajdują olejki eteryczne lub poszczególne ich składniki oraz aromaty spożywcze.

R.M.: Jak będą wyglądały wasze badania? Sprawdzicie, jakie aromaty kojarzą się Polakom ze smacznym jedzeniem, skomponujecie odpowiednie zapachy i później w rezonansie magnetycznym przetestujecie ich oddziaływanie na odpowiednie ośrodki w mózgu?

J.Ł.: Nasze badania podzielone są na trzy etapy. W pierwszym będziemy przeprowadzać ankietyzację wśród odpowiednich grup: osoby starsze, powyżej 65. roku życia oraz osoby z nadwagą i otyłe, a na podstawie uzyskanych wyników będziemy przeprowadzać screening potencjalnych składników, które będziemy mogli wykorzystać w etapie drugim, czyli w części projektowania prototypów. Ta część projektu będzie ściśle laboratoryjna. Będziemy badać kinetykę uwalniania związków lotnych z różnych nośników, a także weryfikować potencjał preparatów w eksperckich panelach sensorycznych. Ostatecznie, w trzecim etapie, skupimy się na konsumentach. Zbadamy prototypy o największym potencjale – określonym w etapie drugim – w warunkach zbliżonych do rzeczywistych – czyli zaprosimy konsumentów do wypełniania kwestionariuszy po ekspozycji na środek regulujący apetyt. Równolegle będziemy w badaniach biologicznych, stosując fMRI (funkcjonalny rezonans magnetyczny mózgu) weryfikować właśnie to, co się dzieje w ludzkim mózgu. Na podstawie uzyskanych wyników zawężymy ostatecznie liczbę prototypów i zweryfikujemy ich skuteczność w warunkach rzeczywistych – po ekspozycji na środek zaserwujemy konsumentom posiłki.

R.M.: Pana zespół badawczy chce też przeprowadzić analizę morfologiczną odpadów po posiłkach, które zjedzą badani po powąchaniu blotterów. Po co?

J.Ł.: Chcemy nie tylko spowodować, aby konsumenci spożywali odpowiednio więcej lub mniej kalorii. Chcemy również zweryfikować, w jaki sposób nasze środki będą działały na wybory spożywcze. Badanie morfologii odpadów pozwoli odpowiedzieć na pytanie czy, na przykład, wpływamy na to, że konsument spożywa więcej lub mniej składników białkowych na korzyść lub niekorzyść składników skrobiowych posiłku.

R.M.: Co można sterować, regulować, zapachem? Np. apetyt? Jego ograniczenie lub zwiększenie?

J.Ł.: Dokładnie. Badania naukowe jasno wskazują, że zapach wpływa na nasz nastrój, nastawienie i zachowania. Może także wpływać na to, co zjemy i ile zjemy – to chcemy wykorzystać.

R.M.: W jaki sposób to można osiągnąć? Czy są zapachy, które powodują chęć jedzenia, i takie, które zniechęcają do jedzenia?

J.Ł.: Zapachy, które zachęcają do jedzenia kojarzą się od razu z fast foodem. Niestety, to raczej mylne pojęcie. Zapach śmieciowego jedzenia często dociera do nas w miejscach, gdzie po prostu jesteśmy głodni. Dlatego to właściwe zadanie tego

projektu – zidentyfikować, co pachnie dla nas rzeczywiście w taki sposób, który stymuluje apetyt. Z kolei w kontekście zapachów obniżających apetyt, to do tej pory ustalono, że są to raczej zapachy „ciężkie” – kojarzące się z deserem, błogością. Krótko mówiąc ze stanem, w którym już jesteśmy pełni i usatysfakcjonowani.

R.M.: Wiele osób starszych, chorujących, przebywających w różnych ośrodkach opiekuńczych, ma problem z obniżonym apetytem. Zwiększenie ich apetytu byłoby dla nich bardzo korzystne: dla poprawy ich zdrowia, komfortu życia.

J.Ł.: Problem niedożywienia i stanów anorektycznych wśród starszych pensjonariuszy ośrodków opiekuńczych był istotnym przyczynkiem do powstania tego projektu. Rzeczywiście osoby starsze mają problemy z apetytem, chociaż istnieją dla nich sprawdzone środki stymulujące apetyt, a w dodatku pomagające nadbudowywać tkankę mięśniową –chodzi tu przede wszystkim o steroidy anaboliczne. Niestety, środki te wywołują silne skutki uboczne, szczególnie w połączeniu z lekami na cukrzycę, nadciśnienie czy zakrzepicę – schorzenia dotykające osoby starsze. Dlatego też chcemy opracować środki, które łagodniej wspomogą poprawę odżywiania osób starszych. Oczywiście, nasz produkt raczej nie będzie odpowiedni dla trudnych i krytycznych przypadków – zarówno w kwestii zwiększenia apetytu, jak i jego ograniczenia, nie będzie to „cudowne rozwiązanie”.

R.M.: Wielu rodziców ma problem z dziećmi-niejadkami? Czy pana badania też będą mogły pomóc najmłodszym?

J.Ł.: Nie bezpośrednio. Na tym etapie będziemy szukać odpowiednich rozwiązań dla osób starszych – kwestia stymulacji apetytu – i osób z nadwagą i otyłością – ograniczenie apetytu. Być może okaże się, że rozwiązania te są uniwersalne – byłoby fantastycznie. Jeśli nie, w przyszłości, jeżeli środki zostaną skomercjalizowane, być może będziemy opracowywali kolejne rozwiązania, dla kolejnych grup konsumentów.

R.M.: Czy paski redukujące apetyt będą pachniały nieprzyjemnie, czy przyjemnie? Chcecie odstraszyć ludzi od jedzenia, wywołać zapachem negatywne skojarzenia u osób otyłych?

J.Ł.: Ideą projektu jest ograniczenie apetytu, a nie jego odebranie. Redukcja masy ciała, szczególnie kiedy kilogramów jest sporo, jest znacznym wyzwaniem. Dlatego nasz środek ograniczający apetyt nie powinien jeszcze bardziej tego wy-

zwania utrudniać. Z pewnością nie będziemy poszukiwać zapachów budzących negatywne skojarzenia.

R.M.: Czy zapachy mogą wywołać uczucie sytości?

J.Ł.: Badania naukowe na to wskazują.

R.M.: Zapachem można skierować apetyt ludzi na zdrowsze produkty? Żeby miały na przykład ochotę na pełnoziarniste pieczywo, a nie na białą bułkę?

J.Ł.: Zdecydowanie. Dany zapach może pobudzać apetyt na dany produkt, ale również na inne produkty o podobnych cechach. Będziemy szukać takich rozwiązań. Dzięki temu ludzie będą jedli mniej i lepiej.

R.M.: Na jakim etapie są państwa badania?

J.Ł.: Projekt rozpoczął się oficjalnie 1 stycznia 2021, i od pierwszych dni wystartowaliśmy z pełną mocą. Mimo że na badania mamy trzy lata (do końca 2024 roku), to harmonogram jest wyśrubowany. Niemniej jestem spokojny o jego realizację. Stworzony przeze mnie zespół liczy obecnie osiem osób, a w przyszłości dołączy do nas jeszcze psychodietetyk. Są to specjaliści w zakresie ankietyzacji i żywienia, analityki chemicznej, chemii związków lotnych, badań fMRI czy gospodarki bioodpadami. Większość osób jest poniżej 30. roku życia i obecnie stara się uzyskać stopień naukowy doktora lub niedawno go uzyskała.

W ciągu tych trzech lat mamy do zagospodarowania budżet sięgający niemal 1,5 mln złotych, przyznany przez Narodowe Centrum Badania i Rozwoju. Oczywiście nadrzędnym celem jest opracowanie środków regulujących apetyt, ale nie tylko. Niemniej istotną intencją programu Lider jest rozwój młodej kadry naukowej – i w pełni się w ten program wpisujemy.

R.M.: Wasze badania będą bardzo pomocne w pracy lekarzy z pacjentami? We wspomaganie leczenia ludzi w szpitalach? Poradniach dietetycznych?

J.Ł.: Wyniki naszych badań i opracowane środki będą miały zastosowanie przede wszystkim przy opiece nad osobami starszymi oraz w trudnym procesie redukcji wagi. Chciałbym jednak podkreślić, że w projekcie nie przygotowujemy cudownych rozwiązań, bo takich po prostu nie ma. Naszym celem jest opracowanie środków, które będą wspomagały regularne wysiłki, zmianę przyzwyczajzeń i stylu życia, bo to one są konieczne w trudnym zagadnieniu zmiany masy ciała. ■

– Około 18% naszego społeczeństwa to w tej chwili osoby po 65. roku życia. Wiele osób starszych, chorujących, przebywających w różnych ośrodkach opiekuńczych, ma problem z obniżonym apetytem. 53% polskiego społeczeństwa to z kolei osoby z nadwagą lub otyłością. Jednocześnie rynek suplementów diety regulujących apetyt jest ogromny – kupujemy ponad 625 mln opakowań takich substancji rocznie. Problem polega na tym, że albo ich skuteczność jest dyskusyjna, albo wywołują wiele skutków ubocznych – mówi Jacek Łyczko, doktorant w Katedrze Chemii UPWr, lider projektu i zespołu, który chce stworzyć zapachy na blotterach.



Fot. z archiwum R.T.

► DR N. MED. RADOSŁAW TARKOWSKI

Chirurg onkolog, absolwent UM we Wrocławiu. Pracował w Katedrze Onkologii UM i na I Oddziale Chirurgii Onkologicznej DCO. Od 2017 roku pracuje na Oddziale Chirurgii Onkologicznej Szpitala Specjalistycznego w Legnicy. Od kilkunastu lat ukierunkowany na leczenie chorych na raka piersi, zajmuje się chirurgią onkoplastyczną i rekonstrukcyjną piersi. W 2020 r. nakładem Wydawnictwa Medycyna Praktyczna ukazała się jego monografia dotycząca chirurgii onkoplastycznej u chorych na raka piersi, oparta na własnym doświadczeniu.

W 2020 r. nakładem Wydawnictwa Medycyna Praktyczna ukazała się monografia autorstwa dr. Radosława Tarkowskiego.



Chirurgia zaczyna się od słowa, nie od cięcia

Tak, to jest chirurgia odwagi i cudu. Ale ten cud jest możliwy dzięki powtarzalnemu kontaktowi pacjentki i operatora. Trudno wykonać dobry zabieg onkoplastyczny, widząc chorą dzień przed zabiegiem albo już bezpośrednio na stole operacyjnym. O rekonstrukcji piersi w toku leczenia nowotworów z dr. n. med. Radosławem Tarkowskim – chirurgiem onkologiem rozmawia Aleksandra Solarewicz.

Aleksandra Solarewicz: Rak piersi to najczęstszy nowotwór u kobiet. Ale mimo powrotu do zdrowia sama „plastyczna” konsekwencja, samo oszczędzenie piersi, bywa dla kobiet tragedią. Pan pomaga właśnie tym. Dlaczego?

Dr n. med. Radosław Tarkowski: Tak, to najczęstszy nowotwór złośliwy u kobiet. Warto pamiętać, że większość chorych na raka piersi może osiągnąć pełne wyleczenie (odsetek kobiet przeżywających 5 lat wynosi w Polsce nieco ponad 77%). Jest chorobą potencjalnie śmiertelną i pamiętamy o kobietach zmarłych mimo wszystkich zalet zaawansowanej terapii skojarzonej i odwagi wykazanej podczas leczenia.

A.S.: Rozpoznanie raka i agresywne leczenie z jego skutkami ubocznymi są traumą...

R.T.: Wielką traumą. Z badań i obserwacji wynika, że stres mija zwykle po 2-3 latach. Deformacja piersi po wycięciu jej części z guzem lub okaleczenie po amputacji wykonanej bez rekonstrukcji mogą być przetrwałym i palącym problemem, który nadal obniża jakość życia. Kiedyś blizna po mastektomii była nieodłącznym atrybutem leczenia i ceną za wyleczenie, podob-

nie deformacja po zabiegu oszczędzającym, pojawiająca się u 30% do 50% kobiet operowanych za pomocą metody zwanej *szerokim wycięciem* (usunięcie fragmentu piersi, zazwyczaj łącznie z osekawatym fragmentem skóry nad guzem – to szybki zabieg o niekoniecznie korzystnym efekcie estetycznym).

A.S.: Teraz lekarze pracują nad tym, by nie pozostały blizny, te dosłowne i te w przenośni...

R.T.: W onkologii miarą sukcesu są jak najwyższe: przeżywalność i jakość życia. Skoro ktoś uzyskał wyleczenie za pomocą okaleczającej metody, a istnieje sposób na cofnięcie elementu okaleczenia, oczywiście jest dążenie do naprawienia ubytku. Z drugiej strony, jeśli można osiągnąć wyleczenie bez okaleczenia, dlaczego nie mielibyśmy tak właśnie operować, lecząc wspólnie z radio-terapeutami i chemioterapeutami? Standardem postępowania u chorych na raka gruczołu piersiowego, wymagających mastektomii jest jednoczesowa rekonstrukcja piersi. Odpowiednio przygotowana i poinformowana pacjentka po usunięciu gruczołu opuszcza blok operacyjny z dwiema piersiami, unikając urazu psychicznego wiążącego się z okaleczeniem. Podobne wska-

(...) chirurg nie jest samotną wyspą. Obecnie wskazania do leczenia oszczędzającego są bardzo szerokie, a część kobiet, które po ustaleniu zasięgu choroby kwalifikują się do mastektomii, może zostać skutecznie zoperowana w sposób oszczędzający po zastosowaniu przedoperacyjnego leczenia systemowego pozwalającego na zmniejszenie się lub remisję guza i zniszczenie zmian w węzłach pachy.

zania obejmują dążenie do uzyskania jak najlepszego kształtu piersi oraz symetryzację. Jeśli symetryzacja pozwoli na uzyskanie korzystnego efektu, wykonują ją podczas tej samej operacji, jakkolwiek zabieg nie jest refundowany jednocześnie przez NFZ, a wycena procedury wykonanej oddzielnie, generującej w ten sposób dodatkową kolejkę, jest zaskakująco niska. Mam nadzieję, że ten aspekt organizacji leczenia ulegnie zmianie.

A.S.: Jakie są wskazania do leczenia oszczędzającego? Czy leczenie to jest już powszechnie stosowane w Polsce?

R.T.: W latach 80. XX wieku prof. Umberto Veronesi udowodnił skuteczność leczenia polegającego na usunięciu fragmentu piersi z guzem, węzłami chłonnymi pachy i napromienianiu oszczędzonej piersi. Chirurgia i radioterapia wiążą się z leczeniem systemowym – chemioterapią, stosowaniem przeciwciał celowanych, hormonoterapią. Warunkiem sukcesu jest dobra współpraca z radioterapeutami, chemioterapeutami, radiologami, patomorfologami, psychologami, fizjoterapeutami i pielęgniarkami lub koordynatorkami leczenia zdejmującymi z chorych ciężar stresu związanego z logistyką badań, konsultacji i leczenia. Pełne współdziałanie w zespole dedykowanym chorym na raka piersi. Trawestacja znanego powiedzenia brzmi w tym kontekście: chirurg nie jest samotną wyspą. Obecnie wskazania do leczenia oszczędzającego są bardzo szerokie, a część kobiet, które po ustaleniu zasięgu choroby kwalifikują się do mastektomii, może zostać skutecznie zoperowana w sposób oszczędzający po zastosowaniu przedoperacyjnego leczenia systemowego pozwalającego na zmniejszenie się lub remisję guza i zniszczenie zmian w węzłach pachy. Większość zabiegów wykonywanych w Europie (73%, podczas gdy leczenie rozpoczęto jako oszczędzające u 83% – według danych opublikowanych przez Europejskie Towarzystwo Specjalistów Chorób Piersi EUSOMA) stanowią operacje oszczędzające. Leczenie oszczędzające jest także częściej stosowane w Polsce, poza pojedynczymi oddziałami. Najnowsze dane wskazują na wyższą przeżywalność chorych z niektórymi typami raka piersi (w tym najczęściej występującymi) po takim właśnie leczeniu, w porównaniu do uzyskanych po mastektomii.

A.S.: Jak wyglądają zabiegi oszczędzające u chorych na raka piersi?

R.T.: Wycinając guz w najprostszym sposobie, z cięcia nad zmianą obejmującego zazwyczaj oślekę skóry (rak piersi nie jest chorobą jej skóry, i jeśli guz nie leży bezpośrednio pod nią, wycięcie jej fragmentu nie doda jakiegokolwiek korzyści, o ile nie chcemy zmniejszyć piersi), u około 30 % chorych spowodujemy deformację, nawet w przypadkach korzystnego pod względem estetycznym i najczęstszego położenia guza w kwadrancie górnym zewnętrzny. Jeśli guz znajduje się w kwadrantach dolnych, deformacja pojawia się częściej, u ponad 50% chorych. Zniekształcenie polega na zaciągnięciu skóry, brodawki sutkowej, zmniejszeniu objętości piersi w postaci asymetrii podczas porównania z drugą pierśią. Asymetria zdarza się częściej, gdy objętość preparatu (wycięty fragment gruczołu z guzem) wynosi ponad 20% objętości piersi. Można zatem starać się zmniejszyć zakres zabiegu, ale to zwiększa z kolei ryzyko stwierdzanego niekiedy przez patomorfologa braku radykalności mikroskopowej, czyli obecności komórek raka w linii cięcia. Opisany wyżej zabieg, zwany szerokim wycięciem, jest mimo wymienionych wyżej wad nadal często stosowany w praktyce. Rozwiązaniem problemu deformacji i asymetrii jest chirurgia onkoplastyczna.

A.S.: Na czym ona polega w przypadku piersi?

R.T.: Chirurgia onkoplastyczna łączy zabieg wycięcia guza gruczołu z technikami stosowanymi w chirurgii plastycznej – prze-

modelowaniem, na przykład podniesieniem, zmniejszeniem piersi. Guz wycina się z szerokim marginesem, ale jego łoża nie jest pozostawiona jak w opisanym wyżej zabiegu: ubytek uzupełniamy tkankami przesuniętymi z innych lokalizacji – z piersi lub spoza niej, na przykład płatem z nadbrzusza lub z mięśnia najszerzego grzbietu. Usuwamy guz nowotworowy i jednocześnie zachowujemy pożądany kształt piersi lub osiągamy go na nowo, na przykład wykonując mastoplastykę zmniejszającą.

A.S.: To skomplikowana, precyzyjna praca. Jak przygotowuje Pan „pole operacyjne“ dla niej?

R.T.: Operacja onkoplastyczna wymaga więcej czasu – zarówno w kwestii przygotowania, poinformowania pacjentki, poznania jej preferencji, ustalenia postępowania oraz w aspekcie samego zabiegu, który trwa dłużej niż proste wycięcie guza. Należy wziąć pod uwagę wielkość zmian, ich proporcje do wielkości piersi, rodzaj utkania gruczołu, choroby towarzyszące, styl życia – na przykład w kwestii papierosów. Nie wszyscy wykazują cierpliwość i skoro można guz jak najszybciej wyciąć, i zamknąć ranę, preferują takie właśnie rozwiązanie. Efekt szerokiego wycięcia prezentuje się na stole operacyjnym zazwyczaj dobrze. Po operacji przestrzeń powstała po wycięciu guza wypełnia się płynem, który po upływie czasu ulega wchłonięciu. Powstaje w ten sposób wgłębienie w piersi, a blizna dodatkowo ściąga tkanki, niejednokrotnie pociągając brodawkę sutkową i zmieniając jej położenie. Można powiedzieć potem pacjentce, że „nie szkoda róż, gdy płonie las“ i że taka jest cena za wyleczenie, ale lepszym rozwiązaniem jest zoperowanie w sposób pozwalający na uniknięcie deformacji. Wpływa to znacząco na jakość życia, co potwierdzają wyniki badań. Czas poświęcony na realizację zabiegu onkoplastycznego nie jest zatem czasem straconym. Jest dobrą inwestycją – w wysoką jakość życia operowanej, dobrą markę oddziału i reputację chirurga.

A.S.: Jakie jest ryzyko powikłań?

R.T.: Powikłania zdarzają się każdemu chirurgowi, niezależnie od stosowanej metody. Powiedzenie mówi: „ten nie ma powikłań, kto nic nie robi“. Wprawdzie międzynarodowy panel ekspertów stwierdził wyższą częstość powikłań po chirurgii onkoplastycznej, ale nie zagrażają one życiu operowanych i nie pogarszają jego jakości. Dotyczy to także jakości życia operatora. Chirurg jest przygotowany na możliwość ich wystąpienia i odpowiednio reaguje.

Jednym z najczęstszych powikłań jest wyższy odsetek krwawień w okolicy operowanej, wprost proporcjonalny do większej powierzchni ran po onkoplastyce. Blizny są dłuższe, ale większą zaletą jest zachowanie (lub odzyskanie) dobrego kształtu piersi, wobec którego ich wielkość staje się mniej istotna. Niedokrwienia i martwicy przesuwanych płatów można uniknąć odpowiednio planując zabieg pod względem rodzaju plastyki i przesuwanego płata oraz dzięki znajomości anatomii w aspekcie unaczynienia piersi. W niektórych rodzajach zabiegów onkoplastycznych bardzo ważna jest informacja dotycząca utkania piersi, ocenianego w mammografii i USG. Jeśli u pacjentki z utkaniem tłuszczowym zdecydowalibyśmy się na zabieg polegający na szerokim odpreparowaniu skóry od gruczołu, niekorzystnym następstwem mogłaby być martwica tłuszczowa i zły efekt estetyczny. Odpowiednie planowanie wymaga więcej czasu. Idealnie sprawdza się dzięki powtarzalnemu kontaktowi pacjentki i operatora – obie osoby połączone w procesie terapii znają uwarunkowania i szczegóły przypadku, preferencje chorej i jej oczekiwania. Trudno natomiast wykonać dobry zabieg onkoplastyczny widząc chorą jeden raz w przeddzień zabiegu lub – rano, albo, co gorsza, śpiącą na stole operacyjnym. Chirurgia zaczyna się od słowa, nie od cięcia. »

**A.S.: Jaka jest jakość życia po takim zabiegu?**

R.T.: Jakkolwiek badania dotyczące jakości życia po zabiegach onkoplastycznych są nieliczne, wskazują na wyższą jakość życia po zabiegach onkoplastycznych. Zdarzają się jednak wyniki wskazujące na lepszy efekt tradycyjnej metody szerokiego wycięcia. Analizując prezentujące je prace, zauważa się jednak, że tradycyjny zabieg ma w wykonaniu autorów elementy specyficzne dla onkoplastyki, lub też zwraca się uwagę na skoncentrowaniu pacjentek informowanych przed zabiegiem na detalach estetycznych, podczas gdy bezwzględny priorytetem pozostaje konieczność eradykacji nowotworu. Przeprowadziłem badanie porównujące jakość życia u kobiet operowanych z powodu raka piersi za pomocą obu omawianych dzisiaj metod. Wyniki wskazują korzyść ze stosowania onkoplastyki.

A.S.: Odtworzenie zoperowanej piersi to cud (zważywszy na dawne metody leczenia). Może przypomina sobie Pan taki szczególny „cud” ze swojej długoletniej praktyki?

R.T.: *Ars longa, vita brevis.* Dziękuję, ale nie przesadzałbym z oceną długoletniej praktyki. Około 5 tygodni temu spotkałem w poradni 26-letnią kobietę, przed biopsją guza piersi. Przeszła już wcześniej leczenie z powodu dwóch innych niezależnych nowotworów. Guz został zweryfikowany jako rak. Słyszałem jej płacz i czułem jej rozpacz, kiedy informowałem ją o tym, mimo że robiłem to najdelikatniej jak można. Podczas spotkania konsylium zaproponowano mastektomię z rekonstrukcją (wystąpiły przeciwwskazania do zabiegu oszczędzającego). Była przeżrana. Rozmawialiśmy kilka razy przed zabiegiem, stawała się

coraz spokojniejsza, zaufała mi. Po zabiegu zobaczyła swoje piersi i uśmiechnęła się, mimo obrzęku, strupów, opatrunku, drenu i wszystkiego, co otacza zoperowaną pierś. Wychodząc ze szpitala, była pełna nadziei. Po kilkunastu dniach duży, wszczepiony prepektoralnie implant spowodował napięcie brzegów rany. Wyciąłem ścięczałą bliznę i założyłem szew wtórny. Była przestraszona, ale widziała, że aktywnie i ze spokojem reagujemy. Współpracuję z bardzo dobrą koordynatorką i pielęgniarką, które znacząco pomogły pacjentce w trudnej sytuacji. Dzisiaj spotkałem ją po raz kolejny, dwa tygodnie po ostatnim zabiegu. Rana wygoiła się, usunąłem dren z piersi, widziałem, jak bardzo się cieszy, mimo maski zasłaniającej pół twarzy. Kiedy wyszła na korytarz, słyszałem jej śmiech, pełen radości. To jest cud!

A.S.: 26 lat, pokonanie trzech nowotworów i zachowanie piersi. Bez dwóch zdań.

R.T.: ...albo u pacjentki, u której przed 12 laty wykonałem jednoczasową rekonstrukcję implantem. Miała wtedy 33 lata. Po kilku miesiącach musiałem go z żalem usunąć z powodu infekcji, ale potem udało się ponownie zrekonstruować pierś. Podczas ostatniej wizyty kontrolnej zobaczyłem wytatuowaną różową wstążkę na ramieniu, spokój mistrza zen w oczach i uśmiech na twarzy. Ma czarny pas w walce z rakiem. To też jest cud. Taka jest moja perspektywa z ostatnich dni. Jestem pewien, że każdy lekarz doświadcza takich wydarzeń, i to czyni nasz zawód wyjątkowym. ■

Rektor prof. Piotr Ponikowski w elitarnym światowym gronie

Rektor Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, prof. Piotr Ponikowski, jako jedyny Polak znalazł się wśród tysiąca najczęściej cytowanych naukowców na świecie, międzynarodowej listy Ranking Web of Universities.

To bez wątpienia wielkie osiągnięcie i prestiż dla Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, który sklasyfikowano na tej liście jako jedyną polską uczelnię, w pierwszym tysiącu, na wysokim 325 miejscu. W rankingu w sumie sklasyfikowano ponad 4700 naukowców.

Przypomnijmy, że prof. Ponikowski w listopadzie 2020 r. znalazł się także, jako jeden z czterech Polaków, w rankingu Clarivate Analytics 2020 – prestiżowej liście najczęściej cytowanych w ostatnich 10 latach naukowców z całego świata. Zestawienie Clarivate Analytics jest kluczowym elementem Academic Ranking of World Universities, który jest jednym z najstarszych corocznych rankingów najlepszych uniwersytetów na świecie.

Pełna lista rankingowa: <https://tiny.pl/r67w1>

Źródło: UMED we Wrocławiu



Fot. UMED we Wrocławiu

5. MISTRZOSTWA POLSKI LEKARZY W BIEGU ALPEJSKIM



Komisja Sportu, Kultury i Turystyki DRL zaprasza wszystkich sympatyków sportu do wzięcia aktywnego udziału w Mistrzostwach Polski Lekarzy w Biegu Alpejskim, które odbędą się 8 sierpnia 2021 r. (niedziela) w Ludwikowicach Kłodzkich, w ramach 12. Biegu na Wielką Sowę.

* Każdy uczestnik zawodów ma obowiązek wypełnienia oświadczenia uczestnika zgodnie z zaleceniami głównego inspektora sanitarnego, że nie jest osobą zakażoną wirusem SARS-CoV-2 wywołującym chorobę COVID-19 oraz nie przebywa na obowiązkowej kwarantannie, a także w czasie ostat-

nich 14 dni nie miał kontaktu z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2 (druki dostępne na www.biegajwgorachsowich.pl, na FB: @biegajwgorachsowich oraz w biurze zawodów).

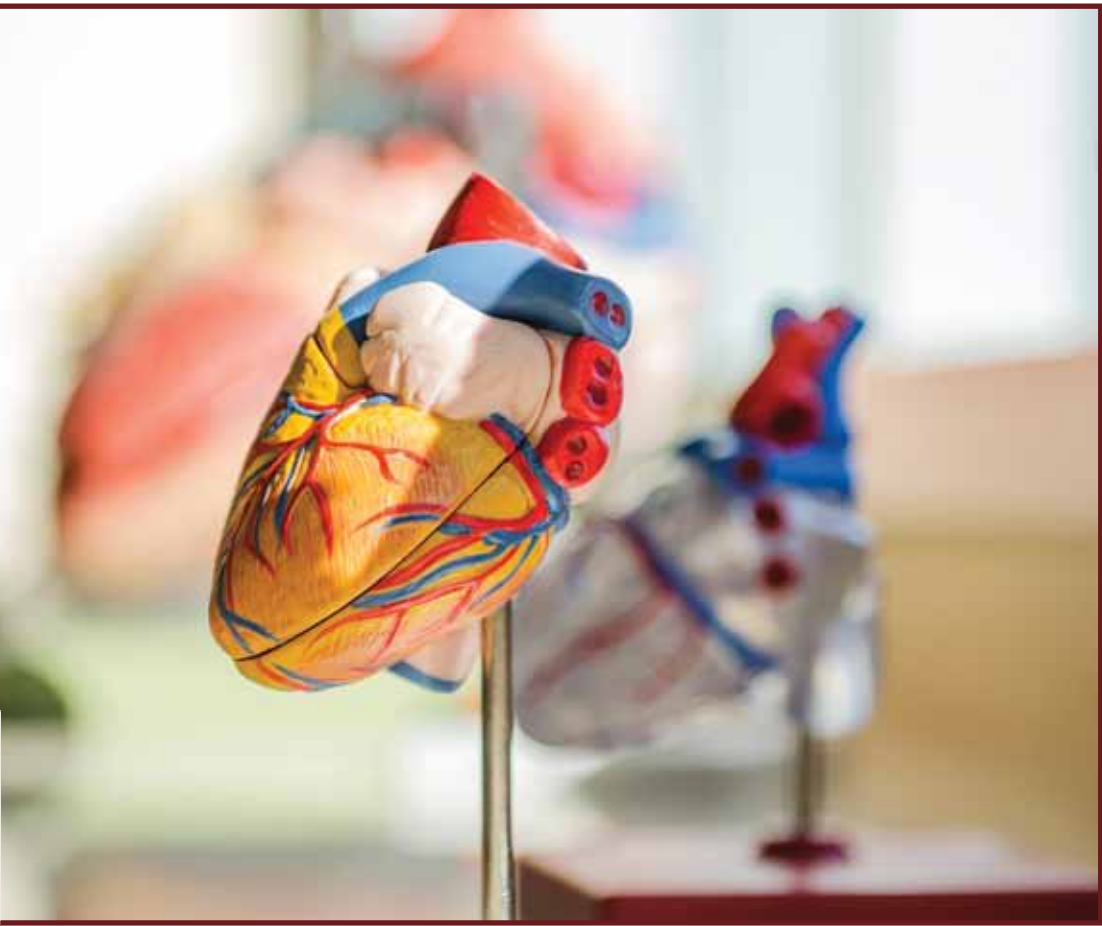
Zapisy:

www.biegajwgorachsowich.pl
lub <https://online.datasport.pl/zapisy/portal/zawody.php?zawody=6078> (w formularzu zgłoszeniowym zaznaczyć: Mistrzostwa Polski Lekarzy).

Kontakt do koordynatora:

Jerzy Słobodzian, kom. 602 486 406,
e-mail: jerzyslobodzian@gmail.com

Rozmawia Maciej Sas



Fot. z archiwum R.P.

► **DR. N. MED. ROMAN PRZYBYLSKI**

Kardiochirurg transplantolog z Katedry Chorób Serca Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/heart-2607178/StockSnap

To ma być nowoczesny ośrodek, który zaoferuje pacjentom wszelkie dostępne procedury

Przeszczepy serca, autoprzyszczepy, operacje przezcewnikowe, zabiegi z użyciem robota chirurgicznego – specjaliści w Centrum Chorób Serca Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu wykonują już wiele z tych zabiegów, a inne zamierzają niebawem wprowadzić do swojej praktyki medycznej. O teraźniejszości i przyszłości tej dziedziny z dr. n. med. Romanem Przybylskim, kardiochirurgiem transplantologiem z Katedry Chorób Serca Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu rozmawia Maciej Sas.

Chcemy stworzyć nowoczesny ośrodek, który będzie oferował naszym pacjentom wszystkie dostępne procedury.

Maciej Sas: O transplantacjach serca mówi się w tej chwili w świecie medycznym jak o zupełnie standardowej procedurze. Można odnieść wrażenie, że to nic nadzwyczajnego. Przeprowadził Pan wiele takich operacji. Jak Pan odbiera takie podejście do rzeczy?

Dr n. med. Roman Przybylski: Jak każdy zabieg, tak i ten składa się z wielu elementów, z których najistotniejszymi są: odpowiednia kwalifikacja, wstępne przygotowanie przed-

operacyjne, zabieg i pooperacyjne prowadzenie pacjenta. Te elementy przed zabiegiem i po nim są chyba ważniejsze od samej operacji, bo technicznie (jeśli jest to transplantacja niebędąca reoperacją po jakichś »



kilku wcześniejszych korekcjach wady wrodzonej) jest to stosunkowo prosta procedura kardiochirurgiczna. Natomiast właściwe zakwalifikowanie, wykluczenie nadciśnienia płucnego, optymalne okno terapeutyczne – te elementy są chyba najistotniejsze w całym tym procesie.

M.S.: Wynika z tego, że najistotniejsza jest cała droga wiodąca do operacji...

R.P.: I wszystko, co dzieje się po niej – po to, by efekt terapeutyczny był jak najodleglejszy – kilkunasto-, a nawet kilkadziesiąt lat. Musimy dopilnować, by terapia immunosupresyjna została odpowiednio wyważona – żeby nie okazała się zbyt agresywna, bo w takim przypadku pojawią się infekcje wirusowe, grzybicze, bakteryjne nowotwory (najczęściej skóry, ale też innych narządów). Dlatego trzeba postępować bardzo rozważnie. Sprawę jeszcze bardziej komplikuje to, że sam zabieg również bywa dość nieprzewidywalny. Zdarzało mi się przeszczepiać bardzo dobre serce od młodych dawców bardzo dobrym biorcom i okazywało się, że mamy poważne problemy trudne do przewidzenia. W tym względzie bywa to kapryśna operacja. Jeśli porównamy ją z pomostowaniem aortalno-wieńcowym, gdzie wiadomo, że jeśli chory jest małego ryzyka, szanse na to, że pojawią się jakieś powikłania, są żadne, a jeśli dużego ryzyka – liczymy się z tym, że coś może się zdarzyć. Tutaj bywa wręcz przeciwnie – wydawałoby się, że to transplantacja małego ryzyka, a po drodze pojawia się mnóstwo problemów.

M.S.: Ośrodek wrocławski dołączył do grona tych, które wykonują taki zabieg od niedawna, ale za to – można powiedzieć – z medycznym przytupem: wykonaliście Państwo kilka operacji w krótkim czasie. To wynikało z medycznej potrzeby chwili czy może uznaliście, że skoro są możliwości, jesteście w pełni na to gotowi, nie ma na co czekać – trzeba działać jak najszybciej?

R.P.: Jest to pewnego rodzaju loteria, niezależna od nas, o bardzo precyzyjnych regułach, bo najważniejsza jest alokacja narządu. Wiadomo, że serca są rozdzielane centralnie i w pierwszej kolejności otrzymują je chorzy o najwyższej punktacji. Są to osoby najbardziej zagrożone zgonem, a więc takie, którym najbardziej potrzeba serca. No i trzeba mieć odpowiednią liczbę takich chorych. Proszę pamiętać, że w transplantacji serca kierujemy się doborem głównie w zakresie głównych grup krwi i masy pacjenta. Można powiedzieć, że dzielimy tę naszą szachownicę na 12 pól i w każdym trzeba mieć jakiegoś biorcę o wysokiej punktacji, żeby trafić na serce, które zostanie przydzielone danemu ośrodkowi. Ośrodki z wieloletnią tradycją, jak Warszawa czy Zabrze, mają takich biorców wielu – 100-150. My we Wrocławiu mogliśmy pracować przez półtora roku i kwalifikować biorców, ale wtedy nie mieliśmy zgody na transplantację, więc osoby te były kierowane do miejsc ze zgodami. Większości z nich przeszczepiono serce w Zabrzu. Więc tak naprawdę, kiedy uzyskaliśmy zgodę, zaczęliśmy zupełnie od zera, a więc od kwalifikacji. No i tak się złożyło, że mieliśmy dwóch pilnych i jednego planowego biorcę, ale w tym wypadku dawca znajdował się w naszym szpitalu, a wówczas szpital ma możliwość decydowania o kolejności przyznawania organu do przeszczepu. Udało się i dzięki temu zrobiliśmy w sumie cztery zabiegi w krótkim czasie. Po czym nastąpiła dłuższa przerwa, bowiem już od miesiąca nie przeprowadziliśmy żadnej transplantacji (rozmowa została przeprowadzona 22.04.2021 – przyp. RED).

M.S.: Transplantacja, jak sam Pan podkreślił, to ostateczność – robi się to po wyczerpaniu wszystkich innych moż-

liwych terapii. Jakie inne procedury zamierzacie Państwo rozwijać w ramach działań Centrum Chorób Serca w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu?

R.P.: Chcemy stworzyć nowoczesny ośrodek, który będzie oferował naszym pacjentom wszystkie dostępne procedury. Zabiegami, które już przeprowadziliśmy, są operacje przewlekłej zatorowości płucnej. W tym wypadku konkurujemy z ośrodkiem warszawskim – są to dwa miejsca w Polsce, które wykonują takie zabiegi. Drugim typem są operacje wad wrodzonych u dorosłych – wiemy, że takie wady leczą głównie kardiochirurdzy dziecięcy, ale spora grupa tych pacjentów dożywa wieku dorosłego i wymaga często wielu dalszych zabiegów korekcyjnych. Właśnie takich zabiegów się podejmujemy.

M.S.: Dziedzina Panu bliską – można powiedzieć, że specjalnością medyczną – są autotransplantacje – zasłynął Pan w świecie medycznym ich wykonywaniem. W związku z tym, czy będzie to rozwijane w miejscu, w którym Pan pracuje?

R.P.: Oczywiście, ale proszę pamiętać o tym, że są to zabiegi bardzo rzadkie, wykonywane ze wskazań wyjątkowych. Muszą to być nowotwory serca zlokalizowane przede wszystkim w jego lewej części, w przedsionku. O ile w Polsce od czasu profesora Zbigniewa Religi wykonano ponad trzy tysiące transplantacji serca, o tyle autotransplantacji było pięć, z czego cztery wykonałem ja. Ta jedna, w której nie uczestniczyłem, była wykonana wiele lat temu w Poznaniu przez kolegów sprowadzonych ze Stanów Zjednoczonych. Autotransplantacja to o tyle trudny zabieg, że trzeba wyciąć serce, wyciąć pewien margines tkanek, a potem to wszystko prawidłowo zespolić. W normalnym przeszczepie robimy to nieco inaczej – to są zespolenia pikawalne albo Shamwaya. Tych tkanek jest dużo, więc to łatwe technicznie. W przypadku autotransplantacji trzeba się trochę napocić i wykonać kilkadziesiąt czy kilkaset zabiegów, by opanować tę technikę.

M.S.: Ale z tego, co Pan powiedział, wywnioskowałem, że ośrodek wrocławski jest jednym z nielicznych w kraju, w których można taką operację przeprowadzić?

R.P.: Trudno to dokładnie ocenić, nie chciałbym też dodawać sobie splendoru, ale według mojej wiedzy i znajomości środowiska jesteśmy chyba jedynym ośrodkiem w Polsce, który może to zrobić samodzielnie, a więc bez udziału osób z zewnątrz.

M.S.: Wrocławskie Centrum Chorób Serca, w którym Pan pracuje, bardzo mocno stawia na kardiologię jednego dnia. Jakie znaczenie dla pacjentów i sposobu Państwa pracy ma to rozwiązanie?

R.P.: Kardiologia jednego dnia to świetna procedura, która sprawia, że w krótkim czasie wykonujemy komplet badań, stawiamy diagnozę i proponujemy leczenie. Często nawet realizujemy takie leczenie w ramach tego jednego dnia – w dobie pandemii, gdy (niestety) duża grupa pacjentów zaraża się koronawirusem w szpitalach, ograniczenie kontaktu z innymi pacjentami i z personelem medycznym jest ze wszech miar pożądane. Tu problemem jest raczej to, że nie zawsze zdążymy z zaplanowanymi badaniami, bo wystarczy, że gdzieś nastąpi przerwa spowodowana spiętrzeniem pacjentów wymagających nagłej pomocy i jeden dzień może przeciągnąć się do kilku. Ale rzeczywiście, dążymy do tego, jak cała medycyna zresztą (kardiochirurgia również) – proszę pamiętać, że w momencie, gdy zaczęliśmy naszą aktywność, to czas hospitalizacji skrócił się o ponad dobę. Nie ma potrzeby trzymania pacjenta

w szpitalu, gdzie istnieje ryzyko zakażenia jakąś groźną bakterią szpitalną. Powinien on jak najszybciej pójść do domu. Przeszkadzają w tym często kwestie natury psychologicznej – pacjenci nie są przyzwyczajeni, że po dużym zabiegu na sercu powinni jak najszybciej szpital opuścić. A tak naprawdę jest to najlepsze rozwiązanie.

M.S.: Czyli jest to problem natury mentalnej?

R.P.: Tak. I dotyczy wielu osób. Jest też problem natury socjotechnicznej – dotyczy zwłaszcza osób starszych. Ich dzieci są w Stanach Zjednoczonych, w Anglii czy w Holandii, więc takimi osobami nie ma się, kto zająć. W takiej sytuacji nie wiadomo, co zrobić dalej z takim pacjentem. To stało się już, niestety, powszechne. Wiadomo, że starszy mąż czy schorowana żona nie zajmie się pacjentem po ciężkiej operacji kardiochirurgicznej odpowiednio wcześniej i odpowiednio wydolnie. Wtedy szukam jakichś opcji ratunkowych, co jest bardzo trudne, bo ośrodki rehabilitacyjne działające w systemie opieki zdrowotnej przyjmują pacjentów nie bezpośrednio ze szpitala, ale zwykle po dwóch-trzech tygodniach, gdy tak naprawdę już nie muszą ich przyjmować... Po miesiącu pacjent może już samodzielnie pojechać na wczasy, by pospacerować z kijkami, a właśnie tuż po zabiegu wymaga intensywnej opieki.

M.S.: To znaczy, że w systemie jest ogromna, trudna do załatwienia luka...

R.P.: Ta luka jest gigantyczna i, niestety, nie widać, by ktoś chciał się zająć tym problemem.

M.S.: Dużo ma Pan takich przypadków?

R.P.: Poza bardzo młodymi ludźmi, których teraz właściwie nie widuję na sali operacyjnej, bo średnia wieku to 70+, wszyscy pacjenci wymagają takiej właśnie opieki. Trzeba powiedzieć sobie wprost, że po 65. roku życia każde kolejne pięć lat życia oznacza jeden punkt karny w skalach ryzyka i to odbija się na liczbie powikłań i zgonów.

M.S.: Co jest przeszłością dyscypliny, która jest Pana udziałem – jakie nowoczesne rozwiązania terapeutyczne związane z kardiochirurgią czekają na pojawienie się również w ośrodku wrocławskim?

R.P.: Myślę, że przede wszystkim będą to zabiegi z użyciem robota chirurgicznego pozwalające na zminimalizowanie urazu związanego z dostępem chirurgicznym. To mógłby być już najbliższy czas – taki robot (bardzo kosztowny) może się sprawdzić wtedy, gdy pracuje dużo. A może pracować dużo wtedy, kiedy czasem jego użytkownika podzieli się kilka specjalności, przede wszystkim urologia, ale również kardiochirurgia. I to jest punkt numer jeden tego, co moglibyśmy wprowadzić do naszej praktyki terapeutycznej. Cała reszta to przejście z kardiochirurgii na operacje przezcewnikowe, a więc TAVI (zastawka mitralna przezcewnikowa), mitraklipy, czyli operacje mitralne i trójdzielne, oraz zastawki aortalne i trójdzielne, które wkrótce będą implantowane również przezcewnikowo. Tutaj potrzeba współpracy, więc liczba kardiochirurgów do tego potrzebnych będzie się zmniejszać, ale ciągle jednak będą potrzebni, by wspólnie z kardiologiem interwencyjnym te zabiegi wykonywać. W przyszłości zdecydowana większość operacji (nawet 95 procent) to będą operacje przezcewnikowe. Dodajmy do tego jeszcze agresywną chirurgię wieńcową, w tym również otwieranie przewlekle zamkniętych naczyń, rotablacje, poszerzanie bardzo zwapniałych naczyń, zastawki. Zostanie nam niewiele do skorygowania, jeśli chodzi o kardiochirurgię.

” —————
Chcemy stworzyć nowoczesny ośrodek, który będzie oferował naszym pacjentom wszystkie dostępne procedury. Zabiegami, które już przeprowadziliśmy, są operacje przewlekłej zatorowości płucnej. W tym wypadku konkurujemy z ośrodkiem warszawskim – są to dwa miejsca w Polsce, które wykonują takie zabiegi. Drugim typem są operacje wad wrodzonych u dorosłych – wiemy, że takie wady leczą głównie kardiochirurdzy dziecięcy, ale spora grupa tych pacjentów dożywa wieku dorosłego i wymaga często wielu dalszych zabiegów korekcyjnych. Właśnie takich zabiegów się podejmujemy.

“

M.S.: Biorąc to wszystko pod uwagę, można założyć, że z czasem liczba niezbędnych transplantacji serca będzie spadać?

R.P.: Zawsze na końcu tej drogi będziemy mieli kilka zabiegów angioplastyki wieńcowej i wymiany zastawki w niewydolnym, dużo starszym sercu. Na pewno więc system, w którym taki narząd trzeba wymienić na nowszy, lepszy, będzie działał – czy to będą urządzenia implantowalne na stałe (bez połączenia z baterią umieszczoną na zewnątrz, co wiąże się z dużo mniejszym ryzykiem infekcji), czy też przeszczepy ksenogenne. Przecież od pierwszego takiego przeszczepu serca szympansa noworodkowi w szpitalu Loma Linda w Kalifornii w 1983 roku minęło prawie 40 lat. Kiedy ja zaczynałem pracę, wydawało mi się, że za chwilę będziemy mieli transgeniczne zwierzęta i będziemy mogli przeszczepiać ludziom serca od nich. Tak naprawdę tych 40 lat spowodowało, że potrafimy takie zwierzęta utrzymać eksperymentalnie przez półtora roku przy życiu, stosując maksymalne terapie immunosupresyjne. Przed tymi terapiami jeszcze bardzo długa droga. Ale takie operacje na pewno będą potrzebne.

M.S.: A czy będą możliwe za naszego życia?

R.P.: Myślę, że tak – może nie za pięć lat, ale za 10-15 będziemy, jak sądzę, na dobrej drodze do tego.

M.S.: Często mówi się o tym, że alternatywą choćby dla części transplantacji serca mogą stać się wysublimowane terapie genowe. Czy to też są sprawy, które wejdą do praktyki w dającej się przewidzieć przyszłości?

R.P.: I w tym przypadku przechodziłem w moim zawodowym życiu wiele euforycznych okresów. Już wiele lat temu wstrzykiwaliśmy komórki macierzyste do mięśnia sercowego, licząc na spektakularną poprawę. Ale również w tym zakresie jesteśmy jeszcze bardzo daleko od Świętego Grała, czyli wiedzy dotyczącej tego, jak zmusić tę komórkę macierzystą do różnicowania w taką, którą chcemy uzyskać i jej efektywnej pracy, czyli w komórkę mięśnia sercowego. Niestety, natura ciągle zmusza nas do wielkiej pokory w tym względzie. ■



Fot. z archiwum A.P.-S.

► **DR ANETTA
PEREŚWIET-SOŁTAN**

Jest pracownikiem Dolnośląskiej Szkoły Wyższej, właścicielką poradni psychologicznych dla dzieci i młodzieży „Era Psyche. Psychoterapia i rozwój”.

Depresja to choroba, z którą walczą też dzieci

Z dr Anettą Pereświat-Sołtan, psychologiem i pedagogiem, o depresji wśród dzieci rozmawia Robert Migdał.

Rozmawia
Robert Migdał

Robert Migdał: Wiele osób bagatelizuje depresję, mówiąc: „A masz zły nastrój, zły dzień”, „Smutek cię ogarnął, uśmiechnij się i zaraz ci przejdzie”. To jednak poważna choroba.

Anetta Pereświat-Sołtan: Depresja oznacza postrzeganie świata w czarnych barwach i to postrzeganie dotyczy tego, co było – w przeszłości, co jest w teraźniejszości, ale także tego co będzie. Wszystko jest postrzegane w sposób negatywny.

R.M.: Osobie z depresją bardzo trudno jest zobaczyć jakiś sens w życiu?

A.P.-S.: Ona widzi swoje życie jako pozbawione sensu. Poza tym czuje się beznadziejnie, patrzy na siebie jako na osobę, której nic się nie udawało, nie udaje i nie będzie udawać. I tak samo ludzie chorzy na depresję postrzegają innych – są oni dla nich źródłem zagrożenia, są nieprzyjaźni: tacy byli, są i będą nieprzyjaźni. Doświadczają tzw. triady depresyjnej, czyli negatywnych myśli o sobie, świecie i przyszłości. Znikąd nadziei. Kiedy jesteśmy dorośli, możemy jeszcze wprowadzić sobie pewien element poznawczy, możemy siebie zapewniać, że to przecież nieprawda i że choć tak czujemy, to możemy starać się przekonać, że były jednak dobre momenty w naszym życiu. Dziecko na ogół tego nie potrafi.

R.M.: No właśnie, depresja to nie tylko choroba dorosłych. Dotyka też dzieci.

A.P.-S.: Niestety, coraz częściej: i młodzież, i dzieci, i to dzieci coraz młodsze. Proszę sobie wyobrazić, że najmłodszy pa-

cjent, który został zdiagnozowany, miał... dwa i pół roku. Małeństwo. W tej chwili leczy się na depresję kilka tysięcy dzieci i młodzieży, a ciągle nie wiemy, jak wiele młodych osób jest niezdiagnozowanych.

R.M.: Dlaczego?

A.P.-S.: Depresja u dzieci i młodzieży daje czasami taki obraz, który można pomylić z innymi zaburzeniami.

R.M.: Jakie objawy może mieć dziecko z depresją?

A.P.-S.: Podobne jak u dorosłych: zaburzenia snu, apetytu, obniżony nastrój. Poza tym u młodych ludzi może też pojawić się wysoka drażliwość, agresja, obniżony poziom uwagi, koncentracji, co z kolei powoduje, że dzieciom coraz trudniej jest się uczyć. Jeśli zaś trudniej jest im się uczyć, to problemy w szkole nakładają się na to, czego dziecko doświadcza.

R.M.: To jak samonapędzająca się maszyna: depresja, wynikające z niej problemy w szkole, które z kolei potęgują stany depresyjne.

A.P.-S.: Tak właśnie się dzieje. Jeden z czynników psychologicznych depresji, to jest to, co ma miejsce w jego otoczeniu i jak dziecko tego doświadcza. A u młodszych dzieci jednym z objawów depresji może być nadrucliwość mylona często z ADHD. Młodsze dzieci z depresją mogą też mieć mniejszy apetyt, doświadczać napięcia, lęku. To jest całe spektrum objawów, czynników, które mogą się pojawić i które możemy interpretować jako rozwojowe. Mówimy: dziecko jest ruchliwe, dziecko

Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/crying-572342/tobbo

ma kłopot z koncentracją – no bo przecież taki jest dzisiejszy świat, że dzieci nie potrafią skupić uwagi na jednej rzeczy dłuższą chwilę. Poza tym – dziecko dorasta. W tym czasie objawy choroby możemy podłączyć pod dorastanie i przez to coś przeoczyć, coś bardzo ważnego.

R.M.: No tak: nastolatek dojrzewa, ma swoje humory i to mu po dojrzewaniu minie. Podobnie w przypadku małych dzieci: „A taki ruchliwy, wszędzie go pełno, żywe srebro. Widać, że zdrowy, bo ruchliwy” – mówimy. Co nas, rodziców, powinno niepokoić?

A.P.-S.: Mama i tato powinni obserwować wszelkie zmiany u dziecka, które utrzymują się co najmniej dwa tygodnie. Bo kiedy uważny rodzic zna swoje dziecko i widzi, że np. dwa dni gorzej je, to przecież nic złego – każdemu może się zdarzyć, i to nie musi być przejaw żadnego zaburzenia. Ale jeżeli brak apetytu utrzymuje się powyżej dwóch tygodni, to może być to już niepokojące. Jeżeli dziecko śpi więcej niż zwykle, albo śpi mniej – to też powinno nas zaniepokoić.

W mojej poradni psychologicznej zdarzały się takie mamy, które mówiły, że były dumne ze swojego dziecka, bo ono wszystko ogarniało: w ogóle nie potrzebowało snu. A to nie jest zdrowe, to wręcz coś niepokojącego, jeśli nastolatek, który przechodzi intensywne procesy dorastania, wzrostu, zmian hormonalnych, śpi mało. Warto tu zaznaczyć, że jeśli dziecko, jeszcze przed okresem dorastania, przeżywało stany depresyjne lub było chore na depresję, to potem jest bardzo prawdopodobne, że w późniejszym okresie, po dorastaniu, w dorosłym życiu, ta choroba może wrócić jako choroba dwubiegunowa – czyli po okresie smutku, obniżenia nastroju, może się pojawić zwiększony napęd życiowy.

R.M.: Depresja może dotknąć zarówno dzieci, które są w liceum, podstawówce, jak i w przedszkolu.

A.P.-S.: Te najmłodsze dzieci depresja dotyka rzadziej niż starsze, ale trzeba być wyczulonym. Najwięcej tutaj mają do zrobienia rodzice, bo to oni są najbliżsi dzieci, mogą je najlepiej obserwować i to oni pierwsi są w stanie dostrzec zmiany. I to, co może potem pomóc specjalistom w postawieniu diagnozy, to dobry wywiad z rodzicem, który jest czujny i widzi, jak dziecko reaguje, jak się zmienia. Dla specjalisty, który ma pomóc dziecku, nie jest ważny stan „tu i teraz”, ale „jak było i jak jest”.

Rodzice najlepiej znają swoje dzieci – wiedzą, jaki one mają temperament, jakie mają potrzeby. Oczywiście dzieci zmieniają się rozwojowo, ale jeżeli widzimy zmiany, które nas niepokoją, to lepiej dmuchać na zimne, lepiej spotkać się ze specjalistą, nawet samemu, bez dziecka. Czasami warto porozmawiać ze specjalistą, żeby zapytać, uspokoić się, niż coś poważnego przeoczyć. Bo to nie jest trudne.

R.M.: Na depresję częściej zapadają chłopcy czy dziewczynki?

A.P.-S.: Badania pokazują, że jednak dziewczynki...

R.M.: Czemu?

A.P.-S.: Przyczyny depresji są wieloczynnikowe. Po pierwsze – genetyczne. Jeżeli rodzice, dziadkowie chorowali na depresję, to prawdopodobieństwo, że dziecko również zapadnie na tę chorobę, zwiększa się. Warto też takie rozeznanie w swojej rodzinie przeprowadzić, bo to ważny wskaźnik. Drugi ważny czynnik to jest czynnik psychologiczny, czyli sposób przeżywania świata, temperament, układ nerwowy, jego konstrukcja, wrażliwość większa lub mniejsza na różne bodźce, które po-

chodzą ze środowiska. Wielu badaczy twierdzi, że podatność dziewczynek, a potem kobiet na depresję nie ma związku z płcią, ale z ich sytuacją społeczno-ekonomiczną i kulturową. No a środowisko – to kolejny czynnik.

R.M.: Czyli uwarunkowania społeczne.

A.P.-S.: Tak, bo zdarza się, że dzieci zapadają na depresję po zdarzeniach traumatycznych – to są niekiedy sytuacje, które ciągną się miesiącami, latami. Myślę tutaj o patologii w rodzinie: może to być molestowanie, uzależnienia rodziców, ale też kwestia sytuacyjna: odejście bliskiej osoby, odejście rodzica i sposób, w jaki rodzina radzi sobie z przeżywaniem żałoby.

R.M.: Też nieakceptowanie w grupie rówieśników, w szkole? To też może być przyczyną depresji?

A.P.-S.: Szkoła niestety jest generatorem wielu trudności, między innymi stanów depresyjnych. Niestety, często się zdarza, że źródłem problemów dzieci, które podejmują próby samobójcze, jest szkoła, a także grupa rówieśnicza. My, dorośli, »

Uzależnienia dzieci w czasie epidemii

Internet i multimedia stały się częścią naszego życia. Pracujemy, uczymy się i komunikujemy się za pomocą telefonów smart i tabletów, korzystamy z aplikacji. Coraz więcej wiadomo o zagrożeniach, jakie niesie ze sobą nadużywanie urządzeń mobilnych przez dzieci i młodzież oraz nieograniczony dostęp do treści, często szkodliwych, jakie czyhają na nie w internecie. Ten rok sprawił, że życie uczniów przeniosło się do sieci. Zostali pozbawieni szkoły stacjonarnej, kontaktu z rówieśnikami. Nie wiadomo, jakie skutki przyniesie to w przyszłości. Spędzanie czasu przed komputerem od rana do nocy nie jest dla dzieci naturalne, normalne i oczywiście nie służy ich zdrowiu fizycznemu i psychicznemu. W tej chwili na rodzicach spoczywa ogromna odpowiedzialność, aby kontrolować ten czas, ustalać z dziećmi zasady przebywania przed komputerem i np. grania w gry. Jeśli na coś się umawiamy, to później w przypadku niedopełnienia obietnicy przez dziecko czy nastolatka, potrzebna jest konsekwencja. Jeżeli rodzice nie uspokajają dziecka, nie pomagają mu radzić sobie z emocjami, to może mieć ono później problem z impulsywnością, a nawet skłonność do nałogowych zachowań. Pamiętajmy, że dzieci w wieku 0-6 lat powinny mieć maksymalnie ograniczony kontakt z urządzeniami mobilnymi ze względu na tzw. deficyt transferu (dzieci do drugiego roku życia nie odróżniają rzeczywistości wirtualnej od normalnej). Przy nadmiernym graniu w gry komputerowe przez dzieci i młodzież mogą występować się m.in. trudności z koncentracją, pamięcią, problemy z percepcją czy procesami myślenia. Mówi się także o problemach w sferze fizycznej, takich jak problemy ze wzrokiem czy kręgosłupem. Nadmierne korzystanie np. z gier komputerowych może prowadzić do uzależnienia, które zaliczamy do uzależnień behawioralnych. Działania profilaktyczne dotyczące korzystania z urządzeń mobilnych podejmowane przez rodziców, opiekunów lub osoby pracujące z dziećmi powinny koncentrować się na nauce adaptacyjnego i racjonalnego z nich korzystania. Rodzice mogą podejmować tematy związane z zagrożeniami wynikającymi z nadmiernego korzystania z urządzeń mobilnych, ale jednocześnie okazując zainteresowanie tym, co dla dzieci, młodzieży, jest w nich fascynujące i wciągające, a przede wszystkim uczestniczyć w ich realnym życiu.

Konsultacja: Maja Trzęsowska, psycholog i psychoterapeuta



nie zawsze zdajemy sobie sprawę, jak istotne dla młodego człowieka, który właśnie kształtuje swoją tożsamość, jest „bycie w grupie”. Gdybyśmy chcieli przyjrzeć się sami sobie, to dojdziemy do wniosku, że dla nas też ważne jest bycie w grupie, bycie akceptowanym. Od wielu wieków – być może od początku bycia człowiekiem w społeczności jakiegokolwiek – wyrzucenie z tej społeczności było największą karą za największe zbrodnie: banicja, wygnanie, ostracyzm społeczny, a teraz więzienie. Wszyscy potrzebujemy bycia w grupie i akceptacji. My, dorośli, tego potrzebujemy, a młodzi ludzie tę potrzebę mają jeszcze silniejszą od nas, ponieważ oni tam uczą się, jak funkcjonować w dorosłym życiu, uczą się tego, przyglądając się sobie w cudzych oczach. Również w oczach rówieśników. Kształtują swoją tożsamość, odpowiadając sobie na pytanie: kim jestem i kim nie jestem. To są niezwykle ważne procesy, które potem będą decydowały o tym, jakim będę człowiekiem, jak sobie poradzę w dorosłym życiu. Ta grupa jest więc niezwykle istotna i nie zawsze dorośli doceniają jej wagę w życiu młodych ludzi. Na to też bym tutaj zwracała uwagę dorosłych: żebyśmy nie bagatelizowali problemów, z jakimi borykają się nasze dzieci.

R.M.: Jesteśmy niestety w niechlubnej czołówce Europy, jeżeli chodzi o wskaźnik samobójstw wśród młodych ludzi.

A.P.-S.: I on cały czas rośnie, i ciągle też coraz młodsze dzieci podejmują próby samobójcze, często skuteczne...

R.M.: Przez ten ostatni rok sytuacja dla nas, dorosłych, przez koronawirusa stała się bardzo trudna: jesteśmy izolowani, pracujemy zdalnie, nasze kontakty z rodziną, ze znajomymi są ograniczone. A co z dziećmi? Z młodzieżą? Czy zauważyła Pani, że to też mocno wpływa na dzieci? Że depresje wśród dzieci, właśnie przez koronawirusa, nasilają się? Że więcej osób szuka u was pomocy? Że depresja przez ostatnie miesiące bardziej niż wcześniej, przed epidemią, dotyka dzieci?

A.P.-S.: Dokładnie tak jest. Te czynniki, które generują ten stan rzeczy, nakładają się na siebie. Po pierwsze, jeżeli już były jakieś skłonności czy trudności przed izolacją, to one w izolacji nasilają się, pogłębiają. Jeśli wcześniej nie było tego widać, to teraz to widać wyraźnie. Jeżeli w rodzinie nie było dobrych relacji, to często można było sobie z tym poradzić, z tego domu zwyczajnie uciekając: można było pójść do szkoły, do grupy rówieśniczej, na zajęcia dodatkowe i jakoś przetrwać, poradzić sobie z trudnością w relacjach z najbliższymi osobami. I to wcale, niestety, nie jest takie rzadkie. Natomiast, kiedy nie ma tej możliwości ucieczki, oddechu, nabrania gdzieś siły na zewnątrz, choćby porozmawiania z kimś, kto jest życzliwy, to bycie ze sobą, na małym terenie, na ograniczonej przestrzeni, w ciągłym napięciu, w ciągłym konflikcie – to środowisko niestety jest idealne, żeby pojawiły się stany depresyjne.

R.M.: A do tego dochodzi wszechobecny lęk przed śmiercią, przed chorobą, bo atakują nas zewsząd informacje o skutkach koronawirusa. To powoduje, że przypadków depresji jest więcej?

A.P.-S.: Z pewnością, a dodatkowo nie doceniamy sposobu myślenia dzieci, bo często dorośli myślą sobie: „A czym to dziecko może się martwić? Przecież ono nie zachoruje. A nawet, jeśli zachoruje, to może przejść to bezobjawowo lub w łagodny sposób”. Tymczasem dzieci wcale nie martwią się o siebie, one martwią się o swoich bliskich. A nie każde dziecko ma możliwość wyartykułowania swoich lęków, bycia potraktowanym poważnie. Dziecko pozostaje ze swoim lękiem, często niewy-

powiedzianym strachem, sam na sam. To na pewno nie sprzyja zdrowiu psychicznemu.

R.M.: Depresja jest groźniejsza dla dzieci niż dla dorosłych?

A.P.-S.: Trudno to stopniować, bo to zależy od głębokości tego zaburzenia. I u dorosłych, i u dzieci, depresja może zakończyć się co najmniej próbą samobójczą. To może być śmiertelna choroba, więc absolutnie nie można jej lekceważyć – ani u dorosłych, ani u dzieci. Myślę, że dzieci zostają często pozostawione same sobie, bo dorośli bagatelizują to, co widzą. „No bo czym takie małe dziecko może się przejmować?”. Pokutują też takie mity, że przecież dzieci nie chorują na depresję. Dziecko z depresją może bawić się, skakać, nastolatek uśmiechać się, a nawet iść na imprezę, ale to nie musi znaczyć, że nie przeżywa depresji.

R.M.: Mówi Pani o skutkach depresji, że w skrajnych przypadkach to jest np. próba samobójcza, ale czy depresja może powodować, że dzieci uciekają w uzależnienia: w świat internetu, komórki, w narkotyki?

A.P.-S.: To bardzo prawdopodobny scenariusz. Dzieci, które nie radzą sobie z otaczającym je światem, szukają takich sposobów, jakie są pod ręką, jakie znają, żeby sobie z tym światem poradzić. Dorośli reagują podobnie. Dzieci mogą więc uciekać w świat, który jest dla nich bardziej przyjazny i nad którym – wydaje im się – mają większą kontrolę. Dziecko np. czuje, że jest „mniej beznadziejne” w świecie wirtualnym, niż w świecie rzeczywistym: szuka sposobu ulżenia sobie. Ważnym symptomem depresyjnym jest też spadek nie tylko nastroju, ale i sił. I dzieci, i młodzież mają mniejszy „napęd” życiowy, mniej energii, co powoduje, że wolą zostać w domu, cały dzień w łóżku. Sytuacja nauczania online temu sprzyja. Nie musimy nigdzie wychodzić, nie musimy się ubierać, nie musimy wychodzić z łóżka, nie musimy dobrze wyglądać, bo przecież nie wychodzimy z domu...

R.M.: Jak możemy pomóc dziecku, u którego zauważymy objawy depresji? Gdzie, u kogo, szukać pomocy?

A.P.-S.: Ja zaczęłabym od rozmowy. Warto rozmawiać z dzieckiem, ale tak, żeby zostawić mu trochę przestrzeni. Dobrze jest mu powiedzieć: „Martwię się, widzę, że coś się zmienia, niepokoi mnie twoje zachowanie, ale tu jestem i będę, żeby ci pomóc”. Na początku nie naciskajmy na dziecko, nie wymagajmy

Izolacja, wszechobecny strach, praca w domu to nie tylko ryzyko pojawienia się uzależnień – to także pojawiająca się depresja, stany lękowe.

Pandemia wiąże się z kryzysem sytuacyjnym i środowiskowym. Obserwuje się trzykrotny wzrost objawów lęku i depresji. Co wtedy robić? Jak się zachowywać? Co zmieniać w swoim życiu, w postrzeganiu tego, co się dzieje dookoła? Pomocne może być tworzenie przewidywalnej rzeczywistości, budowanie struktury dnia, nowych rytuałów, ograniczenie wiadomości medialnych. Lepiej radzą sobie osoby, które koncentrują uwagę na realnych sytuacjach, na które mają wpływ, potrafią zorganizować się i odnaleźć w nowych warunkach domowych i pracy zdalnej. Im szybciej zaakceptujemy zmianę i nauczymy się planować i zarządzać swoim czasem, tym łatwiej będzie nam znieść zmiany, jakie niesie ze sobą nowa rzeczywistość.

Konsultacja: Maja Trzęsowska, psycholog i psychoterapeuta

kontakty na siłę – nie oczekujemy, że dziecko natychmiast się otworzy i powie nam, jak się czuje. Ważne jest, by dziecko dostało wyraźny sygnał: „Jestem przy tobie i będę, jeśli tylko mnie będziesz potrzebował”. Dobrze jest odczekać chwilę po takiej rozmowie – dwa, trzy dni – nie za długo, bo te procesy mogą mieć różną dynamikę. Kolejna rozmowa, to może być też rozmowa o tym, że „potrzebujesz pomocy i ja dla ciebie tej pomocy poszukam, i będę przy tobie, kiedy będziemy z tej pomocy korzystał”. Oczywiście, wszystko zależy od wieku dziecka, ponieważ to się zmienia wraz z liczbą lat. Szesnastolatek powinien mieć już prawo głosu i z jego głosem powinniśmy się liczyć. Jest nawet ustawa mówiąca o tym, że szesnastolatek może sam pójść do psychologa, a niestety, zdarza się – na przykład na forach internetowych – że dzieci pytają: „Czy ja mogę sam pójść do psychologa, bo moi rodzice nie widzą problemu”.

Czasem dzieci same proszą o pomoc, bo czują, że jej potrzebują i często wystarczy dać im trochę przestrzeni do działania, otwartości ze strony rodziców, a dzieci będą gotowe po tę pomoc sięgnąć. Moim zdaniem, pierwszym krokiem powinien być kontakt z mądrym psychologiem, który powie, co dalej. A następnie zajmie się diagnozą, która będzie oparta nie tylko o wiedzę strictly psychologiczną, ale też internistyczną. Na przykład zaproponuje, żeby dzieci zrobiły badania, bo objawy, o których mówiliśmy, mogą też mieć inne źródła, które warto wyeliminować. Jeśli sytuacja jest już dość poważna, jeżeli dziecko jest w głębokim stanie depresyjnym, to wielce prawdopodobne jest, że będzie potrzebowało konsultacji psychiatrycznej. Będzie wymagało leków, których zastosowanie pozwoli na to, by dziecko mogło wejść w terapię. Tutaj bym też bardzo przestrzegająca przed tym, żeby nie pozostawać na samych lekach, bo one nie są po to, żeby wyleczyć depresję. One nie leczą depresji, tylko pozwalają dziecku funkcjonować

na takim poziomie, który pomoże dotrzeć do źródła. Czyli jeśli są leki, to ich podawanie musi być powiązane z psychoterapią.

I jeszcze jedna ważna kwestia, która dotyczy rodziców. Żeby terapia przyniosła skutki, to rodzina powinna być w nią zaangażowana. A niestety tak się zdarza, co obserwuję, że rodzice przyprowadzają swoje dzieci „do naprawy”. Mówią: „Z moim dzieckiem coś jest nie tak, proszę je naprawić”, ale jeśli sami mają się zaangażować i coś zmieniać w sobie, to czasami mówią „dziękuję”.

R.M.: Czy nadal jest w społeczeństwie takie myślenie, że pójdzie do psychologa, psychiatry, proszenie o pomoc, to coś wstydlivego? Że taki chory, potrzebujący pomocy, boi się, że usłyszy od znajomych: „jesteś psychiczny”, „masz coś z głową”? Czy nadal jest wśród ludzi lęk przed szukaniem pomocy u specjalisty?

A.P.-S.: I tak, i nie. To zależy od środowiska. W miastach wizyta u psychologa staje się czymś naturalnym, ale psychiatra jeszcze chyba wzbudza niepokój. Chociaż to też się zmienia na lepsze.

Na terenach wiejskich, gdzie też mamy poradnię w ramach NFZ, bardzo ważny jest fakt, że do psychologa nie trzeba skierowania od lekarza. To jest dla chorego z małej społeczności dodatkowym utrudnieniem, dodatkową przeszkodą, że trzeba iść do lekarza. Ludzie nie tak chętnie idą po pomoc do psychologa w środowiskach, które są bardziej zażyłe, mniejsze, gdzie wszyscy się znają. Ale muszą też powiedzieć o pewnej bardzo niepokojącej tendencji: psychologowie szkolni z tzw. renomowanych szkół w dużych miastach często opowiadają mi o uczniach, którzy między sobą dyskutują o tym... kto więcej bierze pigulek od psychiatry. Pojawia się nawet rywalizacja i konkurencja w takim obszarze. I to jest też bardzo niepokojące. Mnie przyprawia o gęsią skórę... ■

DOKTOR N. MED. MACIEJ ŻAK „ZASŁUŻONY DLA MIASTA WAŁBRZYCHA”

29 kwietnia 2021 r. dr n. med. Maciej Żak został wyróżniony tytułem „Zasłużony dla Miasta Wałbrzycha”. Z wnioskiem o nadanie tytułu do Rady Miejskiej Wałbrzycha wystąpił prezydent miasta mając na uwadze całokształt pracy zawodowej i zaangażowania uhonorowanego w szerzenie profilaktyki stomatologicznej oraz kształcenie nowego pokolenia specjalistów w zakresie technik dentystycznych.

Doktor Maciej Żak był m.in. inicjatorem, współorganizatorem i konsultantem „Wałbrzyskiego programu profilaktycznej opieki stomatologicznej zapobiegającej rozwojowi próchnicy zębów i chorób przyzębia u dzieci i młodzieży z wałbrzyskich szkół podstawowych”, dzięki któremu w latach 2016-2019 z opieki stomatologicznej skorzystało łącznie ponad 12,5 tysiąca uczniów z Wałbrzycha.

Doktor Maciej Żak jest członkiem Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej, Amerykańskiego Honorowego Towarzystwa Stomatologicznego imienia Pierre’a Faucharda. Został odznaczony Złotym Krzyżem Zasługi, odznaką „Zasłużony dla Dolnego Śląska” oraz Medalem im. Mikulicza-Radeckiego i Honorowym Członkiem Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, gdzie pełni funkcję przewodniczącego Koła w Wałbrzychu.

Więcej na: <https://www.walbrzyszek.com/zasluzony-dla-walbrzycha-54011>

M.J.

PS: dr. n. med. Maciejowi Żakowi składamy serdeczne gratulacje. Nie mamy żadnych wątpliwości, że tytuł ten przypadł osobie wyjątkowej i wybitnej.

W imieniu społeczności lekarskiej:
lek. dent. Iwona Świętkowska – wiceprezes DRL ds. stomatologii,
przewodnicząca Komisji Stomatologicznej DRL;
dr n. med. Dorota Radziszewska – wiceprezes DRL,
przewodnicząca Delegatury DIL w Wałbrzychu



Fot. M.J.



Cyfrowy świat ostrzy zęby na dzieci i młodzież

Tekst Maciej Sas

Uzależnienia cyfrowe są nowością, która z każdym miesiącem trwającej epidemii coraz głośniej daje o sobie znać. Wiele codziennych czynności przeniosło się do internetu, co sprzyja wchłonięciu nas przez wirtualny świat. Na taką pokusę szczególnie narażeni są nastolatki. Czy już musimy bić na alarm? Jakie symptomy powinny budzić niepokój? Jaka pomoc jest potrzebna i gdzie szukać?

Najpierw się cieszyli, że Piotrek chętnie siedzi w domu przed komputerem, zamiast robić „nie wiadomo co gdzie z kolegami”. Mieli nad nim kontrolę – tak przynajmniej sądzili. Lata mijały, a chłopak coraz więcej godzin spędzał w wirtualnym świecie. Aż w czasie lockdownu pojawiły się problemy, z którymi już nikt w rodzinie nie potrafił sobie poradzić. Ale po kolei...

10 lat temu Jolanta i Dariusz* postanowili „za chlebem” wyruszyć z Wrocławia do Austrii. To była szansa dla wszystkich. Dwójka ich dzieci (młodszy Piotrek i starsza Marysia) musiała się szybko zaadaptować do nowych realiów. Dziewczyna szybko się odnalazła: miała przyjaciół, a po roku intensywnej nauki niemieckiego stała się szkolną prymuską. Jej młodszy brat trudniej przystosowywał się do nowego otoczenia: koledzy powtarzali za swoimi rodzicami stereotypowe, okrutne żarty o Polakach. Na dodatek wyśmiewali go, bo miał najgorszego laptopa w klasie. „Biedny Polaczek” z oporami chodził do szkoły. By ulżyć jego doli, ojciec kupił mu najlepszy komputer przeznaczony dla graczy. – Wydałem na niego miesięczną pensję,

żeby tylko miał łatwiej – mówi pan Dariusz. Wszyscy cieszyli się, gdy Piotrek grzecznie siedział przed ekranem wiele godzin dziennie, spokojnie pokonując kolejne poziomy coraz bardziej skomplikowanych gier.

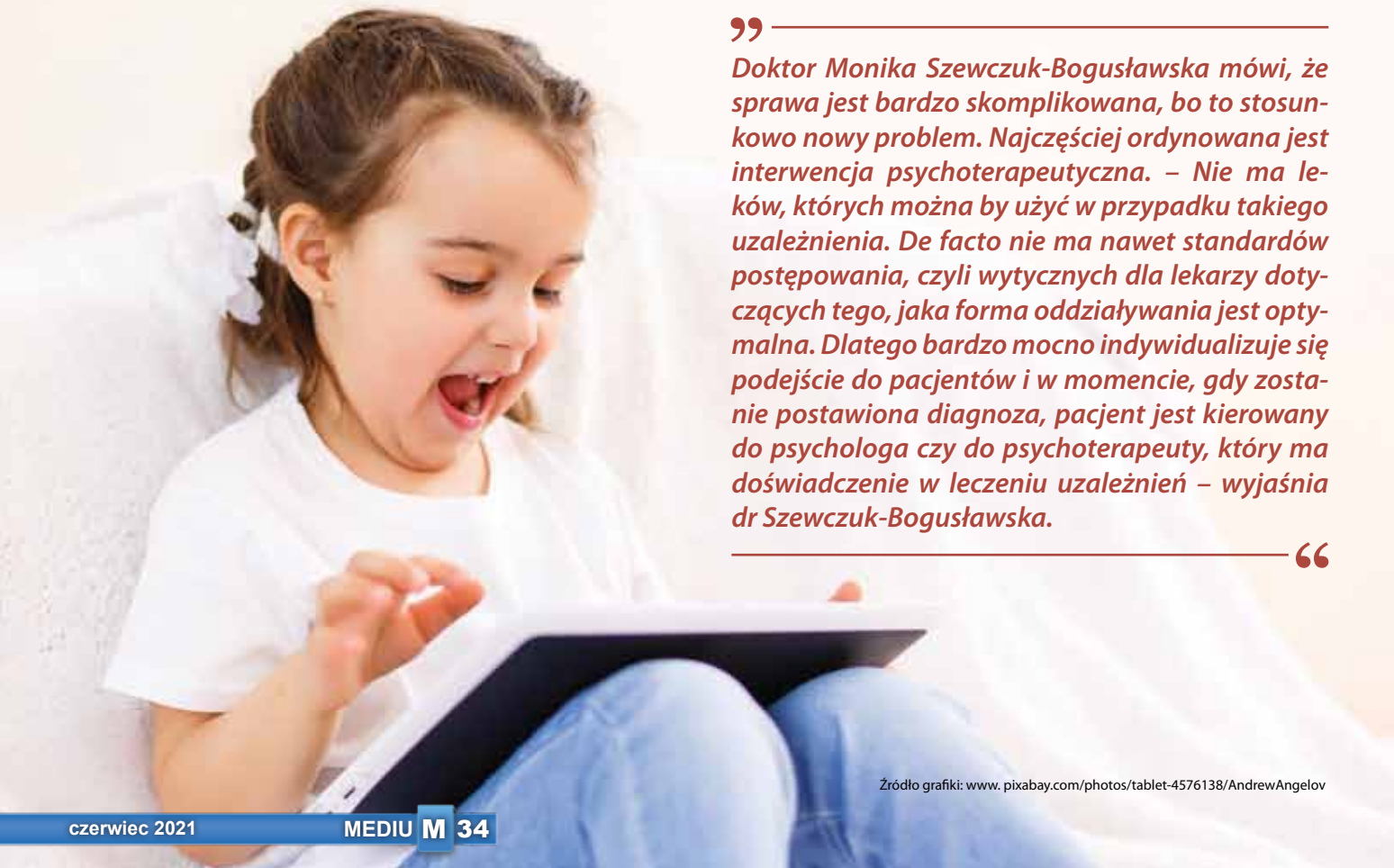
Kiedy w czasie lockdownu całe życie przeniosło się już tylko do internetu, Piotrek został wchłonięty przez globalną sieć jak przez czarną dziurę – rzadko wychodził z pokoju, nie chciał uczestniczyć w życiu rodzinnym. Wreszcie przestał zmieniać odzież, myć ciało i zęby czy sprzątać pokój. „Po co mam to robić? Przecież zaraz tam wracam i będzie tak samo” – tłumaczył irytującym się rodzicom. Odrywany od komputera stawał się opryskliwy i agresywny, zerwał wszelkie kontakty ze znajomymi.

Sygnaly ostrzegawcze płynęły od lat, jak przyznaje ojciec chłopca. – Piotrek dwa razy powtarzał klasę, choć jest bystrzakiem. Miarka się przebrała, gdy kilka miesięcy temu do rodziców zaczęli wydzwaniać nauczyciele ze skargami, że chłopak w czasie lekcji online robi coś innego i pewnie nie zostanie dopuszczony do matury. Nadeszła pora na stanowcze działania...

”

Doktor Monika Szewczuk-Bogusławska mówi, że sprawa jest bardzo skomplikowana, bo to stosunkowo nowy problem. Najczęściej ordynowana jest interwencja psychoterapeutyczna. – Nie ma leków, których można by użyć w przypadku takiego uzależnienia. De facto nie ma nawet standardów postępowania, czyli wytycznych dla lekarzy dotyczących tego, jaka forma oddziaływania jest optymalna. Dlatego bardzo mocno indywidualizuje się podejście do pacjentów i w momencie, gdy zostanie postawiona diagnoza, pacjent jest kierowany do psychologa czy do psychoterapeuty, który ma doświadczenie w leczeniu uzależnień – wyjaśnia dr Szewczuk-Bogusławska.

“



Zagrożenie to czy szansa?

Uzależnienie od elektroniki nie jest „wynalazkiem” czasów epidemii – w krajach bardziej rozwiniętych pod względem technologicznym, szczególnie azjatyckich, ten problem pojawił się już kilkanaście lat temu. Trwająca od ponad roku epidemia i związane z nią przeniesienie się wielu dziedzin naszego życia do przestrzeni wirtualnej sprawiają, że pokusa niewychodzenia z cyfrowego świata staje się coraz większa.

Choć tak naprawdę nie wszystko, co się z tym wiąże, jest uznawane za uzależnienie w znaczeniu medycznym. – Jeżeli chodzi o kwestie psychiatryczne i stricte medyczne, to sama kategoria diagnostyczna „uzależnienia” i to wyłącznie w odniesieniu do gier i hazardu pojawiła się dopiero kilka lat temu w najnowszych klasyfikacjach zaburzeń psychicznych (czyli DSM-5 i ICD-11). Została nazwana „hazardem patologicznym” w przypadku hazardu oraz „zaburzeniami grania” w przypadku gier (Gaming disorder – ang.) – wyjaśnia dr n. med. Monika Szewczuk-Bogusławska, dolnośląski konsultant wojewódzki w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży. – Zatem z perspektywy medyczno-psychiatrycznej mamy zdefiniowane tylko dwa uzależnienia behawioralne wśród zaburzeń psychicznych i są to uzależnienie od hazardu oraz od gier (w obu przypadkach zachowania związane z powyższymi uzależnieniami mogą się odbywać online lub offline).

Choć, jak przyznaje, problem jest szerszy. – Jeśli chodzi o inne zjawiska, które należą do wspólnej dla nich kategorii uzależnień behawioralnych, to należy do nich choćby tak zwane uzależnienie od internetu, tak zwane uzależnienie od zakupów, ćwiczeń fizycznych, jedzenia czy tak zwane uzależnienie od seksu i pornografii. Takich zachowań, które mogą imitować uzależnienie, może być bardzo dużo – zaznacza. Przyznaje, że w czasie lockdownu zjawiska, które mogą być ryzykowne w kontekście rozwoju uzależnienia nasilają się, bo wszyscy (w tym osoby dorosłe) spędzają więcej czasu w sieci.

Psychiatra podkreśla jednak, że nie można tego jednoznacznie skatalogować jako zagrożenia. Skoro bowiem nie można wyjść do kina, to spędza się czas np. oglądając na komórce czy laptopie film z platformy cyfrowej oferującej takie możliwości. Jeśli nie można spotkać się z kolegami, by pograć w piłkę, można przynajmniej wspólnie zagrać w coś w przestrzeni wirtualnej. – Po prostu korzystamy z tego, z czego możemy legalnie skorzystać. Czasami jedynie w taki sposób można funkcjonować, jeśli chodzi o relacje społeczne – dodaje dr Monika Szewczuk-Bogusławska.

Trudno odmówić słuszności temu zastrzeżeniu, bo przecież jeżeli mamy lockdown, to w wielu przypadkach młodzi ludzie z rówieśnikami mogą się spotkać jedynie online np. grając, więc jest to rodzaj podtrzymywania relacji społecznej. – Jak widać, każdy kij ma dwa końce, a każdy medal – dwie strony. Jeśli nie ma wyjścia, to być może to jest jednak najlepsze rozwiązanie – mówi psychiatra.

Czy możemy więc już mówić o narastającej fali uzależnień cyfrowych? Zdaniem dolnośląskiego konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży jeszcze na to za wcześnie. Przede wszystkim, jak podkreśla, żeby mówić w ogóle o uzależnieniu, musi się pojawić sporo różnych konsekwencji działania, które człowiek podejmuje. Po pierwsze takie zachowanie musi stać się dominującą aktywnością dla diagnozowanego człowieka, zachowaniem priorytetowym, nad którym traci się całkowicie kontrolę, które powoduje, że w najpoważniejszych przypadkach nawet czynności fizjologiczne, takie jak jedzenie czy spanie, są pomijane, zaniedbywane, czyli w konsekwencji zaburzone. – Żebyśmy mogli powiedzieć o uzależ-

nieniu, ten proces, ta aktywność dominująca musi trwać długo – przynajmniej rok. Jeśli więc mamy sytuację lockdownu, w której dzieci są skazane na permanentne funkcjonowanie w świecie wirtualnym, to właśnie mija rok od chwili, gdy epidemia się rozpoczęła. Dlatego konkretnie i rzeczowo na temat nasilenia zjawiska, o którym rozmawiamy, będziemy się mogli wypowiedzieć dopiero za jakiś czas – mówi psychiatra.

Z całą pewnością jednak już teraz warto zwrócić uwagę na symptomy uzależnienia zarówno u dzieci i młodzieży, jak i u osób dorosłych. Niektóre zachowania mogą bowiem stanowić lampkę ostrzegawczą, która każe się zastanowić nad szukaniem fachowej pomocy.

Ważne sygnały

Pierwszym sygnałem alarmowym świadczącym o zagrożeniu uzależnieniem (jak już wspomnieliśmy) jest fakt, że jakaś aktywność zupełnie zdominowała życie człowieka. W momencie, gdy taka osoba nie ma dostępu do swojej ulubionej aktywności (gry, internetu, serwisów społecznościowych czy chatów), pojawiają się: niepokój, złość, smutek, apatia, rozdrażnienie. – Chodzi o taki nieprzyjemny stan psychiczny, który może w konsekwencji skutkować pogorszeniem funkcjonowania choćby w relacjach z rodzicami czy rodzeństwem – tłumaczy pani doktor. – Generalnie funkcjonowanie człowieka uzależnionego kręci się wokół przedmiotu uzależnienia, a w związku z tym zaburza się wszystkie pozostałe sfery życia. Dla dziecka będą to m.in. sfera edukacji, relacji rówieśniczych i rozmaitych zainteresowań – uzupełnia.

Anna Jankowska, pedagog, autorka poczytnego blogu Nie-TylkoDlaMam.pl podkreśla, że jednym z ważnych symptomów takiego uzależnienia jest też nieumiejętność wytrzymania choćby godziny bez zaglądania do telefonu i sprawdzania, czy np. koledzy nie napisali esemesa albo informacji w mediach społecznościowych. Tak naprawdę osoba uzależniona nie robi więc praktycznie niczego innego poza tym, co wiąże się z aktywnością, od której się uzależniła.

Skutki mogą być bolesne

Jak łatwo przewidzieć, efekty takiego uzależnienia mogą być bolesne – zarówno dla dojrzewającego młodego człowieka, jak i dla jego bliskich. Anna Jankowska wylicza tylko kilka z tych, które wydają się najbardziej dolegliwe:

- brak umiejętności społecznych – największy problem wśród młodszych dzieci (w wieku 2-5 lat), które miały iść do przedszkoli; poszły na chwilę lub zostały z nich wyrwane (powroty tylko na chwilę).
- brak rutyny, która buduje poczucie bezpieczeństwa w każdym wieku. Narażenie na setki niesprawdzonych informacji z sieci, które prowadzą np. do lekceważenia wirusa, przekazywania niesprawdzonych wiadomości, budują poczucie chaosu i zagrożenia; dają jasny komunikat, że dorośli nie ogarniają sytuacji, co budzi wiele stanów lękowych.
- poczucie osamotnienia.
- narażenie na komunikację w sieci, a to zawsze jest ocenianie, opiniowanie, wypowiedzanie się na temat cudzego życia bez znajomości faktów. Bardzo podatne są na to nastolatki.
- rozdrażnienie, rozchwianie emocjonalne, wybuchy złości, złośliwość.

– Moja znajoma ma trójkę dzieci w wieku szkolnym (7, 10 i 12 lat). Do tej pory niemal wcale nie siedziały w tygodniu przed komputerami, nie mają telefonów, grały tylko w weekendy przez dwie godziny. W czasie pandemii siedzą po 4-5 godzin na lekcjach zdalnych i zaczęły się problemy – opowiada »



pedagog. – Chodzi głównie o koncentrację: nie potrafią się uczyć podczas takich lekcji, tracą zainteresowanie tym, co do tej pory było dla nich najważniejsze. Zaczęły się porównywać z innymi dziećmi – ich zdaniem bardziej „oblatanymi” w cyfrowym świecie. To, co dla nas jest na plus (brak ekranów), dla dzieci jest na minus („nie jesteś w naszej grupie”). Ich mama co chwilę dostaje uwagi od nauczycielek, co do tej pory się nie zdarzało – zaznacza.

Doktor Monika Szewczuk-Bogusławska dodaje do tego jeszcze jeden ważny skutek związany z kłopotami edukacyjnymi. – Dziecko może zupełnie nie mieć motywacji do tego, by się uczyć, skończyć szkołę czy zdawać z klasy do klasy – wylicza. I przyznaje, że w ostatnich miesiącach odbiera znacznie więcej telefonów z pytaniami dotyczącymi uzależnień, z prośbami o diagnozę i o konsultację. Co istotne, większość takich interwencji dotyczy adolescentów, czyli dorastających nastolatków. Małe dzieci mają zdecydowanie mniejszy problem z uzależnieniem się od gier czy od internetu, nawet w dzisiejszych czasach. – To oczywiście wynika z kwestii rozwojowych, bo młodsze dzieci są bardziej związane z rodziną, środowisko rodzinne jest dla nich najważniejsze, chętnie uczestniczą w aktywnościach proponowanych przez rodziców i starsze rodzeństwo – wyjaśnia pani doktor. – Natomiast jeśli chodzi o wiek adolescencji, kiedy szybko wzrasta zainteresowanie relacjami rówieśniczymi, które są podstawą funkcjonowania społecznego na tym etapie rozwoju, to właśnie nastolatki mają największy problem, gdy są pozbawione tej sfery relacji społecznych – dodaje. Co ważne, chłopcy uzależniają się od nowinek cyfrowych (gier, internetu) częściej niż dziewczęta w tym samym wieku. Według danych epidemiologicznych proporcja ta wynosi 2,5:1.

Kto i jak może pomóc?

Anna Jankowska nie ma wątpliwości: jeśli wymienione przed chwilą objawy zostały stwierdzone u dziecka, trwają długo i nasilają się, niezbędna będzie pomoc specjalisty.

Doktor Monika Szewczuk-Bogusławska mówi, że sprawa jest bardzo skomplikowana, bo to stosunkowo nowy problem. Najczęściej ordynowana jest interwencja psychoterapeutyczna. – Nie ma leków, których można by użyć w przypadku takiego uzależnienia. De facto nie ma nawet standardów postępowania, czyli wytycznych dla lekarzy dotyczących tego, jaka forma oddziaływania jest optymalna. Dlatego bardzo mocno indywidualizuje się podejście do pacjentów i w momencie, gdy zostanie postawiona diagnoza, pacjent jest kierowany do psychologa czy do psychoterapeuty, który ma doświadczenie w leczeniu uzależnień – wyjaśnia dr Szewczuk-Bogusławska.

Ważnym elementem postępowania terapeutycznego jest też często wspieranie rodziców oraz ich edukowanie, by wiedzieli, jak mogą się w takich okolicznościach zachować i w jaki sposób wspierać tego młodego człowieka. – To, co powiem, jest pewnym truizmem, ale przede wszystkim trzeba być blisko swojego nastolatka, czyli być z nim w kontakcie emocjonalnym. Jako rodzice wiemy bowiem, że nastolatki nie lubią kontaktu powierzchownego, z którego nic nie wynika, a więc na przykład pytań typu: „Co było w szkole?” albo: „Jakie oceny dostałeś?” – tłumaczy psychiatra dzieci i młodzieży. Jak dodaje, trzeba się do dziecka zbliżyć, spędzić z nim trochę więcej czasu, zobaczyć, jakie ma zainteresowania i spróbować się włączyć w te zainteresowania. – Chodzi o to, by dowiedzieć się przynajmniej, jaka gra je wciąga. Może jest szansa na znalezienie podobnej aktywności w realu? Mamy przecież w dzisiejszych czasach tak bogate możliwości związane ze sportem i innymi aktywnościami, że wyko-

rzystując zaangażowanie rodziców, można przeformułować sposób, w jaki funkcjonuje dziecko – dodaje.

Jak podkreśla Anna Jankowska, mając świadomość tego, że zbyt wiele czasu dziecko spędza przed ekranem (czasem z konieczności), rodzice powinni robić wszystko, by pokazać mu ciekawy świat poza tym kryjącym się w wirtualnym świecie, a więc zorganizować spacer, znaleźć wspólne hobby, proponować wspólne działania, choćby gotowanie, pisanie listów itd. – Owszem, to jest odciąganie od komputera trochę na siłę, ale teraz toczy się rodzaj wojny o dzieci, które jakoś trzeba przekierować na świat realny – nie ma wątpliwości autorka blogu NieTylkoDlaMam.pl. – Prawda jest taka, że większość dorosłych również jest od tych ekranów uzależniona i prędzej znajdzie tysiąc wymówek, by jednak nie wyjść z domu na spacer, niż podejmie trudne wyzwanie – dodaje.

Zdaniem doktor Moniki Szewczuk-Bogusławskiej bezcelowe są zakazy używania komputera i przesiadywania w internecie. Natomiast bez wątpienia dorośli powinni postawić czytelne granice i jednoznacznie zakomunikować, ile czasu ich dziecko może na przykład spędzać w sieci i na jakich warunkach. – Jasne zasady są bardzo ważne, bo zupełnie inaczej funkcjonuje dziecko, które ma nieograniczony i bezwarunkowy dostęp do wszystkiego, czego tylko zapagnie, a inaczej to, które wie, jakie ma obowiązki, jakie prawa oraz jakie rodzice mają obowiązki wobec niego – zaznacza.

Środowiskowe centra zdrowia psychicznego czekają!

Jak system polskiej ochrony zdrowia jest przygotowany na udzielenie pomocy w takich przypadkach? Zdaniem dolnośląskiego konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży wprowadzana od kilku miesięcy reforma zmienia sytuację na lepsze. – Ona jest wprowadzana realnie, w tym sensie, że zostały na nią przeznaczone konkretne pieniądze, zostały rozpisane konkursy, powstały tak zwane środowiskowe centra zdrowia psychicznego, do których idzie się bez skierowania i otrzymuje się opiekę psychologiczną czy psychoterapeutyczną. A jeśli jest takie wskazanie, interweniuje lekarz psychiatra – mówi dr Monika Szewczuk-Bogusławska.

Pewnym kłopotem jest dokuczliwy od wielu lat problem dostępności i wydolności systemu, bo w Polsce jest za mało specjalistów. Ale w tworzonych centrach już teraz można uzyskać szybką, bezpłatną, konkretną pomoc, z czego wiele osób ciągle nie zdaje sobie sprawy.

Piotrek chce zdać maturę

Piotrek, jak mówiliśmy na początku, zawałił już dwa lata nauki przez swoje uzależnienie od gier komputerowych. Kiedy jednak jego rodzice zorientowali się w skali problemu, rozpoczęła się ciężka, codzienna walka o powrót do normalności. Najpierw wszyscy (i 19-latek, i jego rodzice) skorzystali ze wsparcia psychoterapeuty specjalizującego się w pomocy ludziom uzależnionym. W domu wprowadzone zostały jasne zasady: kiedy i jak długo chłopak może korzystać z internetu, kiedy ma się uczyć i jakie ma obowiązki domowe (do tej pory skutecznie się z nich wykpiwał). Został dopuszczony do matury – to już pierwszy, znaczący sukces. – Ale droga do normalności jeszcze długa. Co jakiś czas pojawia się bunt i chęć ucieczki wyłącznie w cyfrowy świat. Mam jednak nadzieję, że mądrze wspierając syna, pomożemy mu wrócić do świata realnego – mówi Dariusz, ojciec chłopaka. ■

* Imiona bohaterów zostały zmienione na ich prośbę.



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/child-1183465/NadineDoerle

Od gier i internetu częściej uzależniają się chłopcy

Czy związane z epidemią przeniesienie wielu sfer naszego życia wyłącznie do internetu skutkuje wzrostem uzależnień cyfrowych wśród dzieci i młodzieży? Jak wychwycić pierwsze symptomy takich problemów i jak sobie z nimi radzić? W jaki sposób rodzice mogą pomóc swoim dzieciom uporać się z takimi kłopotami? O tym z dr n. med. Moniką Szewczuk-Bogusławską z Katedry i Kliniki Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, dolnośląskim konsultantem wojewódzkim w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży rozmawia Maciej Sas.

Maciej Sas: Uzależnienia cyfrowe – dużo się o nich mówi przy okazji epidemii koronawirusa. Ale przecież uzależnienie nie zaczyna się z dnia na dzień – wszystko musiało mieć początek znacznie wcześniej. Teraz, jak podejrzewam, skala tego jest większa, bo też i okazji było więcej, żeby się uzależnić od rozmaitych urządzeń elektronicznych?

Dr n. med. Monika Szewczuk-Bogusławska: Powiedzmy na początku, że uzależnienie cyfrowe wcale nie jest stanem szczególnie nowym czy starym – tak naprawdę, jeżeli chodzi o kwestie psychiatryczne i stricte medyczne, to kategorie uzależnienia behawioralnego (i to wyłącznie od hazardu tzw. hazard patologiczny i od gier komputerowych) jako nowe kategorie diagnostyczne pojawiły się dopiero kilka lat temu w najnowszych klasyfikacjach zaburzeń psychicznych, czyli klasyfikacjach DSM-5 i ICD-11. Rze-

czywiście, zjawisko uzależnienia cyfrowego od gier jest obserwowane od dość dawna, opisane po raz pierwszy w 1998 r. Najbardziej nasilone jest w krajach azjatyckich i to stamtąd wywodzą się najliczniejsze badania epidemiologiczne. Zauważono, że to właśnie w krajach Środkowego i Dalekiego Wschodu liczba osób, które uzależniają się od gier komputerowych, jest największa. Zatem z perspektywy medyczno-psychiatrycznej wśród zaburzeń psychicznych mamy dwa uzależnienia behawioralne – uzależnienie od gier i hazardu (zarówno online, jak i offline).

M.S.: A co z innymi sferami świata cyfrowego? Przecież potocznie mówimy często, że młodzi ludzie są uzależnieni od robienia wszystkiego z użyciem cyfrowych nośników (komputera, smartfona, laptopa itd.). »



M.Sz.-B.: To prawda, że są to urządzenia bardzo popularne i rzeczywiście dużą część czasu młodzi ludzie przy nich spędzają. Jak już wspomniałam, jedyne zdefiniowane jednostki, które możemy nazwać zaburzeniami psychicznymi, to uzależnienia od gier i hazardu. Jeśli chodzi o inne zjawiska, które możemy skatalogować do wspólnej kategorii uzależnień behawioralnych, należą do nich na przykład tak zwane uzależnienie od internetu, tak zwane uzależnienie od zakupów czy tak zwane uzależnienie od seksu i pornografii. Takich zachowań, które mogą niejako imitować uzależnienie, może być bardzo dużo. Natomiast jeśli chodzi o kwestie strictly medyczne (podkreślmy to raz jeszcze), mamy tylko wymienione wyżej kategorie. Pytał pan, czy to się nasila w tej chwili. Tak rzeczywiście jest, bo w związku z lockdownem cała aktywność przeniosła się do internetu. Młodzi ludzie wykorzystują po prostu wszystkie możliwości kontaktów społecznych, które są dostępne i dozwolone. Skoro nie mogą wyjść do kina, to do niego nie idą, ale ten czas spędzają, np. oglądając na komórce czy laptopie film z platformy oferującej takie możliwości. Stało się więc coś absolutnie naturalnego – ludzie korzystają z tego, z czego mogą legalnie korzystać i w taki sposób funkcjonują w tym szczególnym czasie.

M.S.: W Pani słowach nie ma znaku tożsamości między tym, czego się używa, nawet w stopniu bardzo dużym (o wiele większym niż do tej pory), a jakimikolwiek formami czegoś, co nazywamy dzisiaj uzależnieniem.

M.Sz.-B.: Bo na razie jeszcze takiego jednoznacznego związku nie ma. Oczywiście samo przeniesienie większości sfer naszego życia do internetu jest bardzo popularne, ale nie wiemy jeszcze, czy to się przełoży na zaburzone funkcjonowanie młodego człowieka. Żeby bowiem mówić o uzależnieniu, musi zaistnieć sporo różnych konsekwencji tego działania. Po pierwsze taka aktywność, to zachowanie, o którym mówimy, musi być dla człowieka aktywnością absolutnie dominującą. Muszą się pojawić przykre objawy czy doświadczenie w momencie, gdy nie ma on dostępu do tej pożądanej aktywności. Jeśli tak się dzieje, a więc nie ma dostępu do ulubionej gry, do internetu, do mediów społecznościowych, wtedy pojawia się niepokój, mogą też wystąpić złość, smutek, apatia, rozdrażnienie. Jest to nieprzyjemny stan psychiczny, który w konsekwencji może też skutkować pogorszeniem funkcjonowania w relacjach, na przykład z rodzicami i rodzeństwem czy z rówieśnikami w świecie realnym. Generalnie funkcjonowanie człowieka uzależnionego kręci się wokół przedmiotu uzależnienia, a w związku z tym zaburza się całe funkcjonowanie dziecka w sferze edukacji, relacji rówieśniczych i rozmaitych zainteresowań. Tak naprawdę osoba uzależniona praktycznie nie robi nic innego poza tym, co jest tą aktywnością, od której się uzależniła.

M.S.: Niejako zapada się w swoim wirtualnym świecie?

M.Sz.-B.: Tak jest. Ale żebyśmy w ogóle mogli powiedzieć o uzależnieniu, zachowanie, które dominuje, staje się priorytetowe, nie można mu się oprzeć, traci się kontrolę nad ilością czasu spędzanego na wykonywaniu tej czynności, w kategoriach psychiatrycznych musi trwać wiele miesięcy – przynajmniej przez rok muszą utrzymywać objawy, byśmy mogli powiedzieć, że coś jest uzależnieniem. Co więcej, objawy muszą znacząco wpływać na funkcjonowanie w różnych sferach życia i zaburzać je. Jeśli więc w tej chwili mamy do czynienia z lockdownem, gdy dzieci są skazane na funkcjonowanie w świecie cyfrowym, to minął właśnie rok od chwili, gdy to wszystko się zaczęło. Zatem o skutkach i potencjalnych konsekwencjach w postaci uzależnienia behawioralnego będziemy się mogli wypowiedzieć konkretnie dopiero za jakiś czas.

M.S.: Jesteśmy więc na początku badania tego problemu, o ile (jak rozumiem) w ogóle okaże się to problemem?

M.Sz.-B.: To pierwsza ważna sprawa. Kolejne pytanie dotyczy przyszłości – czy powrót do normalności, do której byliśmy przyzwyczajeni, nie spowoduje, że to zjawisko znowu samodziennie się zminimalizuje. Taki scenariusz jest bardzo prawdopodobny, większość osób zaadaptuje się do kolejnej zmiany w naturalny sposób.

M.S.: Czyli tak naprawdę jesteśmy w bardzo newralgicznym momencie, bo nie do końca jeszcze wiadomo, co z tego wszystkiego wynika. Trudno to zdiagnozować, ale do czego taka sytuacja, kiedy uzależnienie rzeczywiście zaczyna się objawiać, może doprowadzić?

M.Sz.-B.: Generalnie jest to ograniczanie całego swojego życia, a więc zagraża wszystkiemu, wszystkim sferom życia młodego człowieka. Dotyczy to na pewno funkcjonowania w zakresie edukacji, czyli dziecko może zupełnie nie mieć motywacji, by się uczyć, skończyć szkołę, zdawać z klasy do klasy. Druga bardzo ważna sprawa dotyczy funkcjonowania społecznego. Tutaj pojawiają się wątpliwości, bo jeżeli trwa lockdown, to tak naprawdę z rówieśnikami można się spotkać właśnie grając online, jest to więc rodzaj relacji społecznej. Jak widać, każdy kij ma dwa końce, a każdy medal – dwie strony... Jeśli nie ma innego wyjścia, być może jest to jednak najlepsze rozwiązanie? Jeżeli jednak młody człowiek przestaje się komunikować ze znajomymi, przyjaciółmi, kolegami, których zna od dawna, traci kontakt z realnym życiem i istnieje tylko „życie w grze, w internecie”, wówczas problem jest naprawdę poważny. Wszystko to, jak widać, jest bardzo skomplikowane.

M.S.: Pani na co dzień zajmuje się zawodowo tą grupą społeczną. Czy już Pani odbiera telefony, sygnały od rodziców, którzy dzwonią zaniepokojeni i proszą o interwencję, o sprawdzenie, czy ich dziecko nie ma tego typu problemów?

M.Sz.-B.: Zdecydowanie tak! Rzeczywiście więcej jest pytań dotyczących uzależnień, próśb o ewentualną diagnozę czy konsultację. Natomiast z rzeczy ważnych, o których jeszcze nie wspomnieliśmy, bardzo istotne jest, że ten problem najczęściej dotyczy adolescentów, a więc szybko dojrzewających nastolatków. Małe dzieci zdecydowanie rzadziej się uzależniają od gier czy od internetu, nawet w dzisiejszych czasach. To oczywiście wynika z kwestii rozwojowych, bo wiadomo, że młodsze dziecko do czwartej, piątej czy szóstej klasy jest mocno związane z rodziną, chętnie uczestniczy w aktywnościach proponowanych przez rodziców i rodzeństwo. Natomiast jeśli chodzi o wiek adolescencji, kiedy zainteresowanie przechodzi w stronę relacji rówieśniczych, co jest podstawą funkcjonowania społecznego, to młodzi ludzie mają największy problem z takimi uzależnieniami. Jeśli chodzi o płęć, chłopcy uzależniają się znacznie częściej od tego typu aktywności jak gry komputerowe czy w ogóle internet niż dziewczęta. W pewnym sensie jest to specyfika rozwoju, ale i różnic pomiędzy dziewczętami a chłopcami. Wiadomo, że dziewczęta w sensie społecznym tworzą ze sobą bliskie relacje, chętnie i często komunikują się ze sobą, potrafią mówić o swoich emocjach, poszukiwać wsparcia. Chłopcy natomiast tworzą relacje przede wszystkim w oparciu o wspólne zainteresowania np. gry, a zdecydowanie mniej jest w tych relacjach komunikacji dotyczącej jakości relacji czy analizowania emocji.

M.S.: Rodzice chłopców powinni więc być bardziej czujni w tym względzie?

M.Sz.-B.: Zdecydowanie tak.

M.S.: Powiedziała Pani, że jest za wcześniej na stawianie bardzo konkretnych wniosków. Ale czy w przypadku tego typu sytuacji, kiedy mamy podejrzenie, że to może być uzależnienie, niezbędna jest interwencja psychiatry, psychoterapeuty? Jak wygląda terapia i co z tym robić?

M.Sz.-B.: Sprawa jest bardzo skomplikowana, bo to – jak już podkreślałam – jest dość nowy problem. Nie ma leków, którymi możemy się posłużyć w przypadku uzależnień. Wyjątek stanowią te uzależnienia, które współwystępują z innymi zaburzeniami psychicznymi. W takich okolicznościach, jeśli dodatkowo występują zaburzenia lękowe, depresyjne lub inne, możemy zdecydować o zastosowaniu leków. Na dobrą sprawę nie ma jeszcze nawet standardów postępowania, czyli wytycznych dla lekarzy dotyczących tego, jaka forma oddziaływania jest optymalną w przypadku izolowanych uzależnień behawioralnych. Dlatego podejście do leczenia jest bardzo mocno indywidualizowane i w momencie, gdy zostanie postawiona diagnoza, pacjent jest kierowany do psychologa czy do psychoterapeuty, który ma doświadczenie w leczeniu uzależnień lub terapeuty pracującego w nurcie terapii poznawczo-behawioralnej. Jeśli nie ma takiej możliwości, ważna jest w ogóle konsultacja z psychoterapeutą – choćby po to, by obiektywnie przyjrzeć się sprawie i pokazać młodemu człowiekowi straty, jakie ponosi w związku z tym, że kiedy jest uzależniony, niedostępne są dla niego inne aktywności, równie atrakcyjne, które wcześniej go absorbowały. Czasami potrzebne jest także wspieranie rodziców oraz ich edukowanie w zakresie tego, jak mogą się w takich okolicznościach zachować i jak wspierać swoje dziecko.

M.S.: Z rodzicami jest ten problem, że bardzo często dla młodych ludzi z grupy, o której Pani mówi, rodzice nie są autorytetami. Co więc mogą zrobić rodzice? Wiemy, że z jednej strony dzieci się dystansują od nich, a z drugiej to przecież najbliższe otoczenie jest zwykle wzorcem do naśladowania i to ono kształtuje osobowość młodego człowieka...

M.Sz.-B.: To, co powiem, jest truizmem, ale przede wszystkim trzeba być blisko swojego nastolatka, czyli być z nim w kontakcie. Chodzi o kontakt emocjonalny, bo nastolatki nie lubią kontaktu powierzchownego, z którego nic nie wynika, a więc pytań typu: „Powiedz, co było w szkole?” albo: „A jakie oceny dziś dostałeś?”. To ostatnie jest szczególnie nielubiane przez nastolatków. Trzeba się do tego dziecka zbliżyć, spędzić z nim trochę więcej czasu niż do tej pory, zobaczyć, jakie ma zainteresowania i spróbować się w te zainteresowania włączyć. Ważne, by się przynajmniej dowiedzieć, jaka gra go tak pochłania, co go w tej grze wciąga, co to za typ aktywności. Może pojawi się szansa, by znaleźć podobną aktywność w realu? Przecież mamy dzisiaj swobodny dostęp do różnego rodzaju sportów, aktywności. Jeśli dołożymy do tego dużą dozę zaangażowania, powinno się udać przeformułowanie zachowań dziecka.

M.S.: Stanowcze zakazy „Nie będziesz siedział przy komputerze!” nie przyniosą pewnie jakiegokolwiek efektu?

M.Sz.-B.: Nie, takie zakazy nie przynoszą efektu. Ważne jest coś innego: jasne ustanowienie granic i jednoznaczne zakomunikowanie, ile czasu dziecko może spędzać w internecie i na jakich warunkach. Czytelne zasady mają ogromne znaczenie, bo zupełnie inaczej funkcjonuje dziecko, które ma nieograniczony i bezwarunkowy dostęp do wszystkiego, czego tylko zapragnie, a zupełnie inaczej to, które wie, jakie ma obowiązki jako dziecko, jakie ma prawa jako dziecko, jakie obowiązki wobec niego mają rodzice i kiedy oraz za co dziecko dostaje atrakcyjną nagrodę.

M.S.: Swego rodzaju domowa konstytucja?

M.Sz.-B.: W pewnym sensie tak, bo tak to funkcjonuje. Właściwie tak naprawdę to jest po prostu konstytucja, bo przecież właśnie w Konstytucji jest zapisane to, jakie są obowiązki rodzica wobec dziecka, więc to idealne porównanie (uśmiech).

M.S.: Chciałbym zapytać Panią jeszcze o prewencję w przypadku uzależnień cyfrowych. Jak dbać o dobrostan psychiczny dzieci starszych i młodszych w dobie, kiedy tak naprawdę jesteśmy skazani na wirtualny świat, a kontakty społeczne często opierają się teraz właśnie na nim? Czy można coś zrobić, by zapobiegać takim uzależnieniom?

M.Sz.-B.: Pierwszą sprawą są dobre wzorce zaczerpnięte z domu rodzinnego, a drugą, o której już wspomniałam, jest wychowanie dziecka w domu, w którym wszystkie zasady są jasne: granice ustanowione w taki sposób, żeby wszystko było czytelne dla dziecka, a więc by wiedziało, co może, a czego – nie. Nie mówimy o jakichś wielkich karach, ale o tym, że jeżeli granice są przekraczane, to człowiek ponosi pewne straty. Ważna jest zasada, że w pewnych kwestiach z dziećmi nie negocjujemy! Współcześni rodzice często o tym zapominają.

M.S.: Przez ostatni rok bardzo dużo mówiło się zagrożeniach związanych ze zdrowiem psychicznym. Czy w naszym systemie opieki zdrowotnej są czynione jakieś przygotowania, by coś z tym zrobić, bo za chwilę być może będziemy mieli znacznie poważniejsze problemy, czyli pokłosie lockdownu. A może wszystko odbywa się w myśl starej, wojskowej zasady: „rozpoznanie bojem”?

M.Sz.-B.: Generalnie jesteśmy w trakcie wprowadzania reformy związanej z opieką psychiatryczną nad dziećmi i młodzieżą. Sporo się w ostatnich miesiącach o tym mówi. Ta reforma jest zresztą realnie wprowadzana – mam na myśli to, że zostały na ten cel przeznaczone konkretne pieniądze, rozpisano konkursy, powstały nowe środowiskowe centra zdrowia psychicznego. Idzie się do nich bez skierowania, bez dodatkowych opłat i otrzymuje się opiekę psychologiczną i psychoterapeutyczną, a jeśli jest takie wskazanie, interweniuje lekarz psychiatra. Co się zaś tyczy dostępności i wydolności systemu, to na pewno będziemy mieć problem, dlatego że w Polsce mamy za mało specjalistów w tej dziedzinie. Reforma – jak powiedziałam – raczkuje, więc zanim wszystkie instytucje z nią związane rozkręcą swoją działalność, będą mogły skutecznie pomagać wszystkim potrzebującym, minie sporo czasu. Ale bardzo bym chciała, byśmy w tej rozmowie zaakcentowali istnienie tych środowiskowych centrów zdrowia psychicznego, bo to ważna nowość w systemie, a nie jest dostatecznie szeroko rozreklamowana. Z jakiegoś powodu nie ma informacji, że te instytucje już działają.

M.S.: A działają skutecznie?

M.Sz.-B.: Na razie nie jestem w stanie odpowiedzieć na to pytanie, bo one są dopiero od niedawna zakontraktowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia (od kilku miesięcy do roku). Ale z tego, co słyszę jako konsultant wojewódzki, ich usług nie mają tak dużego zainteresowania społecznego, jak byśmy tego oczekiwali. Prawdopodobnie nie ma wiedzy, że takie środowiskowe centra zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży istnieją w całej Polsce, niosąc pomoc. W naszym województwie jest ich kilkadziesiąt, a we Wrocławiu – kilka. ■



Muzyka może być

lekiem na całe zło

Tekst Robert Migdał

W ciągu dnia przychodnia, szpital, pacjenci. Kiedy jednak mają wolną chwilę, ich biały fartuch łąduje na wieszaku, stetoskop odkładają na biurko, a zamiast niego biorą do ręki... mikrofon, gitarę, harmonijkę ustną. O lekarzach, którzy mają dwie pasje – medycynę i muzykę – pisze Robert Migdał.

Dziela swoje życie między sale szpitalne i koncertowe. Wrażliwi na ludzkie cierpienie (bo przecież wielu z nich poszło „na medycynę” z powołania, żeby chronić i ratować ludzkie życie), są też wrażliwi na sztukę. Muzyka, oprócz leczenia, jest ich drugim światem.

Czemu śpiewają i/lub grają? Jedni, bo po prostu lubią, dla przyjemności, drudzy – charytatywnie, żeby swoimi występami na scenie pomagać potrzebującym, z kolei inni – dla zabawy. Są też tacy, którzy śpiewają, żeby w ten sposób przekazać coś ważnego.

„Chore piosenki” robią furorę

Przez takie właśnie poczucie misji, nauki przez śpiew, za mikrofon chwycił szwedzki lekarz Henrik Widengren. Z wykształcenia laryngo-

log, od wielu lat robi karierę na szwedzkiej scenie muzycznej, a ostatnio i na całym świecie, bo śpiewa po angielsku.

Pan doktor napisał dotychczas kilka musicali i nagrał siedem płyt. Śpiewając nie ucieka od swojego wyuczonego zawodu, bo większość jego przebojów to tzw. „chore piosenki”, opowiadające o chorobach, medycynie i tematach związanych ze służbą zdrowia. Ubrany w niebieskie rękawiczki chirurgiczne, biały kitel, z gitarą przewieszoną na ramieniu śpiewa o koronawirusie, wcielając się w rolę prezentera stacji telewizyjnej o szczepionkach, ale największym jego hitem jest piosenka ostrzegająca przed szukaniem pomocy i diagnozy w razie choroby w... internecie: „Nie szukaj swoich objawów w Google”.

„Zostańcie w domach”

Lekarze chwytają za gitary, mikrofony i zasiadają przed pianinami nie tylko w północnej Europie, ale też na jej gorącym południu. W czasie pandemii koronawirusa wielkim przebojem okazała się piosenka, którą nagrała grupa włoskich medyków pod tytułem „Zostańcie w domach”. Teledysk (rozpropagowany m.in. na Facebooku włoskiego ministerstwa zdrowia) został zmontowany



ACH, TE FESTIWALE...

Śpiewających i grających lekarzy w Polsce jest spora grupa. Ba, jest ich tak wielu, że mają nawet swój festiwal w Szczecinie (Międzynarodowy Przegląd Lekarzy Śpiewających „Musica Mores Confirmat”), Festiwal Chórów Lekarskich (Gniezno), czy Festiwal Piosenki Lekarzy w Warszawie.

z występów kilkunastu lekarzy, którzy w swoich domach, w szpitalach, śpiewali do swoich rodaków: „Zostańcie w domach”. Ich apel miał uchronić Włochów przed szalejącym w Italii koronawirusem.

Cudze chwalicie, swego nie znacie

Między Odrą a Wisłą też jest mnóstwo utalentowanych medyków, którzy łączą pracę lekarza z estradowymi występami. Najpopularniejszym śpiewającym lekarzem w Polsce jest Kuba Sienkiewicz, wokalista, gitarzysta, autor tekstów zespołu „Elektryczne Gitary”, a z wykształcenia lekarz neurolog (warszawską Akademię Medyczną ukończył w 1986 roku, a 9 lat później uzyskał stopień doktora nauk medycznych na podstawie rozprawy „Zaburzenia gałkoruchowe w chorobie Parkinsona”). Milionowej publiczności Sienkiewicz jest znany jako rockowy wokalista „Elektrycznych Gitar” (nagrał z nimi 10 płyt, które wielokrotnie pokryły się złotem i platyną oraz 8 solowych krążków). Bo kto nie zna jego hitów „Kiler”, „Co powie Ryba?”, „Jestem z miasta”, „Człowiek z liściem”, „Koniec”, „Dzieci wybiegły”, „A ty co”... Listę tych przebojów można mnożyć.

W czasie koronawirusa estradę zamienił na szpital

Czy trudno jest łączyć pracę lekarza i muzyka? On to wie najlepiej: koncerty w całej Polsce, jednego dnia Szczecin, drugiego powrót do Warszawy. Całe życie na trasie, na walizkach. – Kiedy miałem mniej lat, łatwo dawałem radę. Potrafiłem po nocnym powrocie z trasy iść do pracy w szpitalu i odwrotnie. Od roku 2012 uznałem, że to jest już dłużej niewykonalne. Chciałem wtedy jeszcze występować, więc odszedłem z kliniki, zakończyłem badania naukowe i dydaktykę, pozostawiłem tylko samodzielną praktykę lekarską – opowiada Kuba Sienkiewicz. Wokalista „Elektrycznych Gitar” zna i plusy, i minusy takiego „połączenia” dwóch zawodów. – Minus jest taki, że zarzuciłem swoje badania. Plus natomiast objawił się w pandemii. Estrada padła, a ja rozwinąłem swoją praktykę na tyle, że estrada przestała mi być potrzebna. Inni wykonawcy mieli większy kłopot – wyjaśnia wokalista „Elektrycznych Gitar”.

Niektórym lekarzom śpiewanie pozwala odetchnąć po ciężkiej pracy w szpitalu, z pacjentami. Jest odskocznią od pracy lekarza. Ale nie dla Kuby Sienkiewicza, który wyznaje szczerze: – Śpiewanie, występowanie to dla mnie realizacja własnych narcystycznych potrzeb oraz kompulsywnego zadowalania innych ludzi. To również skutek tego, że w odpowiednim czasie nie umiałem odmówić swoim kolegom, którzy postanowili utworzyć zespół muzyczny z moim udziałem, grający mój repertuar – mówi Sienkiewicz i przyznaje, że nie zdawał sobie sprawy, co oznacza zostanie osobą publiczną, znanym twórcą i wykonawcą. – Uważałem, że to będzie zwykłe łączenie dwóch zawodów, co przecież jest spotykane. Jak widać, sprawa jest dość złożona – dodaje.

Pani profesor na jednej scenie z „Tercetem Egzotycznym”

Z innych pobudek swoją przygodę ze śpiewaniem, z występami publicznymi, zaczęła prof. Alicja Chybicka, szefowa kliniki „Przyłądek Nadziei” w Wrocławiu. – Od dziecka uwielbiałam muzykę. W miłości do muzyki byłam wychowywana przez moich rodziców. Miałam sześć-

-siedem lat, kiedy zostałam „zmuszona” do gry na pianinie. Nie byłam tym, jako dziecko, zbyt zachwycona, bo musiałam chodzić na lekcje pianina. Od tego się zaczęło. Nigdy mnie nie ciągnęło, żeby grać lub śpiewać profesjonalnie – miałam zupełnie inne pomysły na siebie: wolałam sport. Dlatego odmówiłam rodzicom pójścia do szkoły muzycznej, ale nauczyłam się grać na gitarze i dzięki temu zaczęłam śpiewać. Grałam na gitarze i śpiewałam: na różnych imprezach domowych, w szkole na wszystkich zorganizowanych apelach i akademiach. Lubiłam te moje śpiewy, występy. Potem, kiedy zaczęłam pracę jako lekarz, zaczęłam śpiewać charytatywnie, występować, żeby pomagać dzieciom chorym na nowotwory... – wspomina pani profesor, która ma na koncie bardzo profesjonalne występy sceniczne m.in. na koncertach zespołu „Tercet Egzotyczny” z Izabellą Skrybant-Dziwiątkowską. – Paweł Wróblewski, który grał wtedy na harmonijce, kiedy ja śpiewałam, powiedział: „chirurg asystował pediatrze” – to był taki eksperyment muzyczno-medyczny – dodaje pani profesor.

Pan doktor samouk

Wspomniany z „tercetowego” koncertu dr Paweł Wróblewski nie zapał „muzycznego bakcyła” od dziecka. Miłość do muzyki, do grania, przyszła u niego ciut później. – W rodzinie tradycji muzycznych nie było. Mama czasem podśpiewywała, ale generalnie od czasów złych doświadczeń w szkole podstawowej uważałam się za beztalencie w tej dziedzinie i tak odbierało mnie otoczenie. Do dziś pamiętam zaskoczenie i dumę mojej Mamy, gdy zacząłem grać – wspomina. Harmonijką ustną zainteresował się pod koniec liceum, pod wpływem filmu, w którym jeden z bohaterów pogrywał na harmonijce bluesowej. – Instrument był mały, nie rzucał się w oczy, wszędzie go można było zabrać, więc kupiłem najtańszą harmonijkę diatoniczną i zacząłem próbować. Rodzice byli bardzo tolerancyjni, gdy godzinami puszczałem w kółko te same fragmenty utworów, by znaleźć odpowiednie dźwięki na harmonijce. Ćwiczenia dawały efekty i w okresie studiów potrafiłem już przygrywać do praktycznie każdej melodii, byle w prostej tonacji. Zamiłowania żeglarskie spowodowały, że wyspecjalizowałem się w szantach. Z czasem ambicje rosły, słuchałem profesjonalnych zespołów harmonijkowych i powoli przestawiałem się na muzykę poważną. W najlepszym dla mnie okresie studiów muzyka Vivaldiego czy Veraciniego nie stanowiła dla mnie problemu. Do wykonywania utworów tego typu konieczne było jednak przedstawienie się na harmonijkę chromatyczną, która umożliwia łatwe wydobywanie półtonów. Niestety nieznanostwo nut mocno utrudnia naukę gry skomplikowanej muzyki poważnej; polega na mozolnym szukaniu dźwięków ze słuchu. W związku z czym teraz zainteresowałem się instrumentami bluesowymi. Do moich harmonijek dołączyło też w ostatnich latach ukulele, więc mogę sobie sam akompaniować – opowiada doktor Paweł Wróblewski.

Na rejsach, złotych motocyklowych, na rodzinnym kołędowaniu

Jego zdaniem muzyka łagodzi obyczaje i odpręża, a wykonywanie jej osobiście pomnaża te dobrodziejstwa wielokrotnie.

– Nie da się jej wykonywać, uczyć nowych utworów bez całkowitego oderwania się od rzeczywistości. Szczególnie nauka przy nieznanostwo nut uczy koncentracji i cierpliwości. A harmonijka przy okazji pomaga niezwykle racjonalnie operować oddechem i kontrolować jego rytm – tłumaczy dr Wróblewski. Harmonijka towarzyszy mu od lat podczas wszelkich wyjazdów. Sposobność do jej użycia zdarza mu się niemal przy każdej okazji: przy ognisku, w autobusie podczas wspólnej podróży, biesiadzie, czy przypadkowym spotkaniu na szlaku.

– Grywałem na rejsach, złotych motocyklowych, wspólnym, rodzinnym kołędowaniu czy podczas występów w szkole muzycznej, akompaniując moim dzieciom, które muzykowały już od wczesnych lat. Od 2009 roku zaczęłam występować na profesjonalnych scenach z zespołem Sygit Band Maćka Sygita – przedsiębiorcy, który »



Fot. z archiwum rozmówców

– *Lubiłam te moje śpiewy, występy. Potem, kiedy zaczęłam pracę jako lekarz, zaczęłam śpiewać charytatywnie, występować, żeby pomagać dzieciom chorym na nowotwory...* – wspomina prof. Alicja Chybička, która ma na koncie bardzo profesjonalne występy sceniczne m.in. na koncertach zespołu „Tercet Egzotyczny” z Izabellą Skrybant-Dziewiątkowską. – *Paweł Wróblewski, który grał wtedy na harmonijce, kiedy ja śpiewałam, powiedział: „chirurg asystował pediatrze” – to był taki eksperyment muzyczno-medyczny – dodaje pani profesor.*

zmobilizował znanych wrocławian, aby wykorzystali swoje talenty w zbożnym celu: charytatywnych występach z różnych okazji. Akompaniowałam takim sławom, jak profesorowie: Alicja Chybička, Marek Ziętek, Marek Sąsiadek czy Jan Miodek, niezyczącemu już niestety znanemu przedsiębiorcy obdarzonemu niezwykle głośnym głosem Mirkowi Wróblowi i wielu innym artystom-amatorom. Cały dochód z naszych występów przekazywany był na konkretne cele: zakupy sprzętu medycznego dla dolnośląskich szpitali, remont wrocławskiej synagogi czy budowę „Przyłądka Nadziei” – opowiada dr Paweł Wróblewski.

I scena opery, i filharmonii

Dzięki Maćkowi Sygitowi miał okazję występować chyba na wszystkich liczących się dolnośląskich scenach: od wrocławskiej opery, poprzez Capitol, po filharmonię jeleniogórską. W 2010 roku wystąpił z „Tercetem Egzotycznym”, a koncert transmitowany był przez polską telewizję i potem powtarzany wielokrotnie. – To było chyba moje najbardziej emocjonujące przeżycie artystyczne – wspomina po latach. Dziś najlepiej relaksuje się przy piosence turystycznej, ale nieobcy mu jest żaden rodzaj muzyki.

– Moją wadą jest to, że jeśli jakiś utwór czy wykonawca szczególnie mi się spodoba, słucham go wielokrotnie do znudzenia, co różnie znosi moja rodzina. To chyba przyzwyczajenie z czasów, gdy tak

uczyłem się grać nowe utwory. Słucham dobrych harmonijkarzy, bluesmenów, muzyki pop, raczej wykonawców z końca ubiegłego stulecia. Dzisiejsza muzyka jakoś słabo do mnie dociera, chyba, że są to covery na ukulele czy harmonijkę. Generalnie lubię słuchać tego, co potem mam ochotę sam zagrać – mówi dr Wróblewski.

W jej śpiewaniu chodzi o pomaganie innym

Alicja Chybička przyznaje, że śpiewanie pomaga jej odpocząć od pracy lekarza. – Muzyka zawsze jest dla mnie odskocznią – czy to śpiewam, czy tylko słucham muzyki, gdy jestem na koncertach. Uwielbiam muzykę poważną, jazzową, rap. Teraz moje dzieciaki ze szpitala pięknie „rapy” śpiewają, można obejrzeć na YouTube... – mówi. Ze wspomnianymi podopiecznymi z „Przyłądka Nadziei” wystąpiła też na jednej scenie. Grała z nimi na gitarze, na wrocławskim rynku, bijąc Gitarowy Rekord Guinnessa.

– Leszek Cichoński, gitarzysta i pomysłodawca rekordu, przychodził do naszej kliniki i uczył nas grać „Hej Joe”. Fundacja kupiła dzieciakom gitary, zostaliśmy posadzeni na scenie... To było przeżycie, kiedy jednocześnie zabrzmiało ponad pięć tysięcy gitar, choć myślałam, że

ogłuchną (uśmiech) – wspomina pani profesor. Co Alicja Chybicka śpiewa najchętniej? – Te piosenki, które „uciągnę”, które wiem, że jeśli zaśpiewam, to nie będę fałszowała i że mi się głos nie załamie. Zawsze kiedy Maciek Sygit proponował mi występ, to prosiłam, żeby znalazł dla mnie taką piosenkę, w której nie wypadnę tragicznie. I to samo było z Izą z „Tercetu Egzotycznego” – tak mi doberała piosenkę, żebym dała radę. Bo ja nie śpiewam profesjonalnie. Śpiewanie sprawia mi po prostu przyjemność, ogromną przyjemność, bo uwielbiam to robić. A śpiewając charytatywnie, na rzecz chorych dzieci, to mogę nawet fałszować, bo przecież w tym śpiewaniu liczy się pomaganie... – uśmiecha się prof. Chybicka.

Dzięki śpiewaniu poznała przyszłego męża

Niektórzy lekarze nie śpiewają tylko okazjonalnie, od czasu do czasu. Należy do nich Wiktoria Kałamarska, lekarz rodzinny z Wrocławia, która dorastała w domu przepelnionym muzyką. – Śpiewającym lekarzem był... mój tato. On śpiewał wszędzie: czy to był w domu, w lesie, czy na polu. I to on zaszczyił we mnie miłość do śpiewania. Już w dzieciństwie bardzo dużo śpiewałam – nawet mój brat chciał mi płacić, żebym już tego nie robiła w domu, tak miał mnie dość. Dzisiaj żałuję, że nie skorzystałam z okazji – mogłam zarobić sporo pieniędzy... (śmiech). W liceum miałam grupę kolegów, którzy grali na gitarach i gdy dowiedzieli się, że umiem śpiewać, to zaprosili mnie do swojego zespołu, żebym z nimi występowała – opowiada Wiktoria Kałamarska. Razem z zespołem śpiewała piosenkę poetycką. Wzięli udział nawet w konkursie muzycznym zorganizowanym przez Lotnicze Zakłady Naukowe na Psim Polu we Wrocławiu i zdobyli wyróżnienie. – Musieliśmy się spodobać publiczności, bo... bisowaliśmy. Wtedy też koledzy z zespołu przedstawiali mi swojego kolegę – Maćka Kałamarskiego, który też grał na gitarze, a który obecnie jest moim mężem. Od tamtej pory razem gramy i śpiewamy – uśmiecha się. Kilka lat temu mąż pani doktor poznał wrocławskiego poetę Wojtka Podgórnego i razem wpadli na pomysł, że będą organizować raz w miesiącu cykliczne spotkania muzyczne – „Dżem Session”.

– I na tych spotkaniach śpiewałam, głównie cove-ry różnych przebojów, a od pewnego czasu śpiewam swoje kompozycje: tekst i melodię większości piosenek piszę ja, natomiast mój mąż opracowuje te utwory na gitarę i razem je aranżujemy. I tak powstał nasz repertuar, z którym występujemy – mówi Wiktoria Kałamarska. – Gdy była możliwość koncertowania, przed covidem, to śpiewałam je przed publicznością. Teraz występujemy w przeglądach... internetowych: „Gieldzie Piosenki Studenckiej” w Szklarskiej Porębie, „Bazunie”, w „Domówce” braliśmy udział w zeszłym roku... Taki czas, że występy przeniosły się do internetu. Lubię śpiewać i gdy tylko jest możliwość śpiewania, to robię to – dodaje.

Płyta z piosenkami w przygotowaniu

Swoich własnych, autorskich piosenek, mają z mężem już około dwudziestu. Czyli materiał na płytę jest. Czy planują nagrać debiutancki krążek? – Mamy wstępnie zrobione nagrania na naszą płytę: to tzw. „piloty”; Maciek nagrał gitary, ja zaśpiewałam. Prace nad płytą są w toku – zdradza pani doktor. Śpiewanie dla niej to drugi świat, oddech. – To, że nie muszę się utrzymywać z grania, to jest duży plus. Bo ze śpiewania bym się nie utrzymała: być muzykiem to jest



Niektórzy lekarze nie śpiewają tylko okazjonalnie, od czasu do czasu. Należy do nich Wiktoria Kałamarska, lekarz rodzinny z Wrocławia, która dorastała w domu przepelnionym muzyką. (...)

ciężki kawałek chleba. Łatwiej jest zarobić na życie będąc lekarzem. Praca lekarza to praca umysłowa, bardzo wymagająca, a dzięki śpiewaniu przestawiam umysł na inne tory i odpoczywam. Muzyka to inny świat: śpiewając mogę odreagować po pracy z pacjentami, a mój mąż zrobił nam salkę prób w piwnicy i możemy w domu grać i śpiewać – mówi doktor Kałamarska.

Co mówią koledzy po fachu?

Czy łączenie pracy w szpitalu z estradą, z występami, spotyka się z aprobatą środowiska lekarskiego, czy też śpiewający/grający lekarze słyszą, że „lekarzowi nie wypada”? – Miałem duże wsparcie ze strony koleżanek i kolegów z kliniki. Kibicowali mi i dzielili się uwagami. Jeden z nich, warszawski neurolog Jacek Bojakowski, pisał nawet dla mnie teksty do piosenek. Inni lekarze, których spotykałam na przykład na koncertach czy sympozjach, jeszcze w latach 90. rzeczywiście ekscytowali się faktem łączenia przeze mnie tych różnych aktywności, ale z biegiem czasu przestało to kogokolwiek obchodzić. Początkowo prawdopodobnie niektórzy uważali, że to nie wypada, ale nie mówili mi tego – wspomina Kuba Sienkiewicz. A doktor Paweł Wróblewski dodaje: – Szczerze mówiąc nie wiem, jak reagują na moje granie inni. Nigdy mnie nie uciszali, więc chyba nie jest z tym moim muzykowaniem specjalnie źle – uśmiecha się. ■



Fot. z archiwum „Medium”



PRAWO NA CO DZIEŃ

Mec. Beata Kozyra-Łukasiak – radca prawny DIL

23 kwietnia 2021 r. weszło w życie Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 22 kwietnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 748.

Dotychczasowy termin obowiązywania wskazanych ograniczeń, nakazów i zakazów (25 kwietnia 2021 r.) został określony na **3 maja 2021 r.**

Do 3 maja 2021 r. na obszarze województw: dolnośląskiego, łódzkiego, opolskiego, śląskiego i wielkopolskiego ustanawia się zakaz prowadzenia przez przedsiębiorców działalności związanej z fryzjerstwem i pozostałymi zabiegami kosmetycznymi.

23 kwietnia 2021 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2021 r. w sprawie zmiany rozporządzenia

zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 745.

Na wniosek świadczeniodawcy okres rozliczeniowy określony w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kończący się w 2020 r., może zostać przedłużony, nie dłużej niż do 30 czerwca 2021 r., w sposób określony przez prezesa NFZ.

W przypadku gdy okres rozliczeniowy został przedłużony na wniosek świadczeniodawcy, okres ten może zostać przedłużony po raz kolejny, nie dłużej niż do 31 grudnia 2021 r., w sposób określony przez prezesa NFZ. Świadczeniodawca składa wniosek w terminie do 30 czerwca 2021 r.

W przypadku zakresów świadczeń realizowanych w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień realizowanych w warunkach stacjonarnych, należność za okresy sprawozdawcze w okresie od 1 kwietnia do 30 czerwca 2021 r., może być ustalona jako kwota iloczynu odwrotności liczby okresów sprawozdawczych w okresie rozliczeniowym i kwoty zobowiązania dla danego zakresu świadczeń.

25 kwietnia 2021 r. zostało opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 755 Obwieszczenie Ministra Edukacji i Nauki z dnia 6 kwietnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu Rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego.

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

27 kwietnia 2021 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 19 kwietnia 2021 r. w sprawie dokumentów potwierdzających uprawnienia do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących uprawnionym żołnierzom lub pracownikom oraz weteranom poszkodowanym, opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 778.

1 maja 2021 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2021 r. w sprawie Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego, opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 828.

Zakres problematyki uwzględnianej przy opracowaniu pytań testowych LEK i LDEK obejmuje wiedzę z zakresu programu studiów w dziedzinach medycyny określonych programem stażu podyplomowego lekarza i stażu podyplomowego lekarza dentysty.

LEK zawiera pytania testowe z zakresu: chorób wewnętrznych, w tym chorób układu sercowo-naczyniowego – 39 pytań, pediatrii, w tym neonatologii – 29 pytań, chirurgii, w tym chirurgii urazowej – 27 pytań, położnictwa i ginekologii – 26 pytań, psychiatrii – 14 pytań, medycyny rodzinnej – 20 pytań, medycyny ratunkowej i intensywnej terapii – 20 pytań, bioetyki i prawa medycznego – 10 pytań, orzecznictwa lekarskiego – 7 pytań, zdrowia publicznego – 8 pytań – przy czym wśród pytań testowych z zakresu chorób wewnętrznych, pediatrii, chirurgii, położnictwa i ginekologii oraz medycyny rodzinnej znajduje się co najmniej 30 pytań z dziedziny onkologii.

LDEK zawiera pytania testowe z zakresu: stomatologii zachowawczej – 46 pytań, stomatologii dziecięcej – 29 pytań, chirurgii stomatologicznej – 25 pytań, protetyki stomatologicznej – 25 pytań, periodontologii – 20 pytań, ortodoncji – 20 pytań, medycyny ratunkowej – 10 pytań, bioetyki i prawa medycznego – 10 pytań, orzecznictwa lekarskiego – 7 pytań, zdrowia publicznego – 8 pytań – przy czym wśród pytań testowych z zakresu stomatologii zachowawczej, stomatologii dziecięcej, chirurgii stomatologicznej, periodontologii i ortodoncji znajduje się co najmniej 25 pytań z dziedziny onkologii.

Terminy LEK wyznacza się w okresie od 15 września do 30 września i w okresie od 15 lutego do 28 lutego. Terminy LDEK wyznacza się w okresie od 1 września do 14 września i w okresie od 1 lutego do 14 lutego. Zdający LEK albo LDEK jest obowiązany podporządkować się poleceniom członków zespołu egzaminacyjnego. Rozpoczęcie LEK albo LDEK dla wszystkich zdających w skali kraju wyznacza się o tej samej godzinie. Dopuszcza się maksymalnie 30-minutowe opóźnienie w rozpoczęciu LEK albo LDEK.

Osoba, która nie dokonała zgłoszenia lub nie wniosła opłaty egzaminacyjnej lub wniosła tę opłatę w wysokości niższej niż należna, nie może przystąpić do danego LEK albo LDEK. Czas trwania LEK albo LDEK wynosi 4 godziny. Zdający LEK albo LDEK zajmuje w sali egzaminacyjnej miejsce oznaczone wcześniej numerem kodowym nadanym przez CEM. W celu sprawdzenia, czy zdający posiada przy sobie urządzenia służące do kopiowania oraz przekazywania i odbioru informacji członkowie zespołu egzaminacyjnego mogą posługiwać się elektronicznym wykrywaczem takich urządzeń. Jedynym dokumentem przeznaczonym do udzielania odpowiedzi w trakcie LEK albo LDEK jest karta testowa oznaczona numerem kodowym zdającego nadanym przez CEM. Zdający dany LEK albo LDEK ma prawo wglądu do treści pytań testowych w celu składania zastrzeżeń. Książeczki testowe są udostępniane w sali egzaminacyjnej bezpośrednio po danym LEK albo LDEK. Zastrzeżenia złożone bez zachowania trybu określonego w tym przepisie nie podlegają rozpatrzeniu. Z posiedzenia komisji jest sporządzany protokół, zawierający w szczególności rozstrzygnięcie o uznaniu albo odrzuceniu zastrzeżeń wraz z uzasadnieniem. Do protokołu dołącza się złożone zastrzeżenia w postaci elektronicznej lub papierowej.

Ustalenie wyników LEK i LDEK następuje po rozpatrzeniu zastrzeżeń. Unieważnienie pytania testowego zostaje uwzględnione przy ustalaniu liczby punktów umożliwiających złożenie LEK albo LDEK. Ustalenie wyników LEK i LDEK następuje za pomocą systemu informatycznego przez odczyt kart testowych oznaczonych numerem kodowym. Udostępnienie zdającemu wyniku jego LEK albo LDEK następuje przez podanie wyniku procentowego do dwóch miejsc po przecinku i liczby poprawnie udzielonych odpowiedzi. W przypadku złożenia zgłoszenia do LEK albo LDEK po raz drugi i kolejny osoba zgłaszająca się wnosi opłatę egzaminacyjną

w wysokości 100 zł. W przypadku złożenia zgłoszenia do LEK albo LDEK składanego w języku obcym osoba zgłaszająca się wnosi opłatę egzaminacyjną w wysokości 340 zł. CEM przesyła świadectwo złożenia LEK albo świadectwo złożenia LDEK na adres zdającego wskazany w zgłoszeniu.

3 maja 2021 r. weszło w życie Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 22 kwietnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 814.

Dotychczasowy termin obowiązywania wskazanych ograniczeń, nakazów i zakazów (**3 maja 2021 r.**) został określony na **7 maja 2021 r.**

Uprawnione do szczepień w ramach **etapu „I”** są również osoby urodzone w latach 1982–2002 oraz w roku 2003, które ukończyły 18. rok życia (od 30 kwietnia 2021). Wymienione osoby, którym przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia zostało wystawione skierowanie na szczepienie ochronne przeciwko COVID-19, są uprawnione, w okresie ważności tego skierowania, do poddania się temu szczepieniu.

5 maja 2021 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 30 kwietnia 2021 r. w sprawie organizacji i sposobu funkcjonowania centrum powiadamiania ratunkowego oraz procedur obsługi zgłoszeń alarmowych, opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 832.

6 maja 2021 r. zostało opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 857 Obwieszczenie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 25 marca 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności.

6 maja 2021 r. weszło w życie Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 5 maja 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 852.

Okres realizacji obowiązku odbycia kwarantanny przez osobę przekraczającą granicę RP, która rozpoczęła podróż z terytorium Federacyjnej Republiki Brazylii, Republiki Indii albo Republiki Południowej Afryki, ulega skróceniu w przypadku uzyskania przez tę osobę negatywnego wyniku testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 wykonanego po przekroczeniu granicy RP w okresie nie wcześniejszym niż 7 dni, licząc od momentu jej przekroczenia. Obowiązek odbycia kwarantanny uznaje się za zrealizowany z chwilą wprowadzenia negatywnego wyniku testu przez medyczne laboratorium diagnostyczne wykonujące diagnostykę zakażenia wirusem SARS-CoV-2 do systemu teleinformatycznego.

6 maja 2021 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 maja 2021 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 2021 r., poz. 853.

Zakończenie izolacji następuje po 24 godzinach bez gorączki bez używania leków przeciwgorączkowych oraz z poprawą kliniczną, ale nie wcześniej niż po 10 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 POZ, który udzielił teleporady lub porady w warunkach domowych nie wcześniej niż w ósmego dnia odbywania tej izolacji, przedłuży okres jej trwania. »



7 maja 2021 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 maja 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie metody zapobiegania COVID-19, opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 855.

Szczepienia są wykonywane w przypadkach uzasadnionych efektywnością ich wykonywania, również w szpitalu psychiatrycznym, dla osób tam przebywających oraz jednostkach penitencjarnych dla osób tam osadzonych.

7 maja 2021 r. zostało opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 866 Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 31 marca 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o diagnostyce laboratoryjnej.

8 maja 2021 r. weszło w życie Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 861.

Ustala się, że obszarem, na którym wystąpił stan epidemii wywołany zakażeniami wirusem SARS-CoV-2, jest terytorium RP.

Do 5 czerwca 2021 r. osoba przekraczająca granicę państwową stanowiącą granicę zewnętrzną w strefie Schengen w celu udania się do swojego miejsca zamieszkania lub pobytu na terytorium RP jest obowiązana odbyć, po przekroczeniu granicy państwowej, obowiązkową kwarantannę trwającą 10 dni, licząc od dnia następującego po przekroczeniu tej granicy.

Obowiązek odbycia kwarantanny jest równoważny z obowiązkiem wynikającym z ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Decyzji organu inspekcji sanitarnej nie wydaje się.

Obowiązku odbycia kwarantanny nie stosuje się w przypadku przekraczania granicy RP stanowiącej granicę zewnętrzną w strefie Schengen, w ramach wykonywania czynności zawodowych m.in. przez osobę wykonującą zawód medyczny, która uzyskała kwalifikacje do wykonywania danego zawodu poza terytorium RP i przekracza tę granicę w celu udzielania świadczeń zdrowotnych na terytorium RP oraz przez osoby, którym wystawiono zaświadczenie o wykonaniu szczepienia ochronnego przeciwko COVID-19 szczepionką, która została dopuszczona do obrotu w Unii Europejskiej, przez osoby, które zakończyły izolację w warunkach domowych, izolację albo hospitalizację z powodu zakażenia wirusem SARS-CoV-2, nie później niż 6 miesięcy przed dniem przekroczenia granicy RP.

Przekraczając granicę należy udokumentować funkcjonariuszowi Straży Granicznej udzielanie świadczeń zdrowotnych na terytorium RP zaświadczeniem wystawionym przez podmiot wykonujący działalność leczniczą albo decyzją ministra zdrowia wyrażającą zgodę na wykonywanie na terytorium RP zawodu medycznego.

W pozostałych przypadkach są obowiązane dokumentować funkcjonariuszowi Straży Granicznej szczepienie przeciwko COVID-19 zaświadczeniem o wykonaniu tego szczepienia wystawionym w języku polskim albo w języku angielskim lub objęcie izolacją, izolacją w warunkach domowych albo hospitalizację z powodu zakażenia wirusem SARS-CoV-2 dokumentem wystawionym w języku polskim albo w języku angielskim.

Okres realizacji obowiązku odbycia kwarantanny ulega skróceniu w przypadku uzyskania przez osobę przekraczającą granicę negatywnego wyniku testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 wykonanego po przekroczeniu tej granicy w okresie 48 godzin, licząc od momentu jej przekroczenia. Obowiązek odbycia kwarantanny uznaje się za zrealizowany z chwilą wprowadzenia negatywnego wyniku testu przez medyczne laboratorium diagnostyczne wykonujące diagnostykę zakażenia wirusem SARS-CoV-2 do systemu teleinformatycznego.

Powyższego przepisu nie stosuje się do osoby przekraczającej granicę RP, która rozpoczęła podróż z terytorium Federacyjnej Republiki Brazylii, Republiki Indii albo Republiki Południowej Afryki. Okres realizacji obowiązku odbycia kwarantanny ulega skróceniu w przypadku uzyskania przez tę osobę negatywnego wyniku testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 wykonanego po przekroczeniu granicy RP w okresie nie wcześniejszym niż 7 dni, licząc od momentu jej przekroczenia. Testy diagnostyczne, o których mowa wyżej nie są finansowane ze środków publicznych.

Osoba skierowana do diagnostyki laboratoryjnej w kierunku wirusa

SARS-CoV-2 zgodnie ze standardem organizacyjnym w przypadku postępowania z pacjentem podejrzanym o zakażenie wirusem SARS-CoV-2 jest obowiązana poddać się kwarantannie od dnia wystawienia skierowania do wykonania testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2, chyba że skierowanie na test nastąpiło za pośrednictwem systemu teleinformatycznego.

Obowiązku poddania się kwarantannie nie stosuje się do osoby:

- wykonującej zawód medyczny,
- która poddaje się testowi diagnostycznemu w kierunku SARS-CoV-2:
 - * bez związku z podejrzeniem zachorowania na COVID-19,
 - * przed rozpoczęciem rehabilitacji leczniczej albo turnusów leczniczo-profilaktycznych,
- uczestnictwa w projekcie „Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy” realizowanym przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
- leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej,
- świadczeń uzdrowiskowego leczenia sanatoryjnego dzieci wykonywanego pod opieką dorosłych.

Zakaz opuszczania miejsca kwarantanny albo izolacji w warunkach domowych ulega zawieszeniu:

- w celu przeprowadzenia przez lekarza lub felczera badania fizykalnego zgodnie ze standardem organizacyjnym w przypadku postępowania z pacjentem podejrzanym o zakażenie wirusem SARS-CoV-2 lub
- na czas udania się do miejsca pobrania materiału biologicznego do diagnostyki laboratoryjnej w kierunku wirusa SARS-CoV-2 – oraz powrotu do miejsca odbywania kwarantanny albo izolacji w warunkach domowych.

Osoba, u której stwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2, od dnia uzyskania pozytywnego wyniku testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2, jest poddana obowiązkowej izolacji w warunkach domowych, chyba że osoba ta została skierowana do izolatorium lub poddana hospitalizacji.

Osoba prowadząca wspólne gospodarstwo domowe z osobą, u której stwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2 lub z nią zamieszkująca, od dnia uzyskania przez osobę, u której stwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2, pozytywnego wyniku testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2, jest obowiązana poddać się kwarantannie trwającej do upływu 7 dni od dnia zakończenia izolacji osoby, z którą prowadzi wspólne gospodarstwo domowe lub zamieszkuje.

Powyższego obowiązku nie stosuje się do osób zaszczepionych przeciwko COVID-19 oraz osób, które były poddane izolacji w warunkach domowych, izolacji albo hospitalizacji z powodu zakażenia wirusem SARS-CoV-2, nie później niż 6 miesięcy od dnia uzyskania przez osobę, u której stwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2, pozytywnego wyniku testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2.

Do odwołania warunkiem rozpoczęcia:

- rehabilitacji leczniczej w ośrodku rehabilitacyjnym w systemie stacjonarnym;
- turnusów leczniczo-profilaktycznych w podmiotach leczniczych nadzorowanych przez MON przez osoby uprawnione;
- turnusów leczniczo-profilaktycznych w podmiotach leczniczych utworzonych przez MSWiA, w których są udzielane stacjonarne i całodobowe świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej, przez osoby uprawnione;
- turnusów readaptacyjno-kondycyjnych w:
 - * podmiotach leczniczych utworzonych przez MSWiA, w których są udzielane stacjonarne i całodobowe świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej,
 - * jednostkach organizacyjnych podległych MON;
- turnusów antystresowych w podmiotach leczniczych utworzonych i nadzorowanych przez MSWiA;
- turnusów rehabilitacyjnych realizowanych w ramach zamówień udzielanych przez ZUS w trybie stacjonarnym – jest negatywny wynik testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2, z materiału pobranego w terminie nie wcześniejszym niż 6 dni przed terminem rozpoczęcia turnusu rehabilitacyjnego.

Zlecenia na wykonanie testu diagnostycznego dokonuje ośrodek reha-

bilityjny będący podmiotem wykonującym działalność leczniczą, do którego pacjent został skierowany na rehabilitację leczniczą. Testy diagnostyczne są finansowane ze środków publicznych.

Podstawą wykonania testu diagnostycznego w przypadku turnusów rehabilitacyjnych realizowanych przez ZUS jest zawiadomienie o skierowaniu na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej, wystawione przez właściwą jednostkę organizacyjną ZUS.

Świadczeniobiorca, który w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii przerwał rehabilitację leczniczą realizowaną w warunkach stacjonarnych, może ją kontynuować u świadczeniodawcy, u którego nastąpiło jej przerwanie, na podstawie dotychczasowego skierowania na rehabilitację leczniczą. Kontynuacja rehabilitacji leczniczej odbywa się na dotychczasowych warunkach realizacji świadczenia opieki zdrowotnej, przy uwzględnieniu liczby zrealizowanych, przed przerwaniem tej rehabilitacji, zabiegów lub osobodni. Świadczeniodawca, u którego świadczeniobiorca przerwał rehabilitację leczniczą, uzgadnia ze świadczeniobiorcą termin rozpoczęcia kontynuacji tej rehabilitacji.

W przypadku, w którym przerwanie rehabilitacji leczniczej grozi poważnym pogorszeniem stanu zdrowia, świadczeniobiorca może kontynuować tę rehabilitację u innego świadczeniodawcy. Do odwołania warunkiem rozpoczęcia:

- leczenia uzdrowskiego albo rehabilitacji uzdrowskowej,
- świadczeń uzdrowskiego leczenia sanatoryjnego dzieci wykonywanego pod opieką dorosłych
 - jest negatywny wynik testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 pacjenta oraz opiekuna dziecka z materiału pobranego w terminie nie wcześniejszym niż 4 dni przed terminem rozpoczęcia leczenia uzdrowskiego albo rehabilitacji uzdrowskowej albo zaszczepienie się pacjenta lub opiekuna dziecka, przeciwko COVID-19.

Podstawą do wykonania testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 finansowanego ze środków publicznych jest skierowanie na leczenie uzdrowskowe albo rehabilitację uzdrowskową, potwierdzone przez oddział wojewódzki NFZ.

Do 30 września 2021 r. do skierowań potwierdzonych przez oddział wojewódzki NFZ nie stosuje się terminu doręczenia świadczeniobiorcy potwierdzonego skierowania.

Do 5 czerwca 2021 r. ustanawia się czasowe zaprzestanie wykonywania działalności polegającej na organizowaniu turnusu rehabilitacyjnego dla osób niepełnosprawnych.

Do 5 czerwca 2021 r. warunkiem przyjęcia do zakładu opiekuńczo-leczniczego, zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego, hospicjum stacjonarnego oraz oddziału medycyny paliatywnej jest negatywny wynik testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 pacjenta z materiału pobranego w terminie nie wcześniejszym niż 4 dni przed terminem przyjęcia.

Powyższych przepisów nie stosuje się do osób zaszczepionych przeciwko COVID-19.

Osobie zaszczepionej przeciwko COVID-19 będącej świadczeniobiorcą udziela się świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych innych niż określone wyżej, bez konieczności wykonania testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2.

Do 5 czerwca 2021 r. warunkiem przyjęcia do domu pomocy społecznej jest negatywny wynik testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 z materiału pobranego w terminie nie wcześniejszym niż 4 dni przed wyznaczonym terminem przyjęcia.

Powyższych przepisów nie stosuje się do osób zaszczepionych przeciwko COVID-19.

Do odwołania podmioty udzielające świadczeń opieki zdrowotnej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności potwierdzają tożsamość świadczeniobiorcy na podstawie danych przekazanych przez tego świadczeniobiorcę za pośrednictwem tych systemów, w tym przez telefon.

Do odwołania wymóg dostarczenia oryginału skierowania nie później niż w terminie 14 dni roboczych od dnia wpisania na listę oczekujących na udzielenie świadczenia nie ma zastosowania.

Świadczeniobiorca ma obowiązek dostarczyć świadczeniodawcy oryginał skierowania w terminie 21 dni od dnia odwołania stanu epidemii, jednakże nie później niż w dniu udzielenia świadczenia opieki zdrowot-

nej wykonywanego na podstawie tego skierowania.

W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, przy braku możliwości dostarczenia skierowania, świadczeniobiorca przekazuje w dniu udzielenia świadczenia skan albo zdjęcie skierowania za pośrednictwem tych systemów albo jeżeli nie ma takiej możliwości, przekazuje świadczeniodawcy dane uwidocznione na tym skierowaniu.

W przypadku gdy świadczeniodawca z przyczyn organizacyjno-technicznych nie może zidentyfikować i określić w systemie teleinformatycznym statusu skierowania w celu wpisania świadczeniobiorcy na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej lub udzielenia mu świadczenia opieki zdrowotnej wystarczające jest podanie przez świadczeniobiorcę, za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, podstawowych informacji zawartych w skierowaniu oraz: klucza dostępu do skierowania albo kodu dostępu oraz numeru PESEL, a w przypadku jego braku – serii i numeru paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość, albo numeru identyfikującego skierowanie. W powyższym przypadku świadczeniobiorca składa oświadczenie o niedokonaniu zgłoszenia w celu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej u innego świadczeniodawcy na podstawie tego skierowania.

Do odwołania świadczeniobiorca, który nie zgłosił się na ustalony termin udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej i został z tego powodu skreślony z listy oczekujących, podlega przywróceniu na tę listę bez konieczności uprawdopodobnienia, że niezgłoszenie się nastąpiło z powodu siły wyższej.

Wniosek o przywrócenie na listę oczekujących świadczeniobiorca zgłasza nie później niż w terminie 14 dni od dnia odwołania stanu epidemii.

Do odwołania oświadczenia woli świadczeniobiorców o wyborze świadczeniodawcy, lekarza POZ, pielęgniarki i położnej POZ mogą być składane zgodnie z wzorami obowiązującymi 13 marca 2020 r.

Do odwołania zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne i zlecenia naprawy mogą być wystawiane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

Do odwołania w przypadku braku możliwości weryfikacji zleceń i potwierdzenia posiadania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej za pośrednictwem serwisów internetowych lub usług informatycznych NFZ, weryfikacja i potwierdzenie mogą nastąpić za pośrednictwem innych systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

Do odwołania lekarz lub felczer oraz diagnosta laboratoryjny mogą nie przekazywać odpowiednio formularzy: ZLK 1 Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej oraz ZLB 1 Zgłoszenie dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych, dotyczących zakażenia SARS-CoV-2, pod warunkiem zlecenia wykonania testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 oraz przekazania jego wyniku za pośrednictwem systemu teleinformatycznego udostępnionego przez jednostkę podległą ministrowi zdrowia.

Do 5 czerwca 2021 r. nakazuje się zakrywanie przy pomocy maseczki ust i nosa.

Od 15 maja 2021 r. do 5 czerwca 2021 r. powyższy nakaz nie dotyczy miejsc na otwartym powietrzu. Nakazu nie stosuje się m.in. w przypadku osoby, która nie może zakrywać ust lub nosa z powodu:

- całościowych zaburzeń rozwoju, zaburzeń psychicznych, niepełnosprawności intelektualnej w stopniu umiarkowanym, znacznym albo głębokim;
- trudności w samodzielnym zakryciu lub odkryciu ust lub nosa;
- zaawansowanych schorzeń neurologicznych, układu oddechowego lub krążenia, przebiegających z niewydolnością oddechową lub krążenia, po okazaniu zaświadczenia lekarskiego lub innego dokumentu potwierdzającego wymienione zaburzenia lub schorzenia.

Do 5 czerwca 2021 r. zakazuje się organizowania zgromadzeń z wyłączeniem zgromadzeń organizowanych na podstawie zawiadomienia organu gminy lub decyzji wojewody, przy czym maksymalna liczba uczestników nie może być większa niż 5.

Od 15 maja 2021 r. do 5 czerwca 2021 r. uczestnicy zgromadzenia są obowiązani do zachowania odległości co najmniej 1,5 m między sobą oraz do zakrywania ust i nosa, chyba że zgromadzenie odbywa się na otwartym powietrzu.

Od 29 maja 2021 r. do 5 czerwca 2021 r. zakazuje się organizowania »



innych niż określone powyżej zgromadzeń, w tym imprez, spotkań i zebrań niezależnie od ich rodzaju, z wyłączeniem:

- spotkań lub zebrań służbowych i zawodowych;
- imprez i spotkań do 25 osób, które odbywają się w lokalu lub budynku wskazanym jako adres miejsca zamieszkania lub pobytu osoby, która organizuje imprezę lub spotkanie, do limitu osób nie wlicza się osoby organizującej imprezę lub spotkanie oraz osób wspólnie z nią zamieszkujących lub gospodarujących;
- imprez i spotkań do 50 osób, które odbywają się na otwartym powietrzu albo w lokalu lub w wydzielonej strefie gastronomicznej sali sprzedaży.

Do liczby osób, o której mowa wyżej, nie wlicza się osób zaszczepionych przeciwko COVID-19. Zakazu organizowania zgromadzeń nie stosuje się w przypadku przeprowadzania m.in. szkoleń lub egzaminów w ramach kształcenia w zawodach medycznych.

Podmioty przeprowadzające szczepienia ochronne przeciwko COVID-19 mają obowiązek stosowania tych szczepień w następującej kolejności:

– w ramach etapu „0”:

- osoby zatrudnione w podmiocie leczniczym wykonujące zawód medyczny lub których praca pozostaje w bezpośrednim związku z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej w tym podmiocie;
- osoby wykonujące zawód w ramach działalności leczniczej jako praktyka zawodowa oraz osoby zatrudnione przez tę praktykę wykonujące zawód medyczny lub których praca pozostaje w bezpośrednim związku z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej w tej praktyce;
- przedstawiciele ustawowi dzieci urodzonych przed ukończeniem 37. tygodnia ciąży, które w dniu podania ich przedstawicielom ustawowym pierwszej dawki szczepionki przeciwko COVID-19 są hospitalizowane w podmiocie leczniczym i których przewidywany okres hospitalizacji będzie dłuższy od czasu wymaganego dla osoby poddanej szczepieniu do uzyskania optymalnej odporności na zakażenie wirusem SARS-CoV-2;
- osoby inne niż określone wyżej zatrudnione w podmiocie wykonującym działalność leczniczą;
- farmaceuci i technicy farmaceutyczni zatrudnieni w aptece ogólnodostępnej;
- nauczyciele akademicy zatrudnieni w uczelni medycznej albo w innej uczelni prowadzący zajęcia na kierunkach przygotowujących do wykonywania zawodu medycznego oraz doktoranci i studenci tych uczelni biorący udział, zgodnie z programem studiów, w zajęciach z udziałem pacjentów lub w trakcie których następuje kontakt z biologicznym materiałem zakaźnym;
- osoby zatrudnione w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej lub w placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku;
- urzędowni lekarze weterynarii oraz osoby zatrudnione w Inspekcji Weterynaryjnej, wykonujące czynności związane z kontrolą występowania zakażenia SARS-CoV-2 u norek i zwalczaniem ognisk tej choroby.

– w ramach etapu „I”:

- pacjenci: zakładu opiekuńczo-leczniczego, zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego, hospicjum stacjonarnego lub domowego i oddziału medycyny paliatywnej oraz osoby przebywające w domu pomocy społecznej lub w placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku;
- osoby zatrudnione w ogrzewalniach i noclegowniach;
- osoby urodzone:
 - nie później niż w 1941 r.,
 - w latach 1942–1951 lub osoby powyżej 18. roku życia urodzone po 1951 r. z następującymi stanami zwiększającymi ryzyko ciężkiego przebiegu COVID-19: dializowane z powodu przewlekłej niewydolności nerek lub z chorobą nowotworową, u których po 31 grudnia 2019 r. prowadzono leczenie chemioterapią lub radioterapią, lub poddawane przewlekłej wentylacji mechanicznej, lub po przeszczepach komórek, tkanek i narządów, u których prowadzono leczenie immunosupresyjne, lub u których zdiagnozowano chorobę nowotworową i zakwalifikowano do leczenia chemioterapią lub radioterapią, a nie rozpoczęto leczenia, lub oczekujące na przeszczepienie;

- w latach 1952–1961, 1962–1981, 1982–2002, w roku 2003, które ukończyły 18. rok życia;
- nauczyciele, wychowawcy i inni pracownicy pedagogiczni, osoby prowadzące zajęcia rozwijające zainteresowania, pomoc nauczyciela i pomoc wychowawcy, zatrudnieni w przedszkolu, innej formie wychowania przedszkolnego, szkole lub placówce działającej w systemie oświaty, przedszkolu lub szkole funkcjonującej w systemie oświaty innego państwa znajdujących się na terytorium RP, Centralnej Komisji Egzaminacyjnej i okręgowych komisjach egzaminacyjnych, osoby pracujące z dziećmi w placówce wsparcia dziennego, placówce opiekuńczo-wychowawczej, regionalnej placówce opiekuńczo-terapeutycznej, interwencyjnym ośrodku preadopcyjnym, w ramach form opieki nad dziećmi w wieku do lat 3, nauczyciele skierowani do pracy za granicą i instruktorzy praktycznej nauki zawodu prowadzący zajęcia praktyczne;
- nauczyciele akademicy zatrudnieni w uczelni innej niż medyczna oraz inne osoby prowadzące w uczelni zajęcia ze studentami lub doktorantami zgodnie z programem odpowiednio studiów albo kształcenia;
- osoby prowadzące zajęcia na uczelniach kościelnych oraz w wyższych seminariach duchownych;
- funkcjonariusze albo żołnierze: Sił Zbrojnych RP, policji, Straży Granicznej, ABW, Agencji Wywiadu, CBA, Służby Wywiadu Wojskowego, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Celno-Skarbowej, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Ochrony Państwa, Służby Więziennej, Inspekcji Transportu Drogowego, straży ochrony kolei, strażnicy straży gminnej (miejskiej), prokuratorzy i asesory prokuratury oraz członkowie ochotniczych straży pożarnych, ratownicy górscy i wodni wykonujący działania ratownicze;
- osoby bezpośrednio zapewniające funkcjonowanie podstawowej działalności państwa oraz osoby wykonujące czynności pozostające w bezpośrednim związku z przeciwdziałaniem COVID-19;
- członkowie kadry narodowej polskich związków sportowych w sportach olimpijskich, zawodnicy przygotowujący się do igrzysk olimpijskich, igrzysk paraolimpijskich lub igrzysk głuchych, członkowie sztabów szkoleniowych kadr narodowych polskich związków sportowych w sportach olimpijskich, członkowie sztabów szkoleniowych zawodników przygotowujących się do igrzysk olimpijskich, igrzysk paraolimpijskich lub igrzysk głuchych oraz członkowie Misji Olimpijskiej oraz Misji Paraolimpijskiej.

Osoby, które przebyły chorobę wywołaną zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, są poddawane szczepieniu ochronnemu przeciwko COVID-19 w terminie nie wcześniejszym niż 3 miesiące od dnia uzyskania pozytywnego wyniku testu na obecność wirusa SARS-CoV-2. Powyższy warunek nie dotyczy osób, u których stwierdzono stan zwiększający ryzyko ciężkiego przebiegu COVID-19.

W sytuacji ryzyka niewykorzystania szczepionki dopuszcza się szczepienie osób innych niż określone wyżej, które ukończyły 18 lat.

Minister zdrowia informuje podmioty, w których przebywają albo są zatrudnione lub pełnią służbę osoby uprawnione do szczepień w ramach etapu „I”, o możliwości wystawienia skierowania na szczepienie przeciwko COVID-19.

Minister zdrowia podaje do publicznej wiadomości informację o dacie rozpoczęcia szczepienia osób wchodzących w skład poszczególnych grup.

Osoby, które zostały zaszczepione pierwszą dawką szczepionki przeciwko COVID-19, a które nie zostały wymienione w rozporządzeniu, są uprawnione do otrzymania drugiej dawki tej szczepionki.

8 maja 2021 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 749.

W załącznikach do rozporządzenia uchylone zostały przepisy dotyczące opinii wojewody lub ministra zdrowia o celowości inwestycji. Ponadto zmiany dotyczą świadczeń ogólnostomatologicznych dla

dzieci i młodzieży udzielanych w gabinecie dentystycznym zlokalizowanym w szkole.

11 maja 2021 r. weszło w życie Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 10 maja 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 879.

Dokument elektroniczny potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej zawiera imię i nazwisko, numer PESEL świadczeniobiorcy, informację, według stanu na dzień jego sporządzenia, o prawie do świadczeń opieki zdrowotnej. Ponadto, dokument elektroniczny może zawierać informację o wystawieniu świadczeniobiorcy zaświadczenia o wykonaniu szczepienia ochronnego przeciwko COVID-19 szczepionką, która została dopuszczona do obrotu w Unii Europejskiej, lub o poddaniu świadczeniobiorcy obowiązkowej kwarantannie lub izolacji w warunkach domowych, o których mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

12 maja 2021 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie świadczeń opieki zdrowotnej niezakwalifikowanych jako świadczenia gwarantowane oraz odpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych uprawnionym żołnierzom lub pracownikom oraz weteranom poszkodowanym, opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 884.

15 maja 2021 r. weszło w życie Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 14 maja 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 905.

Do odwołania warunkiem rozpoczęcia rehabilitacji w ramach turnusu rehabilitacyjnego jest negatywny wynik testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 uczestnika tego turnusu z materiału pobranego w terminie nie wcześniejszym niż 4 dni przed terminem rozpoczęcia turnusu albo zaszczepienie się przeciwko COVID-19.

Powyższy przepis stosuje się odpowiednio do opiekuna uczestnika turnusu rehabilitacyjnego, jeżeli konieczność jego obecności wynika z wniosku lekarza kierującego osobą niepełnosprawną na turnus. Podstawą wykonania testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2, finansowanego ze środków publicznych, dla wymienionych osób jest skierowanie wystawione:

- po dokonaniu przez te osoby zgłoszenia za pośrednictwem formularza udostępnionego przez ministra zdrowia na stronie internetowej urzędu obsługującego tego ministra lub
- przez lekarza POZ.

W ramach etapu „I” szczepień ochronnych przeciwko COVID-19 dodano osoby urodzone w latach 2003–2004 oraz w roku 2005, które ukończyły 16. rok życia.

Od 17 maja 2021 r. osoby, które przebyły chorobę wywołaną zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, są poddawane szczepieniu ochronnemu przeciwko COVID-19 w terminie nie wcześniejszym niż 30 dni od dnia uzyskania pozytywnego wyniku testu na obecność wirusa SARS-CoV-2.

Powyższy warunek nie dotyczy osób urodzonych w latach 1942–1951 lub osoby powyżej 18. roku życia urodzonej po 1951 r. ze wskazanymi stanami zwiększającymi ryzyko ciężkiego przebiegu COVID-19.

W sytuacji ryzyka niewykorzystania szczepionki dopuszcza się szczepienie osób innych niż określone w rozporządzeniu, które ukończyły 16 lat.

19 maja 2021 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 12 maja 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów oraz sposo-

bu przetwarzania dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 916.

Skierowanie na szczepienie przeciwko COVID-19 zawiera numer identyfikujący skierowanie, nadawany przez system teleinformatyczny podmiotu wystawiającego skierowanie lub Elektroniczną Platformę Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych, datę wystawienia skierowania, oznaczenie podmiotu wystawiającego skierowanie, oznaczenie pacjenta kierowanego na szczepienie: nazwisko i imię (imiona), datę urodzenia, wiek, płeć, adres miejsca zamieszkania, adres miejsca pobytu na terytorium RP lub adres miejsca zameldowania, jeżeli posiada, numer PESEL, jeżeli został nadany, a w przypadku osób, które go nie mają – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, dane kontaktowe (numer telefonu lub adres poczty elektronicznej), jeżeli posiada, oznaczenie osoby kierującej na szczepienie, rozpoznanie oraz kod procedury medycznej wskazujące na potrzebę szczepienia przeciwko COVID-19, inne informacje lub dane niezbędne do przeprowadzenia szczepienia.

Skierowanie na szczepienie przeciwko COVID-19 wystawione przez Elektroniczną Platformę Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych nie zawiera danych osoby kierującej na szczepienie.

19 maja 2021 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 11 maja 2021 r. w sprawie monitorowania realizacji indywidualnego prawa do świadczeń opieki zdrowotnej weteranów poszkodowanych-żołnierzy, opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 910.

19 maja 2021 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 maja 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie metody zapobiegania COVID-19, opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 880.

Szczepieniami są objęte osoby, które najpóźniej w dniu przeprowadzenia szczepienia ukończyły 16. rok życia, nieszczepione lub niemające udokumentowanego zakończonego szczepienia (od 15 maja 2021 r.).

21 maja 2021 r. weszło w życie Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 26 kwietnia 2021 r. w sprawie dokumentu potwierdzającego uprawnienia do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej przysługujące weteranowi poszkodowanemu-funkcjonariuszowi Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego albo weteranowi poszkodowanemu-funkcjonariuszowi Agencji Wywiadu, opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 858.

26 maja 2021 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 maja 2021 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej, opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 880.

26 maja 2021 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 maja 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu leków dla świadczeniobiorcy posiadającego tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu”, opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 880.

Załącznik do rozporządzenia określa wykaz leków, które świadczeniobiorca posiadający tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu” może stosować w związku z oddawaniem krwi lub w związku z oddawaniem szpiku lub innych regenerujących się komórek i tkanek albo narządów. ■



ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1981

Koleżanki i Koledzy! Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie absolwentów Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 17-19 września 2021 r. Miejscem spotkania będzie hotel „Las” (58-573 Piechowice, ul. Turystyczna 8).

Program zjazdu

17 września 2021 r. (piątek)

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

18 września 2021 r. (sobota)

godz. 8.00-10.00 Śniadanie
godz. 13.30 Pamiątkowe zdjęcie grupowe przed hotelem

godz. 14.00 Obiad
godz. 19.00-2.00 Bankiet

19 września 2021 r. (niedziela)

godz. 8.00-10.00 Śniadanie i pożegnania

W sobotę o godz. 11.00 msza św. dla osób chętnych w intencji lekarzy z naszego roku oraz wspomnianie Tych, którzy odeszli (Rzymskokatolicka Parafia pw. św. Antoniego Padewskiego, ul. Kryształowa 40, Piechowice).

Oplata 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 30.06.2021 r. z dopiskiem „Zjazd 1981”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panieńskiego.

Do dyspozycji gości pokoje 2-3-osobowe – proszę o e-mailowe zgłaszanie nazwisk Kolegów i Koleżanek, z którymi chcą być Państwo zakwaterowani.

UWAGA! W hotelu zapewnione jest bezpłatne korzystanie z kortu tenisowego, basenu, jacuzzi, sauny, jak również dostęp do bezprzewodowego internetu oraz bezpłatny parking.

Za Komitet Organizacyjny

Adam Ciemięga, Halina Dembolecka-Ciemięga,
Mariusz Markuszewski, Mariola Sędzimirka

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1994

Koleżanki i Koledzy! Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie absolwentów Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 18-20 czerwca 2021 r. w Kudowie-Zdroju (Hotel Kudowa**** Manufaktura Relaksu, ul. Pogodna 16, 57-350 Kudowa-Zdrój).

Program zjazdu

18 czerwca 2021 r. (piątek)

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

19 czerwca 2021 r. (sobota)

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

godz. 14.00 Obiad
godz. 19.00-2.00 Bankiet

20 czerwca 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.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto: 66 1090 2590 0000 0001 3393 3014 do 10.06.2021 r. z dopiskiem „Zjazd 1994”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panieńskiego.

Do dyspozycji gości pokoje 2-3-osobowe – 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

Magdalena Hirowska-Tracz, Jacek Poleszczuk

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1995

Koleżanki i Koledzy! Zapraszamy na kolejne spotkanie koleżeńskie, tym razem z okazji 25-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 24-26 września 2021 r. Miejscem spotkania będzie ośrodek Vital & SPA Resort Szarotka w Zieleńcu.

Program zjazdu

24 września 2021 r. (piątek)

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

25 września 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
Obiad, czas wolny

godz. 14.00 Bankiet
godz. 19.00-2.00 Bankiet

26 września 2021 r. (niedziela)

godz. 9.00-10.00 Śniadanie i pożegnania

Oplata 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 30.06.2021 r. z dopiskiem „Zjazd 1995”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panieńskiego.

Do dyspozycji gości pokoje 2-3-osobowe – 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

Blizszych informacji udziela Patrycja Malec, kom. 501 217 204, e-mail: patka.malec@wp.pl

Uchwały Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 6 maja 2021 roku

NR 39/2021

w sprawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

NR 40 /2021

w sprawie zakupu programu komputerowego Lex Premium

§ 1

Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu wyraża zgodę na zakup programu komputerowego Lex Premium na okres 12 miesięcy na kwotę 44 888,70 zł brutto.

Uchwały Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 20 maja 2021 roku

NR 41/2021

w sprawie ustalenia liczby mandatów w poszczególnych rejonach wyborczych DIL oraz liczby mandatów na Zjazd Delegatów Dolnośląskiej Izby Lekarskiej

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu ustala liczbę mandatów dla delegatów, którzy powinni być wybrani w poszczególnych rejonach wyborczych Dolnośląskiej Izby Lekarskiej. Lista rejonów wyborczych wraz z liczbą mandatów stanowi załącznik nr 1 do uchwały.

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



**Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
we Wrocławiu
zaprasza na kurs medyczny online**

WEBINARIUM: „ASERTYWNOŚĆ W PRACY LEKARZA. JAK STAWIAĆ GRANICE PACJENTOM ORAZ WSPÓŁPRACOWNIKOM?”

**który odbędzie się w następujących terminach:
4 września 2021 r. (sobota), godz. 11.00-15.00,
23 października 2021 r. (sobota), godz. 11.00-15.00,
27 listopada 2021 r. (sobota), godz. 11.00-15.00,
11 grudnia 2021 r. (sobota), godz. 11.00-15.00.**

Wykładowca

mgr Anna Masternak, psycholog, trener komunikacji

Udział w kursie jest dobrowolny i bezpłatny. Ze względów techniczno-organizacyjnych w kursie może uczestniczyć maksymalnie 30 osób.

Uczestnikowi kursu przysługują 4 punkty edukacyjne.

Zagadnienia

1. Dlaczego trudno nam czasem być asertywnym?
2. Kiedy i dlaczego moja asertywność może być trudna do przyjęcia dla drugiej osoby?
3. Dlaczego stawianie granic jest tak ważne dla naszego zdrowia

- psychicznego?
4. Jak możemy stawiać granice nie krzywdząc innych?
 5. Jakie konsekwencje dla relacji z pacjentem niesie uległa postawa lekarza?
 6. Które z „dziecięcych emocji” oddalają nas od bycia asertywnymi dorosłymi? Jak możemy je samodzielnie „przepracować”?
 7. Kiedy i dlaczego ludzie manipulują? Jak możemy skutecznie obronić się przed próbą wymuszenia czegoś na nas?
 8. Jak w sposób asertywny radzić sobie z różnicą zdań w rozmowach z innymi ludźmi?
 9. Jak bronić swoich postaw, wartości i interesów w pracy w sposób asertywny?

W trakcie wykładu na czacie można zadawać pytania, na które wykładowca będzie udzielał odpowiedzi. Można również wziąć udział w dyskusji online za pomocą środków audiowizualnych (mikrofon, kamera).

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 oraz Komisja Stomatologiczna
Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
wraz z firmą Pozytron – Radiologia Medyczna
zapraszają na kurs radiologiczny z zakresu:**

„OCHRONA RADIOLOGICZNA PACJENTA”

**online
dla lekarzy i lekarzy dentyków**

11 września 2021 r. (sobota), godz. 10.00 – online

Link do formularz rejestracyjny: <https://pozytron.clickmeeting.com/orp-online-11-wrzesien-2021-r-szkolenie-i-egzamin-ochrona-radiologiczna-pacjenta/register>

24 września 2021 r. (piątek), godz. 18.00 – online

Link do formularz rejestracyjny: <https://pozytron.clickmeeting.com/orp-online-24-wrzesien-2021-r-szkolenie-i-egzamin-ochrona-radiologiczna-pacjenta/register>

6 listopada 2021 r. (sobota), godz. 10.00 – online

Link do formularz rejestracyjny: <https://pozytron.clickmeeting.com/orp-online-6-listopad-2021-r-szkolenie-i-egzamin-ochrona-radiologiczna-pacjenta/register>

18 listopada 2021 r. (czwartek), godz. 18.00 – online

Link do formularz rejestracyjny: <https://pozytron.clickmeeting.com/orp-online-18-listopad-2021-r-szkolenie-i-egzamin-ochrona-radiologiczna-pacjenta/register>

Kurs przeznaczony jest dla wszystkich osób wykonujących badania i zabiegi lecznicze z wykorzystaniem promieniowania jonizującego LST, LR, LMN, LRZ, LIX, FT, PMN, LRT.

Szkolenie zostanie przeprowadzone zgodnie z programem określonym w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 marca 2020 r. Ramowy program szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta określa załącznik nr 1 do ww. rozporządzenia.

**Koszt szkolenia dla członków DOLNOŚLĄSKIEJ IZBY
LEKARSKIEJ:**

materiały szkoleniowe + repetytorium* + koszt egzaminu = **390 zł**

DRL członkom DIL pokrywa koszt w wysokości 140 zł, natomiast członek DIL opłaca indywidualnie koszt w wysokości 250 zł.

Faktura za uczestnictwo w szkoleniu i egzaminie zostanie wystawiona po odbyciu szkolenia i przesłana na adres e-mail.

Koszt szkolenia dla osób niebędących członkami DIL:

350 zł mat. szkoleniowe + repetytorium* + **140 zł** koszt egzaminu = **490 zł**

* W dniu szkolenia i egzaminu odbędą się dwugodzinne warsztaty podsumowujące

Szkolenie **online** ma formę webinaru przygotowującego do egzaminu **online**. Szkolenie będzie zakończone egzaminem wewnętrznym **online**.

Szkolenie prowadzone jest drogą internetową w formie szkolenia na odległość, zgodnie z programem określonym w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 marca 2020 r. w sprawie szkoleń z dziedziny ochrony radiologicznej pacjenta (Dz.U.2020, poz. 390).

Zgodnie z art. 33n ust. 8 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe, osoby egzaminujące posiadają wyższe wykształcenie, wiedzę i doświadczenie zawodowe, zgodne z zakresem prowadzonych szkoleń, w szczególności w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta, jak również stosuje jednolity system organizacji szkolenia i egzaminu.

Po ukończeniu szkolenia uczestnik otrzyma zaświadczenie i uzyska **7 punktów edukacyjnych** zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. Po zdaniu egzaminu uczestnicy otrzymają certyfikat potwierdzający zdanie egzaminu równoważne z przyznaniem 20 punktów szkoleniowych zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 marca 2020 r.

Uczestnicy otrzymają zaświadczenie oraz certyfikat drogą kurierską.

Dla członków Dolnośląskiej Izby Lekarskiej liczba miejsc dofinansowanych przez DRL wynosi 100.

Osoby zainteresowane wzięciem udziału w szkoleniu proszone są o rejestrację na stronie: <https://www.pozytron.pl/lista-szkolen/5-ochrona-radiologiczna-pacjenta>.

W przypadku pytań proszę o kontakt telefoniczny lub e-mailowy: **DZIAŁ SZKOLEŃ:**

tel.: + 48 505 440 173 lub +48 502 268 684
e-mail: szkolenia@pozytron.pl



**Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
we Wrocławiu**

zaprasza na kurs medyczny online

WEBINARIUM: „WYPALENIE ZAWODOWE – NA CZYM POLEGA I JAK MU PRZECIWDZIAŁAĆ?”

który odbędzie się w następujących terminach:

**11 września 2021 r. (sobota), godz. 9.00-12.00,
16 października 2021 r. (sobota), godz. 9.00-12.00,
20 listopada 2021 r. (sobota), godz. 9.00-12.00,
4 grudnia 2021 r. (sobota), godz. 9.00-12.00.**

Wykładowca – lek. Dariusz Delikat, psycholog

Udział w kursie jest dobrowolny i bezpłatny. Ze względów techniczno-organizacyjnych w kursie może uczestniczyć maksymalnie 30 osób.

Uczestnikowi kursu przysługują 3 punkty edukacyjne.

Zagadnienia

Pandemia COVID-19 zmieniła życie każdego z nas. Stałe poczucie zagrożenia i niepewności, praca ponad siły i utrudnienia dnia codziennego (maseczki, kombinezony, dystans społeczny...) odciskają na nas swoje piętno. Nieuchronną konsekwencją przedłużającej się pandemii będzie dla wielu wypalenie zawodowe, nazywane też syndromem wyczerpania. To reakcja organizmu na długotrwały stres wynikający z pełnionych obowiązków zawodowych. Dotyczy głównie zawodów, w których występuje częsty i bliski kontakt z innymi ludźmi: lekarze, pielęgniarki, pracownicy służb ratowniczych, hospicjów, pracownicy socjalni, terapeuci, nauczyciele. Wypalenie zawodowe niesie ze sobą szereg konsekwencji natury psychicznej i fizycznej. Ma wpływ

na jakość kontaktów społecznych, wyniki w pracy, a nawet poczucie sensu życia. Aby po pandemii COVID-19 nie zawiązała do nas pandemia wypalenia zawodowego, warto temu zagadnieniu przyjrzeć się bliżej. Jeżeli czujesz się permanentnie zmęczony, praca nie dostarcza Ci satysfakcji, masz poczucie stagnacji zawodowej, a może doświadczasz uczucia pustki, obniżenia nastroju lub zadajesz sobie pytanie, czy powinieneś dalej wykonywać ten zawód – to znak, że szkolenie jest dla Ciebie.

Zagadnienia:

- wypalenie zawodowe – koncepcje, definicje, rodzaje,
- indywidualne, interpersonalne i organizacyjne uwarunkowania występowania wypalenia zawodowego,
- objawy i konsekwencje wypalenia zawodowego,
- metody przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu,
- zespół stresu pourazowego (PTSD) – przyczyny, objawy, związku z wypaleniem zawodowym,
- metody radzenia sobie ze stresem i negatywnymi emocjami związanymi z wykonywaną pracą,
- sposoby uzyskiwania równowagi pomiędzy pracą a życiem prywatnym – work-life balance.

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

zaprasza na kurs medyczny

„STANY NAGŁE W GABINECIE LEKARSKIM – POSTĘPOWANIE PRAKTYCZNE”

który odbędzie się w następujących terminach:

**25 września 2021 r. (sobota),
2 października 2021 r. (sobota),
9 października 2021 r. (sobota),
16 października 2021 r. (sobota),
6 listopada 2021 r. (sobota),
20 listopada 2021 r. (sobota),
4 grudnia 2021 r. (sobota),
11 grudnia 2021 r. (sobota)**

**w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej
we Wrocławiu przy al. Matejki 6 w godz. 9.00-15.00.**

Czas trwania kursu – 6 godzin,
w tym 4 godziny zajęć praktycznych.

Uczestnikowi kursu przysługuje 6 punktów edukacyjnych.

Kierownik naukowy kursu

dr hab. Jacek Smereka, prof. nadzw.

Wykładowcy:

dr hab. Jacek Smereka, prof. nadzw., lek. Marek Brodzki

Program kursu

CZĘŚĆ SEMINARYJNA

1. Podstawy patofizjologii stanów zagrożenia życia u pacjentów w gabinecie lekarskim. Typowe stany nagłych zagrożeń życia u pacjentów w gabinecie lekarskim
2. Podstawowe czynności resuscytacyjne (BLS) – ocena pacjenta, udrożnienie dróg oddechowych, sztuczne oddychanie, podtrzymanie funkcji układu krążenia
3. Aktualne wytyczne resuscytacji krążeniowo-oddechowej Europejskiej Rady Resuscytacji – zmiany w wytycznych, czynniki wpływające w istotnym

stopniu na skuteczność działań resuscytacyjnych

4. Przyczyny, rozpoznanie, zapobieganie i postępowanie w typowych stanach nagłych zagrożeń w gabinecie lekarskim: omdlenie wazowagalne, niedociśnienie ortostatyczne, zaburzenia oddechowe, hiperglikemia, napad padaczkowy, anafilaksja, toksyczne działanie leków miejscowo znieczulających
5. Farmakologia leków stosowanych w stanach nagłych zagrożeń w gabinecie lekarskim – skład i praktyczne zastosowanie leków z zestawu przeciw-wstrząsowego
6. Podstawowe zabiegi ratujące życie – usuwanie ciała obcego z dróg oddechowych, wprowadzanie rurki ustno-gardłowej, wentylacja workiem AMBU, konikotomia
7. Zasady tlenoterapii – sprzęt, wskazania, metody

CZĘŚĆ PRAKTYCZNA

1. Podstawowe czynności resuscytacyjne – ocena pacjenta, układanie w odpowiednich pozycjach, ocena układu krążenia i oddechowego, udrażnianie dróg oddechowych, pośredni masaż serca
2. Ćwiczenia praktyczne na fantomach – resuscytacja krążeniowo-oddechowa (resuscytacja osoby dorosłej)
3. Ćwiczenia praktyczne na fantomach – resuscytacja krążeniowo-oddechowa (resuscytacja dziecka)
4. Prawidłowo prowadzony pośredni masaż serca – ćwiczenia i ocena na fantomie z pomiarem jakości resuscytacji
5. Defibrylacja zautomatyzowana (AED) – ćwiczenia praktyczne na fantomie z użyciem defibrylatora
6. Udrażnianie i zabezpieczanie dróg oddechowych – wentylacja workiem samorozprężalnym, zakładanie rurki ustno-gardłowej, maski krtaniowej i l-gel
7. Postępowanie w przypadku całkowitej niedrożności dróg oddechowych – konikotomia, ćwiczenia na fantomie
8. Lek z zestawu przeciw-wstrząsowego – przygotowanie i podawanie leków, tlenoterapia
9. Drogi podawania leków – podskórna, domięśniowa, dożylna
10. Zakładanie dostępu dożylnego (wenflonu) – ćwiczenia na fantomie

Osoby zainteresowane wzięciem udziału w warsztatach proszone są WYŁĄCZNIE O PISEMNE zgłaszanie się do Komisji Kształcenia DRL: e-mail: komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl O uczestnictwie decyduje kolejność zgłoszeń. Maksymalna liczba uczestników w jednym terminie – 18 osób.

PLAN KURSU SPECJALIZACYJNEGO „PRAWO MEDYCZNE”, online

I termin: 11-13.10.2021, II termin: 15-17.11.2021

11 października 2021 (poniedziałek) i 15 listopada 2021 (poniedziałek)		
8.00-10.15	dr hab. n. prawnych Agata Wnukiewicz-Kozłowska	Zasady wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry: pojęcie zawodu lekarza/lekarza dentystry, standardy wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry (zgodność z aktualną wiedzą medyczną, zgodność z dostępnymi środkami i metodami, obowiązek ustawicznego kształcenia, zgodność z zasadami etyki lekarskiej). Prawa i obowiązki lekarza/lekarza dentystry: informowanie pacjenta, uzyskiwanie zgody na leczenie, obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej, lekarski obowiązek udzielenia pomocy, odmowa leczenia, klauzula sumienia. Prawa i obowiązki pacjenta
10.15-10.30		P R Z E R W A
10.30-12.00	dr hab. n. prawnych Agata Wnukiewicz-Kozłowska	Nabywanie i utrata kwalifikacji zawodowych, prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry. Zasady wypisywania recept na leki oraz zleceń na wyroby medyczne. Zasady prowadzenia eksperymentów medycznych i badań klinicznych
12.00-12.15		P R Z E R W A
12.15-14.30	dr n. med. Katarzyna Połtyn-Zaradna	Organizacja opieki zdrowotnej w Polsce i Unii Europejskiej, zasady sprawowania opieki zdrowotnej w świetle Konstytucji RP. Zasady powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (prawa i obowiązki osoby ubezpieczonej, organizacja i zakres udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, dokumentacja związana z udzielaniem świadczeń udzielanych ze środków publicznych)
12 października 2021 (wtorek) i 16 listopada 2021 (wtorek)		
8.00-8.45	dr n. med. Paweł Wróblewski	Zadania i działanie samorządu lekarskiego: zadania izb lekarskich
8.45-10.15	dr n. prawnych Ewa Wójtowicz	Wykonywanie działalności leczniczej: pojęcie i zakres działalności leczniczej, podmioty lecznicze, prawne formy prowadzenia działalności leczniczej, praktyka zawodowa lekarza oraz lekarza dentystry
10.15-10.30		P R Z E R W A
10.30-11.15	prof. dr hab. Dariusz Patrzalek	Problemy prawne przeszczepiania
11.15-12.00	dr n. med. Anna Orońska	Problemy prawne medycyny paliatywnej i stanów terminalnych
12.00-12.15		P R Z E R W A
12.15-13.00	dr n. med. Monika Kantorska-Janiec	Problemy prawne związane z leczeniem chorób psychicznych, przeciwdziałaniem i leczeniem uzależnień
13.00-14.30	mgr Aleksandra Stebel	Zadania i działanie samorządu lekarskiego: postępowanie przed organami izb lekarskich (rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej oraz sądem lekarskim). Prawa i obowiązki członków samorządu lekarskiego
13 października 2021 (środa) i 17 listopada 2021 (środa)		
8.00-11.00	dr hab. n. prawnych Agata Wnukiewicz-Kozłowska	Prowadzenie i udostępnianie dokumentacji medycznej. Problemy prawne sztucznej prokreacji oraz przerywania ciąży. Problemy prawne zabiegów estetycznych. Problemy prawne związane z zapobieganiem i leczeniem chorób zakaźnych
11.00-12.30	adv. dr Andrzej Malicki	Odpowiedzialność prawna lekarza: karna i cywilna
12.30-14.00	dr n. med. Jakub Trnka	Stwierdzanie zgonu i ustalanie przyczyny zgonu
14.00-15.30	dr hab. n. prawnych Agata Wnukiewicz-Kozłowska	Test i zaliczenie kursu

Organizatorem kursu specjalizacyjnego jest Komisja Kształcenia DRL. Rekrutacja odbywa się poprzez stronę Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (formularz zgłoszeniowy).

Spacerem do Szpitala Uniwersyteckiego przy ul. Borowskiej

Do wynajęcia lokal/kawalerka 24 m²
przy ul. Brzoskwiniowej 4.
Pokój z aneksem kuchennym
oraz łazienka i przedpokój.
1400 zł/mies. + opłaty
Roman +48 697 898 259



Pierwszy najem, serdecznie zapraszamy!

Powiatowy Zespół Szpitali w Oleśnicy zatrudni lekarzy do pracy na Oddziale Chirurgii Ogólnej i w Izbie Przyjęć.

Gwarantujemy profesjonalne przeszkolenie, możliwość rozwoju zawodowego. Proponujemy formę zatrudnienia dostosowaną do indywidualnych preferencji pracownika (kontrakt, umowa zlecenie, umowa o pracę).

Prosimy o przesyłanie ofert na adres e-mail: sekretariat@pzsolesnica.pl
lub dostarczanie osobiste do sekretariatu Powiatowego Zespołu Szpitali w Oleśnicy.



Fot. z archiwum A.K.

ur. 11.05.1935, zm. 18.05.2020

Cześć Jego pamięci!

Śp. lek. Jan Małyszczak

Lekarz psychiatra, podpułkownik Wojsk Rzeczypospolitej, związany zawodowo ze 105 Wojskowym Szpitalem Garnizonowym w Żarach (obecnie 105. Kresowy Szpital Wojskowy), członek Stowarzyszenia Lekarzy Dolnośląskich i Wychowanków Medycyny Wrocławskiej.

Odszedł mój Przyjaciel Jan Małyszczak. Lekarz wybitny, podpułkownik Wojsk Rzeczypospolitej, ale nade wszystko Człowiek niecodzienny.

Urodził się w wiosce Mościszki, położonej pomiędzy Gostyniem, Kościanem i Śremem. Uwielbiał te strony, często je odwiedzał, a o każdej z okolicznych wiosek i miejscowości, w której mieszkał ktoś z rodziny, lub jego znajomy, potrafił opowiadać bez końca.

Janka poznałem ponad pół wieku temu w 105 Wojskowym Szpitalu Garnizonowym w Żarach, gdzie zostałem zesłany na dwuletnią okresową służbę wojskową już jako specjalista laryngolog. On był psychiatrą, dobrym specjalistą, służącym wszystkim Swoim lekarskim doświadczeniem, ale przede wszystkim altruistycznym podejściem. Sprawy pacjentów oraz swoich kolegów stawiał zawsze wyżej niż własne. W żarskim szpitalu przeszedł wszystkie szczeble zawodowej i wojskowej kariery. Nie lubił zajmować miejsca w pierwszych szeregach. Wychodząc ze szpitala, nigdy nie zamykał za Sobą drzwi.

Już wtedy obaj dostrzegaliśmy, że medycyna zaczyna się dehumanizować, że zaczyna odchodzić od swego rodowodu, tj. miłosierdzia i wiedzy empirycznej. Janku, byłeś humanistą wszechstronnym. Twoja erudycja i filozoficzne podejście do życia zadziwiały, odróżniały od innych. Należałeś do ludzi o wyjątkowej dobroduszości i uczynności, których serce sięgało nieba. Wiedziałeś, że każdy z nas jest wart tyle, ile może dać bliźnim. Ty kochałeś ludzi, ale i ludzie kochali Ciebie.

Janku, Ty Człowieku wielkiego uroku i nienarzucającej się osobowości, zawsze mądrze posługiwałeś się wrodzoną inteligencją oraz ciągle pogłębianą wiedzą, nie tylko medyczną. Twoje dowcipne komentarze były niepowtarzalne. Uwiel-

”

Janku, Ty Człowieku wielkiego uroku i nienarzucającej się osobowości, zawsze mądrze posługiwałeś się wrodzoną inteligencją oraz ciągle pogłębianą wiedzą, nie tylko medyczną. Twoje dowcipne komentarze były niepowtarzalne. Uwielbiałeś podróżować, Polskę znałeś prawie całą (...).

“

białeś podróżować, Polskę znałeś prawie całą, zwiedzałeś liczne zabytki; do każdej podróży byłeś pod tym względem perfekcyjnie przygotowany.

Dobrze czułem się w Żarach w Twoim towarzystwie. Ciepłą przystań na Twoim oddziale zyskali także bardzo nieliczni koledzy lekarze, co ciekawe, wszyscy nonkonformistycznie nastawieni do narzuconego nam wtedy politycznego porządku.

Stroniąc od polityki, często opowiadałeś historie przedwojennych patriotów zamęczonych po wojnie przez UB. Obawiałeś się, że Swego Ojca, żołnierza polskiego walczącego w wojnie polsko-bolszewickiej i powstańca wielkopolskiego mogą spotkać prześladowania ze strony władz PRL.

Przegadaliśmy wiele godzin. Rozszerzałeś nasze intelektualne horyzonty. Szczególnie cenileś Wańkowicza; bardzo bliskie było Ci jego dzieło „Bitwa o Monte Casino”. W tej jednej z najkrwawszych bitew w historii polskiego oręża brał bowiem udział Twój wuj. Pamiętam, że uwielbiałeś szczególnie literaturę epoki romantyzmu. A Norwida, Mickiewicza, Słowackiego znałeś prawie na pamięć. Zachwycałeś się archaizowaną polszczyzną Sienkiewicza. Takim sienkiewiczowskim zawołaniem pytam: „Dla Boga, Panie Pułkowniku! Larum grają! [...] Żaliś swej dawnej przepomniał cnoty, że nas samych w żalu jeno i trwodze zostawiasz?”

I rzeczywiście Janku, przechodząc przez Mur Wielkiej Cisy w żalu pozostawiłeś nas przeogromnym. Znany chirurg i humanista profesor Józef Bogusz mawiał: „Każda chwila z naszego życia jest ważna i niepowtarzalna, ale najważniejsza jest ta ostatnia. Jest dobrodziejstwem losu, jeżeli naszą drogę kończymy wśród najbliższych”. Wiem, że była z Tobą najbliższa Rodzina, z której byłeś niezwykle dumny. Wykształciliście z Żoną, którą uwielbiałeś, dwóch synów lekarzy oraz troje wnuków, także tej samej profesji. Ale byli także wtedy z Tobą wprawdzie tylko myślą i modlitwą jeszcze i ci, którzy byli także z Ciebie dumni, dla których byłeś wspaniałym kolegą i przyjacielem.

Wiedziałem, że zmagasz się z nieuleczalną chorobą, ale ostatnia tragedia – śmierć Syna była dla Ciebie ciężarem już nie do udźwignięcia. Wiedziałem, że Rodzina zawsze była dla Ciebie wartością nadrzędną.

Trudno mi uwierzyć Janku, że nie wypijemy kolejnej kawy na zebraniu wrocławskich lekarzy seniorów, „nie pogadamy o starych Polakach”.

Żegnam Cię, Janku, który wymknąłeś się ku lepszym obłokom. Oczekując spotkania z Tobą w tym lepszym, niebieskim świecie, zapewniam Cię, że mam przeświadczenie, jakby jakiś ciepły promyk zgasł.

Non vivere, sed valere vita! ■

Andrzej Kierzek

Cześć Jego pamięci!

Śp. dr n. med. Jerzy Grzegorz Sokołowski

17 października, pokonany przez koronawirusa, odszedł od nas wybitny lekarz urolog, wielki Człowiek i Przyjaciel. Był specjalistą chirurgii ogólnej i urologii od 1983 roku. Pracę doktorską obronił w 1990 roku. Od 1996 roku był ordynatorem Oddziału Urologii w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu, a od 2005 roku pełnił funkcję konsultanta wojewódzkiego ds. urologii.

Jurek był człowiekiem wielu talentów. W roku 1966 zdał maturę, zakończył także naukę w Szkole Muzycznej. Grał na kontrabasie w zespołach młodzieżowych i w jeleniogórskiej orkiestrze symfonicznej. W 1966 roku został studentem Akademii Medycznej we Wrocławiu. Przez 6 lat w grupie VI dzielił troski i radości ze swoimi koleżankami i kolegami. Mieszkał w prywatnej kwaterze przy ulicy Moniuszki na Zalesiu. Najmilsze żakowskie lata upływały nie tylko na ćwiczeniach, wykładach i egzaminach. Życie starało się nam „umilić” wojsko. Ubrany w szwejkowski mundur uczył się walki z najśmiertelniejszym wówczas wrogiem – imperializmem.

Jurek zaangażowany był w pracę na rzecz organizacji studenckich. Dzięki temu uczestniczył w licznych kursach i szkoleniach. Był stałym bywalcem Złazów Medyka. Zawsze imponowała mu chirurgia. Praktykę studencką odbył w II Klinice Chirurgii na Oddziale Kardiochirurgii Dziecięcej pod kierownictwem doc. Leszka Dymały. Tu pracował jako wolontariusz przez 6 lat studiów, pełnił dyżury, asystował do zabiegów. Był przewodniczącym Studenckiego Koła Naukowego. Będąc studentem V roku przeprowadził samodzielnie operację wyrostka robaczkowego. Po odejściu na emeryturę prof. W. Brossa przeniósł się wraz ze swoim szefem do Szpitala Specjalistycznego przy ul. Traugutta, gdzie pracował jako młodszy asystent na II Oddziale Chirurgii Dziecięcej. Z powodów rodzinnych przeniósł się w 1975 roku do Lubina. Na II Oddziale Chirurgii Ogólnej nabierał doświadczenia, opanował technikę chirurgiczną. Mając I stopień specjalizacji kierował już zespołem ostrodyżurowym, ponadto przyjmował chorych w jedynej na terenie powiatu lubińskiego poradni chirurgicznej. Po miesięcznym stażu w Klinice Urologii we Wrocławiu otrzymał propozycję pracy od docenta J. Stolarczyka. W 1983 roku złożył egzamin specjalizacyjny z zakresu urologii. Dwukrotnie przebywał na kilkumiesięcznych stażach w Klinice Urologii w Stade (Niemcy). Pod kierownictwem dr H. Geistera poznawał najnowsze techniki chirurgiczne. W roku 1990 obronił pracę doktorską pt. „Ocena kliniczna operacji metodą Mauclaira”, której promotorem był prof. J. Lorenz. Praca dotyczyła innowacyjnej metody odprowadzania moczu po usunięciu pęcherza moczowego z powodu raka. Wraz z prof. Lorenzem był organizatorem wspólnego posiedzenia Lwowsko-Wrocławskiego z cyklem wykładów i operacji pokazowych. W czasie pracy w Klinice wyjeżdżał na staże kliniczne do Nijmegen w Holandii, do Palermo we Włoszech i do Durbanu w RPA. Uczestniczył czynnie i biernie w licznych zjazdach i kongresach urologicznych w Polsce i na całym świecie. Był członkiem Polskiego, Europejskiego i Światowego Towarzystwa Urologicznego.

W 1996 roku wygrał konkurs na stanowisko ordynatora Oddziału Urologii w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu przy ul. Kamieńskiego. Tam uzyskał dostęp do nowoczesnego sprzętu chirurgicznego. Rozpoczął pierwsze zabiegi urologiczne metodą laparoskopową oraz pozaustrojowe rozbijanie kamieni moczowych metodą ESWL (1998). Wykonywał nowatorskie operacje usunięcia czopów nowotworowych raka nerki, przeprowadził również pierwszą w Polsce prostatektomię przy użyciu robota chirurgicznego da Vinci (2010).

Od 2005 roku pełnił funkcję konsultanta wojewódzkiego ds. urologii. Wprowadził we Wrocławiu ostre dyżury urologiczne. Niestety, z powodu rozwijającej



ur. 14.05.1948, zm. 17.10.2020

Fot. z archiwum Rodziny

”
Pamiętaj Jurku kochany, ludzie żyją tak długo, jak żyje pamięć o nich. Ty pozostaniesz w pamięci naszej i ludzi, którym ratowałeś zdrowie i życie.

“

się choroby degeneracyjnej mięśni musiał stopniowo ustępować z kolejnych stanowisk. W 2016 roku przeszedł na emeryturę, ale do ostatnich chwil życia pełnił w szpitalu funkcję konsultanta.

Jest autorem lub współautorem 173 oryginalnych prac i doniesień naukowych. Napisał także kilka bajek dla dzieci. Bohaterami tychże uczynił swoje wnuki.

Jurek otrzymał Złoty Krzyż Zasługi i medal „Zasłużony Dla Dolnego Śląska”. Do ostatnich chwil sprawności ruchowej jeździł na nartach, grał w tenisa, w koszykówkę, uprawiał windsurfing. Pozostawił na tym świecie żonę Annę (stomatolog), dwie córki i troje wnucząt.

Wspomnienia te powstały na podstawie tekstu przygotowanego przez Jurka do wydawnictwa na 50-lecie dyplomu naszego roku (2022). Jurku, byłeś aktywnym uczestnikiem grupy organizującej zjazd naszego roku co 5 lat. Po raz ostatni – 20 sierpnia 2020 roku – omawialiśmy plany zjazdowe, w tym także album z okazji 50-lecia uzyskania dyplomu lekarskiego. Nie my jednak rządźmy rytmem naszego życia. Zjazd odbędzie się niestety bez Twojego udziału, lecz „z Twoją obecnością”.

Pamiętaj Jurku kochany, ludzie żyją tak długo, jak żyje pamięć o nich. Ty pozostaniesz w pamięci naszej i ludzi, którym ratowałeś zdrowie i życie. ■

koleżanki i koledzy ze studiów



„Nie żyjemy, aby umierać, ale umieramy, aby żyć wiecznie”.
Michael Buchberger

Z głębokim smutkiem i żalem zawiadamiamy,
że 30 kwietnia 2021 roku odeszła od nas nasza Koleżanka,
specjalista radiologii i radiodiagnostyki

lek. Anna Pfanhauser

wieloletni kierownik Zakładu Radiologii i Radiodiagnostyki
w Specjalistycznym Szpitalu im. dr. A. Sokołowskiego w Wałbrzychu.

Wspaniała, pełen empatii lekarz z powołania,
życzliwa i pełna dobroci Koleżanka.

Mężowi

lek. Piotrowi Pfanhauserowi,

Mamie, Synom
oraz Rodzinie

wyrazy szczerzego współczucia
składają

koleżanki i koledzy z Delegatury Wałbrzyskiej DIL

„Odeszłaś cicho bez słów pożegnania.
Tak jakbyś nie chciała swym odejściem smucić.
Tak jakbyś wierzyła w godzinę rozstania,
że masz niebawem z dobrą wieścią wrócić”.

ks. J. Twardowski

Z wielkim bólem pożegnaliśmy naszą Koleżankę

lek. Annę Pfanhauserowi

specjalistę radiologii i radiodiagnostyki

Mężowi

lek. Piotrowi Pfanhauser

oraz Rodzinie

wyrazy wsparcia i współczucia
składają przyjaciele ze Szpitala im. dr. A. Sokołowskiego w Wałbrzychu,
a szczególnie zespół Zakładu Radiologii

Naszej Koleżance

dr n. med. Grażynie Słopeckiej-Borejko

wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci

Mamy

składają

przewodniczący i członkowie OSŁ DIL, OROZ DIL i zastępcy OROZ DIL,
a także pracownicy kancelarii OSŁ DIL i OROZ DIL

Panu dr. n. med. Tomaszowi Kołodziejowi

wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

Taty

składają

pracownicy Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii we Wrocławiu
oraz
członkowie Oddziału Dolnośląskiego Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego

Naszemu Koledze

lek. Piotrowi Pfanhauserowi

oraz całej Rodzinie

wyrazy głębokiego współczucia oraz wsparcia
z powodu śmierci Jego ukochanej Żony

Anny Pfanhauser

lekarza radiologa

składają koleżanki i koledzy z Koła Terenowego DIL w Świdnicy

Wyrazy szczerzego współczucia z powodu odejścia,
26 kwietnia 2021 roku,
na wieczny dyżur

Adama Pawlikowskiego

naszego Kolegi internisty, wieloletniego dyrektora Szpitala Wojewódzkiego
i ordynatora Oddziału Wewnętrznego
składają

Żonie Grażynie oraz Dzieciom z Rodzinami
koleżanki i koledzy

z Koła Seniorów DIL w Jeleniej Górze

Panu

Andrzejowi Najborowskiemu

wyrazy szczerzego współczucia i słowa otuchy
z powodu śmierci

Taty

składają

członkowie Dolnośląskiej Rady Lekarskiej,
mgr Maria Danuta Jarosz – dyrektor biura DIL oraz pracownicy

Z głębokim smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci
naszej Przyjaciółki

lek. Jadwigi Lachowicz-Legutko

Wyrazy najszczerzego współczucia

Córkom i Braciom

rozproszonym po świecie

składają

Barbara i Zygmunt Grzebieniakowie

Z głębokim żalem zawiadamiamy o śmierci
lekarza internisty i reumatologa

Leokadii Samaryk-Kizny

urodzonej 27 października 1931 roku na Kresach

Służyła pacjentom Wrocławia przez 45 lat pracy zawodowej.

Rodzina

Z wielkim żalem i bólem przyjęliśmy wiadomość o nagłej śmierci,
26 kwietnia 2021 roku naszej najdroższej Przyjaciółki

Ewy Małgorzaty Wojcieszek-Habdas

lekarza pierwszego kontaktu kilku pokoleń, życzliwego i bez reszty oddanego
pacjentom, prywatnie miłośnicze podróży, zwierząt i przyrody.

Mężowi Staszкови, Synowi Wiktorowi,

Rodzinie i Najbliższym

wyrazy najszczerzego współczucia

składają Ewa i Wiktor Waszczyński z Rodziną i Przyjaciółmi

Z wielkim bólem, smutkiem i zaskoczeniem przyjęliśmy
wiadomość, że 26 kwietnia 2021 roku
odeszła od nas nieodżałowana, o wielkim sercu i dobroci,
oddana bez reszty pacjentom, przepelniona życzliwą empatią,
wspaniała koleżanka

śp. lek. Ewa Wojcieszek-Habdas

przez wiele lat pełniła m.in. funkcje kierownicze w przychodniach
przemyślanych Przemysłowego Zespołu Opieki Zdrowotnej Wrocław-
Fabryczna, a po restrukturyzacji także w innych jednostkach.

W życzliwej pamięci zachowujemy

śp. Ewę (dla nas Gosię)

jako lubianego lekarza, pogodnego człowieka oraz zamilowanego podróżnika.

Polecamy Jej duszę dobremu Bogu wraz modlitwą

Koleżanki i koledzy z b. Przemysłowego ZOZ Wrocław-Fabryczna



26 kwietnia 2021 roku zmarł

prof. dr hab. Kazimierz Gąsiorowski

absolwent Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej z 1973 r., dziekan Wydziału Farmacji z Oddziałem Analityki Medycznej dwóch kadencji: 2005-2012 oraz prodziekan ds. Analityki Medycznej WF z Oddziałem Analityki Medycznej w latach 1999-2005.

Profesor Kazimierz Gąsiorowski był wieloletnim kierownikiem Katedry i Zakładu Podstaw Nauk Medycznych, pełnomocnikiem rektora ds. budowy nowej farmacji, został odznaczony:

Złotym Krzyżem Zasługi, medalem Komisji Edukacji Narodowej, medalem „Ambasador Farmacji” i tytułem „Strażnika Wielkiej Pieczęci Aptekarstwa Polskiego”.

Wyrazy szczerego współczucia Najbliższym składają przewodnicząca Komisji Historycznej DRL Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska oraz członkowie Komisji

Wyrazy głębokiego i szczerego współczucia dla naszej Koleżanki

dr Katarzyny Koncewicz

z powodu śmierci

Mamy

składają

Dyrekcja i pracownicy LUXMED

Wyrazy współczucia dla Córki

dr Katarzyny Koncewicz

z Rodziną z powodu śmierci

Mamy

dr Barbary Grendus-Toty

składa

Jerzy Kamienowski z Rodziną

Ze smutkiem przyjęliśmy wiadomość, że 26 kwietnia 2021 roku odeszła nagle nasza Koleżanka

lek. Ewa Wojcieszek-Habdas

specjalista laryngolog, odważna, pogodna, wspaniała Przyjacieli. Całe życie zwiedzała świat, ratowała zdrowie i życie pacjentów.

Rodzinie

składamy

wyrazy współczucia

Koleżanki i koledzy ze studiów

Wyrazy głębokiego współczucia i słowa otuchy dla

Pani mgr inż. Zofii Molasy

z powodu śmierci

Męża

lek. Józefa Molasy

specjalisty patomorfologa, wspaniałego, dobrego człowieka

składa

koleżanka z VI rocznika lek. Wanda Chwalisz

28 maja 2021 roku odszedł od nas

doktor Edward Skoczek

lekarz psychiatra

Wyrazy szczerego współczucia

składają

członkowie Koła Seniorów DIL

Doktor n. med. Katarzynie Jankowskiej

wyrazy współczucia

z powodu śmierci

Ojca

składają

koleżanki i koledzy

z Katedry Stomatologii z Endodoncją Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Doktor n. med. Grażynie Słopeckiej-Borejko

wyrazy szczerego współczucia z powodu straty

Mamy

śp. Teresy Słopeckiej

składa

Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska oraz członkowie Komisji Historycznej DRL

Wyrazy głębokiego współczucia dla

lek. Natalii Bekisz

z powodu śmierci

Taty

składają

koleżanki i koledzy z Centrum Medycznego Ginemedia

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że zmarła nasza Pani Doktor

Joanna Lisik-Misterska

Zawiadamia zarząd i pracownicy ZUM Lek-Trans

Z wielkim żalem żegnamy

dr Krystynę Lechką-Florjańską

lek. specjalistę medycyny rodzinnej i pediatrę, prezes Lekarskiej Sp. p. „Amicur”.

Łączymy się w żalu i bólu z Rodziną

W imieniu Koła Terenowego DIL Iwona Dattner-Hapon

Wyrazy głębokiego współczucia dla

lek. Michaliny Odonicz-Czarneckiej

z powodu śmierci

Mamy

składają

koleżanki i koledzy z Centrum Medycznego Ginemedia

dr n. med. Alicji Bliżanowskiej

nieocenionego nauczyciela wielu pokoleń lekarzy i studentów, drogiej Koleżanki pełnej empatii dla pacjentów, zasłużonej adiunkt Kliniki Dermatologii

Najbliższej Rodzinie

składają

pracownicy Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii we Wrocławiu oraz członkowie Oddziału Dolnośląskiego Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego

Z wielkim smutkiem przyjęliśmy wiadomość o odejściu do Pana, 13 maja 2021 roku, naszej Koleżanki

dr Barbary Leśniak-Pawlikowskiej

okulistki

Łączymy się w bólu z Bliskimi

Koleżanki i koledzy z AM we Wrocławiu, rocznik 1966



Pomruk salonów

SPACER HISTORYCZNY PO BUDYNKU DOLNOŚ



Budynek zajmowany obecnie przez Dolnośląską Izbę Lekarską ma bardzo bogatą historię. Od roku 1708 należał do austriackiej rodziny szlacheckiej Selderów, był wielokrotnie przebudowywany, a w czasie działań wojennych został znacznie uszkodzony. W la-

tach 1960-1962 został zaadaptowany dla celów działalności Stowarzyszenia Lekarzy Dolnośląskich, o czym informuje znajdująca się w holu tablica (fot. 1). Powszechnie znany był jako Dom Lekarza (fot. 2). Prowadzono w nim różnorodną działalność. ■

19 maja 2007 roku z okazji jubileuszu 50-lecia Stowarzyszenia Lekarzy Dolnośląskich obiekt został przekazany Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej. Tak nasza korporacja zawodowa zyskała reprezentacyjną siedzibę w centrum miasta. Po trwającej kilka lat gruntownej adaptacji, prowadzonej przez Mazur Arquitectos&Ingenieros Asociados, 19 października 2013 roku w obecności władz miejskich nastąpiło uroczyste otwarcie (fot. 3). Widoczny na zdjęciu biskup Andrzej Siemieniewski związany jest z naszą uczelnią za sprawą ojca, byłego asystenta w Zakładzie Biochemii. Doskonale pamiętam dr. Henryka Siemieniewskiego z czasów studenckich. Biochemia jako przedmiot nie należała do najłatwiejszych. W uroczystości wzięli także udział: ówczesny wiceprezydent Wrocławia Adam Grehl, wojewoda dolnośląski Marek Skorupa i aktualny prezes DRL dr n. med. Paweł Wróblewski. Tablice wiszące w holu budynku upamiętniają to wydarzenie (fot. 4). Oryginalnym pomysłem było umieszczenie tzw. „kapsuły czasu” (fot. 5). Posiada ona wygrawerowane logo Dolnośląskiej Izby Lekarskiej i zawiera list do potomnych, fotografie Rady DIL VI kadencji, medal prof. Jana Mikulicza-Radeckiego oraz kilka egzemplarzy naszej gazety „Medium”. Na ścianie znajduje się też lista sponsorów, którzy wsparli finansowo odrestaurowanie budynku (fot. 6). ■



▲ (...)19 października 2013 roku w obecności władz miejskich nastąpiło uroczyste otwarcie nowej siedziby DIL. W uroczystości wzięli także udział: ówczesny wiceprezydent Wrocławia Adam Grehl, wojewoda dolnośląski Marek Skorupa i aktualny prezes DRL dr n. med. Paweł Wróblewski.





6



8



7

Z okazji otwarcia nowej siedziby Dolnośląskiej Izby Lekarskiej dr n. med. Paweł Wróblewski wydał własnym sumptem limitowaną serię znaczków Poczty Polskiej z wizerunkiem tejże (fot. 7). Po zakończeniu remontu kamienica, w której mieści się nasza siedziba, nabrała zupełnie innego, eleganckiego wyglądu (fot. 8). Wchodzących wita „Eskupalek”, który narodził się w roku 2013 w dniu św. Łukasza, patrona lekarzy (fot. 9). Twórczynią figurki jest artystka Beata Zwolańczyk-Hołod. Wtajemniczeni twierdzą, że oblicze krasnala do złudzenia przypomina ówczesnego prezesa dr. Igora Chęcińskiego. ■

► Z okazji otwarcia nowej siedziby DIL dr n. med. Paweł Wróblewski wydał własnym sumptem limitowaną serię znaczków Poczty Polskiej z wizerunkiem tejże.



9



10



11

Na półpiętrze znajduje się tablica z brązu, którą Stowarzyszenie Lekarzy Dolnośląskich ufundowało swojemu twórcy i pierwszemu przewodniczącemu dr. Stefanowi Kuczyńskiemu w 1980 roku (fot. 10). Druga tablica poświęcona temu wielkiemu Polakowi znajduje się na budynku obecnego Urzędu Stanu Cywilnego przy ul. Włodkowica, w którym niegdyś mieszkał (fot. 11). ■

► Tablice poświęcone dr. Stefanowi Kuczyńskiemu, pierwszemu przewodniczącemu Stowarzyszenia Lekarzy Dolnośląskich

c.d. na następnej stronie



Na pierwszym piętrze Komisja Stomatologiczna DRL odsłoniła w roku 2018 tablicę poświęconą twórcy polskiej stomatologii prof. Antoniemu Cieszyńskiemu (fot. 12). Uczony zginął na Wzgórzach Wuleckich we Lwowie, a jego syn prof. Tomasz Cieszyński był w naszej uczelni chirurgiem. Od śmierci, która dotknęła jego ojca, uratowała go przytomność umysłu matki, która podczas aresztowania stwierdziła, że syn nie jest jeszcze pełnoletni. W rzeczywistości miał wówczas 20 lat. ■



W gabinecie prezesa DRL znajduje się popiersie patrona naszej Izby prof. Jana Mikulicza-Radeckiego (fot. 13). Jest ono pierwowzorem marmurowego oryginału znajdującego się w Galerii Słynnych Wrocławian miejskiego ratusza. Rzeźba powstała w 1997 roku, a jej autorem jest artysta plastyk Ryszard Reguliński. W gabinecie szefa wiszą zdjęcia portretowe wszystkich dotychczasowych prezesów DIL. Odwiedzający salę posiedzeń Rady DIL natkną się zaś na atrakcyjne grafiki przedstawiające władarzy naszego samorządu. ■

▼ W gabinecie prezesa DRL znajduje się popiersie patrona naszej Izby prof. Jana Mikulicza-Radeckiego.

W odległości ok. 2 km od siedziby DIL, przy ul. Cieszyńskiego w historycznej siedzibie wrocławskiej stomatologii, znajduje się potężna tablica z szarego granitu poświęcona twórcom stomatologii w naszym mieście (fot. 14). Odsłonięta została 20 grudnia 2001 roku z inicjatywy dr hab. Barbary Bruziewicz-Mikłaszewskiej z okazji 130-lecia powstania stomatologii we Wrocławiu. Tablicę wykonał prof. Janusz Kucharski z Akademii Sztuk Pięknych. Odsłonięcia tablicy dokonali: wspomniany już prof. Tomasz Cieszyński, syn Antoniego Cieszyńskiego i jedyna żyjąca wówczas specjalizantka profesora Cieszyńskiego ze Lwowa dr Barbara Włodek-Owińska. Obecni byli także ówczesny rektor uczelni prof. Leszek Paradowski, dziekan prof. Marek Ziętek i konsul generalny Niemiec we Wrocławiu dr Peter Ohr. Sponsorami tablicy były władze uczelni i Dolnośląskiej Izby Lekarskiej. Obecnie w budynku znajduje się hotel „DIKUL”. ■



Za miesiąc zapraszam na kolejny spacer.



KONKURS FOTOGRAFICZNY

„Lekarska codzienność zatrzymana w kadrze”

Redakcja gazety „Medium” zaprasza do udziału w konkursie fotograficznym „Lekarska codzienność zatrzymana w kadrze”. Comiesięczny cykl rozpoczyna się hasłem „Pandemia w obiektywie”.

Celem inicjującego konkursu cyklu jest ukazanie trudnego czasu pandemii koronawirusa SARS-CoV-2 oczyma lekarzy. Perspektywa osób bezpośrednio zaangażowanych w walkę z epidemią stanowić może swoiste *signum temporis*.

Fotografię można przesłać na adres pocztowy lub drogą elektroniczną: redakcja@dilnet.wroc.pl do 22 czerwca 2021 r. z dopiskiem „Konkurs fotograficzny”.

Prace konkursowe, w tym jedna zwycięska, opublikowane zostaną na łamach lipcowo-sierpniowego wydania „Medium”. Dla zwycięzcy przewidziana jest nagroda książkowa.

red. nac. Magdalena Janiszewska

SILVA RERUM MEDICARUM VETERUM

Piece zwane „karbonatronöfen”. Ostatnimi czasy pojawiły się w handlu niemieckie piece żelazne, ogrzewane węglem preparowanym na podobieństwo węgla używanego na kolejach niemieckich do ogrzewania wagonów. Do pieców tych nie potrzeba rzekomo kominów ani rur, gdyż nie mają wytwarzać ani dymu ani swędu. Otóż w Berlinie i w Wiesbadenie zdarzyły się przypadki zezadzenia tymi piecami, a instytut higieniczny berliński uznał je za nader niebezpieczne dla mieszkań. Na podstawie powyższego orzeczenia prezes policji berlińskiej wydał pod dniem 19. października z r. odezwę, ostrzegającą publicznie przed używaniem zachwalanych pieców w mieszkaniach, a mianowicie w sypialniach. I w Poznaniu fabrykat ten jest już w handlu.

„Nowiny Lekarskie” 1889, I, 160

excerpta selegit
Andrzej Kierzek



Typologia

Wszystko ma jakąś nazwę: np. szpitale – miejskie, powiatowe, wojewódzkie, kliniczne; typu zakaźnego, kardiologicznego, onkologicznego itp. Podobnie rozpoznajemy różne rodzaje przychodni. A ileż typów ludzkich spotykamy w życiu codziennym – według Hipokratesa są to: melancholik, sangwinik, choleryk, flegmatyk; według Barei: „klient w krawacie jest mniej awanturujący się”. Personel medyczny po latach praktyki potrafi w sobie tylko znanym żargonie określić typ pacjenta. Rozpoznawać typy samochodów potrafi już każdy trzylatek. Niby jesteśmy już oswojeni z typologią.

A jednak świat ciągle zaskakuje. Trafił do mnie pacjent z wydrukiem badań laboratoryjnych – ot zwykłe wyniki badań moczu, morfologia, enzymy, bilirubina, lipidy. Na górze strony po lewej nazwa firmy diagnostycznej, a po prawej nazwisko lekarza zlecającego. I tu prawdziwy HIT. Pod tym nazwiskiem wytłuszczonymi literami – **typ** – kobieta! Tylko tyle. A gdzie rozwinięcie tego wdzięcznego typu? Że duża, mała, blondynka, brunetka, cis, trans, a jaki kolor oczu – migdałowy czy raczej niebiesko-czarne, w maseczce czy już bez itp.? Tak, to zlecenie było napisane przez lekarza typ: kobieta, pewnie zdarzają się też lekarze typ: mężczyzna. Firma odpowiedzialna za ten formularz będzie się pewnie tłumaczył, że chciała poprawić, uściślić wg nowych trendów medialnych zapisy ustawowe, bowiem w Polsce istnieją trzy zasadnicze typy lekarzy: lekarz weterynarz, lekarz dentysta i lekarz.

O tempora, o mores...

dr Józef emeryt,
typ mężczyzna, siwy, cis

Podziękowania

Doktor **Beacie Hausman**, dr. **Grzegorzowi Hausmanowi** z gabinetu lekarza domowego, jak i dr. **Sylwestrowi Tomczykowi**, specjaliście chirurgii naczyniowej pięknie dziękuję za pomoc i leczenie w trudnym okresie pandemii. Tym wspaniałym lekarzom życzę zdrowia i wytrwałości.

Wdzięczna lek. Wanda Chwalisz



Pani prof. dr hab. n. med. **M. Krajewskiej**, Pani dr n. med. **H. Bartosik**, Pani dr n. med. **G. Szymańskiej**, Pani mgr. **J. Zachciał** z zespołem pielęgniarek i pracowników pomocniczych Kliniki Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej UM podziękowania za troskliwą, życzliwą i profesjonalną opiekę składa Ewa Smolska z rodziną



Pani dr hab. n. med. **Katarzynie Madziarskiej**, lekarzom, pielęgniarkom i pozostałemu personelowi Szpitala Tymczasowego przy ul. Rakietowej wyrazi podziękowania za ciężką pracę i skuteczną opiekę w chorobie składa

Ewa Smolska z rodziną



Pragnę złożyć najserdeczniejsze podziękowania i wyrazić głęboką wdzięczność za zaangażowanie i troskliwą opiekę w trakcie mojego leczenia **personelowi lekarskiemu i pielęgniarskiemu z Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej** w Regionalnym Centrum Zdrowia, Lubin ul. Gen. Józefa Bema 5-6.

Otoczono mnie ogromną życzliwością, wsparciem i profesjonalną opieką. Stworzono mi najlepsze warunki, które dały mi nadzieję na powrót do zdrowia i przetrwanie bardzo trudnego dla mnie czasu.

Z całego serca życzę aby ciepło przez Was okazywane wróciło do Was ze zdwojoną siłą.

Z wyrazami szacunku
wdzięczny pacjent
Jerzy Nawara-Pasieka,
Ewa Smolska z rodziną





Kulturalnik lekarski

Opracowała Paulina Góra

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

Film: *Miłość bez końca*. Reżyseria: Shana Feste. Premiera: luty 2014.

Pierwsza miłość, jej lekkomyślność i obezwładniająca gorączka namiętności. Towarzyszy jej obsesja, obietnice, intensywność emocji i niezwykle możliwości. O nieszczęśliwych kochankach pisał sam Szekspir. Zakazana miłość budzi bowiem ogromne emocje wśród czytelników i widzów niezależnie od ich wieku.

Miłość bez końca opowiada historię Jade Butterfield i Davida Elliota. Piękna, lecz zamknięta w sobie dziewczyna po maturze postanawia kontynuować rodzinną tradycję i rozpocząć studia na kierunku lekarskim. Natomiast David, charyzmatyczny i pracowity młody mężczyzna, zamierza pracować w warsztacie samochodowym swojego ojca. Jednak po rozmowie z matką Jade – pisarką, zmienia zdanie i postanawia rozpocząć studia na uniwersytecie stanowym. Młodych ludzi połączyła niewinna miłość. Ich relacja nie podoba się ojcu dziewczyny – słynnemu kardiologowi, który postanawia rozdzielić kochanków. Matka dziewczyny zachęca ich do walki o uczucie. Aby ocalić związek, para będzie musiała stawić czoła przeciwnościom losu. Kochankowie wbrew wszelkiej logice ulegają ogarniającej ich namiętności i planują wspólną przyszłość.

Film *Miłość bez końca* przez wielu został uznany za lukrowany i naiwny melodramat. Jednak na uwagę zasługują postaci drugoplanowe – ojcowie kochanków. To skompiłowani, pełni emocji mężczyźni z krwi i kości, jednak bardzo różniący się od siebie. Harry Elliot, ojciec głównego bohatera, wychował syna w atmosferze liberalnej troski, pozwalając chłopakowi na popełnianie własnych błędów, ale zawsze jest gotowy zrobić dla niego dosłownie wszystko. Jego relacja z Davidem jest przykładem bezgranicznej rodzicielskiej miłości. Natomiast ojciec Jade to zakochany w swojej pracy, pozycji społecznej i przede wszystkim w sobie kardiolog, który za wszelką cenę chce ułożyć życie swoim dzieciom według napisanego przez siebie scenariusza. Przejmuje całkowitą kontrolę nad jedyną córką i postanawia rozdzielić ją z ukochanym, który nie pasuje do tego scenariusza. Niejednokrotnie kompromituje, lekceważy i szantażuje Davida. Jednak prawdziwa miłość, jaka łączy młodych ludzi, potrafi zważyć każdą przeszkodę.

W role główne wcielili się modelka i aktorka Gabriella Wilde znana z firmy *Trzej muszkieterowie* oraz Alex Pettyfer, który zasłynął po roli w filmie *Magic Mike*. Natomiast w roli apodyktycznego lekarza wystąpił Bruce Greenwood. W *Miłości bez końca* występują także Joely Richardson, Robert Patrick, Rhys Wakefield, Dayo Okeniyi i Emma Rigby. Melodramat został wyreżyserowany przez Shanę Feste. ■

Hal Elrod, *Fenomen poranka. Jak zmienić swoje życie*, Wydawnictwo Galaktyka, Łódź 2016.

Czy poranne wstawanie może odmienić czyjeś życie o 180 stopni? Oczywiście! Instrukcja znajduje się w książce *Fenomen poranka*.

Wstawanie o piątej rano u wielu osób wywołuje ironiczny uśmiech. Kojarzy się wręcz z masochizmem. Hal Elrod, autor bestsellera, udowadnia, że tak wczesna pobudka to najlepszy podarunek, jaki możemy sobie dać, a nawyk budzenia się, gdy tylko zadzwoni budzik, można wyrobić. Autor w swoim poradniku podaje szereg wskazówek, jak wstawać rano i przede wszystkim, jaki jest tego cel. Elrod na początku książki opisuje historię swojego życia, które nie zawsze było usłane różami. Wypadek i bankructwo nie zabiły w nim ducha walki, wręcz przeciwnie. To właśnie te osobiste dramaty pozwoliły mu cieszyć się życiem i ukształtowały go na silnego i szczęśliwego człowieka. Zaczął motywować innych do zmiany swoich nawyków i stworzył słynną metodę Miracle Mornings. Hal Elrod w *Fenomenie poranka* wskazuje na sześć aktywności, które każdy powinien wykonywać codziennie rano, aby osiągnąć swój własny sukces: medytację, afirmację, wizualizację, ćwiczenia, czytanie i pisanie. Autor tłumaczy, że nie jest łatwo rozpocząć dzień wypoczętym, gdy zasypia się z myślą, że wstanie się zmęczonym. Zamiast wmawiać sobie, że poranek będzie trudny, warto nauczyć się myśleć, że to właśnie wtedy mamy najwięcej energii i siły do działania. Ten poradnik zmienił życie tysiącom ludzi. Warto po niego sięgnąć. ■

”
Zamiast wmawiać sobie, że poranek będzie trudny, warto nauczyć się myśleć, że to właśnie wtedy mamy najwięcej energii i siły do działania. Ten poradnik zmienił życie tysiącom ludzi. Warto po niego sięgnąć.
“



CZAS NA RELAKS

Litery z pól oznaczonych cyframi/liczbami od 1 do 12 utworzą rozwiązanie (hasło medyczne). Hasło prosimy przesłać na adres pocztowy lub e-mailowy: redakcja@dilnet.wroc.pl **do 22 czerwca 2021 r.** z dopiskiem na kopercie lub w temacie wiadomości elektronicznej „Krzyżówka – nr 6/2021”.

Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy trzy nagrody książkowe (prosimy o podanie adresu do wysyłki). Nazwiska nagrodzonych zostaną opublikowane w nr 7-8/2021 „Medium”. Życzymy udanej zabawy!

CHROMOSOM DECYDUJĄCY O PŁCI	ZNAWCA KRWI I JEJ CHOROBY	RODOWÓD LEŻY NA PÓŁCE SKLEPOWEJ	STAN W INDIACH	LOS JAKOŚĆ SKÓRY TWARZY	ZUCH		NAFTOWA	ZAGRYWKA TENISOWA	PŁYNIE Z BAJKI	
	GŁOS MĘSKI				1	BITKA KARCIANA	2		PRZEDWOJENNY MARSZAŁEK SEJMU	PONAGLENIE
PTAK NAD WODAMI		8	MONGOLSKI HODOWCA BYDŁA	PISEMNE OPRACOWA- NIE JAKIEJS KWESTII	KONFEREN- CJA			11	WEJŚCIE DO KANAŁU RZĘKA ALBO RYBA	RZĘKA NA NIZINIE ZACHODNIO- SYBERYSKIEJ
SKAŁA, MATERIAŁ DROGOWY	WAGA OPAKOWANIA	4	TKANKA WYPEŁNIA- JĄCA KOŚCI	5	POPULARNY PRZED LATY KOMPUTER	WŁÓKNO DO WYROBU WORKÓW, SZNURKA	ZATOPIONY STATEK	HALUCYNA- CJA	CZASAMI WPADA DO BUTA	OBSADZANY W SZTUCE
ODKRYTY WAGON TOWAROWY					GORLIWIEC RELIGIJNY	RYNEK STA- ROGRECKI				
MAŁPA ROŚLINO- ZERNA	UŻYWANA DO BANDA- ŻOWANIA	6	WIERZCH PNIA	BIEGŁY W SZTUCE DOWODZE- NIA	KNIĄŻ Z OPERY BORODINA	7	12	DAWNA OPŁATA U WRÓT MIASTA	CZERWONY JEST NIEBEZ- PIECZNY	

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

Rozwiązanie krzyżówki z „Medium” 5/2021: DIATERMIA

Z grona Czytelników, którzy nadesłali prawidłowe rozwiązania, wylosowane zostały:

1. **Mariola Kownacka z Lubania**, 2. **Marta Stec z Wrocławia**, 3. **Angelika Szewczyk z Wrocławia**.

Wylosowanym lekarzom-szaradzistom gratulujemy!

Nagrodami są książki, które prześlemy pocztą.



BIURO DIL

pon. śr. pt. 8.00-15.30, wt. 8.00-16.30
czwartki w godz. 8.00-17.00

50-077 Wrocław, ul. Kazimierza Wielkiego 45

Dyrektor

mgr Maria Danuta Jarosz, tel. 71 798 80 90

Sekretariat

inż. Magdalena Smolis – specjalista,
tel. 71 798 80 50, fax 71 798 80 51
mgr inż. Dorota Flak – starszy specjalista,
tel. 71 798 80 54

mgr Marta Wawrzyniak – specjalista

Księgowość

mgr Urszula Majchrzak – zastępca dyrektora Biura

DIL ds. finansowych – tel. 71 798 80 87

mgr Halina Rybacka – starsza księgowa, tel. 71 798 80 70

mgr Katarzyna Nowak – księgowa, tel. 71 798 80 72

Składki na rzecz DIL/Wpłaty i wypłaty

Agata Gajewska – starszy specjalista, tel. 71 798 80 65

mgr inż. Justyna Słomian – specjalista,
tel. 71 798 80 83

Komórka placowo-kadrowa

mgr Joanna Mańturzyk – kierownik, tel. 71 798 80 73

mgr Agnieszka Jamrozak – starszy specjalista,
tel. 71 798 80 88

Komisja: Stomatologiczna, Historyczna

i Kultury, Finansowa, Rewizyjna

Pośrednictwo pracy

mgr Agnieszka Jamrozak – starszy specjalista,
tel. 71 798 80 88

Rejestr Lekarzy i Prywatnych Praktyk Lekarskich

Krystyna Popiel – p.o. kierownik rejestru
tel. 71 798 80 55,

Joanna Żak – starszy specjalista, tel. 71 798 80 60,

Małgorzata Kubarycz-Hoszowska – specjalista,
tel. 71 798 80 61,

mgr Agata Sobarińska – starszy specjalista, tel. 71 798 80 82,

Paulina Mostek – specjalista, tel. 71 798 80 57

Lekarska Kasa Pomocy Koleżeńskiej

Ewa Świerka – specjalista, tel. 71 798 80 71

wtorek, środa 8.00-14.00; czwartek 8.00-16.00

Konto Kasy Pomocy Koleżeńskiej

BGŻ O/Wrocław 64 2030 0045 1110 0000 0035 5040

Komisja Kształcenia Lekarzy i Lekarzy Dentystów

e-mail: komisja.kształcenia@dilnet.wroc.pl

mgr Małgorzata Krupa-Mączka – starszy specjalista,
tel. 71 798 80 81

Patrycja Malec – starszy specjalista, tel. 71 798 80 68

poniedziałek-piątek 8.00-15.00

Kursy do stażu podyplomowego

e-mail: staz@dilnet.wroc.pl

mgr Małgorzata Krupa-Mączka – starszy specjalista,
tel. 71 798 80 81

Komisja Bioetyczna

Joanna Gajewska – specjalista, tel. 71 798 80 74

Zespół Radców Prawnych

koordynator zespołu: mec. Beata Kozyra-Lukasiak

poniedziałek-środa 13.00-15.00

mec. Monika Huber-Lisowska, tel. 71 798 80 62

środa, piątek 9.30-13.00; wtorek, czwartek 10.30-14.00

Biuro Rzecznika

Odpowiedzialności Zawodowej

mgr Ewa Bielońska – kierownik, tel. 71 798 80 77,

Anna Pankiewicz – starszy referent, tel. 71 798 80 78,

Marzena Majcherkiewicz – starszy specjalista,
tel. 71 798 80 76,

Angelika Bebniarek, tel. 71 798 80 75

Biuro Okręgowego Sądu Lekarskiego

mgr Aleksandra Stebel – kierownik,

Patrycja Muszyńska – specjalista, tel. 71 798 80 79

Informacja o ubezpieczeniach

Renata Czajka – starszy specjalista, tel. 71 798 80 66,

Jolanta Kowalska-Jóźwik – referent, tel. 71 798 80 58

Informatycki

inż. Wiktor Wołodkiewicz, tel. 71 798 80 84

Michał Waszak, tel. 71 798 80 85

Filie biura w delegaturach

Wrocław

wiceprezes DRL ds. Delegatury Wrocławskiej

Bożena Kaniak, czwartek, 16.00-17.00

Jelenia Góra

Przewodnicząca Delegatury Jeleniogórskiej

Barbara Polek, wtorek 10.00-11.30

Wojewódzki Szpital w Jeleniej Górze

ul. Ogińskiego 6, I piętro, pokój 233

tel./fax 75 753 55 54,

Krystyna Kolado – obsługa biura

poniedziałek, wtorek, piątek 10.00-14.00

środa, czwartek 11.00-15.00

e-mail: dil_jeleniagora@dilnet.wroc.pl

Wałbrzych

Przewodnicząca Delegatury Wałbrzyskiej

Dorota Radziszewska, wtorek 15.00-16.00

ul. Moniuszki 1/1, 58-300 Wałbrzych

Beata Czołowska – specjalista, tel. 74 665 61 62

poniedziałek-czwartek 9.00-17.00, piątek 9.00-13.00

e-mail: dil_walbrzych@dilnet.wroc.pl

Legnica

Przewodniczący Delegatury Legnickiej

Ryszard Kępa, wtorek 15.00-16.00

pl. Stowiański 1, 59-220 Legnica, tel. 76 862 85 76

e-mail: dil_legnica@dilnet.wroc.pl

Krystyna Krupa – specjalista

pon.-piątek, 8.00-15.00, wtorek 8.00-16.00

Stowarzyszenie Lekarzy Dolnośląskich

i Wychowanków Medycyny Wrocławskiej

Danuta Bujwid – specjalista, tel. 71 344 68 28

OGŁOSZENIA DROBNE

ZATRUDNIĘ

◆ Centrum Stomatologiczne „Klinika Uśmiechu” w Brzegu Dolnym poszukuje do współpracy ambitnego stomatologa. Bardzo dobre warunki, mikroskop zabiegowy, RTG, panorama. Praca na 4 ręce. Pacjenci prywatni, pełne grafiki. Osoby chętne prosimy o przesłanie CV na adres e-mail: klinika.usmiechu@gmail.com, tel. 790 568 005.

◆ Centrum Medyczne „Practimed” Sp. z o.o. z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Pabianickiej 25 zatrudni lekarza medycyny rodzinnej, neurologa oraz lekarza ortopedę lub lekarzy będących w trakcie tych specjalizacji. Warunki pracy i płacy do uzgodnienia. Telefon kontaktowy: 600 866 289, e-mail: sekretariat@practimed.com.pl

◆ Renomowana klinika stomatologiczna w centrum Wrocławia nawiąże współpracę z lekarzem endodontą, praca tylko pod mikroskopem. Nowoczesny sprzęt; mikroskop Zeiss, system A&B, X-Smart plus, Raypex6, pantomograf, tomograf. Duża baza pacjentów. Mile widziane osoby w trakcie specjalizacji. Oferty CV, zapytania, proszę kierować na adres e-mail: j.sward@vp.pl lub tel. +48 601 758 395 (po godz. 10.00).

◆ Klinika Supradent Matuszewscy w Jeleniej Górze zatrudni młodego i ambitnego lekarza stomatologa. Główny zakres pracy to wysokoestetyczne wypełnienia kompozytowe, praca pod mikroskopem w koferdamie. Tylko prywatni pacjenci, e-mail: praca@supradent.com.pl, telefon kontaktowy: 667 751 989.

◆ Zatrudnimy lekarza POZ do przychodni lekarza rodzinnego (również emerytowanego) w okolicach centrum Wrocławia. Gwarantujemy bardzo dobre warunki pracy. Wymiar zatrudnienia do ustalenia. Tel. kontaktowy 881-322-815, adres mailowy magdalena8402@wp.pl

INNE

◆ Atrakcyjne, niekłępujące lokum nad Bałtykiem około 300 m od plaży. Miejsowość Gąsiki, gmina Mielno. Telefon kontaktowy: 660 223 011.

◆ Przychodnia we Wrocławiu przy ulicy Strachocińskiej 84 poszukuje lekarza specjalistę w dziedzinie: medycyny rodzinnej. Atrakcyjne warunki. Miła atmosfera. Forma zatrudnienia i godziny pracy do uzgodnienia. Zapraszamy do kontaktu tel. 697 514 440.

◆ Wynajmę gabinet stomatologiczny, wyposażony – dla ortodonty na własną działalność. Gabinet spełnia wymogi dla podmiotu leczniczego. Kontakt telefoniczny: 605 108 193 po godz. 19.00 lub do południa.

◆ Sprzedam gabinetu lekarskie, praktykę stomatologiczną – gabinet, nieruchomości z własnym parkingiem w centrum Jeleniej Góry. Tel. 694 121 223, 606 617 362.

◆ Wynajmę pomieszczenie na gabinet lekarski lub inny medyczny w środku osiedla Kuźniki. Kontakt tel. 601 616 016

◆ Sprzedam bardzo dobrze funkcjonujący gabinet stomatologiczny we Wrocławiu. Sprzedaż obejmuje bazę pacjentów, stronę www, numer telefonu, sprzęt stomatologiczny. Informacja pod numerem tel. 517 288 644.

◆ Sprzedam lub wynajmę gabinet stomatologiczny w centrum Wrocławia. Cena do uzgodnienia. Telefon kontaktowy: 603 260 893.

lokal użytkowy,
ul. Jugosławińska 65d
we Wrocławiu



Na sprzedaż
lokal o powierzchni
336,18 m²,
idealny na
przychodnię lekarską.

Kontakt:
tadeusz.figiel@
inrealestate.pl,
tel. +48 601 410 769

GŁOGOWSKI SZPITAL POWIATOWY SP. Z O.O. W GŁOGOWIE pilnie zatrudni

LEKARZY SPECJALISTÓW W DZIEDZINIE:

- medycyny ratunkowej (i innej) do pracy na SOR w Głogowie z możliwością zamieszkania,
- pediatrii (O/Pediatryczny i O/Neonatologiczny)
- ginekologii i położnictwa,
- chirurgii ogólnej,
- anestezjologii i intensywnej terapii,
- internistów,
- lekarzy rodzinnych do pracy w POZ w Głogowie.

Zapewniamy:

- atrakcyjne warunki placowe,
- dowolna forma zatrudnienia,
- duże możliwości rozwoju zawodowego.

Posiadamy również wolne miejsca na szkolenie specjalizacyjne lekarzy w trybie rezydentury, w kierunku:

- Oddział Neurologii i Leczenia Udarów Mózgu,
- Oddział Ginekologiczno-Położniczy,
- Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,
- Oddział Chirurgii Ogólnej,
- Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

KONTAKT:

Głogowski Szpital Powiatowy Sp. z o.o.
w Głogowie
ul. T. Kościuszki 15, 67-200 Głogów
tel. 76 837 33 29
kom. 609 457 199
fax: 76 837 33 77

Feeria

nowość



Wreszcie możesz głęboko schować blender, mikser, młynek, szybkożar, patelnię czy garnek.

**PREMIERA
24.03.2021**

WYDAWNICTWO FEERIA

POLECA NA WIOSNĘ

nowość

Celem psycho-
lożki Monique
de KermaDEC
jest danie
nadinteligent-
nym ludziom
nadziei (...).



**PREMIERA
24.03.2021**

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 TELEFONICZNY 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

**Wynajmę nowe gabinety
lekarskie i stomatologiczne,
tel. 660 109 319 (Świdnica).**

**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
im. św. Jadwigi** (ul. Wodociągowa 4) w Opolu
zaprasza do współpracy LEKARZY specjalistów
lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie
psychiatrii dorosłych, dzieci i młodzieży
oraz **neurologii**.

Zapraszamy również lekarzy chcących
rozpocząć kształcenie w tych dziedzinach.
Oferujemy możliwość zatrudnienia na umowę
o pracę lub kontrakt.

Szczegółowe informacje:
Dział Kadr, tel. 77 541 42 43

Andrzej Bialek - unity i ich wyposażenie - 601 41 51 51

Marcin Bialek - autoklawy i mikrosilniki - 601 05 88 19

Krzysztof Palczyński - radio-obrazowanie - 605 95 68 07

Rafał Pielichaty - serwis - 608 84 77 25



DentaFlex

Wyposażenie konsoli lekarza:

- dmuchawka trzyfunkcyjna
- mikrosilnik bezszczotkowy i dwie kątnice
- dwie turbiny na szybkozłączkę KaVo
- lampa polimeryzacyjna 3 funkcyjna
- skaler z funkcją endodoncji i 6 grotami

Wszystkie narzędzia obrotowe i skaler z podświetleniem

Wyposażenie konsoli asysty:

- dmuchawka trzyfunkcyjna
- wąż ssaka i wąż ślinociągu
- piaskarka

Wyposażenie dodatkowe:

- stół lekarza
- zestaw olejów ze stosownymi aplikatorami do konserwacji końcówek
- układ permanentnego splukiwania systemu ssania (po podniesieniu węża ssaka cały układ ssania dostaje nieco wody dzięki czemu jest długo czysty i sprawny)

Cena zestawu: 36.500PLN
24 miesiące gwarancji na unit

elmedes@elmedes.pl



DA7001/30L - najcichszy na rynku
kompresor stomatologiczny
z atestem medycznym
Cena: 2.700 PLN
2 lata gwarancji