



Nr 3/2022 (379) marzec 2022

MEDIUM

ISSN 1425-9397

Gazeta Dolnośląskiej Izby Lekarskiej

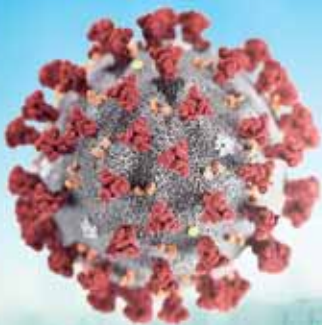


Dolnośląska Izba Lekarska
solidarna z Ukrainą, s.6

**Zjazd delegatów DIL
Uwaga! Zmiana terminu!
2.04.2022**

s.7

POCZĄTEK KOŃCA PANDEMII?





ELEKTRYCZNA MAZDA MX-30 IMPONUJE WYPOSAŻENIEM

Poznaj elektrycznego SUV-a Mazda MX-30 z zasięgiem dopasowanym do Twojego planu dnia.
Pierwsza w pełni elektryczna Mazda czeka, by zachwycić Cię swoim imponującym wyposażeniem.

**TERAZ MAZDA MX-30 Z EKODOŁĄTĄ MAZDY DOSTĘPNA
JUŻ ZA 990 ZŁOTYCH NETTO MIESIĘCZNIE***

JAREMKO WROCŁAW

Mińska 41a | tel. +48 71 350 30 30 | www.mazda-wroclaw-jaremko.pl

*Przykładowa kalkulacja leasingu dla przedsiębiorców oferowanego przez Santander Consumer Multirent Spółka z o.o. z siedzibą we Wrocławiu: cena pojazdu 108 048,78 zł netto, opłata wstępna 30%, czas obowiązywania umowy: 48 miesięcy, deklarowany przebieg kilometrów 15 tys. rocznie. Produkt Mazda SkyPremium Go obejmuje administrowanie czynnościami serwisowymi. Niniejsza propozycja nie jest ofertą w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego i ma charakter wyłącznie informacyjny. Szczegóły u Doradcy.

Zużycie energii elektrycznej w cyklu mieszanym wynosi średnio 19 kWh/100 km, a emisja CO₂ - 0 g/km. Zużycie energii elektrycznej i emisja CO₂ zostały określone zgodnie z procedurą WLTP na podstawie świadectw homologacji typu pojazdu. Informacje o działaniach dotyczących odzysku i recyklingu są dostępne na stronie www.mazda.pl

SPIS TREŚCI

Co nowego w medycynie	4
Solidarni z Ukrainą	6
Wybory delegatów	7
POCZĄTEK KOŃCA PANDEMII?	
8 COVID-19 w połączeniu z udarem mózgu oznacza mniejsze szanse na przeżycie Tekst Agata Grzebińska	
11 Absurdalne rozporządzenie i niepewne finanse lekarzy POZ Rozmawia Grzegorz Drozd	
SZPITALNA REWOLUCJA	
13 Szpitalna rewolucja: zmienić wiele, by wszystko zostało po staremu? Tekst Mariusz Kielar	
16 Tworzymy system naczyń połączonych Rozmawia Aleksandra Solarewicz	
WYWIAD „MEDIUM”	
19 Jestem dumny z całego zespołu Rozmawia Aleksandra Solarewicz	
Pasje lekarzy	22
Z PORADNIKA PSYCHOPRAKTYKA	
24 Lęk przed śmiercią Tekst Dariusz Delikat	
ZDROWIE MĘŻCZYZN	
26 Jeśli chcesz dobrze funkcjonować w rodzinie, musisz być sprawny! Rozmawia Agata Grzebińska	
29 Zainwestuj w swoje serce, gdy jesteś młody, by na starość cię nie zawiodło Rozmawia Grzegorz Drozd	
Wydarzyło się	33
PUBLICYSTYKA	
38 Arrakin, czyli koniec Tekst Marcin Lewicki	
Prawo i medycyna	39
Zjazdy absolwentów AM we Wrocławiu	43
Uchwały DRL i Prezydium DRL	46
Konferencje i szkolenia	48
Pro memoria	52
Kącik poetycki	54
Kulturalnik lekarski	55
Felietony	56
Rozrywka	57
Ogłoszenia	58

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

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

Aleksandra Szołtys – 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 3 marca 2022 r.

Druk: Drukarnia Infopakt s.j.,
ul. Przewozowa 4, 44-251 Rybnik, tel. 32 423 85 90

Komentarz aktualny



Fot. z archiwum PwL

Wojna!

Choć ta pozycyjna i psychologiczna trwa od lat, to nikt nie chciał nawet w najczarniejszych snach wyobrazić sobie najtragiczniejszej jej emanacji: otwartego militarnego konfliktu zbrojnego w granicach

starej Europy. Większość polityków, szczególnie państw zachodnich, uważała, że we współczesnym świecie wojna konwencjonalna nikomu się nie opłaci, bo wiąże się ze zniszczeniem i utratą tego, co według obywatela cywilizowanego świata jest najcenniejsze: dóbr materialnych. Uważała, że wystarczy związać i uzależnić gospodarczo sowieckiego agresora, aby zapewnić bezpieczeństwo całemu kontynentowi. Uspokojeni toczą podskórnie od lat 90. wojną sieciową, zgodnie z koncepcją głównego jej stratega Aleksandra Dugina, która miała być lepszym środkiem do osiągania celów państwa w polityce międzynarodowej, regionalnej i wewnętrznej niż klasyczna wojna żyli w błogim przeświadczeniu, że tak już będzie zawsze. Zapomnieli nauk historii, z których wynika, że prędzej czy później każda cywilizacja padała pod maczugą barbarzyńcy. Syty i bogaty z obawy o utratę dóbr materialnych próbuje negocjować, a barbarzyńca od razu wali pałką między oczy... Szczególnie jeśli na czele agresywnego, służalczego plemienia stanie szaleniec opętany własną wizją świata.

Ale teraz nie czas na analizy i krytykę polityki krajów zachodu: czas na działanie na miarę własnych możliwości. Za naszą granicą rozgrywają się ludzkie tragedie, a uciekinierzy z Ukrainy zawitali już do Polski. Od pierwszych godzin konfliktu ludzie dobrej woli zaczęli organizować pomoc dla narodu ukraińskiego i przygotowywać się do przyjęcia uchodźców. Gdy piszę te słowa, większość działań ma jeszcze charakter spontaniczny i nieskoordynowany, ale już widać, że zaangażowanie jest ogromne. Fundacja „Lekarze Lekarzom” rozpoczęła działania mające na celu zakup niezbędnych środków medycznych. Decyzję o przeznaczeniu naszych środków na ten cel natychmiast obiegowo podjęła Dolnośląska Rada Lekarska. Włączyliśmy się w organizację pomocy medycznej dla napływających uchodźców. Już wiadomo, że usługi medyczne będzie finansował NFZ. Być może będą potrzebne mieszkania dla lekarskich rodzin z Ukrainy. Pomysłów jest wiele i pracy dla każdego chętnego nie zabraknie.

W obliczu tej tragedii trudno zajmować się rzeczami przyziemnymi, ale ta informacja jest ważna: z przyczyn formalnych zdecydowaliśmy się na przesunięcie naszego zjazdu na 2 kwietnia 2022 roku. Niestety przedłużająca się procedura wyborcza w dwóch okręgach niosła za sobą zagrożenie niedotrzymania terminów wynikających z regulaminu wyborczego, co mogłoby skutkować formalnymi protestami wyborczymi z groźbą unieważnienia zjazdu. Aktualny, stary regulamin nijak się ma do rzeczywistości, a niestety i w naszym środowisku uaktywnili się tacy, których bardziej interesuje litera niż duch prawa i z utrudniania pracy komisjom wyborczym uczynili cel swojej samorządowej działalności. Do tego dołożyły się zapowiedzi manifestacji ruchów antyszczepionkowych w trakcie naszych zjazdów. Wyjścia więc nie było. Na szczęście czasu jest jeszcze trochę, więc mam nadzieję, że w komplecie spotkamy się w kwietniową sobotę.

Ale teraz musimy zająć się sprawą dużo ważniejszą: pomocą dla walczącej Ukrainy.

P. Wójcik



Co nowego w... medycynie



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/cbd-g316a16300/ CBD-Infos.com

► KONOPNA ZAPORA DLA KORONAWIRUSA

Zdaniem naukowców znajdujące się w konopiach związki chemiczne mogą skutecznie zapobiegać migracji wirusa SARS-CoV-2 do ludzkich komórek, a tym samym przeciwdziałać zakażeniu organizmu – donosi czasopismo „Journal of Natural Products”.

Chodzi o gatunek konopi siewnych (*Cannabis sativa*), które w odróżnieniu od konopi indyjskich (*Cannabis indica*) prawie nie zawierają psychoaktywnego tetrahydrokannabinolu (THC) tylko kannabidiol (CBD) – związek charakteryzujący się wieloma korzystnymi właściwościami. Zespół badaczy z Oregon Health & Science University pod kierownictwem Richarda van Breemena przeanalizował właściwości zawartych w konopiach substancji za pomocą wynalezionej w tym ośrodku tzw. chemicznej techniki przesiewowej (to zaadaptowana metoda spektrometrii mas z selekcją powinowactwa opracowana w celu znajdowania leków ukierunkowanych na białko szczytowe SARS-CoV-2).

Za pomocą tej metody Van Breemen i jego współpracownicy badali wiele związków pochodzenia roślinnego stosowanych jako suplementy diety, m.in. z czerwonej koniczyny, dzikiego porzeczynu, chmielu, trzech gatunków lukrecji. Badając konopie wykazali, że dwa kwasy kannabinoidowe wiążą się z białkiem kolca wirusa SARS-CoV-2 blokując krytyczny etap procesu prowadzącego do zakażenia ludzkich komórek. – Te kwasy kannabinoidowe obficie występują w konopiach i w wielu ekstraktach z konopi. Nie są to substancje kontrolowane, takie jak THC, psychoaktywny składnik marihuany, i mają dobry profil bezpieczeństwa u ludzi. Nasze badania wykazały, że związki konopi były równie skuteczne przeciwko wariantom SARS-CoV-2, w tym wariantowi B.1.1.7, który po raz pierwszy wykryto w Wielkiej Brytanii, oraz wariantowi B.1.351, po raz pierwszy wykryty w Afryce Południowej. Każda część cyklu infekcji i replikacji jest potencjalnym celem interwencji przeciwwirusowej, a połączenie domeny wiążącej receptor białka kolca z receptorem powierzchni ludzkiej komórki ACE2 jest krytycznym etapem tego cyklu. Oznacza to, że inhibitory wnikania do komórek, takie jak kwasy z konopi, mogą być stosowane do zapobiegania infekcji SARS-CoV-2, a także do skracania infekcji poprzez zapobieganie infekowaniu ludzkich komórek przez cząsteczki wirusa – wyjaśnia van Breemen. Jak zauważył naukowiec, stosowanie związków blokujących interakcję wirus – receptor sprawdziło się w przypadku pacjentów z innymi infekcjami wirusowymi, w tym z HIV-1 i zapaleniem wątroby.

Co istotne, związki te można przyjmować doustnie, są bezpieczne do stosowania u ludzi oraz mogą zapobiegać, a także leczyć, infekcje SARS-CoV-2. Van Breemen zaznaczył, że oporne warianty koronawirusa mogą nadal powstawać w związku z powszechnym stosowaniem kannabinoidów, ale połączenie szczepień i leczenia z wykorzystaniem związków konopi powinno stworzyć znacznie trudniejsze środowisko dla SARS-CoV-2.

Źródło: *Journal of Natural Products*, 2022



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/injection-g15fd9eeec/ geralt

► WIRUS EPSTEINA-BARR MOŻE BYĆ GŁÓWNA PRZYCZYNĄ SM

Aktualne badania rzucają nowe światło na etiologię stwardnienia rozsianego. Ich wyniki wskazują na powszechnie występującego wirusa jako głównego winowajcę – informuje czasopismo „Science”.

Stwardnienie rozsiane (sclerosis multiplex, SM) to przewlekłe i postępujące schorzenie układu nerwowego. Dochodzi w nim do stopniowego zaniku osłonek mielinowych neuronów prowadzącego do zaburzeń funkcjonowania mózgu i rdzenia kręgowego. SM jest najczęstszą neurologiczną przyczyną niepełnosprawności w grupie młodych dorosłych. W Polsce na to schorzenie choruje ok. 40-60 na 100 tysięcy osób. Na świecie żyje prawie 3 miliony osób z SM.

Naukowcy z Harvard T.H. Chan School of Public Health wykazali, że stwardnienie rozsiane jest prawdopodobnie spowodowane zakażeniem wirusem *Epsteina-Barr* (EBV). Wirus ten został rozpoznany przy użyciu mikroskopu elektronowego i opisany przez Michela A. Epsteina i Yvonne Barr w 1964 roku. EBV nazywany bywa ludzkim herpeswirusem 4, ponieważ należy do rodziny wirusów opryszczki. To jeden z najbardziej rozpowszechnionych ludzkich wirusów występujący na całym świecie. Może wywoływać zakaźną mononukleozę i prowadzić do utajonej, trwającej całe życie infekcji. Większość ludzi zakaża się nim w pewnym momencie swojego życia – do infekcji dochodzi zwykle przez kontakt z płynami ustrojowymi, takimi jak ślina (stąd nazwa „choroba pocałunków”).

Zaplanowanie i prowadzenie badania mającego na celu ustalenie związku przyczynowego między tak „popularnym” w populacji wirusem (EBV zakaża około 95% osób dorosłych) a stosunkowo rzadką chorobą, której objawy zaczynają się dopiero ok. 10 lat po zakażeniu, było dużym wyzwaniem dla jego organizatorów. Dlatego naukowcy przeprowadzili badanie na ponad 10 milionach młodych dorosłych aktywnych zawodowo w armii USA. Zidentyfikowali 955 osób, u których w okresie służby rozpoznano SM. – Hipoteza, że EBV powoduje SM, była badana przez naszą grupę i inne zespoły od kilku lat, ale to pierwsze badanie dostarczające przekonujących dowodów na związek przyczynowy. To duży krok naprzód, ponieważ sugeruje, że większości przypadków SM można zapobiec poprzez zatrzymanie infekcji EBV, a celowanie w EBV może doprowadzić do odkrycia lekarstwa na SM – powiedział prof. Alberto Ascherio, profesor epidemiologii i żywienia w Harvard Chan School, autor badania.

Jego zespół przeanalizował próbki surowicy pobierane co dwa lata przez wojskowy personel medyczny i określił status EBV żołnierzy w momencie pobrania pierwszej próbki oraz związek między zakażeniem wirusem EBV a zachorowaniem na SM w okresie czynnej służby. W tej grupie ryzyko SM wzrosło 32-krotnie po zakażeniu

EBV, ale nie zmieniło się po zakażeniu innymi wirusami. – Obecnie nie ma sposobu na skuteczne zapobieganie lub leczenie infekcji EBV, ale szczepionka EBV lub celowanie w wirusa za pomocą leków przeciwwirusowych specyficznych dla EBV może ostatecznie zapobiec lub wyleczyć SM – uważa prof. Ascherio.

Źródło: *Science*, 2022



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/pills-gd98c84c78/stevepb

► LEKI PRZECIWNOWOTWOROWE WYTWARZANE IN VIVO

Za pomocą metalicznych katalizatorów syntetyzujących w organizmie leki przeciwnowotworowe udało się skutecznie leczyć chore myszy – informuje pismo „Nature Communications”.

Koncepcja opracowania nowatorskiej metody aktywacji nietoksycznych substancji leczniczych o działaniu przeciwnowotworowym (tzw. proleków) w toksyczne związki w pobliżu guza za pomocą katalizy metali przejściowych wewnątrz organizmu pojawiła się w zespole Katsunori Tanaki z RIKEN Cluster for Pioneering Research (CPR). Do tej pory podstawową trudność stanowiło unieczynnienie wprowadzanego do organizmu katalizatora, który był niszczone przez antyoksydanty, m.in. glutation. Umieszczając katalizatory z metali przejściowych w specjalnych kieszeniach w białku badaczom udało się ominąć to ograniczenie, a reakcja chemiczna mogła przebiegać bez problemu.

Drugim poziomem trudności dla naukowców było celowane dostarczenie takiego katalizatora w bliski rejon zmiany nowotworowej. Podobnie jak w poprzednich badaniach, do powierzchni białka nośnikowego dołączono łańcuchy cząsteczek cukru wiążących się z nowotworem. W ten sposób zespołowi Tanaki udało się zahamować wzrost raka i przerzuty, a także ograniczyć skutki uboczne leczenia.

Co więcej, używając nietoksycznych substancji i łącząc je z wykorzystaniem powyższego katalizatora w aktywne leki przeciwnowotworowe w miejscu guza, badacze zaobserwowali 1000-krotny wzrost aktywności leków hamujących nowotwór. Zwykłe dożylnie podawanie składników potrzebnych do syntezy leku wraz z katalizatorem z metalu przejściowego zahamowało wzrost nowotworu bez skutków ubocznych takich jak utrata masy ciała.

– W przeszłości stosowaliśmy podobne metody do dołączania leków przeciwnowotworowych do guzów, ale tutaj byliśmy w stanie w ogóle uniknąć wprowadzania do organizmu jakichkolwiek toksycznych leków. Wielu pacjentów z rakiem umiera z powodu skutków ubocznych leczenia. Wierzmy, że nasza technologia, która bardzo skutecznie atakuje komórki nowotworowe bez skutków ubocznych, będzie w stanie uratować życie – mówi Tanaka. – Metoda pozwoli nam również ponownie rozważyć użycie związków, które nie były wcześniej stosowane, ponieważ były zbyt toksyczne po dostarczeniu do całego organizmu. Teraz można je syntetyzować w miejscu guza bez wpływu na zdrową tkankę. Uważamy, że jest to zmiana paradygmatu dla farmaceutyków i odkrywania leków – wyjaśnia Tanaka.

To pierwsze doniesienie o zastosowaniu terapeutycznej chemii syntetycznej in vivo do wytwarzania substancji przeciwnowotworowych dokładnie w miejscu, gdzie są one potrzebne przez dożylnie wstrzykiwanie ich składników. Z racji oszczędzającego działania tej metody na inne tkanki oczekuje się, że będzie ona miała znaczący wpływ na leczenie przeciwnowotworowe.

Źródło: *Nature Communications*, 2022

► CIĘŻKI PRZEBIEG COVID-19 OSŁABIA PAMIĘĆ IMMUNOLOGICZNĄ

Osoby powracające do zdrowia po ciężkim COVID-19 mogą mieć bardziej dysfunkcyjną odpowiedź limfocytów B w porównaniu z osobami po łagodniejszym przebiegu tej choroby – dowodzą wyniki badania naukowców z University of Texas Health Science Center San Antonio opublikowane na łamach czasopisma „PLOS ONE”.

W ramach badania naukowcy przeanalizowali próbki krwi pacjentów covidowych miesiąc oraz pięć miesięcy po wystąpieniu objawów choroby. Jak się okazało po miesiącu znaczna część limfocytów B specyficznych dla białka kolca była aktywna u wszystkich badanych osób. Niemniej jednak próbki pobrane od ozdrowieńców, którzy lżej przeszli zakażenie, wykazywały większą ekspresję markerów związanych z trwałą pamięcią limfocytów B w porównaniu z osobami, które doświadczyły cięższego przebiegu COVID-19. Markerami tymi były białka T-bet i FcRL5.

Po pięciu miesiącach od zakażenia naukowcy obserwowali częstsze występowanie zaburzonej odpowiedzi limfocytów B w ciężkich przypadkach COVID-19 czyli takich, w których pacjent wymagał inwazyjnej wentylacji mechanicznej lub pozaustrojowej oksygenacji błonowej (ECMO). Przypadki lżejsze zdefiniowano jako niewymagające podawania dodatkowego tlenu czy stosowania wentylacji inwazyjnej. – W oparciu o uzyskane wyniki możemy powiedzieć, że istnieją subtelne różnice w odpowiedzi limfocytów B po łagodnym i ciężkim COVID-19. Sugeruje to, że odpowiedź immunologiczna wywołana podczas łagodnego COVID-19 jest nieco wyższej jakości niż odpowiedź po ciężkiej chorobie. Ma to wpływ na długotrwałą odporność, czyli ochronę przed ponownym zakażeniem SARS-CoV-2 oraz na ciężkość przyszłego zakażenia – podsumowują autorzy pracy.

Źródło: *PLOS ONE*, 2022

► COVID-19 ZABURZA RÓŻNICOWANIE SIĘ KOMÓREK MACIERZYSTYCH PŁUC

Ciężkie urazy płuc spowodowane m.in. COVID-19 wywołują nieprawidłową regenerację komórek macierzystych zmieniającą architekturę płuc i w konsekwencji mogącą uniemożliwić przywrócenie prawidłowej funkcji tego organu – możemy przeczytać na łamach czasopisma „Nature Cell Biology”.

Zespół badaczy z Centrum Medycznego Uniwersytetu Kalifornijskiego w San Francisco (UCSF Medical Center) prowadzony przez dr. Jaymina Kathiriya i dr. Chaoqun Wang odkrył, że poważne uszkodzenia płuc, do jakich może prowadzić m.in. ciężki przebieg COVID-19 czy idiopatyczne zwłóknienie płuc, mogą powodować nieprawidłowe różnicowanie się komórek macierzystych płuc. Do takich wniosków udało się dojść dzięki wykorzystaniu nowatorskiej metody badań na tzw. organoidach fibroblastów (organoidy to grupy komórek wyhodowanych w laboratorium organizujące się w struktury komórkowe podobne do tych znajdujących się w różnych organach – przyp. autora) opartych na komórkach macierzystych.

Innymi słowami, autorzy badania modelowali nieprawidłowe różnicowanie się komórek macierzystych – dokładnie takie, jakie obserwujemy w przypadku poważnych uszkodzeń pęcherzyków płucnych. Takie modele pozwalają na lepsze zrozumienie, w jaki sposób poważnie uszkodzone płuca mogą się przemodelowywać i zabiżniać stanowiąc jednocześnie punkt wyjścia do opracowania przyszłych terapii celowanych. – Kiedy po raz pierwszy zobaczyliśmy, jak ludzkie komórki macierzyste pęcherzyków płucnych różnicują się w nieprawidłowe komórki podstawne, było to dla nas tak uderzające, że pomyśleliśmy, iż musi to być jakiś błąd. Jednak okazało się to prawdą i dostarczyło nam ogromu wiedzy o tym, jak przebudowują się płuca w odpowiedzi na poważne urazy. Potencjalnie będzie można wykorzystać tę wiedzę w celu odwrócenia takich szkód. Nasze odkrycia stanowią podstawę dla przyszłych badań nad identyfikacją celów terapeutycznych, które mogą zapobiegać lub odwracać różnicowanie metaplastyczne w ciężkich uszkodzeniach płuc – tłumaczą autorzy publikacji.

Źródło: *Nature Cell Biology*, 2022

Opracował Mariusz Kiełar



Zródło grafiki: www.pixabay.com/photos/international-2684771/jorono

Dolnośląska Izba Lekarska solidarna z Ukrainą

W związku z konfliktem zbrojnym w Ukrainie Dolnośląska Izba Lekarska uruchomiła specjalną skrzynkę mailową: pomocukrainiedil@dilnet.wroc.pl, na którą można przekazywać informacje o przeprowadzanych akcjach humanitarnych, zgłaszać inicjatywy medyczne związane z pomocą dla uchodźców i prośby o ewentualną pomoc w ich organizacji, a także kierować prośby o pomoc dla rodzin lekarzy i lekarzy dentystów z Ukrainy, przebywających w naszym kraju i dla tych będących w Ukrainie oraz wszelkie propozycje działań związanych z aktualną sytuacją kryzysową. Kontakt także telefoniczny: **71 798 80 50**.

„Fundacja Lekarze Lekarzom” zgłosiła gotowość do przeznaczenia środków finansowych na zakup materiałów potrzebnych lekarzom i lekarzom dentystom opiekującym się uchodźcami z Ukrainy, placówkom medycznym na pograniczu oraz na indywidualną pomoc dla lekarzy i lekarzy dentystów i ich rodzin z Ukrainy, przebywających na terenie Polski. Kontakt: tel. 22 559 13 22, e-mail: fundacja@hipokrates.org. Dane do wpłat:

Fundacja Lekarze Lekarzom

ul. Jana Sobieskiego 110

00-764 Warszawa

Nr konta: PKO SA 31 1240 6263 1111 0010 4779 2541

Apeluję do wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów o włączenie się do pomocy uchodźcom z Ukrainy organizowanej przez Izbę. Szczególnie potrzebni będą lekarze ze znajomością języka ukraińskiego.

prezes Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
dr n. med. Paweł Wróblewski

Pomoc medyczna dla obywateli Ukrainy – zasady udzielania i rozliczania świadczeń

Obywatelowi Ukrainy, który przybył do Polski w związku z agresją militarną Rosji na teren Ukrainy i który zgłosił się z problemem zdrowotnym do lekarza rodzinnego, poradni specjalistycznej czy szpitala należy udzielić adekwatnej pomocy medycznej.

Świadczenia udzielone obywatelowi Ukrainy, który posiada zaświadczenie wystawione przez Straż Graniczną RP lub odcisk stempla Straży Granicznej RP w dokumencie podróży, potwierdzające legalny pobyt na terytorium RP, po przekroczeniu granicy od 24 lutego 2022 r. w związku z konfliktem zbrojnym rozliczy Narodowy Fundusz Zdrowia.

Przepisy dotyczące finansowania tych świadczeń obejmą placówki medyczne, które mają podpisany kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia. Zmiany w prawie będą obowiązywały z mocą wsteczną od 24 lutego 2022 roku.

Świadczeniodawcy, do których trafi pacjent z Ukrainy:

- nie powinni odmawiać mu pomocy,
- nie powinni odsyłać pacjenta do innego świadczeniodawcy,
- nie powinni domagać się od niego zapłaty za udzielone świadczenia i nie powinni wystawiać za nie faktur,
- powinni ewidencjonować odrębnie każdy przypadek udzielenia pomocy obywatelowi Ukrainy na podstawie danych z paszportu i/lub z innego dokumentu podróży albo z zaświadczenia wydanego przez Straż Graniczną RP.

Więcej informacji dot. udzielania i rozliczania świadczeń znajduje się na stronie internetowej NFZ:

<https://www.nfz-wroclaw.pl/default2.aspx?obj=45223;58010&des=1;2>

Koleżanki i Koledzy

Od 27 lutego 2022 roku na Dworcu Głównym PKP – dzięki zaangażowaniu wolontariuszy – działa punkt pierwszej pomocy dla osób przyjeżdżających z Ukrainy. Punkt działa całodobowo. Zlokalizowany jest w punkcie informacyjnym Urzędu Wojewódzkiego obok restauracji McDonald's.

Na dyżury można zapisywać się przez:

- grupę na Facebook-u: <https://www.facebook.com/groups/437711781435587/?ref=share>

Kontakt z koordynatorką grafiku Victorią Sadovską pod numerem telefonu 690 942 420.

Więcej informacji na Facebook oraz na miejscu.

Z góry dziękujemy za chęć pomocy

Organizatorzy

Wybory delegatów

NA OKRĘGOWE ZJAZDY LEKARZY I KRAJOWY
ZJAZD LEKARZY NA OKRES IX KADENCJI



ZJAZD DELEGATÓW DIL – 2 KWIETNIA 2022 r.

Koleżanki i Koledzy,

w związku z pismem Krajowej Komisji Wyborczej z 8 lutego 2022 r. informujemy, że ze względów proceduralnych termin XLI Zjazdu Delegatów DIL został przesunięty na **2 kwietnia 2022 roku**.

Za niedogodności przepraszamy, liczymy na zrozumienie zaistniałej sytuacji i zapraszamy do wzięcia udziału w Zjeździe Delegatów DIL.

XLI Zjazd Delegatów DIL odbędzie się **o godz. 9.00 w hotelu Ibis Styles Wrocław Centrum przy placu Kontytucji 3 maja 3** we Wrocławiu.

Dolnośląska Rada Lekarska



Obwieszczenie nr 2/2022 przewodniczącego Okręgowej Komisji Wyborczej z dnia 16 lutego 2022 roku

*w sprawie zatwierdzenia wyników wyborów delegatów
na Zjazd Delegatów Dolnośląskiej Izby Lekarskiej IX Kadencji w rejonie
K9.023 Lekarze w Lwówku Śląskim – L oraz rejonie K9.064 Dentyści Krzyki 1 – D*

Na podstawie § 45 pkt. 1 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych, stanowiącego załącznik do Uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. oraz uchwały 140/2021 Okręgowej Komisji Wyborczej z dnia 8 grudnia 2021 r. obwieszcza się, co następuje:

§ 1

W wyniku przeprowadzonych wyborów oraz po sprawdzeniu dokumentacji wyborczej przewodniczący Okręgowej Komisji Wyborczej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu obwieszcza, że delegatami na Okręgowy Zjazd Lekarzy Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu na okres IX kadencji 2022–2026 w rejonie K9.023 Lekarze w Lwówku Śląskim – L wybrany został Marek Kaźmierczyk – lekarz oraz w rejonie K9.064 Dentyści Krzyki 1 – D zostali: Brzozowska Małgorzata – lekarz dentysta, Florjańska-Biskup Anna – lekarz dentysta, Florjański Wojciech – lekarz dentysta.

przewodnicząca Okręgowej Komisji Wyborczej
lek. Małgorzata Niemiec

PODZIĘKOWANIA

Jako przewodnicząca Okręgowej Komisji Wyborczej DIL składam serdeczne podziękowania wszystkim lekarzom zaangażowanym w przeprowadzanie wyborów delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy IX kadencji 2022–2026. Dziękuję również wszystkim członkom Dolnośląskiej Izby Lekarskiej za udział w głosowaniu w poszczególnych rejonach wyborczych. Dzięki licznej frekwencji udało nam się łącznie wybrać 252 delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy.

Z poważaniem
lek. Małgorzata Niemiec,
przewodnicząca Okręgowej Komisji Wyborczej



Tekst Agata Grzelińska/materiały prasowe USK

Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/woman-5051835/Duplex

COVID-19 w połączeniu z udarem mózgu oznacza mniejsze szanse na przeżycie

Pacjenci, których niedokrwienny udar mózgu dotknął w czasie, gdy walczyli z infekcją wywołaną przez SARS-CoV-2, umierają w ciągu doby trzykrotnie częściej niż pozostali. Co więcej, tę grupę osób aż stokrotnie częściej dotyka udar żylny! Pokazują to wyniki badań, które przez ostatnie dwa lata prowadzili naukowcy z Kliniki Neurologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Wszystko to było elementem międzynarodowego projektu prowadzonego jednocześnie w 130 krajach świata.

U osób z udarem niedokrwiennym mózgu, do którego doszło w czasie infekcji COVID-19, ryzyko zgonu w ciągu doby wzrasta prawie trzykrotnie. Częściej dochodzi u nich do powikłań krwotocznych, a poza tym gorzej przebiega ich późniejsza rehabilitacja. Co więcej, tę grupę chorych wielokrotnie częściej dotyka udar żylny – to wnioski z analizy stanu zdrowia pacjentów Kliniki Neurologii z Pododdziałem Udarowym Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu zakażonych SARS-CoV-2 i hospitalizowanych z powodu udaru. Badanie, w którym uczestniczyła Klinika, objęło ponad 15 tysięcy osób leczonych z powodu udaru w 139 ośrodkach w Europie i poza nią. Jego koordynatorem był ośrodek portugalski.

– Liderem badania jest pan profesor João Pedro Marto z Lizbony, natomiast w obrębie Polski sieć ośrodków organizowała pani profesor Anna Członkowska – wyjaśnia dr n. med. Marta Nowakowska-Kotas z Kliniki Neurologii USK, dolnośląski konsultant w dziedzinie neurologii.

Skąd tak kiepskie rokowania?

Czym tłumaczy się tak kiepskie rokowania u pacjentów, których jednocześnie dotknął COVID-19 i udar niedokrwienny mózgu? – Po części może to wynikać z ich późniejszego docierania do oddziału udarowego. Jednak te wyniki nie wpływają istotnie na nasze dotychczas wypracowane procedury. Możemy jednak apelować, by pacjenci z objawami deficytu neurologicznego (np. zaburzeniami mowy, opadnięciem kącika ust, osłabieniem siły kończyn) o nagłym początku, niezależnie od tego, czy chorują obecnie na COVID-19, czy też nie, czy są zaszczepieni, czy też nie, nie zwlekali ze zwracaniem się o pomoc. Rzecz bowiem w tym, że procedury stosowane w leczeniu udaru niedokrwiennego mózgu są tym skuteczniejsze, im wcześniej zastosowane – tłumaczy pani doktor.

Co istotne, infekcja pogarsza rokowania pacjentów z udarem niedokrwiennym mózgu nawet wtedy, gdy przechodzą oni COVID-19 bezobjawowo.

Wyniki badań wskazują też jednoznacznie, że udar częściej dotyczy jednocześnie wielu naczyń wewnątrzczaszkowych (jest bardziej rozległy), rośnie też ryzyko powikłań krwotocznych, co znacznie utrudnia leczenie takiego chorego. – Ujawnił się też kolejny problem: udar żylny, spowodowany zakrzepicą żył i zatok wewnątrzczaszkowych, którego ryzyko przy COVID-19 rośnie nawet 100-krotnie – dodaje dr Nowakowska-Kotas. – Warto podkreślić te statystyki, zwłaszcza w kontekście obaw przed niektórymi szczepionkami. Jeśli po podaniu szczepionki ryzyko powstania zakrzepicy (przy czym mówimy o samej zakrzepicy, a nie o udarze) wzrasta dziesięciokrotnie, a w wyniku infekcji mamy 100 razy większe ryzyko, to sprawa jest bezdyskusyjna. Zakażenie koronawirusem jest wielokrotnie bardziej niebezpieczne dla zdrowia i życia niż rzadkie zdarzenia niepożądane po szczepionce. Dlatego nieustannie zachęcamy do szczepień wszystkich, którzy jeszcze tego nie zrobili – podkreśla neurolog z USK.

Nierówne szanse chorych

O ile sięgnięcie po szybką pomoc w dużym Wrocławiu jest stosunkowo proste, o tyle w mniejszych miejscowościach Dolnego Śląska zdarzają się z tym problemy. Jak sobie z tym poradzić? Dolnośląski konsultant wojewódzki w dziedzinie neurologii mówi, że Polskie Towarzystwo Neurologiczne wydało w 2019 roku wytyczne dotyczące tego, jak ma być zorganizowane leczenie pacjentów z udarem mózgu w fazie ostrej. Zakłada ono nadawanie pacjentom z objawami uszkodzenia układu nerwowego o nagłym początku najwyższego priorytetu. Europejskie Towarzystwo Udarowe (ESO – European Stroke Organisation) wyznaczyło cele na 2030 rok w postaci określenia przeciętnego czasu, jaki może mijać od przekroczenia przez pacjenta progu szpitala do rozpoczęcia procedur reperfuzyjnych (tzw. door-to-needle w przypadku reperfuzji lub door-to-groin w przypadku trombektomii) oraz minimalnego odsetka pacjentów z udarem niedokrwiennym mózgu, którzy na danym terytorium powinni zostać zakwalifikowani do tych procedur.

– Zdaję sobie sprawę, że nie we wszystkich rejonach województwa udało się spełnić te parametry, ale jest to stosunkowo nowa inicjatywa i dążymy do usprawnienia procedur we wszystkich szpitalach posiadających oddziały udarowe. Niewątpliwie jednak pacjenci, którzy korzystają z wezwania pogotowia ratunkowego, znacznie częściej uzyskują wyższy priorytet niż ci, którzy samodzielnie się zgłoszą do najbliższego SOR-u – stąd nieraz opóźnienia w przypadku pacjentów ze stosunkowo niewielkimi objawami – mówi dr Nowakowska-Kotas.

Czy badania, w których uczestniczyli wrocławscy neurologi, będą miały ciąg dalszy? Jak się okazuje, na razie zakończono zbieranie danych. Teraz są one przygotowywane do publikacji. – Mijemy nadzieję, że ukażą się niebawem w recenzowanym czasopiśmie – mówi pani doktor. – Jako ośrodek wrocławski mamy też nadzieję, że współpraca nie skończy się tylko na tym jednym badaniu.

SARS-CoV-2 a kłopoty ze snem

Okazuje się jednak, że COVID-19 jest sprawcą wielu innych kłopotów neurologicznych. – Trzeba zwrócić uwagę na takie zaburzenia, które się wyrażają głównie bólami głowy i utratą węchu. Zdarzają się też stany, które cechuje zmiana stanu mentalnego, np. wskutek pojawienia się wylewu krwi do mózgu czy zapalenia mózgu, mogą się pojawić napady padaczkowe czy zespół Guillaina-Barrégo – mówi prof. dr hab. n. med. Andrzej Gładysz, specjalista chorób zakaźnych. – Dochodzi do uszkodzenia nerwów obwodowych, co w tym wypadku wyraża się osłabieniem siły mięśniowej.

Pan profesor podkreśla, że w fachowej prasie medycznej wiele jest doniesień o pocovidowych dolegliwościach związanych z kło-

” —
Autorzy wielu artykułów naukowych podkreślają, że pacjentów pocovidowych trzeba będzie obserwować znacznie dłużej niż do tej pory, bo u części takich osób stwierdza się poważne zaburzenia zdolności poznawczych i psychiczne, których dotąd w takiej liczbie psychiatrzy nie rejestrowali. – Jeśli przyjmujemy hipotezę, że COVID-19 przejdzie w fazę endemiczną, będziemy mieć sezonowe wysiewy tego wirusa. Musimy w związku z tym brać pod uwagę, że mogą się pojawiać bardzo wysublimowane przypadki powikłań, takie medyczne „rarytasy”, a więc bardzo złożone objawowo i klinicznie – zapowiada prof. Andrzej Gładysz.

potami ze snem. Jak się okazuje, zaburzenia snu dotyczą aż 30% ozdrowieńców (pisze o tym „Journal of the Neurological Science”).

– To są poważne problemy, bo pojawiają się (ku zdziwieniu większości z nas) pół roku po przechorowaniu. Ktoś więc już zapominał o covidzie, a tu ni stąd, ni zowąd pojawiają się objawy, które są jego odległym skutkiem. To się mieści w pojęciu długiego ogona COVID-19 – zaznacza prof. Gładysz. Jak dodaje, trzeba mieć świadomość, że są to rzeczy, których nie obserwuje się chociażby przy ciężkiej grypie, dlatego że wirus grypy nie wykazuje powinowactwa do centralnego układu nerwowego – tak, jak COVID-19, w efekcie którego uszkodzeniu ulegają drobne naczynia krwionośne. To z kolei powoduje niedokrwienie skąpoobjawowe lub nie od razu zauważalne, przejściowe. Jednak one przekładają się później na zakłócenia pewnych funkcji mózgu – w zależności od jego rejonu. Takie problemy mogą się pojawiać wiele miesięcy po przechorowaniu.

– Cieszą mnie badania prowadzone przez wrocławską Klinikę Neurologii. Gratuluję tych badań Klinice. Mam nadzieję, że w przyszłych badaniach nasi naukowcy zajmą się również oceną jakości nocnego wypoczynku osób, które chorują na COVID-19 lub go już przechorowały. Te kłopoty ze snem przekładają się bowiem na negatywne funkcjonowanie umysłu – na gorszą sprawność intelektualną – podkreśla znany zakaźnik. I dodaje, że czasopisma naukowe mówią o kilku rodzajach zaburzeń snu. Wymieniają przede wszystkim problemy z zasypianiem, z wybudzaniem się w nocy bez wyraźnego powodu i przede wszystkim z pogorszeniem się jakości snu oraz z nękanymi ludźmi koszmarami sennymi. Niektórym zdarza się też nagle wybudzanie się i niekontrolowanie swoich zachowań, polegające na czymś w rodzaju lunatykowania. To, jak zaznacza profesor, może być niebezpieczne dla takiej osoby.

Narkolepsja i katalepsja

Kolejnym problemem neurologicznym, opisywanym w światowej prasie medycznej, są porażenia przysenne, a więc paraliż »



senny mięśni przy całkowitym zachowaniu świadomości. – Polega to na tym, że jesteśmy świadomi, a nie możemy się poruszać, nie mamy wpływu na swoje ciało. To jest koszmarnie, bo człowiek zastanawia się, co się stało. Czuje się tak, jakby doznał udaru – wyłącza się cały system kontroli mózgu nad ciałem – tłumaczy prof. Andrzej Gładysz. – Zaobserwowano też przypadki narkolepsji, a więc nadmiernej senności w ciągu dnia. Mam 2–3 znajomych, którzy w tej sprawie radzili się mnie, pytając, czy to się może łączyć z covidem. Oczywiście, że tak, bo nie mieli żadnych innych dolegliwości, a są to młodzi ludzie. To pojawiło się u nich po przechorowaniu potwierdzonym testem PCR – mówi zakaźnik.

Może się też pojawiać coś takiego jak senność napadowa w ciągu dnia. Wyobraźmy sobie więc, że ktoś prowadzi samochód i nagle doznaje takiego napadu. Opisywane są także stany nagłej utraty napięcia mięśniowego w trakcie aktywności dziennej. To tzw. katapleksja.

Jak się to przełoży na leczenie?

– Wszyscy badacze zastrzegają, że cała sprawa wymaga dalszych wnikliwych obserwacji i szerokich badań. Lekarze muszą sobie uświadamiać, że takie objawy mogą się pojawiać – trzeba się zastanowić nad ich przyczyną – mówi prof. Gładysz. – To, o czym wspominałem, jest dowodem na to, że jeśli dziwne objawy utrzymują się zbyt długo i pojawiły się problemy neurologiczne, to trzeba szukać pomocy u lekarzy.

Jak dodaje, już wiadomo, że koronawirus ma powinowactwo z komórkami nerwowymi – może infekować same neurony, głąb mózgowy, a przede wszystkim śródbłonek naczyń krwionośnych i limfatycznych, co nie tylko przekłada się na działanie w samym mózgu, ale jeśli mamy takie uszkodzenia w organizmie, mogą się pojawić problemy z ukrwieniem mózgowia. Więcej, pojawia się wpływ na barierę krew-mózg. Ta chroni mózg przed inwazją różnych patogenów, bo ten filtr naczyniowy nie przepuszcza ich. – A jeśli wirus uszkadza tę barierę, mogą się pojawiać miejscowe przecieki, w związku z tym to ochronne działanie bariery krew-mózg ulega upośledzeniu, co stanowi poważny problem. Z punktu widzenia medycznego to może być przyczyną rozszerzenia się infekcji na rdzeń kręgowy

czy mózg – podkreśla pan profesor. – Na całe szczęście do tej pory nie mamy opisów koronawirusowych zapaleń mózgu czy rdzenia kręgowego, ale tego nie można wykluczyć. To wszystko jest już w tej chwili uznawane za wielce prawdopodobne pod względem patomechanicznym, a wynika z rozumienia mechanizmu przebiegu zakażenia.

Co więcej, nie można też wykluczyć (coraz poważniej bierze się to pod uwagę), że kiedy nie zapanujemy w porę nad burzą cytokinową u pacjenta, bo np. jest leczony domowo i akurat nieco przetrzymał coś takiego, wtedy może to przełożyć się na to, że własne komórki układu odpornościowego staną się przeciwnikiem własnego organizmu, a więc w sposób autoimmunologiczny mogą uszkodzić centralny układ nerwowy. Musimy się z tym liczyć.

Znakomity wrocławski zakaźnik zwraca też uwagę na fakt, że podczas trwania ostrej infekcji, u wielu chorych (i ozdrowieńców) obserwuje się też nietolerancję wysiłku fizycznego czy dysautonomię – to jest uszkodzenie nerwów autonomicznego układu nerwowego. – To bardzo ważne, bo ten układ komunikuje przecież mózg z całym organizmem, np. sercem, naczyniami krwionośnymi, gruczołami potowymi. Takie napady pocenia nocnego czy zaburzenia pracy serca przekładają się następnie na niedotlenienie mózgu i, co najgorsze, układ autonomiczny niejako traci kontrolę nad tym wszystkim. Wtedy mogą pojawić się zaburzenia w funkcjonowaniu całego organizmu – wyjaśnia profesor. Na całe szczęście na razie nie ma na ten temat jakichś jednoznacznych, licznych doniesień. Ale – jak podkreśla – już się to bierze pod uwagę.

Autorzy wielu artykułów naukowych podkreślają, że pacjentów pocovidowych trzeba będzie obserwować znacznie dłużej niż do tej pory, bo u części takich osób stwierdza się poważne zaburzenia zdolności poznawczych i psychiczne, których dotąd w takiej liczbie psychiatrzy nie rejestrowali. – Jeśli przyjmujemy hipotezę, że COVID-19 przejdzie w fazę endemiczną, będziemy mieć sezonowe wysiewy tego wirusa. Musimy w związku z tym brać pod uwagę, że mogą się pojawiać bardzo wysublimowane przypadki powikłań, takie medyczne „rarytasy”, a więc bardzo złożone objawowo i klinicznie – zapowiada prof. Andrzej Gładysz. ■

Nowy przewodniczący Koła Lekarzy Prywatnie Praktykujących

Informujemy, że 12 lutego 2022 r. przewodniczącym Koła Lekarzy Prywatnie Praktykujących przy Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu na IX kadencję został wybrany lek. dent. Marek Stehlik.



Fot. A.Sz.

Rozmawia Grzegorz Drozd



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/online-marketing-hlgeoQS/IE-unsplash

ABSURDALNE ROZPORZĄDZENIE

i niepewne finanse lekarzy POZ

O dezorganizującym pracę praktyk i wyśmiewanym przez część pacjentów przepisie ministra zdrowia oraz o niestabilnym, bo uzależnionym od pandemii sposobie finansowania podstawowej opieki zdrowotnej, z lek. Jackiem Krajewskim, prezesem Dolnośląskiego Związku Lekarzy Rodziny-Pracodawców i Porozumienia Zielonogórskiego, rozmawia Grzegorz Drozd.

Grzegorz Drozd: Pacjenci mający powyżej 60 lat, a skierowani do izolacji z powodu COVID-19, mają być zbadani przez swojego lekarza w ciągu 48 godzin. Taki był zamysł nowego rozporządzenia ministra zdrowia. Jak sobie Państwo z tym radzą? Sporo było wątpliwości, czy to się uda.

Lek. Jacek Krajewski: Musi się udać, bo jest taki nakaz. My oczywiście nie jesteśmy entuzjastami tego rozwiązania przede wszystkim dlatego, że uważamy, że do badania pacjenta powinny być wskazania kliniczne, a nie administracyjne. Ponieważ mamy nakaz administracyjny, to często bywa tak, że badamy pacjentów, którzy są w dobrym stanie, całkowicie sprawni i którzy zdecydowanie nie muszą być zbadani w ciągu 48 godzin.

G.D.: Czyli mają się dużo lepiej niż na przykład niektórzy czterdziestolatkowie?

J.K.: Tak. Albo starsi od nich lekarze, którzy czasami muszą do nich pojechać na wizytę domową, ponieważ niektórzy pacjenci nie są w stanie przyjechać do przychodni, bo na przykład nie mają środków komunikacji. I my musimy wsiadać we własny samochód albo w jakiś inny sposób dojechać do takiego pacjenta. Nikt nie przewidział i nie uwzględnił w rozporządzeniu, że mogą być takie sytuacje, gdy pacjent nie dojedzie do lekarza nie dlatego, że ma powyżej 60 lat i zły stan zdrowia, ale dlatego, że zwyczajnie nie ma czym dojechać. Jest zima, nikt go nie może przywieźć, bo to przecież covid, więc z takich powodów też mamy duże problemy. To nie wynika tylko z organizacji, czyli z tego, że jest nas mało w POZ i musimy przyjmować zarówno pacjen-

tów covidowych, przebiegionych, jak i wszystkich innych. Trzeba rozdzielić godziny dla zakażonych koronawirusem i tych, którzy czekają na przyjęcie z chorobami stabilnymi, ale nieinfekcyjnymi. Sytuacje, kiedy musimy tracić czas, aby dojechać do pacjenta na wizytę domową, zaburzają cały harmonogram pracy przychodni. Kwestia tych 48 godzin jest kluczowa – uniemożliwia tak naprawdę ułożenie harmonogramu. To powoduje, że pacjenci, którzy są zapisani na określone godziny czy dni, ale z chorobami przewlekłymi, a nie z covidem, muszą dłużej czekać.

G.D.: Co to rozwiązanie oznacza dla innych pacjentów, którzy „nie mieli szczęścia” zachorować na COVID-19? Bo sam Pan powiedział, że Wasz czas nie jest z gumy.

J.K.: Priorytet otrzymała pandemia i pacjenci, którzy w czasie pandemii, jak wykazały statystyki, mają ryzyko ciężkiego przebiegu, czyli ci powyżej 60. roku życia. Minister wybrał, że po prostu oni są ważniejsi i my mamy ich w pierwszej kolejności zabezpieczać. Natomiast ci, którzy mają przewlekłe choroby, powinni tak chorować, żeby nie mieć zaostrzeń, bo muszą czekać.

G.D.: Czyli muszą być zdrowi, żeby zachorować?

J.K.: Tak.

G.D.: Czy skarg na Was jest dużo? Czy ministerstwo egzekwuje przepisy bezwzględnie? Czy są jakieś sankcje?

J.K.: Jeżeli jest tak, że mamy nawał pacjentów, a czasowo nie jesteśmy w stanie się wyrobić, to jedynym naszym wytłumaczeniem staje się to, że czas nie jest z gumy, a nasza praca także nie. »



Ale do tej pory nie słyszałem, żeby pacjenci się na to skarżyli. Bardziej przeszkadza im co innego – ci, którzy mają powyżej 60 lat, są w dobrym stanie, dobrze się czują, śmieją się z nas, że to my do nich dzwonimy i chcemy ich osobiście badać, kiedy oni absolutnie takiego badania nie chcą, nie potrzebują i wręcz chętnie podpisaliby oświadczenie, żeby dać im spokój. Ale my mamy takie prawo i prosimy, by w ciągu 48 godzin do nas przyjechali. Bywa, że słyszymy wtedy: „Ale ja nie mam czym”. To mówimy, że my przyjedziemy, na co pacjent odpowiada: „Ludzie, dajcie sobie spokój!”.

G.D.: Duża część z Was prowadzi praktykę pojedynczo – jeden lekarz. Jak wtedy rozwiązać tę urzędniczą łamigłówkę?

J.K.: W grę wchodzi tylko rozdział czasowy – pacjentów przewlekłych chorych ustawiamy na godziny. W innych godzinach dostosowujemy praktykę do tego, żeby przyjąć pacjentów z covidem, którzy mogą do nas przyjechać, w tym czasie nie przyjmujemy innych. A tych, którzy nie mogą przyjechać, musimy odwiedzać. Ponieważ zajmuje to dosyć dużo czasu, skrócony jest okres, kiedy przyjmujemy pacjentów nieinfekcyjnych. Wydłużają się kolejki dla osób stabilnych przewlekłych, które muszą trochę zaczekać, bo priorytetem są 60-latkowie z covidem.

G.D.: Pan, jako przedstawiciel grup lekarskich, często kontaktuje się z urzędnikami ministerialnymi. Wie Pan, czym było podyktowane takie rozwiązanie? I czy ktoś zasięgał Państwa opinii, pytając chociażby, czy dacie radę?

J.K.: Nikt o to nie pytał. To jest decyzja kierownictwa Ministerstwa Zdrowia i najprawdopodobniej sprawców (których bliżej nie znam), którzy postanowili, że kluczowe jest te 48 godzin, a nie stan kliniczny pacjenta.

G.D.: Chciałbym dodać łyżkę dziegciu do beczki miodu. Nie ukrywajmy, że mamy teraz wysyp telekonferencji i teleporad, a takich bezpośrednich wizyt u lekarza nawet nie jak na lekarstwo...

J.K.: My kilkukrotnie jako Porozumienie Zielonogórskie wydaliśmy komunikaty, że teleporada jest tylko jedną z form udzielania pomocy i to wcale nie pierwszą. I w ogóle nie wyobrażamy sobie, żeby wyłącznie teleporadami pracować w POZ. Ale my jesteśmy organizacją, która skupia około 40% podmiotów w Polsce. Co robi reszta, na to nie mamy wpływu. Nie możemy wywierać nacisku na innych, bo to jest ich sumienie i ich rzetelność wykonywania pracy. Natomiast niestety, ponieważ takie przypadki się zdarzają, to odium, że cały POZ tak pracuje, spada na całe środowisko, co jest absolutną bzdurą. Ogromna większość z nas pracuje uczciwie i przyjmuje pacjentów osobiście. Sam wczoraj badałem trzech pacjentów z covidem, którzy przyszli do mnie, u jednej pacjentki byłem na wizycie domowej i skierowałem ją do szpitala, bo była w ciężkim stanie. To nic nadzwyczajnego. Jeżeli pacjent jest w dobrym stanie, nie ma wskazań klinicznych i jest przed 60. rokiem życia, to najczęściej po wykonaniu testu kontaktujemy się z nim w sposób, w jaki regulowało to rozporządzenie, czyli w pierwszym dniu i w ósmej dobie. A w związku z wejściem w życie rozporządzenia z 10 lutego – teraz w pierwszej i piątej dobie. Monitorujemy przebieg choroby tak, że jak stan się pogarsza, to chory daje znać. Natomiast pacjenci po 60. roku życia muszą być zbadani osobiście. Biorąc pod uwagę śmiertelność w tej grupie, rozumiemy wskazania medyczne. Jednak tych 48 godzin jest złym pomysłem, bo w ciągu pierwszych 48 godzin najczęściej stan nie pogarsza się na tyle, żeby można było wychwycić jakieś patologie. Te mogą się ujawniać później. To jest zły przepis i powinien zostać zmieniony. Wcześniej wszedł w życie zapis o standardzie udzielania świadczeń, w tym teleporad. Pacjenci po 60. roku życia mogli i mogą być badani osobi-

ście, zależnie od stanu klinicznego. Chodzi tylko o to, by nie było tego wymogu 48 godzin.

G.D.: Kiedy czyta się informacje dotyczące tego, czym są Państwo raczeni, biorąc pod uwagę pandemię, to można odnieść wrażenie, że lekarze pierwszego kontaktu są dzokera-ami w urzędniczej talii. Jak coś nie działa, robią to na pewno lekarze rodзинni (zbadają pacjenta, wykonają szczepienia). Kiedy trzeba kogoś obarczyć winą, to Wy też jesteście wskazywani. Biorąc to wszystko na zdrowy rozum, ministerstwo musi Was hojnie nagradzać finansowo za taką gotowość na wszystko? Oczywiście, mówię to z pewną ironią...

J.K.: Nie nagradza nas inaczej niż do tej pory. Wszyscy cierpimy z powodu wysokiej inflacji, Polskiego Ładu. Obrywamy także jako ci, którzy są prowadzącymi czy menadżerami firm, a także jako samozatrudnieni. Jedyne, co się pojawiło w ramach pandemii, to dodatkowe środki przeznaczone na walkę z pandemią. Ale to nie są środki z Narodowego Funduszu Zdrowia, tylko z budżetu państwa.

G.D.: I one do Was nie trafiają?

J.K.: One do nas trafiają – za każdą wykonaną pracę otrzymujemy jednostkowo wynagrodzenie, jeżeli chodzi o opiekę nad pacjentem czy o monitorowanie jego stanu. Tak samo jak ekstrakuracja wykonują szpitale czy laboratoryjna opieka specjalistyczna. Dodatkowe środki, które są przeznaczane na walkę z covidem, pochodzą z innej puli niż z Narodowego Funduszu Zdrowia. I są tylko dla tych, którzy szczepią i monitorują pacjentów chorych na COVID-19. Jednak gdy skończy się pandemia, odejdzie covid i odejdą szczepienia, my zostajemy z kontraktami, które nie były podwyższane już prawie półtora roku.

G.D.: Czyli, jeżeli chodzi o podwyższanie, to macie coraz więcej obowiązków, a jeśli chodzi o wynagrodzenie za to, niekoniecznie.

J.K.: Niekoniecznie. Tylko wtedy, kiedy wykonujemy jakąś dodatkową pracę, która jest związana z COVID-19, ze szczepieniami, czyli gdy przyjmujemy dodatkowe obowiązki, oprócz tych związanych z normalnym kontraktowaniem świadczeń.

G.D.: Kiedy skończy się pandemia, daj Boże jak najszybciej, to będzie oznaczało paradoksalnie też kłopoty, jeśli chodzi o ekonomię dla przynajmniej części z Was, lekarzy rodzinnych, lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej?

J.K.: Dla wszystkich. Bo ci, którzy mieli więcej pacjentów chorych na COVID-19, mieli wynagrodzenie określone jednostkowo i w związku z tym mieli zwrot za pracę, którą wykonywali. Tak samo ci, którzy szczepili. Gdy to się skończy, pozostaniemy na gołych kontraktach, które w tej chwili wyglądają już bardzo kiepsko, zwłaszcza że inflacja zżera wszystko i rosną koszty. Pracownicy, których zatrudniamy, przyszli po dodatkowe pensje i rzeczywiście, jeśli odejdą środki z budżetu państwa, które dofinansowywały pandemię, to sytuacja finansowa POZ-u będzie kiepska.

G.D.: Koniec pandemii wcale nie oznacza więc końca kłopotów, jeżeli chodzi o podstawową opiekę zdrowotną?

J.K.: Wcale tego nie oznacza. ■



► **LEK. JACEK KRAJEWSKI**
Prezes Dolnośląskiego Związku
Lekarzy Rodzinnych-Pracodawców
i Porozumienia Zielonogórskiego

Fot. Z archiwum Medium

Tekst Mariusz Kiełar



SZPITALNA REWOLUCJA:

Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/verdict-3667391/249

ZMIENIĆ WIELE, BY WSZYSTKO ZOSTAŁO PO STAREMU?

Resort zdrowia zapowiada gruntowną reorganizację dotychczasowych zasad funkcjonowania sektora szpitalnego w Polsce. W optymistycznej perspektywie zmiany przedstawione w projekcie ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa zaczną obowiązywać już w przyszłym roku. Czy przestrajanie całego lecznictwa zamkniętego z pulpitu dyrygenta w czasie trwającej pandemii i rosnącej inflacji jest właściwą drogą do tytułowego celu?

Sektor szpitalny to obszar świadczenia usług zdrowotnych o kluczowym znaczeniu dla całego systemu opieki zdrowotnej. Zasila go prawie połowa wszystkich środków publicznych przeznaczanych na ochronę zdrowia. O codziennych bólach, ograniczeniach, a nieraz i szpitalnych absurdach, „mówią wieki”, dlatego też nikt, komu leży na sercu sprawna, nowoczesna opieka medyczna nie kwestionuje pilnej potrzeby modernizacji oraz poprawy efektywności w obszarze polskiego szpitalnictwa. Trzeba jednak pamiętać, że ostatnie zapędy reformatorskie struktury organizacyjnej sektora opieki szpitalnej z lat 2016–2017 autorstwa obecnej ekipy rządzącej zakończyły się całkowitą porażką. Postulowane wówczas rozwiązania, przede wszystkim wdrożenie tzw. sieci szpitali, odniosły skutek dokładnie przeciwny do zamierzonego. Sieć szpitali nie poprawiła przede wszystkim dostępności do świadczeń zdrowotnych, nie poprawiła również sytuacji finansowej szpitali i to mimo coraz większych środków przeznaczanych co roku dla sektora lecznictwa zamkniętego. Obecna zapowiedź zmiany zasad jego funkcjonowania wydaje się jednak zwiastować jeszcze większą reformę, nieograniczoną się jedynie do szpitalnictwa. Każdy system ochrony zdrowia to układ współzależnych naczyń połączonych, w którym jakiegokolwiek „ruchy tektoniczne” – zwłaszcza w tak kluczowym dla systemu obszarze, jakim jest leczenie szpitalne – skutkują szybko odczuwalnymi konsekwencjami dla wszystkich uczestników rynku usług zdrowotnych. Aby nie być zaskoczonym całkiem możliwą, nową rzeczywistością opieki zdrowotnej warto przyrzeć się najważniejszym założeniom zapowiadanego projektu.

Założenia

Zasadniczy cel planowanej reformy ma polegać na wsparciu modernizacji oraz poprawie efektywności szpitalnictwa poprzez uszczelnienie ekonomiki funkcjonowania szpitali, dostosowanie ich działalności do regionalnych potrzeb zdrowotnych, konsolidację funkcji medycznych i koncentrację zasobu ludzkiego oraz świadczeń opieki zdrowotnej, utworzenie systemu nadzoru nad procesami naprawczo-rozwojowymi podmiotów szpitalnych, podnoszenie jakości zarządzania podmiotami szpitalnymi oraz aktualizację sieci szpitali. Z praktycznego punktu widzenia zaproponowane rozwiązania sprowadzają się do trzech głównych postulatów, tj.: powołania Agencji Rozwoju Szpitali (ARS) odpowiedzialnej m.in. za inicjowanie, wspieranie i monitorowanie procesów naprawczo-rozwojowych w jednostkach szpitalnych, aktualizacji sieci szpitali poprzez wyznaczenie tzw. profili świadczeń kwalifikujących ich do sieci oraz certyfikowania kompetencji kadry zarządzającej szpitalami.

Podlegająca Ministerstwu Zdrowia Agencja Rozwoju Szpitali ma odpowiadać m.in. za przeprowadzanie cyklicznych – co 3 lata począwszy od 2023 roku – klasyfikacji szpitali. Będą one przygotowywane w zależności od wyników oceny sytuacji finansowej placówek na podstawie danych ze sprawozdań finansowych z roku poprzedzającego ocenę. Taka klasyfikacja ma uwzględniać cztery kategorie: A, B, C i D (vide: Tabela 1). Następnie w zależności od rodzaju kategoryzacji szpital opracowuje „plan rozwojowy” lub „plan naprawczo-rozwojowy” na podstawie wzoru przygotowanego przez Ministerstwo Zdrowia. »



Obydwa powyższe dokumenty mają uwzględniać obowiązek dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych i być przekazane do konsultacji prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). Realizacja planów naprawczo-rozwojowych dokonuje się pod nadzorem ARS. Jeśli oceniany szpital znajduje się w trudnej sytuacji finansowej (kategoria C i D), ARS ma również kompetencje do zmiany kierownika szpitala (uprawnienie to nie dotyczy wszakże szpitali, dla których organem nadzorczym jest ministerstwo). Wśród możliwych do wdrożenia środków naprawczo-rozwojowych może być np. przeprofilowanie działalności szpitala, w tym likwidacja lub utworzenie komórek organizacyjnych placówki. Co istotne, koszty takiej inwestycji ma ponosić ARS.

W zakresie aktualizacji sieci szpitali projekt przewiduje przede wszystkim zastąpienie wyodrębniania poziomów podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń w oparciu o rodzaje oddziałów szpitalnych kwalifikowaniem wszystkich świadczeniodawców posiadających przynajmniej jeden tzw. profil kwalifikujący potwierdzony realizacją umowy z NFZ przez ostatnie dwa lata w trybie hospitalizacji pełnej.

W przypadku ośrodków o profilu zabiegowym obowiązować będą dodatkowe kryteria kwalifikacji uwzględniające minimalną liczbę świadczeń udzielonych w poprzednim roku kalendarzowym. To jedno z narzędzi mających wspierać koncentrację świadczeniodawców zdrowotnych. Projekt ustawy zakłada również zmiany dotyczące certyfikowania kompeten-

cji kadry zarządczej szpitali poprzez wprowadzenie obowiązku ukończenia studiów podyplomowych Master of Business Administration (MBA) w ochronie zdrowia prowadzonych przez uczelnię wyższą klasyfikowaną na poziomie A lub B albo zdania państwowego egzaminu uprawniającego do zajmowania stanowiska kierownika podmiotu szpitalnego.

Wartość sprawcza planu reformy

Czy kolejny już plan reformy szpitalnictwa w zaprezentowanej formule odnosi się do realnych problemów tego sektora i ma wartość sprawczą? Patrząc z perspektywy ogólnej na najważniejsze założenia omawianego projektu wydaje się, że przynajmniej częściowa ich realizacja mogłaby w pewnym stopniu poprawić koordynację sektora opieki szpitalnej. Bo właśnie na brak koordynacji tego sektora i rozproszoną odpowiedzialność wynikającą z głęboko zatowizowanej struktury właścicielskiej wskazuje się najczęściej wymieniając aktualne wyzwania szpitalnictwa w Polsce.

W tym kontekście skoncentrowanie funkcji restrukturyzacyjnych wraz z ich finansowaniem „pod jednym dachem” nowej instytucji może być korzystne choćby po stronie lepszej adaptacji sektora szpitalnego do realnej struktury zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne. Podobnie działania koncentracyjne w obszarze świadczeń specjalistycznych czy dokonywanie skoordynowanych zakupów grupowych dla szpitali może w praktyce przyczynić się do poprawy jakości udzielanych świadczeń zdro-

Tabela 1. Projektowane zasady klasyfikacji szpitali i włączenia Agencji Rozwoju Szpitali (ARS) w podejmowanie działań naprawczo-rozwojowych

Kategoria	Nazwa kategorii	Progi wskaźników finansowych	Zaangażowanie ARS
A	Szpital w dobrej sytuacji ekonomiczno-finansowej	Wartości wszystkich czterech wskaźników spełniają następujące kryteria: - rentowność operacyjna > 0,00% - płynność szybka > 1,00 - zobowiązania wymagalne do przychodów < 0,2% - zobowiązania całkowite do przychodów < 30%.	Brak zaangażowania – szpital opracowuje swój własny „plan rozwojowy”
B	Szpital wymagający wdrożenia działań optymalizacyjnych	Niesklasyfikowany jako A, C lub D	Szpital opracowuje swój własny „plan rozwojowy” lub wnioskuje do ARS o wszczęcie postępowania naprawczo-rozwojowego oraz o wyznaczenie nadzorca.
C	Szpital wymagający wdrożenia działań naprawczo-rozwojowych	Niesklasyfikowany jako D i spełnia jeden z dwóch warunków: - rentowność operacyjna < -2,00% i płynność szybka < 0,70 lub - zobowiązania wymagalne do przychodów > 5,00% i zobowiązania całkowite do przychodów ≤ 15,00%.	ARS wyznacza nadzorcę, który opracowuje „plan naprawczo-rozwojowy”, a w szczególnych wypadkach* może również dokonać zmiany kierownika szpitala.
D	Szpital wymagający pilnego wdrożenia działań naprawczo-rozwojowych	Zobowiązania wymagalne do przychodów > 15,00% lub spełnia łącznie trzy warunki: - rentowność operacyjna < -5,00% - płynność szybka < 0,35 - zobowiązania całkowite do przychodów > 50%.	ARS wyznacza nadzorcę, który opracowuje „plan naprawczo-rozwojowy” i w każdym momencie może również dokonać zmiany kierownika szpitala.

* np. brak współpracy kierownika z nadzorcą umożliwiającą przygotowanie i/lub realizację planu naprawczo-rozwojowego
 Opracowanie na podstawie projektu ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa, KPRM 30.12.2021, źródło internetowe: <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12354951/katalog/12845067#12845067> za: https://izp.wnz.cm.uj.edu.pl/pl/blog/projekt-ustawy-o-modernizacji-i-poprawie-efektywnosci-szpitalnictwa-szanse-i-zagrozenia/?fbclid=IwAR00eIPd6KxUPr1YuENe8Lk8MjNXSdSiCDTJyNR_bsCYTDO5ROBO1xsc28, data dostępu: 20.02.2022

wotnych oszczędzając jednocześnie koszty transakcji i logistyki takich zakupów. Pojawia się tu także możliwość lepszego wykorzystania coraz bardziej ograniczonych kadr specjalistycznych, zmniejszenia rozbuchanej obecnie konkurencji w zatrudnianiu specjalistów, a jednocześnie wyrównania poważnie utrudnionej dostępności pacjentów do świadczeń specjalistycznych, m.in. z powodu braków kadrowych na oddziałach szpitalnych i/lub zawieszania ich działalności z tego powodu.

Z drugiej jednak strony w zapowiadanych propozycjach nadal brakuje przede wszystkim kompleksowego podejścia do rozwiązania problemów szpitalnictwa (m.in. ograniczenie kompetencji ARS względem szpitali podległych ministrom) i świeżych pomysłów na sprawną koordynację pomiędzy opieką szpitalną a ambulatoryjną (podstawową oraz specjalistyczną) oraz długoterminową. Patrząc w szerszej perspektywie: w omawianym projekcie nie sprzężono nowych regulacji z już istniejącymi oraz mającymi obowiązywać w najbliższym czasie przepisami. A przecież wszystkie one mają lub będą mieć znaczący wpływ na działalność szpitali.

Nie odniesiono się również do pilnej kwestii urealnienia wyceny świadczeń opieki zdrowotnej, choć jednym z głównych celów ustawy ma być poprawa sytuacji finansowej szpitali. Kolejnych wątpliwości może dostarczać sam proces implementacji przyjętych w projekcie założeń. Zdaniem ekspertów, biorąc pod uwagę wcześniejsze doświadczenia z wdrażania reform opieki szpitalnej, także i w tym przypadku trzeba się liczyć z dużym prawdopodobieństwem „bałaganu wdrożeniowego”.

Co więcej, zgodnie z założeniami pierwsza klasyfikacja szpitali ma zostać przeprowadzona w roku 2023 na podstawie danych za rok 2022, a więc na podstawie czasu intensywnych zmagania szpitali z deficytami finansowymi czasu pandemii COVID-19, szybko rosnącej inflacji i radykalnych podwyżek kosztów mediów. W opinii specjalistów oparcie tak ważnej dla funkcjonowania szpitali oceny na danych odnoszących się do jednego roku rozliczeniowego nie spełnia wymogu rzetelnej oceny. Tym bardziej, że pod uwagę mają zostać wzięte tylko cztery wskaźniki, w tym wskaźnik zobowiązań ogółem mierzonych jako procent przychodów. Wskaźnik ten często decyduje o przypisaniu do grupy. Tymczasem tak skonstruowany wskaźnik może być wysoki w szpitalu niemającym żadnych problemów z regulacją zobowiązań, ale posiadającym długookresowy kredyt inwesty-

cyjny. Z drugiej strony wskaźnik ten może być relatywnie niski, a mimo to szpital nie jest w stanie regulować swoich zobowiązań. Dlatego też wielu ekspertów uważa, że duża liczba szpitali pogorszy swoją sytuację finansową i będzie podlegać znacznemu zakresowi ingerencji zupełnie nowej instytucji, jaką będzie Agencja Rozwoju Szpitali.

Inne rozwiązania

W projekcie ustawy zapisano również wprowadzenie obowiązku ukończenia trzyletnich studiów MBA lub zdania egzaminu państwowego dla dyrektorów szpitali. Po pierwsze, taki zapis oznacza dość długotrwałą i kosztowną ścieżkę kształcenia w zakresie sprawnego zarządzania placówką medyczną, które

– po drugie – zależy nie tylko od kierunku ukończonych studiów, ale przede wszystkim od osobowości lidera, stylu zarządzania, umiejętności współpracy z otoczeniem oraz stabilnych, racjonalnych warunków funkcjonowania systemu. Specjaliści podsuwają inne rozwiązanie: zorganizowanie interaktywnych szkoleń z opracowania planów rozwojowych i naprawczo-rozwojowych szpitali z udziałem kadry zarządzającej szpitalami, urzędników poziomu centralnego i samorządowego zaangażowanych w zarządzanie sektorem szpitalnictwa, przedstawicieli ARS i NFZ.

Podsumowanie

O dobrze rozpisanej partyturze świadczy stopień interakcji całej orkiestry ze słuchaczami. Od talentu i umiejętności pracy zespołowej muzyków natomiast doskonałość przekazu wykonywanego dzieła muzycznego. Każdy dyrygent, podobnie jak menadżer opieki zdrowotnej, powinien zatem pamiętać, że zarządzanie to nie wydawanie komend rzeczywistości. Chodzi raczej o cierpliwe wsłuchiwanie się w opinie interesariuszy planowanej zmiany po to, by jak najlepiej dostosować regulację do zgłaszanych przez nich uwag i opinii. Jak bowiem uczy doświadczenie międzynarodowe, wiele prób forsowania reform stylem nakazowym, niedostatecznie przygotowanych i bez dostatecznego uwzględnienia stanowiska strony społecznej to sprawdzony przepis na pogrzebanie każdego, nawet tych szlachetnych, intencji zmiany na lepsze. ■

Piśmiennictwo u autora

KOMUNIKAT KOŁA LEKARZY SENIORÓW DIL

Zarząd Koła Lekarzy Seniorów DIL we Wrocławiu zaprasza Koleżanki i Kolegów, zamieszkałych we Wrocławiu i okolicy, do kontaktów z nami i uczestnictwa w naszych spotkaniach, dla wielu interesujących. Carpe diem! Chwytaj dzień! Nie marnuj ani chwili!

Kontakt z nami:

Dom Lekarza przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 we Wrocławiu,
p. Renata Czajka, tel. 71 798 80 66

Zapraszamy członków oraz sympatyków Koła na nasze kolejne spotkanie, które odbędzie się **25 marca 2022 r. (piątek) o godz. 11.00** w sali konferencyjnej DIL przy al. Matejki 6 we Wrocławiu.

Krzysztof Wronecki,
przewodniczący Koła Lekarzy Seniorów DIL

NOWI DOKTORZY

Uchwałą Rady Dyscypliny Nauki Medyczne Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu 17 lutego 2022 r. stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki medyczne otrzymali:

1. **lek. Monika Anna Złotkiewicz,**
2. **lek. dent. Ewa Joanna Szela,**
3. **lek. Katarzyna Maria Jaworska,**
4. **lek. Maciej Mateusz Stala,**
5. **lek. Klara Maria Zalewska,**
6. **Natalia Małgorzata Glatzel-Plucińska.**



Tworzymy system naczyń połączonych

Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/doctor-gdc1bfa13a/ tungnguyen0905

Projekt nowej reformy, tzw. konstytucji szpitalnictwa, trafił do konsultacji społecznych. Jak bumerang wraca pytanie o szanse na jego skuteczność, gdy brakuje personelu medycznego, a tym, którzy już teraz dwoją się i troją, nie można godnie zrekompensować ich trudu. A przecież ochrona zdrowia to również POZ-y... Z mgr Mariolą Dwornikowską-Dąbrowską, zastępcą dyrektora ds. finansów i administracji w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu oraz płk. dr. n. med. Wojciechem Tańskim, komendantem 4. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką we Wrocławiu, rozmawia Aleksandra Solarewicz.

Aleksandra Solarewicz: Ustawa o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa, a więc tzw. konstytucja szpitalnictwa, to oczekiwane uporządkowanie czy tworzenie kolejnych dokumentów i agencji?

Mgr Mariola Dwornikowska-Dąbrowska: Ustawa stanowi projekt, który po przekazaniu do konsultacji publicznych daje szansę ustawodawcy na wprowadzenie skutecznego i prawnego rozwiązania. Z zastrzeżeniem, że zgłaszane uwagi różnych środowisk zostaną zauważone i wykorzystane w sposób, który nie będzie budził wątpliwości co do zasad jej ustanowienia oraz efektywności mechanizmów w niej zawartych.

A.S.: Jakie wątpliwości się pojawiają?

M.D.D.: Z wielu źródeł docierają do nas informacje, że projekt ustawy w istotny sposób ingeruje w samodzielność podmiotów szpitalnych oraz ich podmiotów założycielskich, w szczególności w zarządzanie ich majątkiem oraz pozbawia praw do podejmowania istotnych decyzji takich jak powoływanie kierownika podmiotu leczniczego czy dotyczących zmiany przedmiotu działalności. Warto zatem, jeszcze na obecnym etapie zapisów ustawy, pochylić się nad zapewnieniem rozwiązań, które z jednej strony dadzą narzędzia gwarantujące efektywność podmiotów, poprawią skuteczność zarządczą, a z drugiej strony nie pozbawiają właścicieli możliwości decydowania i ponoszenia odpowiedzialności za nie swoje decyzje.

Ustawa przewiduje również powstanie instytucji wspierającej procesy modernizacji i poprawy efektywności szpitalnictwa, jaką ma być Agencja Rozwoju Szpitali. Projekt zapewnia Agencji Rozwoju Szpitali szerokie kompetencje w zakresie zarządzania szpitalami zaliczonymi do kategorii B, C i D. Wydaje

się jednak, że nie precyzuje konkretnie obowiązków ciążyących na Agencji w zakresie finansowania planu naprawczo-rozwojowego, wdrożonego przez ustanowionego nadzorcę. Z projektowanych zapisów wynika tylko, że Agencja może zapewnić podmiotom szpitalnym formy finansowania. Takie sformułowanie w rzeczywistości sprowadzić się może do sytuacji, w której Agencja nie ma obowiązku zapewnić takich środków w ogóle lub też zapewnić je może tylko w niewielkiej części, co obecnie potwierdzają przewidziane w projekcie ustawy środki na ten cel (planowana dotacja celowa dla ARS to środki rzędu 300 mln rocznie, a koszty ARS rocznie to prawie połowa tej kwoty; poza rokiem 2024 i 2025, w których określono dotację dla ARS na poziomie 1,2 mld zł).

A.S.: Co Pani Dyrektor radzi w tej sytuacji?

M.D.D.: Na obecnym etapie warto rozważyć mechanizmy gwarantujące efektywność redukcji zadłużenia i realizacji programów z uwzględnieniem najniższych kosztów ich obsługi. Obecne koszty zadłużenia podmiotów w ramach kredytów kupieckich, kredytów konsumpcyjnych czy też w wielu przypadkach pożyczek stanowią jedno z głównych obciążeń podmiotu.

Właściwym rozwiązaniem są m.in. planowane działania Agencji w ramach wspólnych zakupów. Może to stanowić element efektywnościowy w przyszłości, zwłaszcza jeśli realizację umów będzie dodatkowo gwarantowała Agencja. Warto pamiętać, że dziś projekty dotyczące wspólnych przetargów są realizowane, niemniej różnorodność podmiotów pod względem ich stabilności finansowej często bywa elementem ograniczającym efekt skali. O tę stabilność należy zadbać, aby uzyskać zakładaną efektywność skali.

Płk dr n. med. Wojciech Tański: Dyskusja na temat ochrony zdrowia i poprawy funkcjonowania skupia się za każdym razem na leczeniu szpitalnym. Należy przenieść w końcu ciężar uwagi na znaczenie lekarzy POZ w systemie. Obecnie ich rola ze względu na model systemu ochrony zdrowia ogranicza się do przekierowania pacjenta do AOS lub leczenia szpitalnego, w tym diagnostyki na SOR i zrzucenia ciężaru leczenia zachowawczego na leczenie szpitalne. Dopóki na system ochrony zdrowia nie spojrzysz, jak na zbiór naczyń połączonych, żadne zmiany, a tym samym nakazy czy straszenie dyrektorów różnego rodzaju sankcjami, nie przyniosą poprawy funkcjonowania systemu, w tym samych szpitali.

A.S.: System kontraktowania a system ryczałtowy. Jakie dostrzegają Państwo zalety i wady obu rozwiązań?

M.D.D.: Jednym z fundamentów efektywności szpitalnictwa jest stabilność finansowania podmiotów. Po wejściu w życie w 2017 roku ustawy sieciowej, projektowane w ustawie zmiany w tym zakresie niepokoją nas najbardziej.

Projekt ustawy zapowiada zmiany w zakresie kwalifikowania do sieci. O ile zapisy te są zrozumiałe, to należy pamiętać, że o szczegółach i ostatecznej kwalifikacji dowiemy się dopiero po wydaniu stosownych rozporządzeń ministra zdrowia w zakresie np. minimalnego udziału świadczeń zabiegowych dla danego profilu kwalifikującego, czy też minimalnej liczby porodów kwalifikującej do tego zakresu.

Ponadto, pomiar efektywności według projektu ustawy w głównej mierze dokonywany jest w oparciu o mierniki finansowe, zatem należy rozumieć efektywność m.in. jako rentowność świadczeń. Rozumiem, że w ślad za zmianami organizacyjnymi i kwalifikacyjnymi będą szły realne wyceny, a co za tym idzie, spodziewać należy się finansowania świadczeń na wyższym niż koszty poziomie.

Pamiętajmy, że efektywność funkcjonowania podmiotu publicznego, dla którego przychód z tytułu udzielanych świadczeń zdrowotnych finansowanych przez płatnika publicznego sięga ponad 90% przychodów, będzie zależała w szczególności od poziomu finansowania tych usług.

W.T.: Każde rozwiązanie okazywało się dobre, w zależności od czasu, w jakim zostało wdrożone. System kontraktowy sprawdził się przez wiele lat funkcjonowania. Oczywiście, swego czasu, było ubieganie się o zapłatę za tzw. nadwykonania, czyli za świadczenia wykonane ponad przyznany limit przez NFZ. Jeśli dany podmiot ochrony zdrowia potrafił wykorzystać potencjał swojego zespołu oraz zasoby, które posiadał, deklasował inne podmioty w rejonie pod kątem liczby wykonywanych świadczeń bądź pacjentów, którym zapewnił pomoc. System ryczałtowy znacznie ograniczył te możliwości. Aby utrzymać zeszłoroczny poziom finansowania, należy zrealizować co najmniej 98% ryczałtu. Aby starać się o wzrost i zachować bezpieczeństwo finansowe, należy oscylować w granicach od 102% do 105% wykonania ryczałtu. Należy jednak podkreślić, że od początku 2020 r., gdy system ochrony zdrowia spotkał się z nieznanym zagrożeniem w postaci SARS-CoV-2, otrzymywanie przez szpitale 1/12 rocznego ryczałtu okazało się jedynym ratunkiem ich funkcjonowania, często poprawiającym sytuację finansową sprzed pandemii.

A.S.: Jednym z celów ustawy jest wsparcie oddłużania szpitali...

M.D.D.: Projekt zakłada, że mechanizmy dotyczące planów naprawczych, realizacja planów spłaty i racjonalność programu naprawczo-rozwojowego zatwierdzonego przez Agencję mają być gwarancją skuteczności procesu oddłużenia.

” Z wielu źródeł docierają do nas informacje, że projekt ustawy w istotny sposób ingeruje w samodzielność podmiotów szpitalnych oraz ich podmiotów założycielskich, w szczególności w zarządzanie ich majątkiem oraz pozbawia praw do podejmowania istotnych decyzji takich jak powoływanie kierownika podmiotu leczniczego czy dotyczących zmiany przedmiotu działalności.

mgr Mariola Dwornikowska-Dąbrowska **“**

Mamy za sobą kilka przeprowadzanych procesów oddłużenia szpitali, których podstawą były plany restrukturyzacyjno-naprawcze. Wiemy też, że nie w każdym przypadku podmioty korzystające z oddłużenia cieszyły się trwałością w utrzymaniu płynności. Konsekwencją tego stanu jest kolejna propozycja spłaty przeterminowanych zobowiązań. Proces oddłużenia szpitali zaplanowany w ustawie ma w mojej ocenie trzy filary. Pierwszy filar stanowią działania związane z przekazaniem środków na spłatę długów, przygotowaniem programu naprawczego i dodatkowo wzmocnieniem kompetencji kierowniczych, a także stałym nadzorem Agencji.

Ponadto, zapewnienie ustawodawcy, że projektowane zmiany dotyczące dbałości o bezpieczeństwo, jakość i kompleksowość leczenia i spójność z mapami potrzeb mają przyczynić się do poprawy dostępności do świadczeń dla pacjenta – to drugi filar tych zmian. Natomiast planowana po wprowadzeniu »

” Dyskusja na temat ochrony zdrowia i poprawy funkcjonowania skupia się za każdym razem na leczeniu szpitalnym. Należy przenieść w końcu ciężar uwagi na znaczenie lekarzy POZ w systemie. Obecnie ich rola ze względu na model systemu ochrony zdrowia ogranicza się do przekierowania pacjenta do AOS lub leczenia szpitalnego, w tym diagnostyki na SOR i zrzucenia ciężaru leczenia zachowawczego na leczenie szpitalne.

płk dr n. med. Wojciech Tański



w życie przepisów poprawa efektywności wykorzystania tak szczyplych już dziś zasobów kadrowych oraz nowoczesnej infrastruktury medycznej ma gwarantować skuteczność zaplanowanych celów ustawy.

Budzi jednak pewną wątpliwość efektywność oddłużenia ze względu na planowany czas uruchomienia tych procesów przez Agencję. Zgodnie bowiem z OSR (oceną skutków regulacji) ustawy, dotacja uwzględniająca ewentualną spłatę zobowiązań wymagalnych ujęta jest w latach 2024 i 2025, co wiąże się z tym, że koszty obsługi zadłużenia do tego czasu z pewnością wzrosną (już obserwujemy wzrost oprocentowania odsetek i kredytów). Poza tym istnieje ryzyko, że i zobowiązania wymagalne będą wyższe (obecnie na koniec III kwartału 2021 wynosiły dla SPZOZ ponad 2,1 mld zł).

A.S.: Jak oceniają Państwo szansę na ich skuteczność?

M.D.D.: Szanse powodzenia mają zapewnić zarówno przepisy, jak i mechanizmy w nich zawarte, ale skuteczność to przede wszystkim możliwość ich przeprowadzenia i wdrożenia. Mamy za sobą wiele lat doświadczeń i każda ustawa oddłużeniowa wzbogaciła nas o doświadczenia, które powinniśmy wykorzystać. Niestety, każde oddłużenie podmiotów niesie za sobą ogromną frustrację wśród pracowników tych placówek i wśród tych zarządzających, którzy podejmując działania, realizując świadczenia i dbając o pacjenta, nie korzystają z kolejnych abolicji finansowych, nie otrzymują gratyfikacji za jakość zarządczą i stabilność finansową. Właściciele tych placówek nie mają możliwości zapewnienia swoim podwładnym rekompensaty za trud, za wyrzeczenia, za ciągłą dbałość o efektywność w ramach wprowadzanych rozwiązań. Ta ustawa też ten aspekt pomija.

W.T.: Przedstawione w projekcie ustawy rozwiązania polegają głównie na przeniesieniu ciężaru obsługi zadłużenia szpitali na kontrahentów. W sytuacji, gdy wg publikowanych na stronach Ministerstwa Zdrowia danych, zadłużenie szpitali w III kwartale 2021 r. przekroczyło 17 mld zł, uniemożliwienie dostawcom egzekwowania swoich należności spowoduje lawinowe podnoszenie cen oferowanych produktów i usług, aby pokryć koszty obsługi długu. Przy rosnących stopach procentowych może okazać się to kluczowe dla przetrwania małych i średnich przedsiębiorstw.

A.S.: Przewidziana jest certyfikacja zarządzających szpitalami poprzez egzaminy państwowe. Czy Państwa zdaniem jest to słuszne?

M.D.D.: Projekt wprowadza konieczność spełnienia określonych warunków dla kierownika podmiotu szpitalnego od 1 lipca 2024 r. Aby je spełnić, należy zdać stosowny egzamin lub ukończyć dedykowane studia MBA oraz znaleźć się na liście menedżerów prowadzonej przez prezesa Agencji.

W podwyższaniu kwalifikacji, zdobywaniu wiedzy i umiejętności nie widzę nic złego, wręcz przeciwnie, przekonana jestem, że obecne sukcesy zarządzających szpitalami, już dziś kwalifikowanych do kategorii A, poparte są właśnie ich odpowiednimi kwalifikacjami i zdolnościami przywódczymi.

Zarządzanie polega na skuteczności i sprawności, a co za tym idzie, aby zarządzać szpitalem, trzeba wykazać się czymś więcej niż tylko wiedzą i certyfikatem. Według projektu dyrektor szpitala zakwalifikowanego do kategorii A, bez stosownego udokumentowania kwalifikacji, o których mowa w ustawie, od 1 lipca 2024 r. zostanie odwołany ze stanowiska. Jego dotychczasowe sukcesy i osiągnięcia nie będą miały od tego dnia żadnego znaczenia. To daje do myślenia.

A.S.: A jak te wymogi ocenia Pan Komendant?

W.T.: Pomysł certyfikacji zarządzających szpitalami mógł być dobrym kryterium weryfikującym przy zmianie systemowej w 1999 r. bądź w 2003 r. w momencie likwidacji kas chorych i przejścia na system kontraktowy z NFZ. Przedstawione w projekcie ustawy wymogi wprowadzają m.in. obowiązki posiadania trzech semestrów studiów MBA z zakresu zarządzania w ochronie zdrowia. Założenia te sprawiają, że nawet absolwenci MBA prestiżowych uczelni Cambridge czy Harvard nie spełniają tych kryteriów, zatem przyjęte w projekcie ustawy założenia znacznie odbiegają od realiów dostępnych form kształcenia, nie tylko w Polsce, ale również na świecie.

A.S.: Minister Niedzielski zapowiedział, że będzie to odwrócenie reformy. A ono dokona się w krótkim czasie (po 5 latach) od jej wprowadzenia. Czy to bezpieczne dla systemu zdrowia?

M.D.D.: Wprowadzanie reform ma charakter długofalowy. W systemie ochrony zdrowia większość wprowadzonych zmian można ocenić po kilku latach ich obowiązywania. Czas dokonania oceny projektowanych ustaw regulacji, o jakim mówi minister, jest realny, natomiast wątpliwości może budzić to, czy wszystkie te mechanizmy w takim czasie będzie można skutecznie i sprawnie wdrożyć.

A.S.: Na przykład?

M.D.D.: Przykładowo programy naprawcze czy programy rozwojowe będą obejmowały określoną perspektywę czasową. Poprawa efektywności systemu, poprawa wykorzystania zasobów, zwiększenie dostępności usług, to są kilkuletnie procesy, dla których filarem jest personel medyczny. Przy obecnym niedoborze kadr medycznych – głównego zasobu umożliwiającego funkcjonowanie systemu zdrowia oraz konieczności zapewnienia czynników motywacji świadczenia pracy na rzecz publicznego systemu przez tenże personel, kluczowym jest system finansowania kosztów świadczeń. Bez zweryfikowania tego narzędzia uzyskanie poprawy efektywności szpitalnictwa nie jest możliwe do zrealizowania. ■

► MGR MARIOLA DWORNIKOWSKA-DĄBROWSKA

Od 2021 roku zastępca dyrektora ds. finansów i administracji w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu. Ekonomista, absolwentka studiów ekonomicznych o specjalności finanse i rachunkowość przedsiębiorstw Akademii Ekonomicznej w Poznaniu. Ukończyła również studia podyplomowe: kontroli finansowej i audytu w Wyższej Szkole Bankowej we Wrocławiu oraz studia MBA na tej samej uczelni. Wieloletni menadżer branży medycznej i wykładowca akademicki. W latach 2007–2009 podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, odpowiedzialna za budżet i fundusze unijne. Swoje doświadczenie w branży medycznej zdobywała od 2002 roku jako zastępca głównego księgowego, później główny księgowy w szpitalach powiatowych i wojewódzkich, a następnie od 2006 roku dyrektor finansowy szpitala uniwersyteckiego. Wprowadzała rozwiązania dotyczące zarządzania strategicznego jako pełnomocnik rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu oraz zastępca kanclerza ds. inwestycji.

► PŁK DR N. MED. WOJCIECH TAŃSKI

Komendant 4. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką we Wrocławiu – absolwent Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi i studiów magisterskich z zarządzania MBA na Uniwersytecie Ekonomicznym we Wrocławiu. Specjalizacje w dziedzinie reumatologii, medycyny pracy, chorób wewnętrznych oraz organizacji ochrony zdrowia wojsk. W 4. WSK płk Wojciech Tański pełnił funkcję m.in. asystenta, starszego asystenta oraz ordynatora Klinicznego Oddziału Chorób Wewnętrznych. W 2015 r. został powołany na stanowisko komendanta szpitala.

Jestem dumny z całego zespołu

Rozmawia Aleksandra Solarewicz

W 4. Wojskowym Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu pierwszy okres pandemii całkowicie zamroził transplantacje narządów. Brakowało też łóżek, bo obiekt zaczął pełnić funkcję szpitala trzeciego stopnia referencyjności dla pacjentów zakażonych COVID-19. Ale czekać na przeszczep nie można w nieskończoność i chirurdzy zdecydowali: „ruszamy!”. Przez niespełna 2 lata odnotowali 49 udanych zabiegów i żadnego zakażenia COVID-19. W dowód uznania za tę pracę dr n. med. Paweł Chudoba, kierownik Klinicznego Oddziału Transplantacji 4. WSK, został uhonorowany przez prezydenta Wrocławia medalem „Merito de Wratislavia – Zasłużony dla Wrocławia”. – Traktuję tę nagrodę jako wyróżnienie całego zespołu, który współpracuje ze mną w dziedzinie transplantacji narządów – mówi uhonorowany. O tym i nie tylko rozmawia z Aleksandrą Solarewicz.

Aleksandra Solarewicz: W 2019 roku udzielił Pan wywiadu na łamach „Medium”, w którym opowiedział Pan o pracy transplantologa i przeszczepach wątroby od dawców zmarłych. Minęły 3 lata. Jakie nowe, ważne wydarzenia miały miejsce w tym czasie?

Dr n. med. Paweł Chudoba: Z początkiem IV kwartału 2018 roku, po zmianie miejsca zatrudnienia, podjąłem wyzwanie kierowania ośrodkiem transplantacyjnym w 4. Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką we Wrocławiu. Wraz z zespołem rozpoczęliśmy na nowo budowanie oddziału oraz tworzenie renomy ośrodka przeszczepowego, który na polskiej arenie transplantacyjnej jest dość młody, bo historią sięga zaledwie 2013 roku.

Działalność rozpoczęliśmy od kwalifikacji do przeszczepienia biorców wątroby, a pierwsze zabiegi transplantacji wątroby od dawcy zmarłego wykonaliśmy już w pierwszej połowie 2019 r. Na początku 2020 roku, po poszerzeniu składu osobowego naszego zespołu transplantacyjnego o nefrologa-transplantologa, wznowiliśmy program przeszczepiania nerek od dawcy zmarłego.

Po krótkiej, spokojniejszej działalności oddziału pojawiły się pierwsze doniesienia o zakażeniach, które traktowaliśmy w zespole jako odległe. Szybko jednak przekonaliśmy się, że problem, z którym borykały się dalekie Chiny, dotknie i nas bardzo boleśnie.

Początkowy okres pandemii całkowicie zamroził wykonywanie przeszczepień narządów. Brakowało możliwości szybkiego wykluczenia potencjalnego zakażenia zarówno u dawców, jak i biorców narządów. Zalecenia konsultanta krajowego w dziedzinie transplantologii klinicznej, jak i Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji „Poltransplant”, mówiły o wstrzymaniu programów transplantacyjnych. Czasowo zawieszono programy przeszczepiania narządów pobieranych od dawców żywych. Niestety pacjenci z Krajowej



Fot. z archiwum PCh.

Przez niespełna 2 lata specjaliści z Klinicznego Oddziału Transplantacji 4. WSK odnotowali 49 udanych zabiegów i żadnego zakażenia COVID-19. W dowód uznania za tę pracę kierownik oddziału dr n. med. Paweł Chudoba został uhonorowany przez prezydenta Wrocławia medalem „Merito de Wratislavia – Zasłużony dla Wrocławia”.

Listy Oczekujących na Przeszczepienie nie mogą czekać w nieskończoność, dlatego też na naszym oddziale podjęliśmy decyzję o wykonywaniu zabiegów transplantacji nerek, jak i wątroby przy zachowaniu maksimum środków ostrożności, aby zabezpieczyć zdrowie i życie naszych pacjentów.

A.S.: I to właśnie oznacza medal: udało się!

P.Ch: Przez okres niespełna dwóch lat zmagania się z pandemią wykonaliśmy 41 przeszczepień nerek oraz 8 przeszczepień wątroby. Borykali się w tym czasie ze zmniejszoną liczbą personelu, zakażeniami wśród personelu, jak i wśród pacjentów – tych oczekujących na przeszczepienie i tych po wykonanej transplantacji narządu. W czasie największej zachorowalności zmagaliśmy się ze zmniejszoną liczbą łóżek oddziałowych, gdyż szpital, w którym pracuję, pełnił funkcję szpitala trzeciego stopnia referencyjności dla pacjentów zakażonych COVID-19. Oddział, którym kieruję, również został wyznaczony jako referencyjny dla pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2 z województwa dolnośląskiego i opolskiego.

A.S.: Transplantacje są ściśle powiązane z dawstwem narządów. W jaki sposób pandemia COVID-19 wpłynęła na pozyskanie narządów do przeszczepu?

P.Ch.: Pandemia COVID-19 wpłynęła dramatycznie na liczbę zgłaszanych dawców narządów. W 2020 roku w stosunku do roku 2019 o ponad 20% spadła liczba »



dawców rzeczywistych, czyli takich, od których pobrano narządy w celu ich przeszczepienia. W 2021 roku spadek liczby dawców w stosunku do liczby sprzed pandemii był jeszcze większy. Zajęcie łóżek intensywnej terapii przez ludzi wymagających wspomagania oddechu respiratorami wpłynęło niestety na zmniejszenie przyjęć chorych, których z powodu uszkodzenia mózgu, a następnie śmierci, można by kwalifikować jako zmarłych dawców narządów. Liczba zgłaszanych dawców narządów przełożyła się w każdym ośrodku transplantacyjnym na zmniejszoną liczbę wykonywanych przeszczepów.

A.S.: We wspomnianym wywiadzie zauważył Pan, że jednym pacjentem zajmuje się w sumie 50 osób (na wszystkich etapach leczenia). Jak ten łańcuch funkcjonuje dziś, w obecnych warunkach?

P.Ch.: Aktualna sytuacja zmusza nas do ciągłych zmian zarówno w organizacji pracy oddziału, jak i w opiece nad pacjentami. Proces kwalifikacji do przeszczepienia wątroby, który zazwyczaj prowadzony był na różnych oddziałach internistycznych, w całości realizowany jest przez oddział chirurgii transplantacyjnej. W swoich działaniach stawiamy przede wszystkim na bezpieczeństwo pacjentów, którego zapewnienie w obecnych czasach jest niezwykle trudne. Niemniej liczba osób zaangażowanych w proces transplantacji narządów nie uległa zmianie. Jestem dumny z pracy całego zespołu transplantacyjnego, z którym na co dzień mam okazję pracować, bo pomimo trudnych czasów wykazują 150% zaangażowania. Wszystko po to, żebyśmy mogli wykonywać swoją pracę najlepiej, jak potrafimy.

A.S.: Przekształcanie oddziałów szpitalnych w oddziały „covidowe”, ograniczenia w kontaktach międzyludzkich, hasło „DDM”, obawa przed zakażeniem nie mogły pozostać bez wpływu na pracę takich jednostek jak poradnie rejonowe czy specjalistyczne. Wiele jednostek POZ korzystało z możliwości teleporady. Jak wyglądała praca w Państwa poradni w pierwszej fazie pandemii?

P.Ch.: W początkowym okresie pandemii, podczas pierwszej fali zachorowań, nie udało się nam utrzymać ciągłej pracy poradni – zresztą funkcjonowanie całej ochrony zdrowia wymagało przystosowania się do niecodziennych warunków pracy. Jednak już w połowie maja 2020 r. wznowiliśmy systematyczną pracę. Nie oznaczało to jednak, że korytarz ponownie zapełnił się oczekującymi na poradę, a wizyty odbywały się w normalnym trybie. W tym czasie wielu pacjentów korzystało z teleporady i możliwości przedyskutowania z lekarzem nurtujących problemów oraz uzyskania e-recepty. Do poradni przyjeżdżali ci, którzy wymagali badania oraz konsultacji z lekarzem bezpośrednio. Z czasem wszyscy okrzepiliśmy w sytuacji pandemicznej i od jesieni 2020 r. praca w poradni powróciła do normalności. Dodatkowo możliwość zaszczepienia się sprawiła, że nasi pacjenci poczuli się pewniej i chętniej zgłaszali się do okresowych kontroli – to specyficzna grupa pacjentów wymagająca nie tylko systematycznej oceny klinicznej, z uwagi na możliwość wystąpienia licznych powikłań związanych z niezbędną immunosupresją stosowaną u tych pacjentów, ale również czujnego monitorowania

adekwatności dawek owych leków immunosupresyjnych, a to już wymaga badań z krwi. Na szczęście pacjenci pozostający pod naszą opieką są zdyscyplinowani i sami domagali się kontaktu z lekarzem. Z całej grupy chorych po przeszczepach wątroby i nerek tylko jeden pacjent uparcie odmawia zgłoszenia się do oceny ambulatoryjnej, argumentując swoje postępowanie panicznym lękiem przed zakażeniem (pacjent był zaszczepiony). W tamtych miesiącach wykonywaliśmy mniej przeszczepów, zatem mniej było też chorych, którzy w krótkim okresie po zabiegu bezwzględnie wymagają kontaktu z lekarzem i częstszych badań laboratoryjnych.

A.S.: Kolejne fazy pandemii oddziaływały w równym stopniu na działalność poradni? Jak jest teraz?

P.Ch.: Latem i jesienią ubiegłego roku, gdy natężenie pandemii osłabło, chcieliśmy wykorzystać czas na przeprowadzenie kwalifikacji u najbardziej potrzebujących. Otrzymali skierowania do hospitalizacji i wskazówki, gdzie mają się zgłosić. Niestety nasz optymizm szybko przygasł – niektóre z tych skierowań do dziś nie doczekały się realizacji. W nielicznych przypadkach pomagały na nowo nawiązywane kontakty z dawnymi kolegami lekarzami i angażowanie ich w poszukiwanie miejsc w szpitalach całego województwa. W skrajnych sytuacjach, przy braku innych rozwiązań, koledzy z poradni podejmowali się ambulatoryjnego prowadzenia chorego z niewyrównaną funkcją wątroby, co wiązało się z licznymi wizytami pacjentów, zonglowaniem dawkami leków i transponowaniem terapii stosowanej w lecznictwie zamkniętym na warunki ambulatoryjne. Do tego stały stres i wieczne pytanie, czy pacjent zrozumiał polecenia i czy na pewno je realizuje.

W ostatnich tygodniach, wobec narastającej liczby chorych z poradni wymagających szybkiej kwalifikacji do przeszczepu wątroby, zdecydowaliśmy o ich hospitalizacji na Oddziale Chirurgii Transplantacyjnej. Obecnie na zaplanowaną hospitalizację oczekuje kilka osób z różnych zakątków kraju.

A.S.: Przypomnę teraz Pana słowa wypowiedziane 3 lata temu: „Troska o pacjenta nie kończy się wraz z zakończeniem zabiegu”. Co jest teraz Pana główną troską, gdy myśli Pan o swoich pacjentach w momencie, gdy opuszczają szpital po zabiegu przeszczepienia?

P.Ch.: Pacjenci po przeszczepie wątroby lub nerki, po zakończeniu hospitalizacji związanej z zabiegiem przeszczepienia kierowani są do dalszej opieki ambulatoryjnej w przychodni... Tak też się dzieje w naszym ośrodku. We współpracy z Oddziałem Klinicznym Chirurgii Transplantacyjnej funkcjonuje Poradnia Chirurgii Transplantacyjnej, dedykowana głównie pacjentom po przeszczepach narządowych wątroby i nerek.

A.S.: Co uważa Pan za największy sukces w Pana pracy w okresie pandemii?

P.Ch.: W tych dziwnych czasach, w których przyszło nam pracować, za sukces uważam wykonanie wspomnianych transplantacji z bardzo dobrymi wynikami; bez komplikacji i zgonów pacjentów po przeszczepach, pomimo że niektórzy z nich byli operowani w ciężkim stanie z licznymi chorobami współtowarzyszącymi. Żaden z hospitalizowanych nie uległ zakażeniu SARS-CoV-2 na naszym oddziale dzięki rozsądkowi i zaangażowaniu całego personelu w naszej codziennej pracy. ■

► DR N. MED. PAWEŁ CHUDOBA

Absolwent wrocławskiej Akademii Medycznej (rok ukończenia 1993). Praca doktorska obroniona w 1998 r. Specjalizacje: chirurgia ogólna, chirurgia naczyniowa, transplantologia kliniczna. Kierownik Klinicznego Oddziału Chirurgii Transplantacyjnej w 4. Wojskowym Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu. Konsultant wojewódzki (dolnośląskie i opolskie) w zakresie chirurgii transplantacyjnej.

UMI780

Cyfrowy system PET-CT
o wysokiej rozdzielczości
NEMA

Przyszłość zaczyna się dzisiaj

– przełom w technologii obrazowania
molekularnego



Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska

Berety i kapelutki



Kolekcja 21 beretów. Wszystkie trzymam w przedwojennym pudle, które odziedziczyłam po śp. Marii Mikłaszewskiej, teściowej. Niewykluczone, że za jakiś czas kolekcja się powiększy

Moja śp. Babcia powtarzała: „Nie wypada damie wychodzić z domu z gołymi rękoma, nogami i gołą głową”, tzn. bez rękawiczek, pończoch i kapelusza. Za Jej sprawą od studenckich lat noszę i kolekcjonuję berety. Kocham zarówno te z antenką i bez antenki, te z filcu, i te z aksamitu. Mam ich 21. Wiążą się z nimi zabawne anegdoty.

W grudniu 1968 roku pojechałam na Konferencję Studenckich Kół Naukowych na Węgry do Debreczyna z moimi czterema kolegami z Akademii Medycznej we Wrocławiu. Wygłosiłam tam referat protetyczno-stomatologiczny w języku francuskim, a kolega Jurek L. mówił po angielsku o pediatrii. Rankiem dnia następ-

nego spieszyliśmy się na pociąg. Chcieliśmy dotrzeć do Budapesztu, gdzie zorganizowano spotkanie z młodzieżą akademicką. Z pośpiechu zapomniałam zabrać dokumenty i pieniądze. Wszystko zostało na stole w domu studenckim. Dopiero w Budapeszcie, gdy przyszło do płacenia za bilet tramwajowy, zorientowałam się, że nie mam grosza przy duszy. Koledzy nawrzeszczeli na mnie, że „Bruś” to gapa, itp. Prawie się popłakałam. Ale jeden z nich – Włodek R. – okazał się dżentelmenem i z wyrozumiałością podzielił się ze mną połową swoich 120 forintów. Przygadał przy tym: „Jesteś moją utrzymanką”! A ja entuzjastycznie: „Jak się moje znajdują, to nic sobie nie kupię i zaproszę Was na wino! I stało się.

Dzień później kolega Stefan z Debreczy-
na przywiózł mi moją zgubę.

Po spotkaniu z węgierskimi kolegami
szliśmy sobie główną ulicą Budapesztu.
Nagle wypatrzyłam берет! Śliczny, wte-
dy najmodniejszy (jak z filmu „Bonny
and Clyde”) – z pomponem. Westchnę-
łam, był drogi, a ja przecież obiecałam...
Jeden z kolegów poprosił mnie, bym
pomogła mu wybrać берет dla siostry.
To miał być prezent. Najśliczniejszy był
koralowo-pomarańczowy, taki „electric”.

Minęło trochę czasu. Pewnego razu

Przy grobie nefrologa i historyka medycyny ◀
prof. dr. hab. Zdzisława Wiktora. 2017



wracając ze stołówki „Pod świnia” zobaczyłam
mój „beret”.

Świetnie komponował się z szarym, bardzo szykow-
nym płaszczkiem, z aksamitnymi czarnymi wyłogami
mojej młodszej koleżanki. Jak się później okazało zo-
stała... żoną jednego z kolegów z wyprawy na Węgry.

Berety są do dziś moimi ulubionymi nakryciami
głowy, choć moja śp. Mama mówiła, że pora spo-
ważnieć i zacząć nosić po czterdziestce kapelusze.
Żeby zrobić Jej przyjemność, zamówiłam u zaprzy-
jaźnionej modystki – Pani Bogusi (technika denty-
stycznego z wykształcenia) – nakrycie głowy pro-
sząc, żeby był to kapelusz à la берет. Pani Bogusia
stanęła na wysokości zadania i wykonała coś pięk-

► Przy grobie prof. Lesława Węgrzynowskiego w dniu uhono-
rowania Go plakietką „Ojczyzna swemu obrońcy”, 2018.

nego! Gdy taka elegancka przyjechałam
do Mamy, usłyszałam: „W końcu wyglą-
dasz jak człowiek”.

Miesiąc później pojechałam do Paryża
na Kongres ADF (Association Dentaire
Française). Ujrawszy mnie, moja fran-
cuska przyjaciółka stwierdziła z zachwy-
tem: „Już sobie kupiłaś w Paryżu chape-
ron” – bo akurat podobne były bardzo
„à la mode”. Tyle, że z kokardą z boku,
a ja miałam filcową różę. Dumna, powie-
działam, że to z Polski! Na co moja przy-
jaciółka: jaka firma? Z całą satysfakcją
przeliterowałam: „Madame Bo-gu-sia!”.

Berety kocham do dziś. I zaczynam lubić
kapelutki... ■

135. rocznica urodzin prof. Antoniego
Cieszyńskiego. Po lewej Leszek Mułka
z Towarzystwa Miłośników Lwowa i Kresów
Wschodnich





Lęk przed śmiercią

Z cyklu: *Emocje*
– co lekarz wiedzieć o nich
powinien, cz. VI

Włączasz telewizor i słyszysz: koszmarny wypadek na A4, kolejne osoby zmarły na COVID-19, katastrofa lotnicza. Albo otwierasz „Medium” i z przerażeniem czytasz nekrolog dawno niewidzianego kolegi.

Z każdej strony bombardują cię poruszające informacje i nic dziwnego, że budzą one niepokój, strach, lęk. Ale dlaczego tak się dzieje? Przecież masz zdrowie, dostatek, bezpieczeństwo... Skąd zatem biorą się te emocje?

To bardziej lub mniej uświadamiane myśli, że zagrożenie może spotkać także ciebie, że nie da się wszystkiego przewidzieć, że to nieuchronne, że to tylko kwestia czasu...

Śmierć i związane z nią emocje są dla nas przykre, wytrącają nas ze strefy komfortu, burzą poczucie bezpieczeństwa. Dlatego wypieramy je, nie chcemy o nich myśleć i się nimi zajmować. Ale przecież, czy chcemy, czy nie, są częścią naszego życiowego doświadczenia. A to już wystarczający powód, by poznać je lepiej.

Pomimo tego, że temat śmierci i umierania interesował człowieka od zarania dziejów, rzetelnych naukowych opracowań doczekał się dopiero w drugiej połowie XX wieku. Dzięki nim powstała nowa dziedzina psychologii – tanatopsychologia. Ale temat podejmowany był przez badaczy już wcześniej. Jednym z pierwszych był Zygmunta Freud, który u wielu swoich pacjentów obserwował paniczny lęk przed śmiercią, a zjawisko to określił jako tanatofobię (Tanatos to w mitologii greckiej bóg śmierci).

Skąd się bierze strach i lęk przed śmiercią?

Zanim odpowiemy na to pytanie kilka słów przypomnienia, co na temat tych emocji już pisałem.

Strach i lęk, choć mają ze sobą wiele wspólnego, nie są tym samym. Z jedną i drugą emocją związane jest odczuwanie zagrożenia, niepokoju, obawy. Różni je czas trwania i przyczyny ich powstawania. Strach jest konkretny i wyrazisty, lęk nieco „zamglony”, związany z przewidywaniem przyszłości, nadchodzącego niebezpieczeństwa. Często nie uświadamiamy sobie jego źródła.

W przypadku śmierci i umierania obie emocje można nazwać biologicznymi, ponieważ ich źródłem są biologiczne instynkty: instynkt zachowania gatunku i instynkt zachowania własnego życia, a śmierć stanowi jego bezwzględny kres. Instynkt przetrwania jest wspólny dla wszystkich istot żywych. Ludzie i zwierzęta odczuwają strach przed śmiercią, który jest

mechanizmem obronnym odpowiedzialnym za uruchomienie programu: „uciekaj lub walcz”. Człowiek odczuwa jednak więcej – egzystencjalny lęk przed śmiercią, ponieważ tylko człowiek ma świadomość własnej śmiertelności (co związane jest z rozwojem funkcji poznawczych – w tym wypadku dotyczy myślenia abstrakcyjnego).

Lęku przed śmiercią doświadczają wszyscy zdrowi psychicznie ludzie. Jest zjawiskiem dynamicznym – zmienia się wraz z wiekiem danej osoby.

W okresie wczesnego dzieciństwa (2–3 r.ż.) lęk przed śmiercią zasadniczo nie występuje, ponieważ procesy poznawcze dziecka opierają się na myśleniu konkretnym i obrazowym. Martwe zwierzę czy człowiek to tylko brak ruchu, brak odczuwania, niezdolność jedzenia i picia. Pomiędzy 4–7 r.ż. samo pojęcie śmierci jest mgliste, ale wzbogaca je nowa cecha – nieodwracalność. Przełom pojawia się około 8–9 roku życia – dziecko dostrzega cechy biologiczne śmierci oraz zdaje sobie sprawę, że jest nieodwracalna i powszechna: dotyczy każdej żywej istoty, w tym także jego. W okresie dorastania lęk dotyczy utraty bliskich osób, tego, co będzie po śmierci, poczucia własnej skończoności. Dla osób w okresie największej aktywności życiowej śmierć jest raczej zjawiskiem dotyczącym ludzkiego życia niż czymś, co im bezpośrednio zagraża. Najmniejszy poziom lęku przed śmiercią wykazują osoby po 60. roku życia. Lęk przed śmiercią wzrasta podczas okresów choroby oraz utraty ukochanej osoby (Makselon, 1988).

Gdy zjawisku przyjrzeć się bliżej, okazuje się, że odczuwane lęki mogą być niejednorodne. J. W. Hoelter i J. A. Hoelter wyróżnili lęk: przed procesem umierania, przed przedwczesną śmiercią, lęk o kogoś, kto cierpi po śmierci zmarłego, przed zniszczeniem istnienia, o ciało po śmierci, przed nieznanym, przed zwłokami, przed wszystkim, co przypomina śmierć. Znany badacz zjawiska prof. Józef Makselon proponuje prostszy podział: lęk przed własną śmiercią, lęk o śmierć bliskiej osoby, zaniepokojenie wobec ogólnego zjawiska śmierci.

Ludzie przyjmują wobec śmierci różne postawy. Wynika to z ich indywidualnych doświadczeń, cech osobowych, światopoglądu, uwarunkowań społeczno-kulturowych. Do kwestii kulturowych odwołuje się znana na całym świecie Teoria Opanowywania Trwogi (Terror Management Theory

Tekst Dariusz Delikat



– TMT) Jeffa Greenberga, Sheldona Solomona i Thomasa Pyszczynskiego. Zdaniem badaczy jednym z podstawowych źródeł ludzkiej motywacji jest trwoga/lęk wynikający ze świadomości śmiertelności. Aby dawać sobie z nią radę, ludzie wytwarzają, konstruują, przejmują kulturowe koncepcje rzeczywistości. Kultura (w tym religia) jest źródłem przekonań, które pozwalają nadać życiu sens, dzięki czemu łatwiej jest radzić sobie ze świadomością nieuchronności śmierci.

Profesor Makselon wyróżnia pięć postaw wobec śmierci: ambiwalentną, spokojną, religijną, unikową i przerażoną.

Dla osób o postawie ambiwalentnej śmierć jest z jednej strony czymś dobrym – wartością np. zjednoczeniem z Bogiem, z drugiej – największą tragedią, a myśli o śmierci wywołują w nich silny lęk i smutek. Ludzie ci nie mogą pogodzić się ze śmiercią bliskich.

Postawę spokojną charakteryzują stoickie refleksje na temat śmierci. Skoro jest nieunikniona, trzeba ją zaakceptować i traktować spokojnie, a skupiać się na życiu i na tym, jak je w pełni wykorzystać. Osoby z taką postawą odczuwają niski poziom lęku, do śmierci bliskich podchodzą spokojnie, choć jest dla nich dużym przeżyciem (uważają, że dobrze przeżyta śmierć bliskiej osoby może być załącznikiem czegoś dobrego).

Osoby reprezentujące postawę religijną patrzą na śmierć przez pryzmat swojej wiary, śmierć nie wzbudza w nich lęku, jest zazwyczaj przejściem do następnego etapu.

Postawę unikową charakteryzuje duży lęk, ale redukowany ucieczką od myśli o śmierci i ich wypieraniem.

Osoba z postawą przerażoną przeżywa także duży lęk i niepokój, ale nie jest w stanie uwolnić się od myśli o śmierci. Stale ma świadomość śmierci i uważa ją za coś najbardziej przerażającego.

Jak radzić sobie z lękiem przed śmiercią?

Obniżeniu poziomu lęku sprzyja:

- świadomość sensu życia (po co żyję), znajomość swoich wartości (co w życiu jest dla mnie najważniejsze) oraz wynikających z nich priorytetów i zasad regulujących postępowanie (oraz oczywiście ich stosowanie),
- świadomość tego, czego tak naprawdę się boję – procesu umierania, cierpienia moich bliskich, przedwczesnej śmierci, tego, co stanie się z moim ciałem itp. Taka świadomość, a przede wszystkim akceptacja konkretnego powodu lęku, pozwala na skupianie się na kwestiach, które podlegają kontroli (sprawy zabezpieczenia finansowego rodziny, organizacja opieki, dbałość o zdrowie, profilaktyka itp.) – im większy obszar sprawowanej kontroli, tym mniejszy lęk,
- generatywność, czyli koncentracja na działaniach ukierunkowanych na przyszłość i pozostawienie śladu po sobie: wychowywanie dzieci, opieka nad nimi, wolontariat, robienie rzeczy, które przynoszą korzyści przyszłym pokoleniom (np. działania dotyczące politycznego ładu, ochrona klimatu itp.), a także tworzenie rzeczy, które po nas pozostaną. Generatywność to jeden z etapów rozwoju psychospołecznego Erika Eriksona. Wg badacza dotyczy osób w wieku od 40 do 65 lat.

Kiedy opisywane sposoby nie wystarczają i lęk przed śmiercią utrudnia nasze codzienne funkcjonowanie, warto udać się do specjalisty np. psychologa, a ten być może zastosuje wobec nas przykładowo terapię ekspozycyjną, która oswojenie lęku opiera na różnego rodzaju ćwiczeniach takich jak czytanie nekrologów, pisanie testamentu, planowanie pogrzebu itp.

Lęk przed śmiercią w relacji lekarz – pacjent

Będąc lekarzem musisz sobie radzić nie tylko z własnymi emocjami związanymi z doświadczaniem śmierci. Nierzadko zdarza się, że musisz się zmierzyć także z lękiem swojego pacjenta. Strach i lęk przed śmiercią jest powodem tego, że tak trudne jest zazwyczaj dla nas prowadzenie rozmowy o złych rokowaniach. Warto zatem wziąć sobie do serca kilka uniwersalnych zasad postępowania w takich sytuacjach. Zawiera je popularny na świecie protokół określany akronimem SPIKES (Baile i wsp., 2000) składający się z VI etapów. Etap I (setting) – przygotowanie do rozmowy, w tym wybór miejsca przekazywania informacji zapewniający atmosferę bezpieczeństwa i prywatności, rozpoczęcie rozmowy.

Etap II (perception) – ustalenie poziomu wiedzy pacjenta/rodziny na temat sytuacji chorego.

Etap III (invitation) – ustalenie, czy (ewentualnie jak dużo) pacjent chce wiedzieć na temat choroby, rokowania.

Etap IV (knowledge) – przekazanie informacji – rozpoczyna się tzw. „strzałem ostrzegawczym”, czyli zapowiedzią nadejścia trudnych informacji.

Etap V (emotion) – reagowanie na emocje związane ze złymi informacjami.

Etap VI (strategy, summary) – zaplanowanie kolejnych kroków, podsumowanie, zakończenie rozmowy.

Prowadząc rozmowę zadbajmy, aby była prowadzona na siedząco, bez fizycznych barier pomiędzy rozmówcami. Pamiętajmy też, by ograniczać napięcie emocjonalne towarzyszące sytuacji (przyjazne gesty, zaproszenie do zajęcia miejsca). Pokazujemy, że szanujemy godność pacjenta np. zachowując formy grzecznościowe, przywołując tytuły naukowe lub zwracając się po imieniu, jeśli taka forma była stosowana wcześniej. Komunikaty powinny być proste, zrozumiałe dla odbiorcy i dopasowane do jego możliwości poznawczych. Po przekazaniu trudnych informacji dajmy rozmówcy czas na wyrażenie swoich emocji, okazujemy zrozumienie i nie zagadujemy ciszy. Zachęcajmy do zadawania pytań, wyrażania opinii, wyjaśniamy wątpliwości. Ważne jest, aby z rozmowy coś wynikało – zakończyła się przedstawieniem kolejnych kroków, planu działania.

Unikajmy nadmiernej otwartości, stwierdzeń definitywnych np. wyznaczania dokładnej czasowej granicy przeżycia: „zostały panu tylko trzy miesiące życia”, nadmierne techniczne czy medyczne języka oraz pospiesznego przekazywania informacji.

Warto w tym miejscu dodać, że strach i lęk związany z wiadomością o ciężkiej chorobie i zbliżającej się śmierci uruchamia kaskadę reakcji emocjonalnych. Jako pierwsza opisała je w swojej książce „Rozmowy o śmierci i umieraniu” (1969) amerykańska lekarz psychiatra pochodzenia szwajcarskiego Elisabeth Kübler-Ross. Pięć występujących chronologicznie po sobie stopni tworzących tzw. model Kübler-Ross to:

- zaprzeczenie: *To niemożliwe*
- gniew: *Dlaczego ja?*
- targowanie się (negocjacje): *Jeśli będę zdrowy, naprawię rodzinne relacje, nie opuszczę mszy, nigdy nie zapalę, będę...*
- obniżenie nastroju/depresja: *To wszystko już nie ma sensu*
- -akceptacja *Da się żyć, wszystko jest dla ludzi; Taka jest kolej rzeczy; Muszę wykorzystać to, co mi jeszcze zostało.*

Pamiętajmy jednak, że czas trwania cyklu, jego poszczególnych etapów oraz skala przeżywanych emocji jest różna dla każdego pacjenta.

Podsumowanie

Strach i lęk przed śmiercią jest zjawiskiem powszechnym, uniwersalnym i dynamicznym (zmienia się z wiekiem). Ma wyraźne związki z postawami wobec śmierci i umierania. Te zaś kształtują nasze osobiste doświadczenia, światopogląd, wzorce kulturowo-obyczajowe, cechy indywidualne. Te przykre emocje mogą pełnić ważne role – mogą być motywatorem do wykorzystania pełni życia, powstrzymują od podejmowania ryzykownych zachowań, sprzyjają dbałości o zdrowie, zwiększają chęć pomagania innym. Gdy jednak stale aktywują nasze myśli i nie potrafimy się od nich uwolnić, mogą destabilizować nasze działania. Nie wahajmy się wówczas zasięgnąć rady specjalistów – bo jak napisał rzymski autor znanych sentencji i aforyzmów Publiliusz Syrus:

„Strach przed śmiercią jest okrutniejszy od niej samej”. ■

Piśmiennictwo:

Kübler-Ross E., *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, Wydawnictwo Media Rodzina, Poznań 2007.
Łukaszewski W., *Udręka życia. Jak ludzie radzą sobie z lękiem przed śmiercią*, Wydawnictwo Smak Słowa, Sopot 2010.

Makselon J., *Lęk wobec śmierci*, Polskie Towarzystwo Teologiczne, Kraków 1988.

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 6 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...*).



Jeśli chcesz dobrze funkcjonować w rodzinie, musisz być sprawny!

O tym, dlaczego każdy mężczyzna powinien wykrzesać z siebie energię do uprawiania sportu i jak to zrobić, mówi dr Rafał Kubacki, wykładowca Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu, dwukrotny mistrz świata w judo. Rozmawia z nim Agata Grzelińska.

Agata Grzelińska: Biorąc pod uwagę powiedzenie: „sport to zdrowie”, Pan jako człowiek, który bardzo wiele osiągnął w tej sferze, musi być tytanem zdrowia – dwukrotny mistrz świata w judo, olimpijczyk. Po prostu okaz zdrowia...

Dr Rafał Kubacki: Owszem, rekreacyjne uprawianie sportu to jest zdobywanie zdrowia. Natomiast wyczynowe, zwłaszcza tam, gdzie przekraczamy już granicę wytrzymałości ludzkiego organizmu, pracujemy już na maksymalnych możliwościach, to jest wysoka cena, którą płacimy. W zamian za to otrzymujemy prestiż, medale, stypendia, nagrody finansowe, uznanie społeczne itd.

A.G.: Nieco okrężną drogą odpowiedział mi Pan, że sport wyczynowy niekoniecznie równa się zdrowiu.

R.K.: Wszystko zależy od tego, jak definiujemy sport, bo to bardzo szerokie pojęcie. Zwykle rozumiemy przez to kulturę fizyczną, czyli zbiór wszystkich elementów, które dotyczą rekreacji ruchowej, ale możemy też mówić o sporcie wysoko kwalifikowanym czy o sporcie szkolnym. Jest więc wiele elementów. Wracając do pytania, które pani zadała, mogę powiedzieć, że z moich doświadczeń życiowych i tego, co przeszedłem, wynika, że jeżeli ktoś decyduje się na wysoki wyczyn sportowy, to musi pamiętać o tym, że jednak oddajemy część zdrowia na rzecz pewnych pro-

fitów i osiąganych wyników. Wyczynowe uprawianie sportu to jest pewien poziom świadomości – trzeba mieć do tego silną głowę. Czasami ludzie, którzy nigdy tego nie spróbowali, nie rozumieją, co tak naprawdę sportowców pcha do tego, że są w stanie działać pod tak ekstremalnym obciążeniem i presją. To najlepiej widać w czasie igrzysk olimpijskich, które się właśnie kończą.

A.G.: Pytam o to wszystko, bo w pewnym momencie życia wielu mężczyzn uprawia sport, niekoniecznie wyczynowo, choć lubią naśladować mistrzów i wygrywać za wszelką cenę. To dobra motywacja do uprawiania sportu, czy może, jak Pan to ujął, kultury fizycznej?

R.K.: Swoim zawodnikom na treningach czy w ogóle młodym ludziom na wszelkiego rodzaju spotkaniach mówię, że każdy ma swoją formę motywacji sportowej. Czasem pytam: „Wiesz, że za medal na igrzyskach olimpijskich otrzymasz dożywotnio emeryturę, dostaniesz jakąś gratyfikację, będziesz miał talon na samochód i tak dalej. Wchodzisz w to?”. A on odpowiada: „Tak, wchodzę!”. Wtedy wiem, że w nim jest taka motywacja, że on podejmuje maksymalny wysiłek. Dla kogoś innego będzie to np. zagrany „Mazurek Dąbrowskiego” i złoty medal. Taka motywacja ciągnie sportowców do góry, a z kolei bez takich mistrzów nie ma sportowców amatorów.

A.G.: Rozumiem mistrzów czy potencjalnych mistrzów, ale niewielu z nas ma szansę stać się takimi. Chodzi o motywację zwyczajnych facetów, którzy nie dostaną stypendiów czy emerytury sportowej. Ale za wszelką cenę uprawiają sport, za wszelką cenę chcą wygrać, teoretycznie wszystko robiąc dla zdrowia.

R.K.: Oni sami wyznaczają sobie pewne granice. Mają wzór, widzą, że skoro mistrzowie są w stanie przekraczać pewne granice, to oni też tak chcą. Problem tkwi w tym, że nie każdy, kto zaczyna uprawiać amatorsko jakąś dyscyplinę sportu, jest tak naprawdę do niej stworzony. To tak, jak gdybym ja chciał uprawiać jeździectwo – prawdopodobnie nie pojechałbym na koniu, bo ważę 137 kg, a najlepsi dżokeje ważą zwykle jakieś 48 kg. Może więc i znalazłbym odpowiedniego wierzchowca, ale pewnie przyczłapałobyśmy na metę na samym końcu stawki...

A.G.: Mierz siły na zamiary?

R.K.: Ta idea powinna nam przyświecać. Ale, wracając do sprawy, oczywiście w koszykówce, w sportach siłowych miałbym duże szanse, bo wzrost, waga, muskulatura i siła swoje robią. W sporcie jest wiele możliwości, trzeba tylko wybrać tę odpowiednią dla siebie, żeby nie zrobić sobie krzywdy.

A.G.: Teraz zapytam Pana jako wykładowcę AWF we Wrocławiu: jak uprawiać sport, żeby wpływał na poprawę zdrowia, na lepsze samopoczucie, ale żeby nie stracić zdrowia?

R.K.: Przede wszystkim sport powinien być dopasowany i dawkowany zgodnie z wiekiem tego, kto chce go uprawiać. Tak, jak dawkuje się różnego rodzaju suplementy witaminowe, leki, tak samo sport powinien być przepisywany na receptę. To ważne, bo bardzo duża część społeczeństwa, w tym oczywiście mężczyźni, w ogóle się nie rusza! Ba, ci, którzy kończą karierę sportową, też pozostają w bezruchu i wynikają z tego rozmaite komplikacje, bo dotąd ich organizm nieustannie pracował na wysokich obrotach, a tu nagle wszystko ustało i nie ma łagodnego przejścia do kolejnego etapu życia. Co mógłbym zaproponować? Ja sam codziennie wykonuję jakąś formę ćwiczeń ruchowych. Na przykład nie wstanę z łóżka, póki nie zrobię 17 ćwiczeń w pozycji leżącej. To zwykle jest to, co jako wykładowca akademicki wyciągnąłem dla samego siebie z metody Feldenkraisa. Dodatkowo wykonuję elementy dynamiczne, czyli z oporem własnego ciała. Taki poranny, godzinny trening zwiększa mój metabolizm wewnętrzny i zabezpiecza mnie na cały dzień pod względem ruchowym. Bo przecież nie zawsze, pracując intensywnie, jesteśmy w stanie wyłowić odpowiedni moment na uprawianie sportu.

A.G.: Poranek to zatem najbardziej odpowiednia chwila?

R.K.: Myślę, że tak. Tym bardziej że u mężczyzn poziom testosteronu jest najwyższy między godziną 4. a 6. rano. Nie przez przypadek figle w łóżku najczęściej przychodzą mężczyznom do głowy właśnie o tej porze. Odpowiednie dla ćwiczeń fizycznych są też godziny popołudniowe, ale to wszystko jest bardzo indywidualne, więc każdy powinien siebie obserwować i dobrać odpowiednią dla siebie porę do ćwiczeń. W jaki sposób podejść do ruchu? Moim zdaniem nie wymyślono lepszego systemu niż trening interwałowy. To jest np. tak zwana japońska tabata, której uczę w moich filmach na YouTube. Polega to na tym, że mamy 20 sekund dość intensywniej pracy w czasie prostych ćwiczeń, a potem 10 sekund przerwy. Całość to 8 takich cykli. To są bardzo proste ćwiczenia, np. przysiady, burpees czy padnij-powstań, pompki, jakieś przeskoki.

”

Kłopoty z sercem sam przerobiłem już po zakończeniu kariery. Dopadło mnie coś, co teoretycznie nigdy nie powinno było mnie spotkać – to był taki pierwszy sygnał, który pojawił się właśnie podczas USG serca. (...) Dlatego chciałbym przy tej okazji zaapelować do trenerów i lekarzy (szczególnie medycyny sportowej i pierwszego kontaktu): jeżeli przychodzą do was rodzice z dzieckiem mającym uprawiać sport, byście wystawili zaświadczenie dopuszczające do brania udziału w zajęciach ruchowych, poza innymi badaniami, np. EKG, zlećcie też USG serca!

“

Ale podkreślmy, że równie ważna jest diagnostyka, czyli systematyczne badania okresowe: badania krwi, enzymów, poziomu testosteronu, ale też – co jest niezmiennie ważne – badanie tego swojego najważniejszego narzędzia pracy – serca (koniecznie z USG). Dołożyłbym do tego jeszcze badanie prostaty PSA. Kłopoty z sercem sam przerobiłem już po zakończeniu kariery. Dopadło mnie coś, co teoretycznie nigdy nie powinno było mnie spotkać – to był taki pierwszy sygnał, który pojawił się właśnie podczas USG serca.

A.G.: Jako czynny zawodnik nie wiedział Pan o tym?

R.K.: W ogóle! Dlatego chciałbym przy tej okazji zaapelować do trenerów i lekarzy (szczególnie medycyny sportowej i pierwszego kontaktu): jeżeli przychodzą do was rodzice z dzieckiem mającym uprawiać sport, byście wystawili zaświadczenie dopuszczające do brania udziału w zajęciach ruchowych, poza innymi badaniami, np. EKG, zlećcie też USG serca! W tym względzie jestem ortodoksyjny – przyjmując na zajęcia nawet sześciolatnie dziecko, proszę rodzica, by najpierw skonsultował to z lekarzem medycyny sportowej.

A.G.: Mówi Pan o treningach judo?

R.K.: Mówię w ogóle o uprawianiu sportu. Akurat w judo (zgodnie z rekomendacją Polskiego Towarzystwa Medycyny Sportowej) możemy mówić o zawodach dopiero po ukończeniu 10 lat. Wcześniej są to zajęcia ogólnorozwojowe z elementami judo. Dzieci cierpią dzisiaj na wiele rzeczy, o których my nie wiemy. Zdarza się, że w czasie zajęć dostrzegam coś niepokojącego, np. dziecko się męczy w konkretnej pozycji albo porusza się w dziwny sposób. Wtedy natychmiast proszę jego rodziców, by skonsultowali się z ortopedą czy neurologiem, bo coś złego się dzieje. Ale zdarzają się również sytuacje, gdy nic nie zapowiada kłopotów. Ostatnio miałem dziecko, które (jak się okazało) ma wadę serca. Podczas ćwiczeń w chodzeniu w tzw. czworakowaniu (czyli w czasie, gdy podiera się na rękach i stopach) wyszło na jaw coś dziwnego. Ta pozycja powoduje wzrost ciśnienia wewnątrzpiersiowego i nie działa korzystnie na serce chorego człowieka. Od razu zaproponowałem mamie, by zabrała malca do lekarza na »



specjalistyczne badania. Mama zaprowadziła dziecko na badania, po czym zadzwoniła do mnie i podziękowała. Jak się okazało, lekarz sportowy kazał się na razie wstrzymać się z uprawianiem sportu.

A.G.: Skoro taka ostrożność obowiązuje w przypadku dzieci, to pewnie również zastali tatusiowie przed intensywniejszym wysiłkiem powinni się gruntownie zbadać, by nie zrobić sobie krzywdy?

R.K.: W ogóle powinniśmy się systematycznie badać! Facetów mobilizują nowe sytuacje, np. spotkanie pięknej kobiety. Zawsze powtarzam moim studentom, że mężczyzna może być brzydki, ale musi być sprawny! Bo czego kobieta oczekuje od niego? Sprawności, a więc i dbałości o zdrowie. Każdy więc powinien dbać o formę ruchową dopasowaną do swoich możliwości. I wcale nie musi to być bieganie w każdym przypadku.

A.G.: Właśnie dlatego pytam, jak to zrobić, by nie wyrządzić sobie krzywdy.

R.K.: Trzeba by sięgnąć po taką metodę, jaką stosujemy, decydując się na wykupienie wycieczki: najpierw sprawdzamy opinie na temat danego hotelu oraz biura podróży i wtedy mniej więcej jesteśmy w stanie wyrobić sobie zdanie na ten temat. To jest pierwszy etap. Druga sprawa, to gdy już zdecydujemy, że chcemy podjąć jakąś formę ruchową, proponowałbym raczej pracę w grupie, bo to znakomicie mobilizuje. Kiedy prowadzę zajęcia z grupą seniorów, oni się świetnie mobilizują nawzajem, są też wsparciem dla siebie. Kiedy przychodzą osoby otyłe, nikt nie zwraca na to uwagi, nikt nikogo nie dyskryminuje. Z kolei w grupie dzieci na zajęciach z judo zaczyna do mnie przychodzić wiele dziewczynek. Dlaczego? Otóż mamy poważny problem z otyłością. Ale te pulchne niekiedy dziewczynki bardzo chętnie przychodzą na zajęcia judo, bo nikt w szatni nie będzie ich wytykał palcem, nikt jej nie powie: „Jesteś gruba”. Ona wchodzi na zajęcia z radością, ma drugą taką samą koleżankę i z nią może się po prostu poruszać.

Pora na kolejny etap – kiedy już jesteśmy po takim wywiadzie środowiskowym, musimy wziąć pod uwagę, że mamy sporty indywidualne i zespołowe. Co wybrać? Czy mamy charakter indywidualisty, czy jesteśmy się w stanie podporządkować i pracować na rzecz zespołu? Polacy w większości są mistrzami świata, jeżeli chodzi o pracę indywidualną – tu przebijamy wszystkie nacje (śmiech). Ale kiedy trzeba coś zrobić w zespole, np. zrealizować jakiś projekt, to już nie jesteśmy w czubie, ale raczej w ogonie... W związku z tym kolejnym krokiem jest określenie tego, gdzie czuję się dobrze: w sportach indywidualnych czy w drużynowych.

A.G.: Ale na tym, jak rozumiem, nie koniec?

R.K.: Nie, bo jeśli odpowiedziałem sobie na to pytanie, to przychodzi pora na tzw. pudełko MPS, czyli: motywacja, praca, szczęście. Żeby otworzyć to pudełko, potrzebujemy klucza – tak zawsze mówię studentom. Oni wtedy pytają, co jest tym kluczem. Kluczem jest to, że gdy już zrobiłeś wywiad środowiskowy, określiłeś, gdzie chcesz być i w jakiej formie ruchowej występować, to masz ten klucz, bo sam jesteś świadomy tego, co chcesz osiągnąć. Wkładasz więc klucz do zamka i otwierasz to pudełko. Co nas motywuje? Jednego to, że polepszy swoje zdrowie, drugiego to, że się będzie wzorować na ulubionym mistrzu i chce się sprawdzić, np. zbliżając się do wyniku, który ten sportowiec osiągnął. Jeszcze innego będzie motywować to, że w towarzystwie zakomunikuje, że biega maratony, a wszyscy z podziwu jękną... Ale bez ogromnej pracy i systematyczności nic się nie zrobi. I tu jest pies pogrzebany, jeżeli chodzi o wszelkie formy ruchu – na początku jest fajnie, bo

tzew. świeżak wchodzi i chętnie trenuje. Po pewnym czasie przychodzi poranek i trzeba wstać, by zrobić ten trening, a nie zostać w łóżku. Czyli trzeba przejść na następny etap.

A.G.: Trenuje Pan dzieci. Zwykle przychodzą z nimi na zajęcia mamy, ale często również ojcowie. Czy zdarza się, że widząc, co robią ich pociechy, postanawiają też spróbować?

R.K.: Mamy dwa rodzaje rodziców. Pierwsi przeżywają swoje niespełnione ambicje, nie osiągnęli czegoś, o czym marzyli, więc pokładają ogromne pokłady w dziecku. Moja żona Agnieszka miała taki przypadek w akrobatyce: rodzic zrobił planowanie całej, wieloletniej kariery dla swojego pięcioletka. Tłumaczyliśmy mu na wiele sposobów, że to bezcelowe... Ale jest też druga grupa – ich oczekiwania wcale nie wiążą się z wybitnymi osiągnięciami sportowymi. Oni po prostu chcą mieć zdrowe dzieci. I to jest to, o co nam chodzi: mamy świadomego rodzica, który przyprowadza do nas dziecko po to, by czuło się szczęśliwie. Mama czy tato są zadowoleni, że malec jest pod fachową opieką, on sam się zmęczy, jest szczęśliwy, ale też sprawniejszy, bo dzięki sportowi uruchamiają się hormony szczęścia. A szczęśliwe dziecko, to szczęśliwa mama! W ogromnej większości na zajęcia przyprowadzają dzieci ich mamy, bo to one decydują o rzeczach ważnych. Dlatego mówię swoim kolegom trenerom: „Waszymi klientkami są kobiety” (uśmiech).

A.G.: Ojcowie są rzadkością?

R.K.: Tu jest tak samo jak z bywaniem na wywiadówkach w szkole: myślę, że ojcowie to 30%, a mamy – 70%. Mężczyźni mają też inne podejście do zajęć swoich dzieci. Mam w grupie pewnego sześciolatniego chłopca, którego przyprowadza tato. Mówię kiedyś: „A teraz tato musi poskakać z synem na skakance”. I nagle widzę w oczach tego mężczyzny przerażenie.

A.G.: Czym spowodowane?

R.K.: Tym, że ojciec nie potrafi skakać na skakance! Pomagam mu więc, pokazując, jak zmierzyć tę skakankę. Mówię, że takie ćwiczenie bardzo dobrze wpływa na koordynację jego syna, uczy go rytmiki. Zaręczam pani, że nie ma lepszej motywacji dla tatusia niż ta, gdy syn mówi: „Tato, pokaż mi, jak to zrobić!”. Dlatego apeluję do facetów: jak nie będziecie sprawni, to pierwszego łupnia dostaniecie od swoich kobiet, a drugiego (i to porządnego) od swoich pociech. Dlaczego? Bo jak się przebiegniesz 45 razy za rowerem, na którym twoja pociecha uczy się jeździć, a dziecko krzyczy: „Tato, jeszcze!”, to nie ma wyjścia. A tymczasem ty dostajesz zadyszkę po pierwszym przebiegnięciu. Trzeba się więc na to przygotować. Po prostu: jeżeli chcesz dobrze funkcjonować w rodzinie, to musisz być sprawny! Rzecz jasna wyłączę sytuacje takie, gdy ktoś jest ciężko chory czy niepełnosprawny. Ale większość facetów powinna to sobie wziąć do serca. ■



Fot. z archiwum R.K.

► DR RAFAŁ KUBACKI

Wykładowca Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu, dwukrotny mistrz świata w judo



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/stethoscope-4820535/Myriams-Fotos

Zainwestuj w swoje serce, gdy jesteś młody, by na starość cię nie zawiodło

Chcesz uprawiać sport i być sprawny do późnej starości? Dopasuj aktywność fizyczną do swoich możliwości. I rób sobie przegląd zdrowotny tak, jak robisz przegląd techniczny swojego samochodu – tak brzmi wstęp do dbania o męskie zdrowie według prof. dr. hab. n. med. Waldemara Banasiaka, kardiologa, kierownika Ośrodka Chorób Serca w 4. Wojсковym Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu. Rozmawia z nim Grzegorz Drozd.

Grzegorz Drozd: Teoretycznie sprawa jest prosta: chorujemy po połowie – i mężczyźni, i kobiety. Kiedyś się mówiło, że mężczyźni w większości umierają na serce, a kobiety – nie. Teraz wiemy, że jest inaczej. Ale też po części i czynniki, które do tego prowadzą, i przebieg choroby są inne. Jak różnią się problemy kardiologiczne męskie i damskie?

Prof. dr hab. n. med. Waldemar Banasiak: Jest oczywiście różnica (jeżeli tak pobieżnie będziemy chcieli ocenić), jak chorują na schorzenia sercowo-naczyniowe populacyjnie mężczyźni i kobiety. I jest racją to, co pan powiedział, że przez wiele dziesiętków lat, od kiedy zostałem lekarzem, utrwał się przekaz, że mężczyźni chorują głównie na serce, a kobiety, owszem, będą chorowały na serce, ale w późnych dekadach. A jeżeli mają zawał, to o łagodniejszym przebiegu. To wynikało z charakteru i metodyki przeprowadzanych badań klinicznych. Wprowadzenie w ostatnich kilku dekadach dobrze zaprojektowanych badań oceniających zależności przyczynowo-skutkowe między płcią a schorzeniami kardiologicznymi przekonały nas, że obie grupy chorują podobnie.

R.D.: Czyli chodziło o zastosowanie odpowiedniej metodologii?

W.B.: Tak. Problem polega na tym, że u kobiet mniej więcej dekadę później to wszystko się ujawnia. Przyczyny są bardzo różne »



– począwszy od faktu starzenia się mięśnia sercowego. To dziwne zjawisko – serce się starzeje tak, jak starzeje się skóra, która robi się mniej elastyczna, czy jak nam wypadają albo siwieją włosy. Tak samo serce ulega starzeniu. Jeżeli spojrzymy na serce 30-letniego mężczyzny, okazuje się, że metrykalnie ono wygląda, jakby miało już 35 lat. U 30-letniej kobiety wiek serca zgadza się z metryką, a więc ma 30 lat. Ale gdy kobieta ma 40 lat, to jej serce już się postarzało o 10 lat i wygląda zupełnie inaczej. A kiedy osiągnie 70 lat, to jej serce wygląda, jakby miała o 25 lat więcej. To jest ta zasadnicza różnica.

R.D.: Hormony tak działają?

W.B.: Oczywiście. Hormony to element, który bardzo korzystnie działa na kobietę, mówiąc krótko, chroni ją. Ale już po okresie menopauzy lub jeżeli pojawia się przedwcześnie albo w przebiegu różnych chorób ginekologicznych, które zaburzają wydzielanie hormonów, ryzyko kardiologiczne zaczyna się stopniowo wyrównywać między płciami. Jeżeli pan spojrzy na: brak ruchu, palenie tytoniu, cukrzycę, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia gospodarki lipidowej, spożywanie alkoholu, jest to grupa czynników, która występuje zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet. Jeśli chodzi o panów, to takim bardzo złowieszczym momentem jest przedział wieku 40-60 lat, czyli czas największej aktywności zawodowej. Obserwuję to na co dzień. Codzienne życie modyfikuje podejście do swojego stanu zdrowia. Niestety, najczęściej w sposób demotywuujący do podjęcia walki z istniejącymi czynnikami ryzyka.

G.D.: Dlaczego?

W.B.: Bo same czynniki ryzyka nie boją. Co jest powodem zgłoszenia się do kardiologa czy do innego lekarza? Coś się musi zacząć dziać, jakiś sygnał musi się pojawić – taki, który zaniepokoi. Najlepiej wytłumaczyć to nadciśnieniem tętniczym. U większości ludzi to nadciśnienie wykrywane jest przypadkowo, bo na przykład na imieninach ktoś ma aparat i pada hasło: „to sobie zmierzmy”. Ale później część ludzi (to już wiem z mojej praktyki) zaczyna się wsłuchiwać w swój organizm, bo jest przejęta faktem, że ma nadciśnienie i wie, że najczęstszymi konsekwencjami mogą być: zawał, udar albo zgon. Kiedy wysłany zostaje sygnał typu: ból głowy, ból klatki, uczucie duszności dokonuje pomiaru ciśnienia tętniczego. Jeżeli jest podwyższone, za pięć minut mierzy jeszcze raz. I oczywiście jest jeszcze wyższe. To normalna reakcja każdego organizmu. Wtedy utrwała się w mózgu myśl: „Moje nadciśnienie powoduje już objawy”. A to niekoniecznie tak musi wyglądać.

G.D.: Skupmy się na mężczyznach. Wspomniał Pan, że czynniki ryzyka w większości są podobne, ale też, że póki nic nie boli, to do lekarza nie idziemy. Od kilku lat się mówi, że coraz młodsi ludzie, a zwłaszcza mężczyźni, bo u nich wcześniej te kłopoty się pojawiają, trafiają na przykład do Pańskiej kliniki. Ale też z badań wynika podobno, że ci w wieku lat 40–60 najstabiliej przestrzegają rozmaitych zaleceń kardiologów. Z czego to wynika i jakie są tego konsekwencje?

W.B.: To jest taki złowieszczy moment w życiu każdego mężczyzny. Podeprę się własnymi obserwacjami. Jeżeli mężczyźni udaje się przeżyć ten okres bez nagromadzenia czynników ryzyka sercowo-naczyniowego, to prawdopodobieństwo, że będzie żył długo, jest dużo większe, aniżeli tego, który te czynniki zgromadził.

G.D.: Czyli przejście przez kardiologiczne piekło?

W.B.: Tak. I wtedy należy się martwić, czy nie ujawni się jakiś proces nowotworowy, aktualnie nagminny u pacjentów w starszym wieku, którzy są w mniejszym bądź większym stopniu obciążeni kardiologicznie. Szereg klasycznych czynników ryzyka leży u podłoża schorzeń zarówno kardiologicznych, jak i onkologicznych. Ale wydaje mi się, że to jest kwestia edukacji mężczyzn (skoro o nich rozmawiamy) w okresie największej aktywności zawodowej. Brak odczucia dolegliwości, o których powiedziałem, powoduje, że nie mają racjonalnego spojrzenia na to, co się może wydarzyć z ich stanem zdrowia w następnych dekadach życia. Bowiem inwestycja w zdrowie w tym okresie może być w dobrym tego słowa znaczeniu brzemienna w pozytywne skutki w następnych dekadach. Starość przyjdzie do każdego, ale niech ta starość będzie w komforcie jakości życia. Bez względu na tytuł, bez względu na stanowisko i status materialny to będzie dotyczyło każdego z nas! Dlatego właśnie w późnych dekadach życia (siódmej, ósmej czy dziewiątej) najistotniejsza jest jakość życia z punktu widzenia pacjenta.

G.D.: A to jest efekt tego, co się zrobiło w wieku 30-40 lat.

W.B.: To jest ta inwestycja w siebie. Wszystkim moim pacjentom, ludziom, z którymi się spotykam, proponuję przebadać się raz w roku.

G.D.: Czyli?

W.B.: Wywiad i badanie pacjenta oraz podstawowe badania laboratoryjne pozwalają nam zorientować się odnośnie do odchyień od normy. Wykonanie takiego corocznego „przeгляdu” pozwala utwierdzić badaną osobę w przypadku prawidłowych wyników w słuszności i chęci dbania o swoje zdrowie, a w sytuacji stwierdzenia odchyień, skierować na kolejne etapy diagnostyki i/lub leczenia. Ja od 40. roku życia wspólnie z żoną raz w roku, w styczniu robimy tego typu badania. I wszystkim radzę to samo. Później żartuję zawsze, że proszę pokazać moje wyniki personelowi, niech będą pewni, że będą długo ze mną jako szefem pracować (śmiech).

G.D.: Na co lekarze pierwszego kontaktu powinni zwracać uwagę swoim męskim pacjentom? Jak to zrobić, żeby chcieli oni stosować się do zaleceń?

W.B.: Mamy bardzo proste algorytmy postępowania, które potrafią ocenić, w jakiej grupie ryzyka znajduje się mężczyzna po 40. roku życia (kobieta po 50.), nawet jeżeli nie ma żadnych objawów. To są proste tabele, które uwzględniają: płeć, wiek, fakt palenia/niepalenia tytoniu, wartości ciśnienia tętniczego, stężenie cholesterolu. Można skwantyfikować tzw. 10-letnie ryzyko wystąpienia zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych. To są tabele dla polskiej populacji. Bo, jak pan się zapewne orientuje, w krajach klimatu śródziemnomorskiego te wartości są trochę inne. Zresztą, nawet rozsądny pacjent, który spojrzy na tę tabelę i zobaczy, jakie ma wyniki, to sam sobie szybko to ryzyko wyliczy. Jeżeli ma kłopot, to warto się udać do lekarza i zadać pytanie, co mogą zrobić, żeby odsunąć od siebie perspektywę incydentu sercowo-naczyniowego. Tylko trzeba chcieć...

G.D.: To jest też wątek, na który nie zwracamy uwagi, ale to się po prostu opłaci pacjentowi i społeczeństwu. Jeśli odpowiednio szybko wyłapiemy chorobę, to nie zapłacimy tragedią.

W.B.: Muszę panu powiedzieć, że od ponad 25 lat prowadzę

swoją praktykę lekarską. Mam wielu pacjentów, zajmuję się kilkoma pokoleniami i wszyscy sobie naprawdę chwalą moje rekomendacje kontroli stanu zdrowia. Oczekują, że zlecę im takie badania raz w roku. Oczywiście, jeżeli są jakieś istotne schorzenia, to te badania zlecam częściej w kontekście monitorowania bezpieczeństwa i skuteczności terapii. Ale też bez jakiejś przesady. Nie ma potrzeby, żeby się badać co miesiąc czy dwa, bo korzyści z takiego postępowania są praktycznie niewielkie lub żadne.

G.D.: Chcę Pana zapytać o taki szczególny czas w wieku mężczyzn, różnie się na to mówi – druga młodość i tak dalej. Chodzi o czas, kiedy wielu mężczyzn postanawia sprawdzić stan swojej męskości, niekoniecznie w sposób medyczny, czyli biegamy maraton, przejedziemy mnóstwo kilometrów rowerem, wsiądziemy na motocykl i objedziemy pół świata. Często robią to bez przygotowania, bez zastanowienia się, czy naprawdę nic im się nie stanie po drodze. A chyba warto byłoby to zrobić, prawda?

W.B.: Wielokrotnie zabierałem głos w dyskusjach na ten temat. Absolutnie nie jestem przeciwny, a wręcz jestem wielkim zwolennikiem wysiłku fizycznego, ale rozsądnego wysiłku fizycznego. Nie oszukujmy się, nigdy wydolność układu sercowo-naczyniowego mężczyzny mającego 50–60 nie będzie taka, jak wydolność 30–35-latk. I takie udowadnianie, że przebiegnę ultramaraton jest bez sensu i może stać się powodem do zmartwień nie tylko osoby, która zdecydowała się przebiec ten dystans. Najgorsza rzecz, jaka może się przytrafić, to chęć udowodnienia sobie czegoś bez przygotowania. Generalnie nie jestem zwolennikiem tak ekstremalnych wysiłków w tych przedziałach wiekowych, o których mówimy (40–60). Nawet po uprzednim przygotowaniu treningowym.

G.D.: A co radzi Pan młodszym: 30-, 40-latkom?

W.B.: Tak, możesz to robić, ale jest jeden warunek – regularnie trenujesz. Nie może być tak, że cały rok jesteś zapracowany, bierzesz udział w „pogoni szczurów” i nagle masz zamiar uczestniczyć w maratonie. Efekt może być taki, że przywiozą cię do mnie, to znaczy do szpitala. Nie jestem gołosłowny, ponieważ w ostatnich latach hospitalizowaliśmy w naszej Klinice kilku uczestników maratonów organizowanych we Wrocławiu czy w okolicach. W tych przypadkach związek przyczynowo-skutkowy wydaje się jasny. Ile by pan mógł przebiec tak naprawdę?

G.D.: Gdybym przebiegł 2 kilometry, może bym przeżył...

W.B.: No właśnie. Naprawdę do wszystkiego trzeba podchodzić bardzo racjonalnie. W tych przedziałach wiekowych (40–60) raczej jeżeli chcesz biegać, to biegaj dla przyjemności, nie dla bicia rekordów.

G.D.: Ale to jest niemożliwe. Sam Pan zna, podobnie jak ja, wielu mężczyzn, którzy w każdej dziedzinie muszą wygrać. To samo tutaj – muszą mieć rekord, żeby mieć cel.

W.B.: A wie pan, który sport jest najbardziej niebezpieczny dla mężczyzn?

G.D.: ?

W.B.: Tenis.

G.D.: Dlaczego?

W.B.: Najczęściej uprawiają go ludzie ambitni w średnim i starszym wieku. I nawet jeżeli będą wstępnie deklaro-

wać grę dla przyjemności, to tylko do pierwszego przegranego gema. A później zaczynają się raptowne zrywy, podbiegnięcia, narastające emocje i stres, które mogą doprowadzić do katastrofy. Pamiętajmy o tym, że większość ostrych zachorowań, które trafiają na erkę kardiologiczną, nie miała żadnych symptomów przepowiadających. Dopiero retrospektywnie dowiadujemy się, że „...tata w młodym wieku, mama...”, że były stwierdzane zaburzenia gospodarki lipidowej, węglowodanowej itd. Wtedy już jesteśmy mądrzy, tylko że po fakcie... Jeżeli mężczyźni w tym przedziale wiekowym, mający czynniki ryzyka, pytają mnie, to rekomenduję: jeżeli chcesz tak bardzo biegać jak dotychczas, to biegaj dalej, ale 10–12 kilometrów dla przyjemności. I oczywiście nie do bólu w klatce piersiowej czy do utraty tchu. To ma być przyjemność. Jazda na rowerze? Proszę bardzo, ale nie po górach 200 kilometrów. Chcesz pływać? Pływaj, ale dla przyjemności. Jeżeli powiesz, że będziesz chciał codziennie przejść 30, 40, 60 minut normalnym krokiem, to dla twojego serca też jest dobre.

G.D.: Podsumujmy ten wątek naszej rozmowy: po pierwsze, dopasować wysiłek do swoich możliwości, a po drugie, warto też przed takim intensywniejszym wysiłkiem (jeżeli cały czas tego nie robiliśmy) zbadać się.

W.B.: Oczywiście. Największe tragedie odbywają się w młodszych przedziałach wiekowych. Pamiętam, jak komentowałem rekomendację amerykańskich towarzystw, które bardzo ograniczały liczbę wykonanych badań kardiologicznych mogących potwierdzić lub wykluczyć istotne patologie w układzie sercowo-naczyniowym przed decyzją o wyczynowym uprawianiu sportu. Bo jeżeli pan patrzy na jakiś maraton czy jakiegokolwiek zawody sportowe i tam umiera na oczach tysięcy młody człowiek, to to robi niebywałe wrażenie na wszystkich. „Jak to nie rozpoznali...?”. I dopiero sekcja wykazuje, że ktoś taki miał jakieś pierwotne schorzenie serca, które było nierozpoznane. Jeżeli rodzic chce, żeby jego dziecko uprawiało wyczynowo jakiegokolwiek sport, to niech na starcie zadba o to. Bo tak jak się dba o to, żeby kupić superbuty, superstrój, trzeba zadbać również o konsultację kardiologa, który powinien oprócz badań laboratoryjnych zrobić też EKG i echo serca. Wykonanie tych badań pozwala wykryć większość zagrażających życiu patologii, ale przede wszystkim upewnia nas, badaną osobę i jej najbliższych, że nie ma powodu do obaw o zdrowie i życie w trakcie intensywnego uprawiania sportu.

G.D.: To swego rodzaju paradoks, pozorny przynajmniej, że w przypadku dzieci marzy nam się dla nich kariera tenisisty, piłkarza czy kogoś jeszcze.

W.B.: Zbadaj dziecko przed rozpoczęciem treningów.

G.D.: Jest jakaś grupa mężczyzn, która stanowi kardiologiczną czarną dziurę, czyli takich, którzy powinni więcej uwagi poświęcić swojemu zdrowiu, przynajmniej pod tym względem? Wcześniej skupiliśmy się głównie na 40-, 60-latkach, którzy już mogą podejrzewać, że coś się zdarzy. Być może to jest związane ze statusem ekonomicznym albo z wykonywanym zawodem.

W.B.: Myślę (jednak, mimo narzekania, w Polsce kontakt z lekarzem nie jest zły), że jeżeli ktoś chce, to trafi na badania. Nawet jeżeli nie pójdziesz do lekarza rodzinnego, który wykoną pewne podstawowe badania, to trafisz na przykład na SOR szpitalny z powodu jakiegoś urazu i tam też ci zrobią »



podstawowe badania. Zorientują się i powiedzą, że coś jest nie w porządku i że trzeba się tym zainteresować. Ale to jest tylko sygnał i dalej to zależy od pacjenta, czy chce zareagować na ten sygnał. Bo możesz wyjść z takiego założenia, że skoro dotychczas nic mi nie dolegało, to po co się badać – co ma być, to będzie. Niech pan spojrzy na naszą populację w kontekście pandemii i szczepień. Zastanawiałem się wielokrotnie, jakich argumentów należy używać, bowiem cały czas mamy do czynienia z covidowymi pacjentami i nasz przekaz jest bardzo jednoznaczny. Jeżeli wśród zmarłych pacjentów covidowych na 10 aż 9 było nieszczepionych, to czy tak trudno jest zatem wyciągnąć racjonalne wnioski? Duży odsetek naszych rodaków nie chce i nie wyciąga wniosków. To jest smutne. Mówię to po to, bo być może podobne mechanizmy w mentalności ludzkiej działają w kontekście zadbania o swoje zdrowie. A kto lepiej zadba o zdrowie każdego z nas, jak nie my sami? Przecież na siłę ani rodzina, ani lekarz, ani pielęgniarz, ani system, ani państwo nikogo nie przymuszają.

G.D.: Okłamywanie przez pacjentów to okłamywanie przede wszystkim samych siebie, bo wydaje mi się, że to może być też powodem wielu kłopotów.

W.B.: Ma pan rację. Dziesiątki lat już obcuję codziennie z pacjentami trafiającymi do naszego ośrodka z zawałem serca. Każdemu w trakcie wizyty zadaję pytanie, o czym myślał i z czym kojarzył mu się ból w klatce piersiowej. Zdecydowana większość reprezentuje w mojej opinii tzw. syndrom wyparcia. Jako przyczynę bólu podaje kilka możliwości np. „zawiało mnie”, czy „tak się pochyliłem nieszczęśliwie” itp. Ale nie uwzględnia wśród przyczyn faktu, że to właśnie jego serce woła o pomoc. Zupełnie inaczej taka osoba zachowa

się w podobnej sytuacji, jeżeli dolegliwości pojawiają się u innej osoby np. u sąsiada. Wówczas zgłaszane dolegliwości w pierwszej kolejności będzie kojarzyć z zawałem serca, bo wie o potencjalnym śmiertelnym zagrożeniu. Ale niepokojące jest co innego – wielu pacjentów, którzy już są po incydencie zawałowym i doznali zagrożenia stanu życia, trafia do nas po raz drugi i nadal wypierają problem. To jest ciekawe, nielogiczne. Czyli chcemy wyprzeć, to najgorsze nie dochodzi do nas. I stąd też wielu ludzi tak późno wzywa pomoc, co jest dla ich serca dramatycznie niekorzystne.

G.D.: Jak młodzi coś takiego poczują, to chyba jest najgorzej?

W.B.: Tak. Każdy inteligentny człowiek wymieni kilka przyczyn, które mogły doprowadzić do bólu, byleby nie powiedzieć, że to niestety serce.

G.D.: „Bo ja przecież mam tylko 30 lat”.

W.B.: No właśnie... ■



Fot. z archiwum W.B.

► **PROF. DR HAB. N. MED.
WALDEMAR BANASIAK**

Kardiolog, kierownik Ośrodka Chorób Serca w 4. Wojewódzkim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu



Szanowni Państwo, Koleżanki i Koledzy!

W imieniu organizatorów zapraszamy na Konferencję Naukowo-Szkoleniową pt.

„Integracyjna Medycyna Bólu”

Wydarzenie zostało zaplanowane w dniach **8-9 kwietnia 2022 roku** w Centrum Konferencyjnym Hotelu Ibis Styles Wrocław Centrum, pl. Konstytucji 3 Maja 3.

Konferencja ma na celu przegląd aktualnej wiedzy na temat diagnostyki i leczenia różnych postaci bólu w ujęciu integracyjnym i interdyscyplinarnym.

Posłużyć ma rozszerzeniu działalności naukowo-szkoleniowej Polskiego Towarzystwa Badania Bólu i wdrożeniu dobrych praktyk w zakresie edukacji i organizacji medycyny bólu w naszym kraju.

W imieniu komitetu naukowego i organizacyjnego zapraszają:

prof. dr hab. Andrzej Kübler, dr hab. Waldemar Goździk, prof. nadzw. dr hab. Krzysztof Kassolik, prof. AWF, dr n. med. Bożena Gołębiowska

Do zobaczenia wiosną we Wrocławiu – mieście spotkań

Odwiedź stronę konferencji:

imb2022.econgress.pl

Tekst Halina Dereń



Fot. T. Wałow, UMW

Staropolskie leki, których receptury udało się odnaleźć, są przygotowywane w sposób, jaki robiono to wieki temu: tradycyjnymi metodami, przeważnie ręcznie...

Leki ze staropolskiej apteki powstają we Wrocławiu

Czy wśród starych pamiętników ukryty jest staropolski lek na kaca? Lub czy na receptach z XVI wieku zapisano skład lekarstwa na niestrawność? Być może... Badacze z Uniwersytetu Wrocławskiego i Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu połączyli siły i odtwarzają wspólnie staropolskie leki.

Projekt badawczy nosi nazwę „Odtworzenie i analiza preparatów leczniczych zidentyfikowanych na podstawie egodokumentów epoki staropolskiej (XVI-XVIII wiek)” i realizowany jest w ramach grantu: SONATA BIS. Projekt jest finansowany przez Narodowe Centrum Nauki. Naukowcy dostali prawie milion 600 tysięcy złotych na swoje badania – więc idą one pełną parą...

Leki i z apteki, i od zielarza...

Przez wieki ludzie szukali antidotum na nękające ich choroby. Oczywiście leki różniły się od siebie. Były te w wersjach dla ubogich – w postaci mieszanek ziołowych i też te, które wytwarzano z tańszych odpowiedników. Oczywiście takie medykamenty nie były sprzedawane w aptece, ale przez zielarzy czy wędrownych sprzedawców. W aptekach sprzedawano tylko te leki, które były przygotowywane zgodnie z ówczesnym stanem wiedzy medycznej. Po środku istniała oczywiście cała gama lekarstw i preparatów, które były chętnie zażywane i przez biedniejszych, i przez bogatych. Te leki i lecznicze rośliny sprzedawano zarówno przez wiejskich zielarzy, jak i poważanych aptekarzy. Przykład? Popularny również dzisiaj... czosnek. Był on jednym z podstawowych leków przeciwepidemicznych stosowanych przez ludzi ubogich, ale to nie znaczy, że nie używano go w aptece jako element bardziej złożonych leków.

Recepty zapisane w pamiętnikach

We Wrocławiu badacze próbują rekonstruować te leki, o których wiedzą, że były stosowane przez ówczesnych (wiek XVI-XVIII) pa-

miętnikarzy, przez autorów listów, ale też przez lekarzy, aptekarzy, bo zanotowali o nich w swoich rachunkach, w swoich notatkach.

Wcześniej podejmowano pojedyncze próby rekonstruowania dawnych leków m.in. w Anglii, ale badano w nich tylko pojedyncze preparaty. Nigdy na taką skalę jak we Wrocławiu.

Podstawową siłą polskiego projektu jest nowatorskie podejście do zagadnień, które są znane i historykom i farmaceutom, ale naukowcy podchodzą do nich z nowej perspektywy. Bo próbowano już w przeszłości zastanawiać się nad lekami, które stosowano w epoce nowożytnej, natomiast jeżeli robili to historycy, to przeważnie skupiali się na tym, jakie były recepty, ile one kosztowały, jakie były leki, nie próbując analizować ich składu.

Z kolei, jeżeli robili to przedstawiciele dyscyplin medycznych, skupiali się na substancjach aktywnych, na potencjalnym oddziaływaniu, ale omijając kontekst źródłowy i pomijając specyfikę epoki. Prowadziło to wielokrotnie do bardzo licznych błędów i niedoskonałości. Nowatorstwo tego projektu polega na tym, że łączona jest współpraca farmaceutów i historyków praktycznie na każdym etapie pracy.

Lek za lekiem...

Ich praca idzie jak po maśle. Do tej pory mają około 20 leków, których recepty udało im się ustalić, czyli np. wiedzą, z czego się składały. Kolejny etap to wspólne narady i ustalenie sposobu przygotowania preparatu. Na koniec następuje odtworzenie medykamentu w laboratorium, czyli fizyczne wykonanie danego leku i jego analiza pod kątem substancji czynnych. »



– I tutaj naszym sukcesem są na razie pojedyncze preparaty, które mamy gotowe i stoją na półce. Natomiast mamy – czekają w kolejce – kilkanaście preparatów, które są gotowe do odtworzenia oraz kolejnych kilkadziesiąt, o których wiemy, że są, mamy ich receptury, ale na przykład jeszcze nam się nie udało wszystkiego przetłumaczyć lub zdobyć wszystkich składników – opowiada dr Jakub Węglorz, kierownik projektu, adiunkt w Zakładzie Historii Polski i Powszechnej XVI-XVIII wieku w Instytucie Historycznym Uniwersytetu Wrocławskiego. Razem z nim nad tym wyjątkowym projektem pracują: dr Katarzyna Pękacka-Falkowska, adiunkt w Katedrze i Zakładzie Historii i Filozofii Nauk Medycznych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz dr Danuta Raj i dr Maciej Włodarczyk – adiunkci w Katedrze i Zakładzie Farmakognozji i Leku Roślinnego na Wydziale Farmaceutycznym Akademii Medycznej we Wrocławiu. Wśród receptur, które naukowcy z Wrocławia odnaleźli, są „przepisy” na takie medykamenty, które były stosowane kiedyś i które są podobne do współczesnych, nadal używanych leków. Na przykład proste preparaty ziołowe, jak stosowana do dzisiaj – przy leczeniu kamicy moczowej – herbata brzozowa (ma działanie przeciwzapalne, rozkurczające). Była stosowana w XVII wieku i jest stosowana dziś.

Poszukiwania w archiwach, potem praca w laboratorium

Jak – krok po kroku – przebiega praca nad odtwarzaniem leków? Pierwszym etapem badań jest odnalezienie informacji źródłowych. – To jest typowa praca dla historyka: w archiwach, w bibliotekach, trzeba znaleźć notatki, które mówią nam o wykorzystaniu danego leku. To może być prywatny list, czyjś pamiętnik, recepta, którą lekarz lub aptekarz wystawił pacjentowi. To mogą być też rachunki z apteki, w których mamy informację: kto, kiedy i jakie leki kupował i komu, kiedy i jakie leki były wydane. To jest dla nas dowód na to, że dany lek faktycznie przez kogoś był wykorzystany. Idealną sytuacją jest, jeżeli mamy jeszcze opis tego, jak dany pacjent ocenia ten lek: to nam pozwala porównać skuteczność danego leku z opiniami zapisanymi na jego temat – opowiada dr Jakub Węglorz, historyk Uniwersytetu Wrocławskiego. Dlaczego badacze sięgają do notatek prywatnych, a nie, najprostszą drogą, do np. jakiegoś receptariusza, gdzie są wypisane różne farmaceutyki?

Okazuje się, że nie wszystkie te leki, które są opisane w dawnych czasach, były stosowane. W starych zielnikach lub spisach, leków są setki, a nawet tysiące różnych preparatów: ale spora część z nich istniała głównie na papierze – nie były wykorzystywane albo były wykorzystywane niezmiernie rzadko. Dlatego historycy z Wrocławia starają się znaleźć te specyfiki, które faktycznie były przez lata cały czas w obrocie, które tworzyły rdzeń ówczesnego lecznictwa, a nie preparaty, które były stosowane niezwykle rzadko lub wręcz wcale. Chcą w ten sposób wyeliminować te medykamenty, które istniały tylko teoretycznie.

Ręcznie, jak za dawnych lat

Staropolskie leki, których receptury udało się odnaleźć, są przygotowywane w sposób, jaki robiono to wieki temu: tradycyjnymi metodami, przeważnie ręcznie... Bo dziś robiąc leki, farmaceuci wrzuciliby wszystkie składniki do jakiejś maszyny i we współczesny sposób „obrobili” je laboratoryjnie. I to byłby błąd – bo dawniej dane składniki były rozbijane w młóźnie i dlatego dzisiaj trzeba to zrobić podobnie. Czemu? To proste. W dzisiejszym młynku stopień rozdrobnienia będzie znacznie mniejszy niż ten, który potencjalnie naukowcy są w stanie uzyskać w młóźnie.

– Bo w młóźnie, nie wiadomo jak byśmy mocno tłukli, to i tak nie uzyskamy takiego rozdrobnienia, takiej homogeniczności preparatu, jak na współczesnych sprzętach. A to ma wpływ na ilość

”

Odtwarzanie staropolskich leków to nie tylko benedyktyńska praca nad odnalezieniem cennych receptur, bo zanim wrzuci się „do jednego gara” wszystkie potrzebne, ujęte przez farmaceutów przed laty składniki, trzeba te składniki dzisiaj zdobyć. A w XXI wieku to nie jest takie proste...

“

substancji, którą uda się wydobyć z danego materiału roślinnego, czyli na skuteczność leku. Gdy farmaceuci mają gotowy preparat, to wrzucają go do współczesnych urządzeń analitycznych i stwierdzają: jest tyle a tyle takich substancji aktywnych, które działają tak i tak na człowieka – opowiadają naukowcy z Wrocławia.

Problem ze składnikami

Odtwarzanie staropolskich leków to nie tylko benedyktyńska praca nad odnalezieniem cennych receptur, bo zanim wrzuci się „do jednego gara” wszystkie potrzebne, ujęte przez farmaceutów przed laty składniki, trzeba te składniki dzisiaj zdobyć. A w XXI wieku to nie jest takie proste...

Bo nie każdy składnik, dostępny w XVI, XVII i XVIII wieku, jest dostępny dzisiaj.

– Rzeczywiście mamy problem z tymi składnikami, które dzisiaj nie są wykorzystywane w farmaceutyce, a kiedyś były. I to czasami są egzotyczne substancje – pół biedy, jeśli są one do kupienia: jak perły, jedwab czy korale. To są składniki, których dziś nie używa się w lecznictwie, ale są ogólnodostępne – trzeba je tylko sproszkować i dodać do leku. Największy problem jest z preparatami, których nie używa się już nigdzie, jak np. trawa cytrynowa, ale... afrykańska. Da się kupić trawę cytrynową, ale azjatycką, jednak nigdzie w Europie nie można dostać afrykańskiej – opowiadają naukowcy. – Stawaliśmy na rzęsach, żeby ją zdobyć i w końcu – dzięki życzliwości łańcucha ludzi dobrej woli – człowiek, który pracował na misji w Ugandzie przywiózł nam trochę tej trawy – dodają.

Nie wszystko da się kupić

W niektórych przypadkach potrzebnym do odtworzenia staropolskiego leku składnikiem są rośliny i zwierzęta chronione. Badacze z Wrocławia mają obecnie problem z rośliną rosnącą wysoko w Alpach, której po prostu nie wolno zebrać. Dlatego piszą prośby do Ministerstwa Ochrony Środowiska w Austrii, do firm, które zajmują się ochroną środowiska, do gmin, w których tradycyjnie ta roślina rośnie i starają się ją zdobyć. Podobnie jest z roślinami i zwierzętami, które występują w Polsce, a są chronione. – Tak było np. z mięsem żmii, która jest w Polsce pod ochroną. Na szczęście dzięki pomocy dolnośląskich nadleśnictw, zwłaszcza kilku leśniczych, takie mięso udało nam się zdobyć: dostaliśmy martwe egzemplarze, które jakiś samochód przejechał, a leśniczy znalazł, zamroził i nas zawiadomił. Wtedy wsiadałem w samochód, jechałem do Międzygórza albo do Spalonej lub innych nadleśnictw w Kotlinie Kłodzkiej i przywoziłem do Wrocławia mięso żmii – opowiada doktor Węglorz. Ale nie wszystko da się dzisiaj zdobyć lub kupić. Na przykład opium – składnik bardzo często występujący w dawnych lekach. To jest narkotyk, który jest do dziś używany (z opium otrzymuje się morfinę), ale nie można go kupić w sklepie czy aptece, a dostęp do niego jest ściśle kontrolowany.

A gdy już uda się zdobyć potrzebny składnik, to trzeba za niego niekiedy sporo zapłacić.

Tak było w przypadku zakupu ambry: to jest wydzielina, kamień kałowy, coś, co powstaje z niestrawionych resztek w przewodzie pokarmowym kaszalota. I kiedy zwierzę padnie, to ciało gnije, rozpada się, a ponieważ ambra jest lżejsza od wody, wypływa z głębin i dryfuje. I od czasu do czasu ktoś znajdzie taką ambę. Dawniej była ona stosowana w perfumerii – w XIX wieku to był jeden z najbardziej pożądanych zapachów. Ile za nią zapłaciliśmy? To koszt prawie 8 000 zł, żeby kupić tę próbkę ambry, która jest wielkości połowy pięści. To był najdroższy ze składników, jaki kupiliśmy – opowiada dr Węglorz z Wrocławia.

Ale na szczęście nie wszystkie potrzebne składniki są bardzo, bardzo drogie: na przykład naukowcy kupują olejek nardowy, który kosztuje 200-300 zł – to jedno z najcenniejszych pachnideł sta-

rożytnego świata, występuje m.in. w Biblii, jako składnik balsamu użytego przez Marię z Betanii, wymieniony jest także w Pieśni nad Pieśniami jako jeden z najszlachetniejszych zapachów.

Lek na kaca z XVI wieku? Być może...

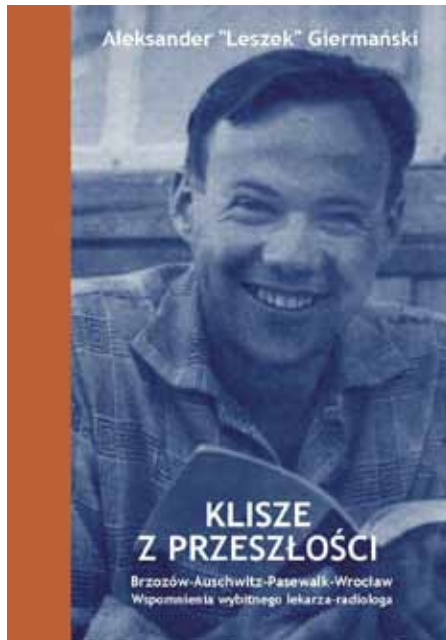
Czy jest szansa, żeby odtworzone przez badaczy staropolskie leki trafiły współcześnie do produkcji, do aptek? – Liczymy na to, że uda nam się znaleźć jakieś mieszanki ziołowe, jakieś mieszanki roślinne, które były stosowane kiedyś, a już nie są, a będzie można wykazać ich działanie lecznicze: że mają jakieś właściwości prozdrowotne, a po prostu zostały zapomniane i nie są używane. Mówię tu o preparatach wspomagających, które mogłyby być stosowane dzisiaj, tak jak były stosowane wieki temu: raczej leku na raka nie odkryjemy, ale może uda nam się znaleźć staropolski, skuteczny lek na kaca lub na niestrawność... – mówi dr Węglorz. Trzymamy kciuki! ■

Aleksander „Leszek” Giermański

Klisze z przeszłości

Młody, wysportowany chłopak, pełen energii i planów na przyszłość, zostaje nagle wyrwany z podkarpackiej krainy szczęśliwego dzieciństwa i rzucony w wir wojny. Jak przejść przez zamknięcie w więzieniu, a potem w dwóch obozach – najpierw trzy lata w KL Auschwitz, a następne dwa lata w Pasewalku, czerpiąc siłę jedynie ze skrawka widzianego przez kraty nieba? Jak odsunąć traumę, nie dać się wepchnąć w pozycję wiecznej ofiary ze stemplem byłego więźnia i zbudować nowe wartościowe życie? Jak, pomimo piętna pochodzenia inteligentnego, zostać uznanym lekarzem i stworzyć w trudnych powojennych czasach najpierw zgrany zespół lekarzy i лаборantów, a potem autorską szkołę radiologii?

Odpowiedź znajdziecie Państwo we wspomnieniach wrocławskiego radiologa doc. dr. hab. Aleksandra Giermańskiego oraz jego wieloletnich współ-



pracowników: prof. Jerzego Garcarka,

dr Elżbiety Kociatkiewicz-Jarnickiej oraz techniczek RTG Anny Mazur i Anny Dobrzyckiej, którzy opisują powojenne pionierskie czasy radiologii, przeplatając opowieść licznymi anegdotami.

Książka, która ukazała się w serii „Biblioteka Historii Podkarpackiej”, jest bogato ilustrowana fotografiami z rodzinnego archiwum. Więcej informacji znajduje się w artykule zamieszczonym w „Medium” z lutego 2021 roku na stronie 55.

Publikację można kupić w wielu księgarniach, jak również za pośrednictwem wydawcy. Wystarczy wpłacić kwotę 30 zł (obejmującą koszty przesyłki zwykłym listem) na konto:

Tradycja sp. z o.o., 35-002 Rzeszów, ul. Jana III Sobieskiego 17
PKO Bank Polski, I Oddział w Rzeszowie
05 1020 4391 0000 6402 0143 4588



NIEODPŁATNE PORADNICTWO PRAWNE

POMOC PRAWNA FINANSOWANA PRZEZ
DOLNOŚLĄSKĄ IZBĘ LEKARSKĄ

Zakres pomocy:

- działalność gospodarcza,
- prawo administracyjne z wyłączeniem prawa podatkowego,
- prawo cywilne,
- prawo pracy,
- prawo karne,
- prawo rodzinne.

Kiedy? Każdy piątek w godz. 12.00-16.00, siedziba DIL (II piętro)

Kontakt z adwokatem: (71) 722 42 85, z DIL: (71) 798 80 50



UBEZPIECZENIA



LEGAL SKILLS

BASIŃSKI MORAWSKI KUĆA SKOŹNION
ADWOKACKA SPÓŁKA PARTNERSKA

Anna Farmas z „Medinetu” menedżerem roku 2021 w ochronie zdrowia w kategorii placówki prywatne

Na początku roku znany na rynku medycznym miesięcznik „Menedżer Zdrowia” ogłosił wyniki corocznego konkursu „Sukces roku 2021 w Ochronie Zdrowia”. Osobowością roku 2021 uznany został Jurek Owsiak, a jedną z laureatek została Anna Farmas, dyrektor zarządzająca Dolnośląskim Centrum Chorób Serca im. prof. Zbigniewa Religi „Medinet”.

Aнна Farmas rozpoczęła swoją karierę zawodową w roku 1988 jako pielęgniarka operacyjna Bloku Kardiochirurgii Śląskiego Centrum Chorób Serca, gdzie pracowała z prof. Religą przy operacjach przeszczepów serca. Brała także udział w pracach zespołu prowadzącego eksperymentalne badania nad sztucznym sercem i protezami biologicznymi serca w Fundacji Rozwoju Kardiochirurgii kierowanej przez prof. Zbigniewa Religę. W roku 2013 podjęła pracę w Dolnośląskim Centrum Chorób Serca „Medinet” kierowanym przez najlepszego ucznia prof. Religi prof. Romualda Cichonia. Z inicjatywy prof. Cichonia i Anny Farmas przed trzema laty ośrodek otrzymał imię profesora Zbigniewa Religi.

Przez cały okres pracy zawodowej Anna Farmas poszerzała swoje kwalifikacje kończąc Wydział Prawa na Uniwersytecie Śląskim, a następnie studia ekonomiczne w Wyższej Szkole Bankowej we Wrocławiu, studia podyplomowe z dziedziny „zarządzanie w jednostkach służby zdrowia” i ostatecznie studia MBA w Franklin University w USA. Zdobytą wiedzę wykorzystywała w swojej codziennej pracy zawodowej w „Medinecie”, gdzie rozpoczęła pracę na stanowisku kierownika administracyjnego i do spraw pielęgniarstwa, a od roku 2019 jako dyrektor zarządzający. Na ten czas przypadł najtrudniejszy okres w historii „Medinetu”. W roku ubiegłym decyzją Wojewody Dolnośląskiego przekształcono szpital o profilu kardiochirurgicznym w 60-lóżkowy oddział covidowy, co wymagało gruntownej zmiany profilu, łącznie z adaptacją pomieszczeń. Z zadaniem tym Anna Farmas poradziła sobie doskonale. Życie wielu osób zostało uratowane dzięki istnieniu działającego na wysokim poziomie Oddziału Intensywnej Terapii. Działania dyrektor Anny Farmas zostały docenione i otrzymała jako jedna z trzech osób w Europie tytuł *Women Leader in European Private Hospitals*.

Od końca roku 2021 w „Medinecie” ponownie działa oddział covidowy, który łączy się z bieżącą działalnością kardiochirurgiczną, co umożliwia udzielanie pomocy pilnym pacjentom z chorobą niedokrwienną serca. Działa też nieprzerwanie filia w Nowej Soli, gdzie przez cały czas udzielana jest pomoc kardiochirurgiczna. Wszystko to wymaga dużych zdolności organizacyjnych od kadry zarządzającej i z tym wszystkim Anna Farmas bardzo dobrze sobie radzi.

Od początku roku 2021 działa też w „Medinecie” węzłowy punkt szczepień, w którym wykonano już ponad 30 tys. szczepień dorosłych, a ostatnio także dzieci. Wspólnie z wrocławskim MPK zaszczepiono także ponad 6,5 tys. osób w ruchomym punkcie szczepień tzw. SZCEPCIObusie.

Mimo nawału pracy związanej z pandemią i codzienną działalnością Anna Farmas nie zapomina o poszerzaniu



Anna Farmas odebrała nagrodę 26 stycznia 2022 r. podczas uroczystej gali na Zamku Królewskim w Warszawie.

Fot. z archiwum K.W.

działalności merytorycznej firmy. Za czasów jej dyktowania powstał w „Medinecie” Ośrodek Badań Klinicznych, w którym rozpoczęto już realizację dwóch badań międzynarodowych.

Wszystkie swoje poczynania nasza laureatka realizuje z wrodzoną sobie elegancją, jest akceptowana przez zespół i znajduje w nim wszechstronne poparcie. ■

Krzysztof Wronecki

OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W GDAŃSKU ZAPRASZA NA XIII OGÓLNOPOLSKIE REGATY ŻEGLARSKIE LEKARZY W KLASIE PUCK

1. TERMIN I MIEJSCE REGAT:

28-29 maja 2022 r. (sobota, niedziela) – Zatoka Pucka

2. ORGANIZATOR:

OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W GDAŃSKU, Komisja Sportu i Rekreacji

3. WSPÓŁORGANIZATOR:

Harcerski Ośrodek Morski

4. BIURO REGAT:

Harcerski Ośrodek Morski 84-100 Puck, ul. Żeglarzy 1
Tel. (58) 673 21 50, hom@hompuck.org
Informacji udziela:
Marcin Szczęśniak tel. 603 696 160 – organizator regat OIL Gdańsk
Sławomir Dębicki 501 674 698 (58) 673 21 50 sprawy techniczne – Komendant HOM

5. ZGŁOSZENIA DO REGAT:

Do 29 kwietnia 2022 r. Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku (wyłącznie mailowo sekretariat@oilgdansk.pl).

Druk zgłoszenia do regat do pobrania ze strony www.oilgdansk.pl, zakładka „Po pracy – Wydarzenia Kulturalne i Sportowe”. Należy wypełnić, zeskanować i wraz ze zeskanowanym potwierdzeniem wpłaty wpisowego na konto HOM przesłać na adres mailowy sekretariat@oilgdansk.pl.

Ilość miejsc jest ograniczona (25 załóg), decyduje kolejność zgłoszeń.

Za kompletne zgłoszenie uznajemy wypełniony druk zgłoszenia na regaty wraz z opłaconym wpisowym i dołączonym do zgłoszenia potwierdzeniem wpłaty!

6. WYMAGANIA OD UCZESTNIKÓW:

- liczba członków załogi – 3 lub 4 osoby (w tym minimum 2 lekarzy)
- prowadzący jednostkę minimum w stopniu żeglarza jachtowego (musi być lekarzem)
- znajomość przepisów PZZ, przepisów Regatowych, przestrzeganie instrukcji żegluga, umiejętność pływania

7. SPOSÓB PROWADZENIE REGAT:

Przewiduje się rozegranie 5 wyścigów w sobotę 28.05.2022 r. 4 wyścigi w niedzielę 29.05.2022r.

Szczegóły poda Sędzia Główny w instrukcji żegluga i komunikacji sędziowskiej.

Regaty zostaną uznane za ważne przy rozegraniu min. 2 wyścigów.

8. PROGRAM REGAT

27.05.2022 r. (piątek)

przyjazd uczestników regat, zakwaterowanie, nocleg w HOM Puck

28.05.2022 r. (sobota)

8.00-9.00 śniadanie
9.00-10.00 zgłaszanie się załóg do regat, losowanie łodzi, przygotowywanie łodzi do regat (kapitanat portu HOM)

10.00 otwarcie regat, odprawa sterników

10.30-15.00 regaty – pierwsza tura regat

15.00-16.00 obiad

19.30-23.00 biesiada przy grillu i koncert szantowy

29.05.2022r. (niedziela)

8.00-09.00 śniadanie

10.00-13.30 regaty – druga tura regat

13.30-14.00 zdawanie sprzętu

14.00-15.00 obiad

15.00 zakończenie regat, ogłoszenie wyników, wręczenie nagród.

9. INFORMACJE ORGANIZACYJNE:

Wpisowe do regat: **200 zł/osoba**.

Płatne na konto: Bank PKO SA **11 1240 5400 1111 0010 6457 8713**

HOM 84-100 Puck ul. Żeglarzy 1, tytuł wpłaty (XIII Regaty Lekarzy – pobyt w HOM imię i nazwisko uczestników)

10. W RAMACH WPISOWEGO ORGANIZATOR ZAPEWNI:

- wyżywienie od śniadania w sobotę 28.05.2022r. do obiadu w niedzielę 29.05.2022 r.
 - zakwaterowanie od piątku 27.05.2022 r. do niedzieli 29.05.2022 r. (w zgłoszeniu proszę podać ile osób i z ilu noclegów będziecie Państwo korzystać – piątek/sobota, sobota/niedziela) **Uwaga! Nie rezerwujecie Państwo noclegów w trakcie trwania regat indywidualnie w HOM w Pucku!** Miejsca noclegowe będą przydzielane przez organizatorów na podstawie zgłoszeń do regat. Ewentualny nocleg dla osób towarzyszących możliwy będzie jedynie po zamknięciu listy zgłoszeń do regat i zakwaterowaniu uczestników regat, jeśli zostaną wolne miejsca noclegowe w HOM. Jeśli chcecie przyjechać do Pucka kilka dni wcześniej przed regatami lub zostać dłużej po regatach, można zarezerwować indywidualnie pobyt w HOM. (kontakt bezpośrednio z HOMem w Pucku)
 - ubezpieczenie NW uczestników
 - łodzie do regat oraz kamizelki asekuracyjne dla uczestników regat
 - nagrody dla uczestników
- Informacje o regatach i łodzi PUCK na stronie www.klasapuck.org

Arrakin, czyli koniec

Tekst Marcin Lewicki

„Diuna” Franka Herberta zaczyna się od przejmującego, ale metodycznego opisu nieuchronnej zagłady. Obserwujemy jako czytelnicy stopniowo zbliżającą się, pod postacią barona Vladimira Harkonnena i jego świty, nieuniknioną zagładę bezpiecznego świata. Książę Leto wie już od pierwszych kart książki, od momentu otrzymania Arrakis w lenno, że zginie. Mimo potężnego bogactwa, które pod postacią przyprawy (melanzu) jest skryte w piaskach pustynnej planety, wiedział, że objęcie tego lenna jest jego końcem. Nie pomogły skrzętne przygotowania stolicy, Arrakin, nie pomógł samobójczy rajd na zapasy przyprawy zgromadzonej przez Harkonnena. Książę Leto Atryda i wszyscy jego bliscy mieli zniknąć.

Od kilku dni, jak pewnie większość obywateli naszej części świata, z rosnącym niepokojem obserwuję działania Putina i coraz mniej przypadkową wydaje mi się zbieżność imion głównego antagonisty we wspomnianym dziele i cara samodzierzcy. Wszystko układa się w swoistą „kronikę zapowiedzianej śmierci”. Wszyscy obserwatorzy, ba! nawet główni zainteresowani wiedzą, że ostateczne nadejdzie, raczej prędzej niż później, lecz nic nie robią, by to powstrzymać. Jakby czekali w czujnym napięciu, że ta sepsa „sama przejdzie”.

Od dłuższego czasu zastanawiam się, jak może wyglądać koniec świata. Początkowo najbliższe mi było do idei Beli Tarra, którą przedstawił m.in. w Koniu turyńskim. Ostatnie dni Ziemi są pozbawione barw, film w całości jest utrzymany w odcieniach szarości. Akcja toczy się w ciągu siedmiu dni i skoncentrowana jest wokół tytułowego konia, woźnicy i jego córki. Plan ograniczony jest początkowo do smaganej wiatrem wioski, która stopniowo zanika, by zakończyć się w klaustrofobicznej przestrzeni izby. Pustej. Jedyną oprawę muzyczną filmu stanowi wyjący wiatr, który na sam koniec także cichnie. Świat milknie w ciągu siedmiu dni, tak jak był stworzony. Nie wiemy, czy Bóg wie, że to było dobre. W tej wizji Bóg też umarł.

W wizji twórców popularnego w krajach Wspólnoty Brytyjskiej serialu losy Ziemi kończą się w ogniu. Trzynasty Doktor (którego imię jak zawsze pozostaje zagadką) obserwuje z bezpiecznej przestrzeni TARDIS oceany lawy, strzelające gdzieś tam słupy ognia. Doktor nie płacze już nad kończącą się Ziemią, wie, że tym razem nie uda mu się pomóc – czy jest sensowna rozpacz, gdy nie mamy się na coś wpływu...? Stara się jedynie uratować Towarzyszkę, której nie zostało zbyt wiele czasu.

Podobną wizję snuje także Lars von Trier w Melancholii. Film także jest kameralny, akcja ogniskuje się wokół jednej rodziny. Do Ziemi zbliża się inna „błękitna planeta”. Początkowo obserwatorzy różnych krajów są przekonani, że minie Ziemię o włos, ale skończy się na przejściowych zaburzeniach w dostawie prądu, może zwierzęta będą się dziwnie zachowywać. Bohaterowie przedstawiają skrajnie różne reakcje na zbliżającą się zagładę. Od gwałtownych, jak odebranie sobie życia, do afirmującej ostatnie chwile poprzedzające apokalipsę akceptacji.

Stało się jednak inaczej, Batiuszka Car zadbał o rosyjską diasporę na Ukrainie. Stwierdził po niewątpliwym objawieniu, że musi oczyścić Ukrainę z banderowców, że musi ją „zdenazyfikować”, cokolwiek miałoby to znaczyć. Smutkiem napelnia mnie fakt, że sami pozwoliliśmy na zastanę sytuację. Od chwili, w której naigrawaliśmy się z Putina z nagim torsem dosiadającego to jednego to innego zwierzęcia. Umknął nam gdzieś fakt zmiany hymnu Federacji Rosyjskiej na ten dobrze znany wszystkim pamiętającym czasy zimnej wojny. Nie zareagowaliśmy odpowiednio na Gruzję, Abchazję, Osetię Południową, czy bliższy nam Krym. Jako społeczność międzynarodowa ponieśliśmy klęskę już. Przegraliśmy pierwszą (czy na pewno pierwszą?) część trzeciej wojny światowej. Ta wojna nie wisi na włosku, jak niektórzy sądzą. Ona trwa już od wielu lat. Jedyne, co mogą teraz zrobić, poza jakąś doraźną pomocą najbardziej poszkodowanym w tym szaleńczym rajdzie niespełnionego autokraty, to za Tuwimem krzyknąć do Rosjan, tych których ta wojna także dotknie, do „Prostych Ludzi”.

► LEK. MARCIN LEWICKI

Członek Zarządu Krajowego OZZL, członek Zespołu ds. Polityki Lekowej i Farmakoterapii NRL, specjalista farmakologii klinicznej



Fot. Patryk Gryniewicz

Jeśli teraz ta agresja chorego człowieka się nie zatrzyma, żadne sankcje jej nie zatrzymają. Przecież w Legnicy swego czasu więcej było obywateli radzieckich niż polskich – Dolny Śląsk przeto jest terenem rdzennie rosyjskim. ■

Gdy znów do murów kłajstrem świeżym
Przylepiać zaczął obwieszczenia,
Gdy „do ludności”, „do żołnierzy”
Na alarm czarny druk uderzy
I byle drab, i byle szczeniak
W odwieczne kłamstwo ich uwierzy,
Że trzeba iść i z armat walić,
Mordować, grabić, truć i palić;
Gdy zaczął na tysięczną modłę
Ojczyznę szarpać deklinacją
I ludzić kolorowym godłem,
I judzić „historyczną racją”,
O piędzy, chwale i rubieży,
O ojcach, dziadach i sztandarach,
O bohaterach i ofiarach;
Gdy wyjdzie biskup, pastor, rabin
Pobłogosławić twój karabin,
Bo mu sam Pan Bóg szepnął z nieba,
Że za ojczyznę – bić się trzeba;
Kiedy rozścierwi się, rozchami
Wrzask liter pierwszych stron dzienników,
A stado dzikich bab – kwiatami
Obrzucać zaczęło „żołnierzyków”.
– O, przyjacielu nieuczony,
Mój bliźni z tej czy innej ziemi!
Wiedz, że na trwogę biją w dzwony
Króle z panami brzuchatemi;
Wiedz, że to bujda, granda zwykła,
Gdy ci wołają: „Broń na ramię!”
Że im gdzieś nafta z ziemi sikła
I obrodziła dolarami;
Że coś im w bankach nie sztytuje,
Że gdzieś zwęszyli kasy pełne
Lub upatrzyły tuste suzje
Cło jakieś grubsze na bawełnę.
Rznij karabinem w bruk ulicy!
Twoja jest krew, a ich jest nafta!
I od stolicy do stolicy
Zawołaj broniąc swej krwawicy:
„Bujać – to my, panowie szlachta!”

Koniec świata jednak nie będzie cichy. Putin zadbał o fajerwerki.



PRAWO NA CO DZIEŃ

Mec. Beata Kozyra-Łukasiak – radca prawny DIL

25 stycznia 2022 r. zostało opublikowane w Dz. U. z 2022 r., poz. 165 Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 24 listopada 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie badań psychologicznych osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami, kierowców oraz osób wykonujących pracę na stanowisku kierowcy.

31 stycznia 2022 r. weszło w życie Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 stycznia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, opublikowane w Dz. U. z 2022 r., poz. 210.

Dotychczasowy termin obowiązywania wskazanych ograniczeń, nakazów i zakazów (**31 stycznia 2022 r.**) został określony na **28 lutego 2022 r.**

1 lutego 2022 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 stycznia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego, opublikowane w Dz. U. z 2022 r., poz. 220.

Wysokość wynagrodzenia członka Zespołu Egzaminacyjnego oraz członka komisji powołanej przez dyrektora CEM w celu rozpatrzenia zastrzeżenia do pytania testowego wykorzystanego podczas LEK albo LDEK wynosi 300 zł za posiedzenie.

2 lutego 2022 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 stycznia 2022 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 2022 r., poz. 235.

W przypadku odbywania **izolacji w warunkach domowych:**

1. osób wykonujących zawód medyczny,
2. żołnierzy i pracowników Sił Zbrojnych RP, żołnierzy wojsk obcych i ich personelu cywilnego, żołnierzy, funkcjonariuszy »

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





i pracowników Służby Kontrwywiadu Wojskowego i Służby Wywiadu Wojskowego, funkcjonariuszy policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej oraz Służby Ochrony Państwa – **zakończenie izolacji następuje po 7 dniach od daty uzyskania pierwszego dodatniego wyniku testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 albo po uzyskaniu negatywnego wyniku testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2**, którego wynik jest przekazywany do systemu teleinformatycznego udostępnionego przez jednostkę podległą ministrowi zdrowia właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, jednak nie wcześniej niż w piątą dobę odbywania tej izolacji.

W przypadku osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej osobom chorym na chorobę wywołaną wirusem SARS-CoV-2 oraz osób, o których mowa w pkt. 2, **okres obowiązkowej kwarantanny wynosi 5 dni**, chyba że osoba ta będzie co dzień, przed rozpoczęciem uczestniczenia w udzielaniu tych świadczeń lub rozpoczęciem pracy lub służby, przez **okres 5 dni** po dniu styczności ze źródłem biologicznych czynników chorobotwórczych, **badana testem antygenowym**, którego wynik jest przekazywany do wskazanego systemu teleinformatycznego.

3 lutego 2022 r. zostało opublikowane w Dz. U. z 2022 r., poz. 262 Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

4 lutego 2022 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 stycznia 2022 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie wykorzystania elektronicznych stetoskopów w ramach podstawowej opieki zdrowotnej przez świadczeniobiorców zakażonych wirusem SARS-CoV-2, opublikowane w Dz. U. z 2022 r., poz. 257.

Celem programu pilotażowego jest ocena efektywności realizacji świadczeń opieki zdrowotnej z wykorzystaniem elektronicznego stetoskopu jako narzędzia umożliwiającego ocenę zmian osłuchowych w układzie oddechowym pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2, z ryzykiem ciężkiego przebiegu choroby COVID-19.

Świadczenia opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego są udzielane świadczeniobiorcy, który ukończył 18. rok życia, zakażonemu wirusem SARS-CoV-2, z ryzykiem ciężkiego przebiegu choroby COVID-19, który został włączony do programu PulsoCare oraz poinformowany przez realizatora o zakresie i zasadach realizacji świadczeń przewidzianych w programie pilotażowym i wyraził zgodę na udział w programie.

Ryzyko ciężkiego przebiegu choroby COVID-19 wynika ze zdiagnozowania u świadczeniobiorcy jednej z następujących chorób: choroby nowotworowej, wrodzonego lub nabytego zaburzenia odporności, przewlekłej choroby układu oddechowego, wielochorobowości – rozumianej jako stan współistnienia co najmniej dwóch chorób przewlekłych, otyłości.

Kwalifikacji świadczeniobiorcy do programu pilotażowego dokonuje lekarz podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie powyższych kryteriów.

8 lutego 2022 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 lutego 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu informacji gromadzonych w Systemie Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia oraz sposobu i terminów przekazywania tych informacji, opublikowane w Dz. U. z 2022 r., poz. 283.

Usługodawcy są obowiązani do nieodpłatnego przekazywania informacji o wyrobach medycznych i środkach ochrony osobistej do jednostki podległej ministrowi zdrowia właściwej w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia.

Do 30 czerwca 2022 r. informacje dotyczące pacjenta z podejrzeniem o zakażenie i potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 oraz liczby łóżek i ich wykorzystania usługodawcy przekazują w postaci elektronicznej również wymienionej jednostce, natomiast **od 1 lipca 2022 r.** do Rządowego Centrum Bezpieczeństwa.

9 lutego 2022 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 stycznia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, opublikowane w Dz. U. z 2022 r., poz. 236.

W przypadku zmiany w trakcie realizacji umowy przez prezesa NFZ przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy lub szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na którą świadczeniodawca nie wyraził zgody, może on rozwiązać umowę z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia, pod warunkiem że złożył oświadczenie o jej wypowiedzeniu w terminie 14 dni od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

9 lutego 2022 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 stycznia 2022 r. w sprawie warunków zdrowotnych wymaganych od marynarzy do wykonywania pracy na statku morskim, opublikowane w Dz. U. z 2022 r., poz. 338.

Rozporządzenie określa:

- wykaz chorób i stanów chorobowych, które mogą spowodować niezdolność marynarza do pracy na statku morskim, zakres przeciwwskazań, ograniczeń lub warunków wykonywania pracy na statku morskim;
- zakres badań lekarskich przeprowadzanych w celu wydania świadectwa zdrowia oraz warunki ich przeprowadzania;
- wzór świadectwa zdrowia oraz tryb rejestracji i wydawania świadectw zdrowia w systemie informacyjno-kontrolnym dla portów polskich (PHICS).

10 lutego 2022 r. zostało opublikowane w Dz. U. z 2022 r., poz. 340 Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 1 lutego 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii.

10 lutego 2022 r. zostało opublikowane w Dz. U. z 2022 r., poz. 342 Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 10 stycznia 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia.

11 lutego 2022 r. weszło w życie Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 10 lutego 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, opublikowane w Dz. U. z 2022 r., poz. 353.

Osoba przekraczająca granicę RP, stanowiącą zewnętrzną granicę strefy Schengen jest zobowiązana odbyć kwarantannę trwającą 7

dni, licząc od dnia następującego po przekroczeniu tej granicy.

Osoba przekraczająca granicę RP, stanowiącą wewnętrzną granicę strefy Schengen statkiem powietrznym, jest zobowiązana odbyć kwarantannę trwającą 7 dni, licząc od dnia następującego po przekroczeniu tej granicy, jeżeli nie posiada negatywnego wyniku testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 wykonanego przed przekroczeniem granicy, w okresie 48 godzin, licząc od momentu wyniku tego testu.

Powyższego przepisu nie stosuje się m.in. do osób, którym wystawiono ważne zaświadczenie o wykonaniu szczepienia ochronnego przeciwko COVID-19. Zaświadczenie o powrocie do zdrowia w związku z COVID-19 wydaje minister zdrowia osobie, która uzyskała pozytywny wynik szybkiego testu antygenowego w celu ułatwienia swobodnego przemieszczania się w czasie pandemii COVID-19, potwierdzającego zakażenie, najwcześniej 11 dni po dacie przeprowadzenia tego testu, pod warunkiem wprowadzenia jego wyniku do systemu teleinformatycznego.

Zaświadczenia nie wydaje się w przypadku posiadania zaświadczenia o powrocie do zdrowia, (unijne cyfrowe zaświadczenie COVID) w celu ułatwienia swobodnego przemieszczania się w czasie pandemii COVID-19.

Zaświadczenie jest ważne nie dłużej niż 180 dni od dnia uzyskania pierwszego pozytywnego wyniku szybkiego testu antygenowego. Zaświadczenie jest wystawiane:

- w postaci elektronicznej – automatycznie za pośrednictwem systemu teleinformatycznego lub
- w postaci papierowej – na żądanie osoby, której dane dotyczą, z systemu teleinformatycznego, przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej.

Za osobę zaszczepioną uznaje się osobę, której wystawiono ważne zaświadczenie o wykonaniu szczepienia ochronnego przeciwko COVID-19 szczepionką dopuszczoną do obrotu w UE lub znajdującą się w wykazie odpowiedników szczepionek dopuszczonych do obrotu na terytorium RP, i upłynęło co najmniej 14 dni od dnia podania szczepionki jednodawkowej albo drugiej dawki szczepionki – w przypadku szczepionek dwudawkowych, a w przypadku kolejnej dawki od dnia wykonania szczepienia tą dawką.

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, której okres jest określony w przepisach rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego.

Powyższego obowiązku nie stosuje się do osoby, która w okresie nie dłuższym niż 30 dni przed dniem wprowadzenia do systemu teleinformatycznego, uzyskanego przez osobę, u której stwierdzono zakażenie, pozytywnego wyniku testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2, zakończyła izolację, izolację w warunkach domowych lub hospitalizację.

Podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, w tym opieka zdrowotna w izolatorium, są obowiązane uzyskać dostęp do systemu teleinformatycznego do obsługi testów diagnostycznych kierunku SARS-CoV-2, w terminie 3 miesięcy od dnia wejścia w życie rozporządzenia.

13 lutego 2022 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 stycznia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym, opublikowane w Dz. U. z 2022 r., poz. 192.

Oddziały zamiejscowe Krajowego Ośrodka dostosują warunki zabezpieczenia do wymogów określonych w rozporządzeniu, w terminie do 30 czerwca 2022 r.

15 lutego 2022 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lutego 2022 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 2022 r., poz. 354.

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

Zakończenie izolacji następuje:

- po 3 dniach bez gorączki oraz bez objawów infekcji ze strony układu oddechowego, ale nie wcześniej niż po 7 dniach od dnia wystąpienia objawów – w przypadku pacjenta z objawami klinicznymi:
 - a) w izolacji szpitalnej albo w izolatorium, chyba że lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem przedłuży okres tej izolacji;
 - b) w izolacji w warunkach domowych, chyba że lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, który udzielił teleporady lub porady w warunkach domowych nie wcześniej niż w szóstej dobie odbywania tej izolacji, przedłuży okres jej trwania;
- po 24 godzinach bez gorączki bez używania leków przeciwgorączkowych oraz z poprawą kliniczną, ale nie wcześniej niż po 7 dniach od dnia wystąpienia objawów – w przypadku pacjenta z objawami klinicznymi;
- po 7 dniach od momentu wykonania testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 będącego podstawą do nałożenia tej izolacji – w przypadku pacjenta bez objawów klinicznych, chyba że lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, który udzielił teleporady lub porady w warunkach domowych nie wcześniej niż w szóstej dobie od momentu wykonania tego testu, przedłuży okres jej trwania;
- w przypadku odbywania izolacji w warunkach domowych:
 - a) osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej,
 - b) żołnierzy i pracowników Sił Zbrojnych RP, żołnierzy wojsk obcych i ich personelu cywilnego, żołnierzy, funkcjonariuszy i pracowników Służby Kontrwywiadu Wojskowego i Służby Wywiadu Wojskowego, funkcjonariuszy policji, Straży Granicznej, ABW, Agencji Wywiadu, CBA, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Ochrony Państwa oraz Służby Więziennej, po 7 dniach od daty uzyskania pierwszego dodatniego wyniku testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 również w przypadku uzyskania negatywnego wyniku testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2, którego wynik jest przekazywany do systemu teleinformatycznego udostępnionego przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwą w zakresie »

12 lutego 2022 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 lutego 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”, opublikowane w Dz. U. z 2022 r., poz. 358.



systemów informacyjnych ochrony zdrowia, jednak nie wcześniej niż w piątą dobę odbywania tej izolacji (od 12 lutego 2022 r.)

Uchyła się przepis stanowiący, że okres obowiązkowej kwarantanny z powodu narażenia na zakażenie wirusem SARS-CoV-2 u osób, u których nie wystąpiły objawy choroby COVID-19, albo styczności ze źródłem zakażenia ulega zakończeniu po 10 dniach, licząc od dnia następującego po ostatnim dniu odpowiednio narażenia albo styczności.

W przypadku osoby zamieszkującej lub prowadzącej wspólne gospodarstwo domowe z osobą, u której stwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2 i która została poddana z tej przyczyny izolacji w warunkach domowych, okres obowiązkowej kwarantanny jest równy okresowi tej izolacji.

Obowiązkowa kwarantanna ulega zakończeniu także w przypadku wprowadzenia negatywnego wyniku testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 wykonanego u osoby odbywającej tę kwarantannę do systemu teleinformatycznego udostępnionego przez jednostkę podległą ministrowi zdrowia właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia.

Powyższego obowiązku nie stosuje się do osoby, która w okresie nie dłuższym niż 30 dni przed dniem uzyskania przez osobę zamieszkującą lub prowadzącą wspólne gospodarstwo domowe z tą osobą pozytywnego wyniku testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2, zakończyła izolację, izolację w warunkach domowych lub hospitalizację.

Okres obowiązkowej kwarantanny w przypadku osób:

1. uczestniczących w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej;
2. będących żołnierzami lub pracownikami Sił Zbrojnych RP, żołnierzami wojsk obcych lub ich personelem cywilnym, żołnierzami, funkcjonariuszami lub pracownikami Służby Kontrwywiadu Wojskowego lub Służby Wywiadu Wojskowego, funkcjonariuszami Policji, Straży Granicznej, ABW, Agencji Wywiadu, CBA, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Ochrony Państwa lub Służby Więziennej

– wynosi 5 dni, chyba że osoba ta będzie codziennie, przed rozpoczęciem uczestniczenia w udzielaniu tych świadczeń lub rozpoczęciem pracy lub służby, przez okres 5 dni po dniu styczności ze źródłem biologicznych czynników chorobotwórczych, badana testem antygenowym, którego wynik jest przekazywany do systemu teleinformatycznego udostępnionego przez jednostkę podległą ministrowi zdrowia właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia.

Obowiązkowa kwarantanna osób, które 11 lutego 2022 r. odbywają ją z powodu narażenia na zakażenie wirusem SARS-CoV-2, u których nie wystąpiły objawy choroby COVID-19 albo styczności ze źródłem zakażenia, ulega zakończeniu z tym dniem.

Do osób, które w dniu wejścia w życie rozporządzenia odbywają izolację w warunkach domowych stosuje się przepisy dotychczasowe.

Izolacja tych osób ulega także zakończeniu w przypadku wprowadzenia negatywnego wyniku testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2, wykonanego nie wcześniej niż w ósmej dobę trwania tej izolacji, do wskazanego systemu teleinformatycznego.

15 lutego 2022 r. zostało opublikowane w Dz. U. z 2022 r., poz. 392 Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

16 lutego 2022 r. zostało opublikowane w Dz. U. z 2022 r., poz. 402 Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 stycznia 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

19 lutego 2022 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 stycznia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu substancji psychotropowych, opublikowane w Dz. U. z 2022 r., poz. 274.

19 lutego 2022 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 lutego 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, opublikowane w Dz. U. z 2022 r., poz. 419.

Zmiana została wprowadzona w zakresie gwarantowanych świadczeń scharakteryzowanych rozpoznaniem określonymi w części II załącznika nr 1 do rozporządzenia oraz w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, które są udzielane po spełnieniu dodatkowych warunków ich realizacji, zawartym załączniku nr 4.

21 lutego 2022 r. zostało opublikowane w Dz. U. z 2022 r., poz. 434 Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 stycznia 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

22 lutego 2022 r. zostało opublikowane w Dz. U. z 2022 r., poz. 437 Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 13 stycznia 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o służbie medycyny pracy.

23 lutego 2022 r. zostało opublikowane w Dz. U. z 2022 r., poz. 448 Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 8 lutego 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania obserwacji oraz sposobu finansowania obserwacji, a także warunków zabezpieczenia zakładów dla osób pozbawionych wolności.

26 lutego 2022 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, opublikowane w Dz. U. z 2022 r., poz. 365.

Rozporządzenie wprowadza zmiany w wykazach świadczeń gwarantowanych w przypadku badań diagnostycznych oraz świadczeń gwarantowanych w przypadku innych świadczeń ambulatoryjnych. ■



ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO I STOMATOLOGICZNEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1968

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie absolwentów Wydziału Lekarskiego i Stomatologicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 3-5 czerwca 2022 r. w Pszczynie. Miejszem zakwaterowania będzie hotel „Imperium” (Pszczyna, ul. Bielska 54).

Program zjazdu

3 czerwca 2022 r. (piątek)

po południu Zakwaterowanie w hotelu
Grill na terenie hotelu

4 czerwca 2022 r. (sobota)

Śniadanie w hotelu
Msza święta (kościół Wszystkich Świętych w Pszczynie)

Zwiedzanie: Muzeum Zamkowego w Pszczynie, Muzeum Wnętrz Zabytkowych, zabytkowego kościoła ewangelickiego, zwiedzanie rynku (pamiątkowe zdjęcie na ławce z księżną Daisy von Pless)

Czas wolny – możliwość indywidualnego zwiedzania parku pszczyńskiego (plan Pszczyny zostanie dołączony do zaproszenia), przejazd busami do Goczałkowic – tam zwiedzanie nowoczesnego centrum ogrodniczego „Kapias”. Na terenie centrum działają punkty gastronomiczne, w których można się posilić – we własnym zakresie, powrót do hotelu. Wieczorem bankiet w restauracji „Warownia Rycerzy Pszczyńskich” (obok hotelu)

5 czerwca 2022 r. (niedziela)

Śniadanie i pożegnania

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

Wpłaty prosimy dokonywać na konto: 58 1020 2528 0000 0102 0567 6376 do 31.03.2022 r. z dopiskiem „Zjazd 1968”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego oraz adresu korespondencyjnego w celu przesłania zaproszenia.

Do dyspozycji gości pokoje 2-3-osobowe – proszę o e-mailowe zgłoszenie nazwisk Koleżanek i Kolegów, z którymi chcą być Państwo zakwaterowani. Na zapleczu hotelu parkingi. Jeżeli z powodu pandemii zjazd koleżeński nie będzie mógł się odbyć – pieniądze wpłacone na konto zostaną zwrócone.

Za Komitet Organizacyjny:
Anna Steinert (Kozieł), tel. 696 617 024,
e-mail: asteinert@interia.pl
Ewa Miłaszewicz, tel. 502 050 273
Bogusław Kudyba, tel. 606 736 620

JUBILEUSZOWY ZJAZD ABSOLWENTÓW AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1970

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na obchody z okazji 50-lecia uzyskania absolutorium, które odbędzie się 25 czerwca 2022 r. (sobota) we Wrocławiu.

Program zjazdu

24 czerwca 2022 r. (piątek)

dla zainteresowanych – płatne dodatkowo 100 zł
godz. 19.00 Zwiedzanie z przewodnikiem Afrykarium ZOO Wrocław, ul. Wróblewskiego 1-5, 51-618 Wrocław
godz. 20.00 Kolacja w restauracji „Laguna Biostro” (w budynku Afrykarium)

25 czerwca 2022 r. (sobota)

godz. 10.00 Msza święta (rzymskokatolicka parafia pw. św. Stanisława, św. Doroty i św. Wacława, pl. Wolności 3)
Część oficjalna – Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu, Kazimierza Wielkiego 45, 50-077 Wrocław (I piętro)
godz. 11.00 Śniadanie studenckie
godz. 11.30 Otwarcie zjazdu
godz. 11.45 Wystąpienie Chóru Medici Cantantes Uniwersytetu Medycznego
Przemówienie JM rektora UM i uroczyste wręczenie dyplomów
Wykład okolicznościowy
Wspólne zdjęcie pamiątkowe
godz. 18.00 Uroczysta kolacja – Haston City Hotel (sala Rolls Royce, parter), ul. Irysowa 1-3, 51-117 Wrocław

Opłata za uczestnictwo w zjeździe wynosi:
sobota (część oficjalna + uroczysta kolacja) – 350 zł,
osoba towarzysząca na uroczystej kolacji – 200 zł,
część oficjalna (bez uroczystej kolacji) – 150 zł,
Afrykarium (płatne dodatkowo) – 100 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto: 47 1140 2004 0000 3302 7877 4363 (odbiorca: Henryk Lisiak) do 31.03.2022 r. z dopiskiem „Zjazd 1970”. Koleżanki prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego.

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

Za Komitet Organizacyjny
Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska, Henryk Lisiak

JUBILEUSZOWY ZJAZD ABSOLWENTÓW AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1971

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na obchody z okazji 50-lecia uzyskania absolutorium, które odbędzie się 14 maja 2022 r. (sobota) we Wrocławiu.

Program zjazdu

13 maja 2022 r. (piątek)

dla zainteresowanych – płatne dodatkowo 100 zł
godz. 19.00 Zwiedzanie z przewodnikiem Afrykarium ZOO Wrocław, ul. Wróblewskiego 1-5, 51-618 Wrocław
godz. 20.00 Kolacja w restauracji „Laguna Bi-

stro” (w budynku Afrykarium)

14 maja 2022 r. (sobota)

godz. 10.00 Msza święta (rzymskokatolicka parafia pw. św. Stanisława, św. Doroty i św. Wacława, pl. Wolności 3)
Część oficjalna – Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu, Kazimierza Wielkiego 45, 50-077 Wrocław (I piętro)
godz. 11.00 Śniadanie studenckie
godz. 11.30 Otwarcie zjazdu
godz. 11.45 Wystąpienie chóru Medici Cantantes Uniwersytetu Medycznego
Przemówienie JM rektora UM i uroczyste wręczenie dyplomów
Wykład okolicznościowy
Wspólne zdjęcie pamiątkowe
godz. 18.00 Uroczysta kolacja – Hotel im. Jana Pawła II (Ostrów Tumski), ul. św. Idziego 2, 50-328 Wrocław

Opłata za uczestnictwo w zjeździe wynosi:
sobota (część oficjalna + uroczysta kolacja) – 400 zł,
osoba towarzysząca na uroczystej kolacji – 250 zł,
część oficjalna (bez uroczystej kolacji) – 150 zł,
Afrykarium (płatne dodatkowo) – 100 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto: 82 1090 1939 0000 0001 4667 0679 (odbiorca: Krzysztof Bąk) do 31.03.2022 r. z dopiskiem „Zjazd 1971”. Koleżanki prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego.

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

Za Komitet Organizacyjny
Krzysztof Bąk, Magdalena Koziorowska,
Wanda Man-Widerska, Alicja Marczyk-Felba

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1974

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie absolwentów Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 30 września – 2 października 2022 r. Miejszem spotkania będzie ośrodek Vital & SPA Resort Szarotka w Zieleńcu.

Program zjazdu

30 września 2022 r. (piątek)

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

1 października 2022 r. (sobota)

godz. 8.00-11.00 Śniadanie
godz. 10.15 Msza św. – kościół św. Anny w Zieleńcu, czas wolny, spacer po Zieleńcu
godz. 13.30 Pamiątkowe zdjęcie grupowe przed ośrodkiem
godz. 14.00 Obiad, czas wolny
godz. 18.30 Pamiątkowe zdjęcie grupowe przed ośrodkiem

godz. 19.00-2.00 Bankiet

2 października 2022 r. (niedziela)

godz. 8.00-11.00 Śniadanie i pożegnania

Opłata za uczestnictwo w zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej 600 zł.



Wpłaty prosimy dokonywać na konto: 66 1090 2590 0000 0001 3393 3014 do 31.03.2022 r. z dopiskiem „Zjazd 1974”. 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
Ryszard Fedyk, Danuta Lewiecka, Wiktor Wolfson

ZJAZD ABSOLWENTÓW AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1976

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 45-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 10-11 czerwca 2022 r. we Wrocławiu.

Program zjazdu

10 czerwca 2022 r. (piątek)

dla zainteresowanych – płatne dodatkowo 100 zł
godz. 19.00 Zwiedzanie z przewodnikiem Afrykarium ZOO Wrocław, ul. Wróblewskiego 1-5, 51-618 Wrocław

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

11 czerwca 2022 r. (sobota)

godz. 9.30 Msza święta (kościół pw. Najświętszego Serca Jezusowego, pl. Grunwaldzki 3)

Część oficjalna – Collegium Anatomicum, ul. Chałubińskiego 6a, 50-368 Wrocław

godz. 11.00 Śniadanie studenckie

godz. 12.00 Otwarcie zjazdu

godz. 12.10 Wykład okolicznościowy
Wspólne zdjęcie pamiątkowe

godz. 18.00 Uroczysta kolacja – hotel „Scandic”
ul. Piłsudskiego 49-57,
50-032 Wrocław

Opłata za uczestnictwo w zjeździe wynosi:
sobota (część oficjalna + uroczysta kolacja) – 350 zł,
osoba towarzysząca na uroczystej kolacji – 200 zł,
część oficjalna (bez uroczystej kolacji) – 150 zł,
Afrykarium (płatne dodatkowo) – 100 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto: 26 1140 2004 0000 3702 7737 0761 (odbiorca: Krystyna Ślusarek) do 31.03.2022 z dopiskiem „Zjazd 1976”. Koleżanki prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panieńskiego.

Istnieje możliwość rezerwacji noclegu w hotelu „Scandic” po preferencyjnych cenach pod numerem telefonu 71 787 01 12 (prosimy o podanie hasła „rocznik 1976”). Płatność za hotel indywidualna (nie jest wliczona w cenę zjazdu).

Za Komitet Organizacyjny
Krystyna Awzan (Ślusarek), Lucjan Ilnicki

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1977

Uwaga! Zmiana wysokości opłaty za uczestnictwo w zjeździe.

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie absolwentów Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 27-29 maja 2022 r. w Kudowie-Zdroju (hotel „Kudowa**** Manufaktura Relaksu”, ul. Pogodna 16, 57-350 Kudowa-Zdrój).

Program zjazdu

27 maja 2022 r. (piątek)

od godz. 15.00 Zakwaterowanie w hotelu

godz. 18.00-2.00 Grill przy biesiadnej muzyce

28 maja 2022 r. (sobota)

godz. 7.00-10.00 Śniadanie, czas wolny, spacer po uzdrowisku

godz. 13.30 Pamiątkowe zdjęcie grupowe przed ośrodkiem

godz. 14.00 Obiad

godz. 18.00-2.00 Grill przy biesiadnej muzyce

29 maja 2022 r. (niedziela)

godz. 7.00-10.00 Śniadanie i pożegnania

do godz. 11.00 Wymeldowania

Opłata za uczestnictwo w zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej 750 zł.

Osoby, które dokonały już opłaty w wysokości 550 zł – prosimy o dopłatę w wysokości 200 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto: 87 1090 2398 0000 0001 4377 3356 (odbiorca: Małgorzata Rudnicka) do 31.03.2022 r. z dopiskiem „Zjazd 1977”. 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
Andrzej Bugajski, Jolanta Kasperkiewicz-Skałicka, Małgorzata Rudnicka, Danuta Sidor

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1982

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 40-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 7-8 października 2022 r. we Wrocławiu.

Program zjazdu

7 października 2022 r. (piątek)

dla zainteresowanych – płatne dodatkowo 100 zł
godz. 19.00 Zwiedzanie z przewodnikiem Afrykarium ZOO Wrocław, ul. Wróblewskiego 1-5, 51-618 Wrocław

godz. 20.00 Kolacja w restauracji „Laguna Bi-

stro” (w budynku Afrykarium)

8 października 2022 r. (sobota)

Część oficjalna – Collegium Anatomicum, Katedra i Zakład Anatomii Prawidłowej ul. Chałubińskiego 6a, 50-368 Wrocław

godz. 10.00 Śniadanie studenckie

godz. 10.30 Wykład okolicznościowy

godz. 11.30 Grupowe zdjęcie pamiątkowe

godz. 19.00 Bankiet – hotel „Scandic”,

ul. Piłsudskiego 49-57,

50-032 Wrocław

Opłata za uczestnictwo w zjeździe wynosi: 350 zł,
osoba towarzysząca na bankiecie – 200 zł,
Afrykarium (płatne dodatkowo) – 100 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto: 66 1090 2590 0000 0001 3393 3014 do 31.03.2022 r. z dopiskiem „Zjazd 1982”. Koleżanki prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panieńskiego.

Istnieje możliwość rezerwacji noclegu w hotelu „Scandic” po preferencyjnych cenach pod numerem telefonu 71 787 01 12 (prosimy o podanie hasła „rocznik 1982”). Płatność za hotel indywidualna (nie jest wliczona w cenę zjazdu).

Za Komitet Organizacyjny
Małgorzata Dmochowska-Perz, Jolanta Zaleska

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU STOMATOLOGICZNEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1985

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 35-lecia ukończenia Wydziału Stomatologicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 20-22 maja 2022 r. Miejszem spotkania będzie ośrodek Tarasy Wang w Karpaczu (Na Śnieżkę 3, 58-540 Karpacz).

Program zjazdu

20 maja 2022 r. (piątek)

od godz. 14.00 Zakwaterowanie w ośrodku

godz. 18.00-24.00 Grill

21 maja 2022 r. (sobota)

godz. 8.00-10.30 Śniadanie

godz. 11.00 Msza św. (kościół pw. Nawiedzenia Najświętszej Maryi Panny), ul. Konstytucji 3 Maja 44,

58-540 Karpacz

Czas wolny, spacer

po Karpaczu

godz. 14.00 Obiad, czas wolny

godz. 19.00-2.00 Bankiet/uroczysta kolacja

22 maja 2022 r. (niedziela)

godz. 8.00-10.30 Śniadanie i pożegnania

do godz. 12.00 Wymeldowania

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

Wpłaty prosimy dokonywać na konto: 76 1140 2004 0000 3702 7937 7470 (odbiorca: Aneta Łojewska) do 31.03.2022 r. z dopiskiem „Zjazd 1985”. 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 jacuzzi, saun, jak również dostęp do bezprzewodowego internetu oraz bezpłatny monitorowany parking.

Za Komitet Organizacyjny
Aneta Łojewska, Waldemar Jarosiewicz

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

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 30-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 3-5 czerwca 2022 r. Miejscem spotkania będzie ośrodek Vital & SPA Resort Szarotka w Zieleńcu.

Program zjazdu

3 czerwca 2022 r. (piątek)
od godz. 14.00 Zakwaterowanie w ośrodku
godz. 18.00-24.00 Grill przy biesiadnej muzyce
4 czerwca 2022 r. (sobota)
godz. 8.00-10.00 Śniadanie
godz. 10.15 Msza św. – kościół św. Anny w Zieleńcu, czas wolny, spacer po Zieleńcu
godz. 13.30 Pamiątkowe zdjęcie grupowe przed ośrodkiem
godz. 14.00 Obiad
Czas wolny
godz. 19.00-2.00 Bankiet
5 czerwca 2022 r. (niedziela)
godz. 9.00-10.00 Śniadanie i pożegnania

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

Wpłaty prosimy dokonywać na konto: 63 1140 2004 0000 3402 7877 0728 (odbiorca Ewa Willak-Janc) do 31.03.2022 r. z dopiskiem „Zjazd 1990”. 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
Wojciech Apoznański, Ewa Willak-Janc,
Teresa Żak (Biercewicz)

**ZJAZD ABSOLWENTÓW
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU
ROCZNIK 1991**

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 30-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 23-25 września 2022 r. Miejscem spo-

tkania będzie ośrodek Vital & SPA Resort Szarotka w Zieleńcu.

Program zjazdu

23 września 2022 r. (piątek)
od godz. 14.00 Zakwaterowanie w ośrodku
godz. 18.00-24.00 Grill
24 września 2022 r. (sobota)
godz. 8.00-11.00 Śniadanie
godz. 10.15 Msza św. – kościół św. Anny w Zieleńcu, czas wolny, spacer po Zieleńcu
godz. 13.30 Pamiątkowe zdjęcie grupowe przed ośrodkiem
godz. 14.00 Obiad
Czas wolny
Godz. 18.30 Pamiątkowe zdjęcie grupowe przed ośrodkiem
godz. 19.00-2.00 Bankiet
25 września 2022 r. (niedziela)
godz. 8.00-11.00 Śniadanie i pożegnania

Opłata za uczestnictwo w zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej 600 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto: 66 1090 2590 0000 0001 3393 3014 do 31.03.2022 r. z dopiskiem „Zjazd 1991”. 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
Piotr Dziegiel, Jarosław Janc, Jacek Szepietowski

**ZJAZD ABSOLWENTÓW
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU
ROCZNIK 1992**

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 30-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 10-12 czerwca 2022 r. Miejscem spotkania będzie ośrodek Vital & SPA Resort Szarotka w Zieleńcu.

Program zjazdu

10 czerwca 2022 r. (piątek)
od godz. 14.00 Zakwaterowanie w ośrodku
godz. 18.00-24.00 Grill
11 czerwca 2022 r. (sobota)
godz. 8.00-11.00 Śniadanie
Czas wolny, spacer po Zieleńcu
godz. 13.30 Pamiątkowe zdjęcie grupowe przed ośrodkiem
godz. 14.00 Obiad
Czas wolny
godz. 18.30 Pamiątkowe zdjęcie grupowe przed ośrodkiem
godz. 19.00-2.00 Bankiet
12 czerwca 2022 r. (niedziela)
godz. 8.00-11.00 Śniadanie i pożegnania

Opłata za uczestnictwo w zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej 600 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto: 66 1090 2590 0000 0001 3393 3014 do 31.03.2022 r. z dopiskiem „Zjazd 1992”. 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
Robert Seifert, Ewa Wesołowska-Szepietowska,
Tomasz Zajdel, Joanna Ziemianowicz-Witkowska

**ZJAZD ABSOLWENTÓW
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU
ROCZNIK 1997**

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 25-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 16-18 września 2022 r. Miejscem spotkania będzie ośrodek Vital & SPA Resort Szarotka w Zieleńcu.

Program zjazdu

16 września 2022 r. (piątek)
od godz. 14.00 Zakwaterowanie w ośrodku
godz. 18.00-24.00 Grill
17 września 2022 r. (sobota)
godz. 8.00-11.00 Śniadanie
godz. 10.15 Msza św. – kościół św. Anny w Zieleńcu, czas wolny, spacer po Zieleńcu
godz. 13.30 Pamiątkowe zdjęcie grupowe przed ośrodkiem
godz. 14.00 Obiad, czas wolny
godz. 18.30 Pamiątkowe zdjęcie grupowe przed ośrodkiem
godz. 19.00-2.00 Bankiet
18 września 2022 r. (niedziela)
godz. 9.00-11.00 Śniadanie i pożegnania

Opłata za uczestnictwo w zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej 600 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto: 66 1090 2590 0000 0001 3393 3014 do 31.03.2022 r. z dopiskiem „Zjazd 1997”. 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
Izabella Dębowska (Januszewska)



ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ W LUBLINIE ROCZNIK 1977

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!

Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 45-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Lublinie, które odbędzie się 4 czerwca 2022 r. Miejsmem spotkania będzie restauracja „Legenda Miasta” w hotelu IBIS w Lublinie (Aleja Solidarności 7, 20-841 Lublin).

Istnieje możliwość rezerwacji noclegu pod numerem telefonu: 81 479 18 88. Koszt noclegu pokrywają uczestnicy.

Koszt uczestnictwa wynosi 250 zł od osoby.

Prosimy o zgłoszenia na nasze adresy mailowe lub telefonicznie do 30.04.2022 r.

Wpłaty prosimy dokonywać do 10.05.2022 r. na konto: 28 1240 2382 1111 0010 1287 4209 Elżbieta Wrocze-Glijer z dopiskiem „Zjazd 77” i aktualnym adresem e-mailowym.

Komitet Organizacyjny
Elżbieta Wrocze-Glijer
– elawrocze@wp.pl, tel.: 605 988 766
Grażyna Staroń-Górnicka
– ggornicka@wp.pl, tel.: 605 722 050

JUBILEUSZOWY ZJAZD ABSOLWENTÓW AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1972

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!

Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 50-lecia ukończenia studiów, które odbędzie się we Wrocławiu w dniach 2-4.09.2022 r.

Program zjazdu

2.09.2022 r. (piątek)

godz. 19.00 Zwiedzanie z Przewodnikiem Afrykarium we wrocławskim ZOO

godz. 20.00 Kolacja w restauracji na terenie ZOO (koszt podamy w kolejnym ogłoszeniu)

Część oficjalna zjazdu – Collegium Anatomikum, ul. Chałubińskiego 6a

3.09.2022 r. (sobota)

godz. 12.00 Otwarcie zjazdu:
Wystąpienie J.M. Rektora UM
Wykład okolicznościowy (profesorowie M. Klinger i M. Mędraś)
Wspólne zdjęcie pamiątkowe

Godz. 18.00 Uroczysta kolacja (tradycyjnie bez osób towarzyszących) w Hotelu Park, ul. M. Kopernika 9, 51-622 Wrocław (hotel w Parku Szczytnickim)

Opłata za uczestnictwo w zjeździe (sobota 3.09.2022 r.) wynosi 450 zł (część oficjalna, koszty organizacyjne, uroczysta kolacja).

Wpłaty prosimy dokonywać na konto: 79102052260000670205648466 (odbiorca Andrzej Tadeusz Dorobisz) do 31.05.2022 r.

Istnieje możliwość rezerwacji noclegu w Hotelu Park pod numerem telefonu 71 371 03 00, email: hotel@osp.pl. Płatność za hotel indywidualna (nie jest wliczona w cenę zjazdu). Hasło „Zjazd 1972”.

Za Komitet Organizacyjny
Andrzej Dorobisz
Grażyna Ossowska (Kłabińska)
Hanna Metzger-Mazurkiewicz
(mail: hanka19@poczta.onet.pl)

Uchwały Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 27 stycznia 2022 roku

NR 2/2022

w sprawie udzielenia bezzwrotnej zapomogi pieniężnej

NR 3/2022

w sprawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

NR 4/2022

w sprawie udziału lekarza w konsylium lekarskim

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu wyraża zgodę na udział w konsylium lekarskim prof. dr. n. med. Oliviera Kaschke, Ordynatora Klinicznego Oddziału Laryngologii Szpitala Sankt Gertrauden w Berlinie. Konsylium odbędzie się w dniach 25-26 marca 2022 roku na temat leczenia operacyjnego przewlekłego zapalenia zatok przynosowych i wykonywania zabiegów operacyjnych, których potrzeba wynika z tego konsylium w Medicus Sp. z o.o. – Specjalistyczne Centrum Medyczne, na zaproszenie Prezesa Zarządu dr. n. med. Macieja Mazura.

NR 5/2022

w sprawie zwolnienia z obowiązku opłacania miesięcznej składki członkowskiej

NR 6/2022

w sprawie powołania Komisji Lekarskiej

dla oceny zdolności do wykonywania zawodu lekarza

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu powołuje Komisję Lekarską dla oceny zdolności do wykonywania zawodu lek. (...) w składzie:

przewodniczący lek. Iwona Dattner-Hapon
członkowie: dr n. med. Piotr Baranowski
lek. Marek Witkowski

NR 7/2022

w sprawie wydania opinii dot. kandydata na konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie alergologii dla województwa dolnośląskiego

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu pozytywnie opiniuje kandydaturę prof. dr. hab. Bernarda Panaszka na konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie alergologii dla województwa dolnośląskiego.

NR 8/2022

w sprawie wydania opinii dot. kandydata na konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie medycyny pracy dla województwa dolnośląskiego

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu pozytywnie opiniuje kandydaturę dr. n. med. Jarosława Tomczyka na konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie alergologii dla województwa dolnośląskiego.

Uchwały Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 15 lutego 2022 roku

NR 9/2022

w sprawie zmiany Uchwały nr 88/2021 Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 21 października 2021 roku dotyczącej terminu XLI Zjazdu Delegatów DIL

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu zmienia Uchwałę nr 88/2021 Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 21 października 2021 roku i ustala termin XLI Zjazdu Delegatów DIL na dzień 2 kwietnia 2022 roku.

Uchwały Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 17 lutego 2022 roku

NR 9a/2022

w sprawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

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

Uchwały Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 24 lutego 2022 roku

NR 11/2022

w sprawie powołania Ośrodka Pamięci i Dokumentacji Historycznej
Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu powołuje Ośrodek Pamięci i Dokumentacji Historycznej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu, zwanym dalej w dalszej części uchwały Ośrodkiem Pamięci.

§ 2

1. Zasadnicze zadanie Ośrodka Pamięci stanowić będzie gromadzenie, pozyskiwanie, opracowywanie wiedzy historycznej, dotyczącej bogatych dziejów medycyny na Dolnym Śląsku oraz dokumentowanie i upowszechnianie wiedzy historycznej związanej z przeszłością działań dolnośląskich lekarzy i lekarzy dentyistów, w tym zabezpieczenie zgromadzonych materiałów archiwalnych oraz działalność edukacyjną w tym zakresie.

2. Działalność Ośrodka Pamięci w szczególności polegać będzie na: pozyskiwaniu, archiwizowaniu i upowszechnianiu materiałów o charakterze archiwalnym; digitalizacji zgromadzonych archiwaliów; organizowaniu wystaw na podstawie zgromadzonych zbiorów; organizowaniu spotkań naukowych, w tym dla środowiska lekarskiego, a także w miarę możliwości dla młodzieży szkolnej i studentów, zwłaszcza kierunków medycznych; organizowaniu spotkań autorskich z nestorami dolnośląskiej medycyny; udziale w działalności naukowo-wydawniczej, związanej z zadaniami Ośrodka Pamięci; współpracy z Towarzystwami Naukowymi (szczególnie Polskim Towarzystwem Historii Nauk Medycznych), współpracy z akademickimi ośrodkami naukowymi w kraju i za granicą; prowadzeniu strony internetowej: www.pthmif.pl

3. Szczegółowy zakres działania Ośrodka Pamięci oraz jego zasady organizacyjno-finansowe określać będzie Regulamin Ośrodka Pamięci i Dokumentacji Historycznej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu, stanowiący załącznik do uchwały.

§ 3

1. Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu powołuje Radę Programową Ośrodka Pamięci i Dokumentacji Historycznej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu, zwaną dalej Radą.

2. Skład i zasady powoływania członków Rady oraz jej zadania i sposób funkcjonowania określać będzie Regulamin Ośrodka Pamięci i Dokumentacji Historycznej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu, stanowiący załącznik do uchwały.

§ 4

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu rozwiązuje Komisję Historyczną DRL we Wrocławiu. Członkowie Komisji Historycznej DRL VIII kadencji stają się członkami Ośrodka Pamięci i Dokumentacji Historycznej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu.

Załącznik do uchwały nr 11/2022 dostępny na stronie bip.dilnet.wroc.pl

NR 12/2022

w sprawie powołania przewodniczącego Ośrodka
Pamięci i Dokumentacji Historycznej
Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu powołuje dr hab. nauk medycznych Barbarę Bruziewicz-Mikłaszewską na przewodniczącą Ośrodka Pamięci i Dokumentacji Historycznej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu.

NR 13/2022

w sprawie zawarcia umów z Polską Wytwórnią
Papierów Wartościowych S.A. w Warszawie

oraz ministrem zdrowia oraz udzielenie
pełnomocnictwa do podpisania tej umowy

§ 1

Zawrzeć z Polską Wytwórnią Papierów Wartościowych S.A. w Warszawie oraz Ministrem Zdrowia umowę na wytwarzanie, personalizację i dostawę blankietów dokumentów Prawo Wykonywania Zawodu Lekarza oraz Prawo Wykonywania Zawodu Lekarza Dentyisty.

§ 2

Zawrzeć z Polską Wytwórnią Papierów Wartościowych S.A. w Warszawie dla celów realizacji umowy, o których mowa w § 1, umowę powierzenia przetwarzanych danych osobowych o treści określonej w załączniku nr 7 do projektu umowy, o której mowa w § 1.

§ 3

Do podpisania w imieniu Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu umów, o których mowa w § 1 i 2, udzielić pełnomocnictwa działającym łącznie Andrzejowi Matyi – Prezesowi Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Grzegorzowi Mazurowi – Skarbnikowi Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 4

Uchwała dotyczy umów, o których mowa w § 1 i 2 o treści zgodnej z treścią przesłanego do Dolnośląskiej Izby Lekarskiej projektu umowy oznaczonego datą 16.02.2022 r.

NR 14/2022

w sprawie dofinansowania zjazdu absolwentów

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu wyraża zgodę na dofinansowanie kwotą w wysokości 5000 zł Jubileuszowego Zjazdu Absolwentów Akademii Medycznej we Wrocławiu – rocznik 1972, który odbędzie się w 50. rocznicę ukończenia studiów 10 września 2022 r.

NR 17/2022

w sprawie rozwiązania Komisji Historycznej Dolnośląskiej Rady Lekarskiej

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu rozwiązuje Komisję Historyczną Dolnośląskiej Rady Lekarskiej.

NR 18/2022

w sprawie zmiany uchwały nr 66/2018 DRL z dnia 21
czerwca 2018 roku dot. składu Komisji Socjalnej
i ds. Lekarzy Seniorów DRL zmienionej uchwałą nr
41/2019 DRL z dnia 18 kwietnia 2019 roku,
uchwałą nr 12/2020 DRL z dnia 23 stycznia 2020 roku,
uchwałą nr 70/2020 DRL z dnia 25 czerwca 2020 roku oraz
uchwałą nr 45/2021 z dnia 27 maja 2021 roku.

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu zatwierdza udział w składzie Komisji Socjalnej i ds. Lekarzy Seniorów DRL następujących lekarzy i lekarzy dentyistów:

- dr n. med. Marek Nikiel
- lek. dent. Anna Sokołowska
- lek. Hanna Wołkowińska.

§ 2

Jednolity tekst uchwały nr 66/2018 DRL z dnia 21 czerwca 2018 roku stanowi załącznik do uchwały.

NR 19/2022

w sprawie zwolnienia z obowiązku opłacania miesięcznej składki członkowskiej

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



DOŚWIADCZYŁEŚ HEJTU?

POMOC PRAWNA FINANSOWANA PRZEZ
DOLNOŚLĄSKĄ IZBĘ LEKARSKĄ

KONTAKT Z ADWOKATEM:

tel. (71) 722 42 85
od poniedziałku do piątku w godzinach od 9 do 16
e-mail: office@legalskills.eu

inter
UBEZPIECZENIA



LEGAL SKILLS

BASIŃSKI MORAWSKI KUĆA SKOWRON
ADWOKACKA SPÓŁKA PARTNERSKA



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

WEBINARIUM: „COVID-19 – NOWOŚCI W TERAPII, POWIKŁANIA ODLEGŁE, PRZYSZŁOŚĆ PANDEMII”

która odbędzie się 10 marca 2022 r. (czwartek) w godz. 9.00-14.30.

Uczestnikowi konferencji przysługują 5 punktów edukacyjnych.
Udział w konferencji jest dobrowolny i bezpłatny.

Kierownik naukowy konferencji:

dr n. med. Sylwia Serafińska,
dr n. med. Anna Szymanek-Pasternak

Opiekun naukowy konferencji

prof. zw. dr hab. Krzysztof Simon

Program konferencji

godz. 9.00-9.05	Otwarcie konferencji dr n. med. Sylwia Serafińska
godz. 9.05-9.45	Patomechanizm, obraz kliniczny, diagnostyka, nowe warianty SARS-CoV-2 prof. dr hab. Krzysztof Simon
godz. 9.45-10.15	Profilaktyka zakażenia SARS-CoV-2. Program szczepień, skuteczność szczepionek, nowe preparaty dr n. med. Monika Pazgan-Simon

godz. 10.15-10.45	COVID-19 – zasady leczenia, nowości w terapii dr n. med. Anna Szymanek-Pasternak
godz. 10.45-11.00	Witamina D w COVID-19 – terapia czy profilaktyka? Wyniki badań własnych dr n. med. Sylwia Serafińska
godz. 11.00-11.30	Powikłania zakrzepowo-zatorowe. Prezentacja przypadków lek. Aleksander Zińczuk, lek. Justyna Janocha-Litwin
godz. 11.30-12.05	NeuroCOVID-19 – obraz kliniczny, odległe następstwa, leczenie. Prezentacja przypadków lek. Justyna Jachman-Kapułka
godz. 12.05-12.35	Powikłania zapalne COVID-19: naczyniowe, neurologiczne, wielonarządowe MIS, PIMS, ze szczególnym uwzględnieniem populacji dzieci dr n. med. Kamila Ludwikowska
godz. 12.35-13.10	Powikłania płucne COVID-19 z punktu widzenia specjalisty torakochirurga: odma, ropień śródpiersia, zwężenie tchawicy – czynniki ryzyka, postępowanie, odległe konsekwencje dr n. med. Andrzej Majewski
godz. 13.10-13.30	Realizacja szczepień przeciwko SARS-CoV-2 – sytuacja na świecie, w Europie i w Polsce dr n. med. Sylwia Serafińska
godz. 13.30-14.00	Odległe następstwa ogólnoustrojowe. Rehabilitacja wczesna i późna lek. Iwona Buczyńska, lek. Kamila Zielińska
godz. 14.00-14.30	Dyskusja online: najciekawsze pytania i odpowiedzi. Podsumowanie webinarium

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.

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

WEBINARIUM: „CHOROBY INFEKCYJNE I ZAPALNE UKŁADU NERWOWEGO – TEORIA I PRZYPADKI KLINICZNE”

**która odbędzie się 24 marca 2022 r. (czwartek)
w godz. 9.00-14.30.**

Uczestnikowi konferencji przysługują

5 punktów edukacyjnych.

Udział w konferencji jest dobrowolny i bezpłatny.

Kierownik naukowy konferencji

lek. Justyna Janocha-Litwin

Opiekun naukowy konferencji

prof. zw. dr hab. Krzysztof Simon

Zapraszamy lekarzy wszystkich specjalności, szczególnie lekarzy rodzinnych, internistów, neurologów oraz lekarzy chorób zakaźnych i innych zainteresowanych tematyką.

Program konferencji

godz. 9.00-9.30	Neuroinfekcje: obraz kliniczny, diagnostyka, epidemiologia,
-----------------	---

	rzadkie czynniki etiologiczne prof. dr hab. Krzysztof Simon
godz. 9.30-10.00	Pasożytnicze oraz grzybicze neuroinfekcje na przykładzie pacjentów z niedoborami odporności lek. Justyna Janocha-Litwin
godz. 10.00-10.30	Zapalenia kręzków międzykręgowych – kto i jak ma leczyć? lek. Mateusz Pawłowski
godz. 10.30-11.00	Neuroinfekcje u dzieci lek. Katarzyna Pawlik
godz. 11.00-11.30	Ropne bakteryjne neuroinfekcje – leczenie i profilaktyka dr n. med. Anna Szymanek-Pasternak
godz. 11.30-12.00	Nieropne bakteryjne neuroinfekcje – listerioza, neurokiła, gruźlica układu nerwowego dr n. med. Monika Pazgan-Simon
godz. 12.00-12.30	Wybrane wirusowe zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu lek. Aleksander Zińczuk
godz. 12.30-13.00	Neuroborelioza dr n. med. Sylwia Serafińska
godz. 13.00-13.30	Odkleszczowe zapalenie mózgu dr n. med. Marta Kucharska
godz. 13.30-14.00	Choroby autoimmunizacyjne układu nerwowego dr n. med. Katarzyna Mariańska
godz. 14.00-14.30	Dyskusja online: najciekawsze pytania i odpowiedzi. Podsumowanie webinarium.

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

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

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

**Komisja Stomatologiczna i Komisja Kształcenia
Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu
oraz**

**Oddział Wrocław Polskiego Towarzystwa
Stomatologicznego
zapraszają na kurs medyczny online**

**WEBINARIUM:
„STOMATOLOGIA NEUROMIĘŚNIOWA
W NOWOCZESNEJ PROTETYCE”**

**który odbędzie się 19 marca 2022 r. (sobota)
w godz. 10.00-14.00.**

Uczestnikowi kursu przysługują 4 punkty edukacyjne.
Udział w kursie jest dobrowolny i bezpłatny.

Kierownik i moderator kursu dr hab. Maciej Dobrzyński,
Prof. UMW

Wykładowca dr n. med. Jacek Ciesielski

Program kursu

CZĘŚĆ I

godz. 10.00-11.45 Jak leczyć pacjentów z dysfunkcjami
narządu żucia?
Złota proporcja, złoty indeks LVI,

fenomen mięśniowy – klucz do ustalania
wysokości zwarcia centralnego.
Aparat J-5 i urządzenie Brux-off – zalety
w diagnostyce i terapii.

godz. 11.45-12.00 Przerwa

CZĘŚĆ II

godz. 12.00-13.45 Ortodontic – autorska szyna do relaksacji,
deprogramacji oraz repozycji żuchwy.
Fenomen mięśniowy.

Przegląd przypadków klinicznych.

godz. 13.45-14.00 Dyskusja i zakończenie kursu

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

Decyduje kolejność zgłoszeń.

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

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

**Komisja Stomatologiczna i Komisja Kształcenia
Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu
oraz**

**Oddział Wrocław Polskiego Towarzystwa
Stomatologicznego
zapraszają na kurs medyczny online**

**WEBINARIUM:
„WYBRANE ASPEKTY LECZENIA
IMPLANTOLOGICZNEGO”**

**który odbędzie się 28 maja 2022 r. (sobota)
w godz. 10.00-13.30.**

Uczestnikowi kursu przysługują 3 punkty edukacyjne.
Udział w kursie jest dobrowolny i bezpłatny.

Kierownik i moderator kursu
dr hab. Maciej Dobrzyński, prof. UMW

Program kursu

godz. 10.00-11.30 *Współczesne metody planowania leczenia*

implantologicznego
dr n. med. Jakub Hadzik

godz. 11.30-11.40 Przerwa

godz. 11.40-13.10 *Jak uniknąć poważnych powikłań w zabiegu
Sinus Lift i jak sobie z nimi radzić?*

dr n. med. Daniel Ciapiński

godz. 13.10-13.30 Dyskusja i zakończenie kursu

**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 dentystów

11 marca 2022 r. (piątek), godz. 18:00 – online

Link do formularz rejestracyjnego: https://pozytron.clickmeeting.com/orp-online-11-marzec-2022-r-szkolenie-i-egzamin-ochrona-radiologiczna-pacjenta/register?_ga=2.116938756.329130234.1640589037-1956472566.1635926286&_gac=1.204603812.1637752407.EAlalQobChMIksHdkO-w9AIVFBF7Ch3S3gvhEAAAYASAAEgK1EvD_BwE

19 marca 2022 r. (sobota), godz. 10:00 – online

Link do formularz rejestracyjnego: https://pozytron.clickmeeting.com/orp-online-19-marzec-2022-r-szkolenie-i-egzamin-ochrona-radiologiczna-pacjenta/register?_ga=2.116938756.329130234.1640589037-1956472566.1635926286&_gac=1.204603812.1637752407.EAlalQobChMIksHdkO-w9AIVFBF7Ch3S3gvhEAAAYASAAEgK1EvD_BwE

2 kwietnia 2022 r. (sobota), godz. 10:00 – online

Link do formularz rejestracyjnego: https://pozytron.clickmeeting.com/orp-online-2-kwiecien-2022-r-szkolenie-i-egzamin-ochrona-radiologiczna-pacjenta/register?_ga=2.37360802.329130234.1640589037-1956472566.1635926286&_gac=1.3328516.1637752407.EAlalQobChMIksHdkO-w9AIVFBF7Ch3S3gvhEAAAYASAAEgK1EvD_BwE

10 kwietnia 2022 r. (niedziela), godz. 16:00 – online

Link do formularz rejestracyjnego: https://pozytron.clickmeeting.com/orp-online-10-kwiecien-2022-r-szkolenie-i-egzamin-ochrona-radiologiczna-pacjenta/register?_ga=2.85136155.329130234.1640589037-1956472566.1635926286&_gac=1.174721430.1637752407.EAlalQobChMIksHdkO-w9AIVFBF7Ch3S3gvhEAAAYASAAEgK1EvD_BwE

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 odbytych szkoleniu 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 jest prowadzone 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 zdanym egzaminie 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 ilość 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

„PSYCHOLOGICZNE RÓŻNICE INDYWIDUALNE – CZYLI DLACZEGO I CZYM RÓŻNIĄ SIĘ LUDZIE POMIĘDZY SOBĄ?

**Jak wiedzę o różnicach wykorzystać w relacjach z pacjentami,
współpracownikami i rodziną”**

który odbędzie się w następujących terminach:

23 marca 2022 r. (środa) w godz. 9.00–12.00,

20 kwietnia 2022 r. (środa) w godz. 9.00–12.00,

18 maja 2022 r. (środa) w 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

Każdy człowiek jest niepowtarzalny, jedyny w swoim rodzaju. Pomimo to posiadamy zestaw cech wspólnych. Łączy nas: sposób mówienia, zachowania,

odczuwania, analizowania itp. Jesteśmy układanką składającą się z różnych elementów. Niektóre z nich wyraźnie wyróżniają się na tle innych, wpisując nas w określoną kategorię lub typ, np. w typ osobowości. Każdy typ, styl, odmiana mają swoje mocne i słabe strony. Wiedza o nich pozwala skutecznie oddziaływać nie tylko na otaczających nas ludzi, w tym współpracowników i pacjentów, ale także na samego siebie.

Zagadnienia

1. Teorie osobowości, typy temperamentów, style poznawcze,
2. Zależności pomiędzy typem osobowości człowieka, a występującymi zaburzeniami zdrowotnymi
3. Rozpoznawanie psychologicznych typów pacjentów
4. Efektywne komunikacja z pacjentami o różnych charakterystykach psychologicznych (budowanie relacji, wpływanie na poglądy, decyzje, zachowania)
5. Identyfikacja własnych preferencji psychologicznych i ich wykorzystywanie w budowaniu relacji interpersonalnych

**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.**

PLAN KURSU SPECJALIZACYJNEGO „PRAWO MEDYCZNE”, online (dwa terminy)

10 października (poniedziałek) i 21 listopada (poniedziałek) 2022		
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)
11 października (wtorek) i 22 listopada (wtorek) 2022		
8.00-8.45	dr n. med. Paweł Wróblewski	Zadania i działania 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 Patrzałek	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 działania samorządu lekarskiego: postępowanie przed organami izb lekarskich (rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej oraz sądem lekarskim). Prawa i obowiązki członków samorządu lekarskiego
12 października (środa) i 23 listopada (środa) 2022		
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	adw. 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

Rekrutacja na kurs: lekarze posiadający EKS zgłaszają się poprzez SMK, pozostali przez profil na stronie Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (cmkp.edu.pl).



Z głębokim żalem i poczuciem ogromnej straty
przyjeliśmy wiadomość
o śmierci

**Pani Profesor dr hab. n. med.
Elżbiety Gajewskiej**

twórczyni polskiej neonatologii, nauczyciela wielu pokoleń
lekarzy, emerytowanego kierownika Kliniki Neonatologii
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, wieloletniego
konsultanta krajowego w dziedzinie neonatologii
oraz przewodniczącej Ogólnopolskiej Sekcji Neonatologii
Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego.

Pani Profesor była wybitnym specjalistą pediatrii i neonatologii,
naszym Mentorem i Przyjacielem.

Na zawsze pozostanie w naszych sercach i pamięci.

Wyrazy współczucia
Rodzinie i Bliskim
składają
neonatalogdy z Oddziału Dolnośląskiego
Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego

Koledze

Krzysztofowi Sutkowskiemu

wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

Ojca

składają
koleżanki i koledzy z Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej,
Małoinwazyjnej i Endokrynologicznej
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu
i Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu

Naszej drogiej Koleżance

dr Jagodzie Banaszak

wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

Męża

składają koleżanki i koledzy
z Koła Lekarzy Dentystów DIL Ziemi Oleśnickiej

Doktor Monice Lachowskiej

oraz
Rodzinie
wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci

Mamy

składają
koleżanki i koledzy z Oddziału Dolnośląskiego
Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego

Koledze

Krzysztofowi Sutkowskiemu

wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

Ojca

składają
koleżanki i koledzy z Katedry i Kliniki Medycyny Ratunkowej
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu
i Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu

Z głębokim smutkiem i żalem informujemy,
że 23 stycznia 2022 r. zmarła

Pani dr Barbara Zieńczuk

od wielu lat współpracowała z Przychodnią „Mieszko”
w Świdnicy prowadząc poradnię endokrynologiczną.

Żegnamy Lekarza niezwykle oddanego swojej pracy i swoim
pacjentom, naszą Koleżankę i wspaniałego Człowieka.

Pozostanie w naszej pamięci na zawsze.

Rodzinie i Najbliższym
składamy
wyrazy głębokiego współczucia
Zarząd i współpracownicy
Przychodni „MIESZKO” w Świdnicy

Wyrazy szczerzego współczucia dla

lek. dent. Brygidy Bogacz

z powodu śmierci

Mamy

w imieniu koleżanek i kolegów
z Koła Lekarzy Prywatnie Praktykujących przy DIL
składa
przewodniczący KLPP lek. dent. Marek Stehlik

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że 2 marca 2022 roku
odszedł nasz Kolega

dr hab. Henryk Sośnik

specjalista patomorfolog, wieloletni pracownik Katedry
Patomorfologii Akademii Medycznej we Wrocławiu, członek
Oddziału Wrocławskiego Polskiego Towarzystwa Patologów.

Rodzinie Zmarłego składamy wyrazy
głębokiego współczucia
Koleżanki i koledzy z Oddziału Wrocławskiego
Polskiego Towarzystwa Patologów

Z ogromnym smutkiem przyjęliśmy wiadomość, że
2 lutego 2022 r. w wieku 90 lat
odeszła od nas

lek. dent. Ewa Kozłowska

Została pochowana na cmentarzu św. Wawrzyńca
we Wrocławiu.

Wyrazy współczucia Bliskim składają
koleżanki i koledzy z Koła Lekarzy Seniorów DIL

9 lutego 2022 roku z głębokim żalem
przyjeliśmy wiadomość o śmierci

Profesor dr hab. Elżbiety Gajewskiej

wieloletniego kierownika Kliniki Neonatologii
Akademii Medycznej we Wrocławiu,
wychowawczyni wielu pokoleń lekarzy,
całym sercem zaangażowanej w tworzenie
polskiej neonatologii.

Rodzinie,
Bliskim i Przyjaciółom
wyrazy głębokiego współczucia
składa
kierownik Kliniki Neonatologii wraz z zespołem

Z ogromnym żalem zawiadamiamy o śmierci naszej Koleżanki

Barbary Zieńczuk

lekarza chorób wewnętrznych, specjalisty endokrynologii

Rodzinie i Najbliższym
wyrazy głębokiego współczucia
składają

koleżanki i koledzy z Koła Terenowego DIL w Świdnicy

Pani dr Dorocie Paluszyńskiej

wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

Mamy

składają
kierownik Kliniki Neonatologii wraz z zespołem

Drogiej Koleżance

Katarzynie Sośnik

wyrazy najszczerzego współczucia z powodu śmierci
Ojca

śp. dr. hab. Henryka Sośnika

składają
współpracownicy z Oddziału Kardiologii
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu

Pani dr n. med. Ewie Przerwie-Tetmajer

wyrazy współczucia
z powodu śmierci

Męża

składają
zarząd oraz pracownicy firmy Medicus sp. z o.o

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że 30 stycznia 2022 roku
zmarł nasz Kolega

dr n. med. Janusz Zakrzewski

specjalista alergolog

Rodzinie i Bliskim
wyrazy głębokiego współczucia
składają
koledzy z Grupy ZET

Naszej Koleżance

lek. dent. Brygidzie Bogacz

wyrazy najszczerzego żalu i współczucia
z powodu śmierci

Mamy

w imieniu koleżanek i kolegów
z Komisji Stomatologicznej DRL
składa
przewodnicząca Komisji Stomatologicznej DRL
lek. dent. Iwona Świątkowska

Wyrazy współczucia dla
naszej Koleżanki

dr hab. n. med. Edyty Sutkowskiej

z powodu straty

Teścia

składa
kierownik oraz zespół Uniwersyteckiego Centrum Rehabilitacji
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Podziękowania

Na ręce **Pana Doktora Mirosława Wydry** składam serdeczne podziękowania całemu zespołowi Oddziału Ginekologiczno-Położniczego EMC Szpitala Regionalne Centrum Zdrowia w Lubinie za profesjonalizm, rzetelne i fachowe oraz pełne empatii zaangażowanie w moje problemy zdrowotne.

Mam świadomość, jak poważne stoją przed Panem doktorem wyzwania i odpowiedzialność związana z pełnioną funkcją. Dlatego, doceniając bardzo dobrą współpracę, wyrażam głębokie wyrazy wdzięczności.

Szczególne słowa uznania kieruję do **Pani Doktor Olgi Piotrowskiej**. Pełne zrozumienie potrzeb pacjenta oraz życzliwość Pani Doktor pozwoliły mi spokojnie myśleć o stanie mojego zdrowia.

Dziękuję ponadto całemu zespołowi Pań położnych kierowanemu przez **Panią oddziałową mgr Krystynę Szwałę** za troskliwą opiekę w trakcie hospitalizacji. Jednocześnie korzystając z okazji **Panu Doktorowi oraz całemu personelowi medycznemu** składam życzenia wszelkiej satysfakcji z wykonywanej pracy, wytrwałości w trudnych chwilach oraz powodzenia w realizacji wszystkich celów i zamierzeń.

Z wyrazami szacunku i poważania
wdzięczna pacjentka
Danuta Wałęga-Szych



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/flowers-1335636/callumramsay

Składam serdeczne podziękowania **Panu płk. dr. n. med. Szczepanowi Barnasiowi**, kierownikowi Kliniki Otolaryngologii 4. Wojskowego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu przy ul. Rudolfa Weigla 5, za szczególne zaangażowanie w moje leczenie laryngologiczne latem 2021 roku.

Dziękuję Panu Doktorowi za wcześniejsze leczenie ambulatoryjne, a następnie za opracowanie strategii leczenia i skuteczne przeprowadzenie operacji.

Moc podziękowań należy się również całemu wspaniałemu **personelowi Kliniki Otolaryngologii WSK**: lekarzom-laryngologom, anestezjologom, pielęgniarkom i personelowi pomocniczemu. Oddział imponował sprawną organizacją, profesjonalizmem, opieką i autentycznym zaangażowaniem w sprawę pacjenta.

Pani dr n. med. Teresie Szawrowicz-Pelce, wcześniej koleżance z Katedry Patofizjologii, a obecnie z Klinicznego Oddziału Otolaryngologicznego Szpitala Wojskowego we Wrocławiu, dziękuję za skierowanie do szpitala i umożliwienie leczenia w tak doskonałym ośrodku.

W dobie trudnej sytuacji epidemiologicznej Klinika Otolaryngologii WSK we Wrocławiu jest wspaniałym przykładem etycznej i profesjonalnej medycyny.

Dziękuję bardzo!

Dr n. med. Mirosław Górnicki



REGINA WOJCIESZAK-WOLDAN

Kamień

Bez drzwi – kamień,
to przepastna samotność,
pustka, ciemność,
w skorupie zamknięcie.
Na nikogo nie czeka,
nie widzi, nie czuje,
nie dotyka, nie kocha.
Nie bierze udziału!
Ale – nie traci,
nie rozpacza, nie cierpi,
przyjaciół nie żegna.
Nie wie, że jest!

Grafika autorki



Kącik poetycki

Mniej

Słów jakich użyć,
co lawiną być chcą
– kamiennym okruczem?
Jak opisać emocje,
co rzeką rwącą
– źródłem zaledwie?
Jak serce poskromić,
co tabunem koni
– w dorożkę zaprzęgnąć?
Czy rozhasaną duszę
– dygnięciem oszukasz?
Burzę zmysłów
– zaledwie kropelką?

Ułuda

Jak można się rozstać,
kiedy się wcale nie było?
Jak zapomnieć,
oczu barwy nie znając?
Jak tęsknić za dotykiem,
gdy muśnięcie zaledwie?
Jak przestać słyszeć głos,

w ciało nieubrany?
Jak odgonić myśli,
w czuły punkt
wpatrzone?
Przeczekać?
A jeśli ułuda dla
duszy – niezbędna.

Ty i ja

Jeszcze nie wyszedłeś,
a już tęsknię.
Jeszcze nie powiedziałeś,
a już słyszę.
Jeszcze się nie uśmiechasz,
a już uśmiech widzę.
Jeszcze nie ma łez,
a już je ocieram.
Jeszcze grymasu nie ma,
a już wiem, że boli.
Co to jest?
To jest – miłość!

Wyznanie medyka

Jesteś tuż pod moją skórą,
na oka siatkówce,
smakowych kubkach,
polach słuchowych
i w węchowej mgle.
W cytoplazmie,
na jąder orbitach,
w mitochondriach,
rybosomach,
lecz nie w DNA.
Także w cyklu Krebsa,
w tlenowej wymianie,
w energii tworzeniu,
w kwantowych wydatkach.

Jesteś moją insuliną,
adrenaliną, sterydem,
a nade wszystko,
endorfiną.
W EKG – rytmem zatokowym,
w USG – niemym kamykiem,
w MR – delikatnym zanikiem istoty,
w EEG – rytmem alfa
z licznymi artefaktami.
Oj, będą kłopoty
z twoimi
we mnie – faktami,
choć tylko – „arte”!

► REGINA WOJCIESZAK-WOLDAN

Lekarz otolaryngolog. Urodziła się w 1950 r. w Boguszowie na Dolnym Śląsku. Ukończyła II LO w Wałbrzychu i Akademię Medyczną we Wrocławiu. Pracowała w PZOZ we Wrocławiu oraz „Medarze”, „Promedisie” i „LUX MEDZIE”, do przejścia na emeryturę w 2018 r. Od 49 lat żona chirurga Jurka Woldana. Dwie córki, czworo wnucząt. Od 2010 roku mieszka w Brzezince Średzkiej, gdzie rozwija – z potrzeby serca – swoje pasje: pisze wiersze, maluje, fotografuje i pielęgnuje swój ogród. W 2020 r. wydała tomik pt. „Wierszowane emocje”, który zawiera także wiele jej prac malarskich, w tym kilka inspirowanych malarstwem Vincenta van Gogha i skierowanych do niego wierszy.



Fot. z archiwum R.W.-W.



Olga Paluchowska-Święcka, Prosektorium, Prószyński i S-ka, Warszawa 2011.

Słota uczuć niezwykła, ale przy tym bardzo subtelna. Nietuzinkowy pomysł na to, by opowiedzieć o kobiecie w werwie i delikatności. Te dwa zdania idealnie oddają książkę Olgi Paluchowskiej-Święckiej zatytułowanej „Prosektorium”.

Natasza to młoda studentka, która pracuje jako modelka. Jej życie jest pełne kontrastów. Szukając swojego miejsca w brutalnym świecie dorosłości podejmuje pracę w prosek-torium – miejscu, w którym w jej odczuciu może ukryć się przed życiem. Jednak szpitalne mury nie uchroniły jej od przeznaczenia. Natasza odkrywa w nich, czym tak naprawdę jest przyjaźń, miłość i wiara w siebie. Zaczyna doceniać wartość życia. Śmiertelnie chory mały chłopiec, piękna i pełna życia młoda dziewczyna czekająca na operację i koleżanka z pracy, która dokonuje samookaleczenia, to dopiero wierzchołek góry lodowej. Główna bohaterka zmierzy się z ogromem historii przesyconych nieszczęściem. Ukojenie, którego tak potrzebuje, odnajdzie jednak właśnie tam. Wśród wielu ludzkich nieszczęść.

W książce tej nie znajdziemy głównego wątku, wielkiej przygody czy szczęśliwego zakończenia. Tutaj liczą się pojedyncze zdania. Pytanie brzmi: co jest ważniejsze, mały wycinek życia, czy może jego całość? ■

Natasza to młoda studentka, która pracuje jako modelka. Jej życie jest pełne kontrastów. Szukając swojego miejsca w brutalnym świecie dorosłości podejmuje pracę w prosek-torium – miejscu, w którym w jej odczuciu może ukryć się przed życiem. Jednak szpitalne mury nie uchroniły jej od przeznaczenia. Natasza odkrywa w nich, czym tak naprawdę jest przyjaźń, miłość i wiara w siebie. Zaczyna doceniać wartość życia.

Film: Oszust z Tindera, Netflix, premiera: luty 2022.

O wielkiej, prawdziwej i tej jedynej miłości pisano od starożytności. Jak długa jest historia ludzkości, tak długa jest historia nieszczęśliwych kochanków. Swatki znane od tysięcy lat przeobraziły się w aplikacje randkowe. Jedną z nich jest Tinder. Mała ikonka na pulpicie telefonu skrywa w sobie wiele. Dzięki niej każdy z nas może przeistoczyć się w nową, lepszą wersję siebie, zawrzeć znajomości i znaleźć wielką miłość. Z pozoru niewinna aplikacja stała się przyczyną wielu dramatów.

Oszust z Tindera to najnowsza produkcja Netflix. Film dokumentalny bije rekordy popularności na całym świecie. Piszą o nim niemal wszystkie media, od plotkarskich po największe stacje informacyjne. Dlaczego z pozoru mało atrakcyjny dla widza dokument stał się fenomenem światowych mediów? Wszystko za sprawą solidnej historii o oszuście, który swoje niewinne ofiary rozkochał i okradł. Odwieczna walka dobra ze złem, aniołów z diabłami przenosi się do aplikacji randkowej. Wisienkę na torcie stanowi fakt, że sprawa nie tylko jest prawdziwa, ale toczy się nadal. A każdy z nas korzystał, korzysta lub zna kogoś, kto użytkuje Tindera.

Shimon Yehuda Hayut podający się za Simona Levieva to przystojny, młody i przede wszystkim bogaty mężczyzna, który szuka miłości na Tinderze. Obiecuje kobietom bajkę Disneya w rzeczywistym świecie. Karmi je pięknymi historiami o cudownej rodzinie, diamentowym królestwie i niezwykłym życiu, jakie wiecie. Zauroczone nim kobiety, myśląc, że znalazły księcia, wpadają w pułapkę kłamstw. Jednak prawdziwe życie to nie bajka. Leviev to doskonały manipulator. Zaczyna od niesamowitych randek, kończąc na historii o wielkim niebezpieczeństwie, w jakim się znajduje. Jego ofiary zaciągają ogromne pożyczki, aby pomóc mu uniknąć śmierci. Kiedy konta kobiet świecą pustkami, a banki nie chcą im dawać kolejnych kredytów, wielka miłość Levieva się kończy. Cudowny książę okazuje się zwykłym draniem i naciągaczem. Historia Shimona to opowieść o biednym mężczyźnie z rozsypującym się osiedla w jednym z izraelskich miast, który z oszukiwania kobiet uczynił sposób na życie. Ile jest w tym prawdy? To wie jedynie sam Leviev.

Oszust z Tindera to dokument o narcystycznym psychopacie, chorym człowieku, który z cudzego nieszczęścia czerpie wielkie zyski i o kobietach nieświadomych otaczających ich zagrożeń, marzących o pięknej bajce. Produkcja Felicity Morris na długo pozostanie na językach całego świata. ■

YouTube: Marek i rośliny

Z wykształcenia filolog i specjalista do spraw personalnych – Marek Rejmer z pasją prowadzi jeden z najlepszych kanałów na polskim YouTube o roślinach. W swoim mieszkaniu ma ich ponad 350. Z ogromną pasją opowiada o zielonych towarzyszach swojego życia. Jego miłością są aroidy - rośliny obrazkowe (philodendrony, anthurium, alokacje) oraz hoje. Udziela porad dotyczących uprawy roślin i pokazuje swoje kolejne roślinne łupy. Można go znaleźć również na Instagramie. Współprowadzi tam konto Sighthounds Love Plants. ■



SILVA RERUM MEDICARUM VETERUM

Ołysienie pod wpływem przestachu. Paryski Lekarz Dr. Boissier przytacza w czasopiśmie *Progrès médical* ciekawy wypadek utraty włosów na głowie i zarostu na twarzy przez pewnego 38-letniego mężczyznę, który uległ nagłemu przestrachowi na widok grożącego jego dziecku niebezpieczeństwa. Chory Dra Boissiera doznawał bezpośrednio po chwili przestachu silnych dreszczów, bicia serca i drgawek na twarzy i głowie, następnego dnia poczęły mu już wypadać włosy z brwi, wąsów, brody i głowy, a po upływie 8 dni utracił cały zarost i czuprynę. Nowy porost włosów nastąpił po pewnym czasie, lecz włosy były z początku bezbarwne, gdy się zaś wzmocniły, były znacznie miększe, a kolor ich stał się jaśniejszym od dawniejszego.

„Nowy Lekarskie” 1900, XII, 37

excerpta selegit
Andrzej Kierzek



Życie kulturalne powoli wraca do normy. Wprawdzie pandemia odciska swoje piętno na każdej imprezie, ograniczając liczbę uczestników i powodując konieczność posiadania certyfikatów szczepień, które nareszcie na coś się przydają. Noszenie maski nie należy do najprzyjemniejszych, ale jest wymagane.

I tak pod koniec stycznia zbiegły się interesujące imprezy różnego typu. Piwnica pod Baranami z Krakowa w wielkiej Sali Główniej Narodowego Forum Muzyki świętowała swoje 65-lecie. Z pierwotnego składu zespołu do dzisiaj pozostali tylko Tadeusz Kwinta i Niki Obłoński. Piwnica powstała w roku 1956 w Pałacu „Pod Baranami” w Krakowie, a jej założycielem był legendarny Piotr Skrzynecki, któremu Piwnica zawdzięcza sławę i niepowtarzalny charakter. W latach 60. do zespołu dołączyła Ewa Demarczyk i kompozytor Zygmunt Konieczny, a także śpiewający poeta Leszek Długosz, którzy przyczynili się do rozślawienia Piwnicy na całą Polskę. Przed laty każde moje odwiedziny Krakowa związane były z próbą dostania biletów na występy i często udawało mi się podziwiać Piotra Skrzyneckiego w akcji. W podziemiach Pałacu pod Baranami występowała też cała plejada znakomych autorów, a wokół Piwnicy skupiały się wybitne nazwiska takie jak Andrzej Wajda, Krzysztof Penderecki. Warto wspomnieć, że kultową postacią Piwnicy był prof. Andrzej Szczeklik, absolwent naszej Akademii, który po uzyskaniu we Wrocławiu habilitacji przeniósł się do Krakowa i tam doprowadził do włączenia Akademii Medycznej w skład Uniwersytetu Jagiellońskiego. Profesor był częstym gościem w Piwnicy, gdzie zasiadał do pianina, a ponadto jako znakomity internista często leczył artystów. Koncert we Wrocławiu nawiązał do najlepszych tradycji, weterani spisali się znakomicie,

Zapiski emeryta



Moda w dobie pandemii

Pewien amerykański student medycyny kilkadziesiąt lat temu wyznał, że jak powróci do Chicago, to brat kupi mu prywatny szpital. Ale on uważał, że mógłby zarobić więcej mając pralnię obok tego szpitala. Były to oczywiście czasy, gdy jeszcze nikt nie wiedział, że niedługo większość ubrań medycznych stanie się ubrankami jednorazowymi. W dobie obecnej pandemii nastąpił, i to nie tylko w zakładach medycznych, żywiołowy rozwój różnego typu maseczek „twarzowych”: bawełnianych, różnokolorowych, chirurgicznych. Maseczki FFP2 i FFP3 wyglądają, jak skopiowane ze średniowiecznych hełmów – określane są także jako „kacze dzioby”. Podobne do nich są noszone przez budowlanców maseczki przeciwkurzowe/przeciwpyłowe. Niektóre pięknie na maseczkach malują różne obrazki... W internecie krążą także przykłady różnego typu maseczek automatycznie otwierających usta w czasie jedzenia i picia lub odsłaniających nos przy kichaniu.

Fartuchy covidowe są oczywiście jednorazowe. W zależności od materiału mogą być w różnych kolorach, zapinane na rzepy lub wiązane. Na specjalną uwagę zasługują kombinezony mające chronić przed wszystkimi znanymi drobnoustrojami. Są niewygodne, nie przepuszczają powietrza, mogą służyć jako środek zmniejszający wagę. Kombinezony te mają jedną zaletę – nie trzeba lecieć w Kosmos, aby człowiek wyglądał jak kosmonauta. Widok ekipy pogotowia przyjeżdżającej po pacjenta robi tak szokujące wrażenie na mieszkańcach bloku mieszkalnego, że kilka razy się zastanowią, zanim kolejny raz zadzwonią po taką ekipę ufoludków...

dr Józef emeryt (w maseczce)

POMRUK SALONÓW

młodzież też nie zawiodła. Brakowało oczywiście piwnicznej krakowskiej atmosfery, ale koncert zakończył się owacją na stojąco przy wypełnionej po brzegi sali.

Następnego dnia we wrocławskim ratuszu wystąpił Stoltzer Ensemble. Jest to kwartet wybitnych śpiewaków, a mianowicie: Radosław Pacholek – kontratenor, Maciej Gocman – tenor, Piotr Karpeta – baryton i Rafał Chalabala – bas. Zespół przyjął swoją nazwę od nazwiska Thomasa Stoltzera, kapelmistrza wrocławskiej katedry z XVI wieku. Specjalizuje się w muzyce renesansu i baroku. Tym razem usłyszeliśmy w jego wykonaniu „Zapomniane melodie, czyli przedwojennych wspomnień czar”, który przeniósł nas w beztroski czas karnawału. Śpiewane piosenki połączył słowem znany wrocławski satyryk Jerzy Skoczylas. Przeżyliśmy prawie dwie godziny niezapomnianych wrażeń.

Największym jednak wydarzeniem kulturalnym była inauguracja słynnych organów Michała Englera. Były to najwspanialsze organy na Dolnym Śląsku zwane „głosem Śląska” i jedno z najcenniejszych w Europie. Powstały w latach 1750–1761 i niestety 9 czerwca 1976 roku w czasie pożaru kościoła św. Elżbiety spłonęły. Odtworzone z pietyzmem zabrzmiały wspaniale. Liczą one 3468 piszczałek, z których największa ma 12 metrów, a najmniejsza 11 mm. W koncercie inauguracyjnym wystąpił znakomity włoski organista Lorenzo Ghielmi, ale największą furorę zrobił były rektor Uniwersytetu Wrocławskiego prof. Adama Jezierski, który na zakończenie koncertu zagrał Fugę Jana Sebastiana Bacha. Owacjom nie było końca.

I w ten sposób wkroczyliśmy muzycznie w kolejny miesiąc, w którym życzę Wam wielu wrażeń – nie tylko muzycznych.

Wasz Bywalec



CZAS NA RELAKS

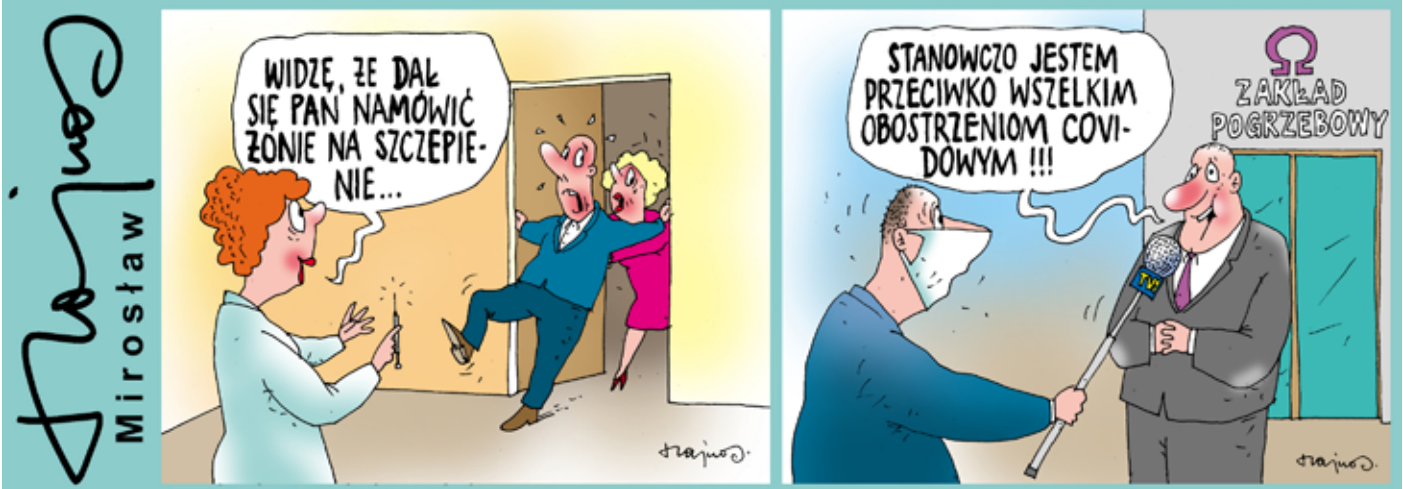
Litery z pól oznaczonych cyframi/liczbami od 1 do 16 utworzą rozwiązanie (hasło medyczne). Hasło prosimy przesłać na adres pocztowy lub e-mail: redakcja@dilnet.wroc.pl do 18 marca 2022 r. z dopiskiem na kopercie lub w temacie wiadomości elektronicznej „Krzyżówka – nr 3/2022”.

Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy trzy nagrody książkowe (prosimy o podanie adresu do wysyłki). Nazwiska nagrodzonych zostaną opublikowane w nr 4/2022 „Medium”. Życzymy udanej zabawy!

ZDANIE SKŁADAJĄCE SIĘ Z ZAŁOŻENIA I TEZY	15	PRZEDPORCIE		JEDNOSTKA POJEMNOŚCI ELEKTRYCZNEJ	FRANCUSKI BURMISTRZ		TEREN POKRYTY TRAWĄ	12	POMIESZCZENIE	11	GŁOŚNE DŹWIĘKI ZAKŁÓCAJĄCE SPOKÓJ	OPIEKUN PRAWNY		USYPIA DZIECI	
ZATOPIONY STATEK				PRZYJACIÓŁKA	SUBSTANCJA W POSTACI DROBNEGO PROSZKU				OGON LISA		AMERYKAŃSKI DRAPIEŹNIK Z RODZINY KOTÓW	ŁAN, NIWA		OBREZD WILTANIA WIOSNY	
							MIASTO W WOJEWÓDZTWIE LUBELSKIM	6							
WSKAZYWANY STRZAŁKA					GRZĄDKA KWIATOWA						DYLETANT				
HOLENDER-SKIE MIASTO SKYNAĆ Z WYROBU SERA				13	TEKST PRZYSIĘGI						PLACONE NA GRANICY				
ŚLEDZI RUCH SAMOLOTÓW						AUTOR POWIEŚCI „IMIE RÓŻY”	KOMPOZYTOR JOHANN SEBASTIAN		KOBIETA UMARTWIĄCA SIĘ			1			
KOMEDIA FREDRY		GRECKI BÓG MIŁOŚCI	POWIEŚĆ ELIZY ORZESZKOWEJ		5	DANIEL OLBRYCHSKI		16	LÓD NA RZECIE			PAŃSTWO Z BUDAPESZTEM	3	KŁOPOTY, TARAPATY	
GRECKA BOGINI MAŁŻEŃSTWA						NIE DOTYKAĆ!		2	MAJKA Z SERIAŁU I POWIEŚCI MIN-KOWSKIEGO	10					
	8				CZEŚĆ SZTUKI TEATRALNEJ		BICZ		KRÓL ZWIERZĄT		4	MIESZANINA GŁOSÓW	NIEBEZPIECZNY W RZECIE	JAK USZCZYPNIE, BĘDZIE ZNAK	
DOM LISA						9	REJESTR DANYCH LICZBOWYCH W RUBRYKACH		DUŻO DRZEW						
					STRACH, LĘK	14						GÓRY W BUŁGARII			
WRZUCANY DO SKRZYŃKI POCZTOWEJ		ŁAMLIWE CIASTO, WAFEL							AUTOR PIĘTNUJĄCY I OŚMIESZAJĄCY	7					

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

Rozwiązanie krzyżówki z „Medium” 2/2022: CHYMOTRYPSYNA
Z grona Czytelników, którzy nadesłali prawidłowe rozwiązania, wylosowane zostały:
1. Adrian Załucki z Wałbrzycha, 2. Aleksandra Musiała z Wrocławia, 3. Aleksandra Kujawa z Wrocławia.
Wylosowanym lekarzom-szaradziom 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 Barbara Maciążek – 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 Jamroz – starszy specjalista,

tel. 71 798 80 88

Komisja: Stomatologiczna, Historyczna

i Kultury, Finansowa, Rewizyjna

Pośrednictwo pracy

mgr Agnieszka Jamroz – starszy specjalista,

tel. 71 798 80 88

Rejestr Lekarzy i Prywatnych Praktyk Lekarskich

Krystyna Popiel – p.o. kierownik rejestru

tel. 71 798 80 55,

mgr Małgorzata Kubarycz-Hoszowska – specjalista,

tel. 71 798 80 56,

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

Paulina Mostek – specjalista, tel. 71 798 80 57,

mgr Joanna Żak – starszy specjalista,

tel. 71 798 80 60,

mgr inż. Dorota Flak – starszy specjalista,

tel. 71 798 80 61,

Lekarska Kasa Pomocy Koleżeńskej

Ewa Świerka – specjalista, tel. 71 798 80 71

wtorek, środa 8.00-14.00; czwartek 8.00-16.00

Konto Kasy Pomocy Koleżeńskej

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 Molec – 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 Bebniań, 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

Informatycy

inż. Wiktor Wołodkiewicz, tel. 71 798 80 84

inż. Grzegorz Olszanowski, 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

Przewodnicząca Delegatury Legnickiej

Ryszard Kępa, wtorek 15.00-16.00

pl. Słowiański 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

◆ PZZLA w Żmigrodzie zatrudni lekarza do pracy w POZ (internistę, pediatrę, medycyny rodzinnej, bez specjalizacji). Proponujemy bardzo dobre warunki pracy i płacy oraz miłą atmosferę. Przychodnia jest bardzo dobrze skomunikowana - przy trasie S5 na Poznań, około 50 kilometrów od Wrocławia. Kontakt e-mail: pzzla@pzzla.pl, tel. 662 194 471, 71 385 33 09 wew. 19.

◆ Specjalistyczny Szpital w Branicach zatrudni lekarzy specjalistów psychiatrów, lekarzy w trakcie specjalizacji lub chętnych do specjalizacji z psychiatrii oraz lekarza internistę. Oferujemy bardzo dobre warunki placowe oraz mieszkanie służbowe. Rodzaj umowy – umowa o pracę, zlecenie lub kontrakt. Proponowana stawka 140 zł/h (umowa kontraktowa). Dla lekarzy rezydentów z psychiatrii bezzwrotny dodatek miesięczny w wysokości 2 000,00 zł. Kontakt: tel. 77 403 43 07 lub e-mail: sws.kadry@op.pl

ZATRUDNIĘ LEKARZA DENTYSTĘ

◆ 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, biuro@aurident.pl lub tel. +48 601 758 395 po godz. 10.00.

◆ Szukam do współpracy lekarza ortodontę w Nysie. Kontakt tel.: 77 433 33 13, 501 765 899, www: stomatologiajodelka.pl

◆ Przychodnia stomatologiczna Ritus z Bielawy (60 km od Wrocławia) podejmie współpracę z lekarzem stomatologiem. Oferujemy dogodne godziny pracy, miłą atmosferę oraz bardzo dobre warunki placowe. Telefon: 695 325 925.

◆ Klinika Stomatologiczna Supradent Matuszewscy w Jeleniej Górze zatrudni lekarza stomatologa, chcącego rozwijać się w mikroskopowej stomatologii zachowawczej lub nowoczesnej endodoncji. Oferujemy dostęp do najnowocześniejszych technologii i materiałów, pracę pod mikroskopem, dedykowaną asystentkę, wsparcie w zakresie rozwoju zawodowego i atrakcyjne warunki finansowe. Kontakt: 667 751 989, e-mail: praca@supradent.com.pl

◆ Gabinet stomatologiczny zatrudni lekarza dentystę. Pacjenci prywatni. Mieszkanie wyposażone, tel. 790 258 392.

◆ Poszukujemy lekarza stomatologa do pracy w gabinecie „Stomatologia dla uśmiechu” położonym w Centrum Medycznym MKMedic w Świdnicy. Dobra komunikacja z Wrocławiem i Dzierżoniowem. Pacjenci tylko prywatni. Atrakcyjne warunki finansowe i fantastyczna atmosfera. Kontakt gabinet@dlausmiechu.pl lub tel. 508 827 882.

◆ Placówka stomatologiczna we Wrocławiu nawiąże współpracę z protetykiem i endodontą. Wymagany min. 5-letni staż pracy. Kontakt: info@stomatolog.wroc.pl

INNE

◆ Sprzedam małą przychodnię i praktykę stomatologiczną w centrum Jeleniej Góry. Własny parking. Tel. 694 121 223, 606 617 362.

◆ Sprzedam praktykę stomatologiczną z całym wyposażeniem gabinetu: unit z 2018 roku, autoklaw, duży i drobny sprzęt stomatologiczny. Lokal wynajmowany jest od spółdzielni mieszkaniowej za niewysoką cenę. Można pracować od zaraz. Cena do uzgodnienia. Wrocław Psie Pole, tel. 605 360 064.

◆ Sprzedamy Przychodnię POZ w Ziębicach z zadeklarowanymi pacjentami (około 3700 pacjentów). Mamy kontrakt z NFZ do końca 2022 r. Placówka w pełnym rozkwicie. Sprzedajemy ze względu na wiek emerytalny, lecz oferujemy ewentualną pomoc w pracy. Kontakt: 606 835 509.

◆ Do wynajęcia lokal przy ul. B. Bilsego w Legnicy o powierzchni 82 m² przystosowany dla stomatologii (przyłącza do dwóch unitów stomatologicznych, osłony stałe do rtg). Istnieje możliwość wynajęcia lokalu razem ze sprzętem stomatologicznym. Lokal składa się z dwóch gabinetów, obszernej poczekalni, pomieszczenia na ew. rentgen, dwóch toalet i komórki gospodarczej. W lokalu może być prowadzona inna działalność medyczna lub pozamedyczna. Kontakt: 608 424 426.

◆ Wynajmę pomieszczenia na gabinety lekarskie w centrum medycznym w Świdnicy. Kontakt: 508 827 882.

◆ Sprzedam dobrze prosperujący, działający ponad 20 lat gabinet w centrum Wrocławia wraz z 67-metrowym lokalem, tel. 664 780 700.



**Sprawdź aktualne oferty pracy dla lekarzy we Wrocławiu i okolicach
na stronie www.dilmed.pl, tel.: 604 143 789.**

KURSY USG DLA PRAKTYKÓW

Doppler w położnictwie prowadzący dr n.med. Jacek Więcek, termin: 12 marca 2022

USG II trymestru prowadzący dr n.med. Anna Gryboś, termin: 26 marca 2022

USG OUN płodu prowadzący dr n.med. Michał Lipa, termin: 9 kwietnia 2022

USG III trymestru prowadzący dr Małgorzata Kowalska, termin: 23 kwietnia 2022

USG I trymestru prowadzący dr n.med. Karol Bielasik, termin: 28 maj 2020

Echo serca płodu prowadzący prof. Agata Włoch, termin: 16-17 września 2022

Echo serca płodu -kurs dla zaawansowanych prowadzący prof. Agata Włoch, termin: październik 2022 (Malaga)

Organizator: Centrum Medyczne Ginemedia

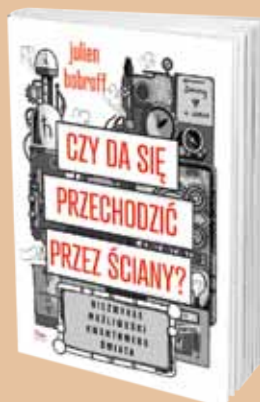
Informacje: www.szkolenia-usg.pl

Zapisy: info@szkolenia-usg.pl

Nawośći wydawnicze

Feeria
WYDAWNICTWO
science

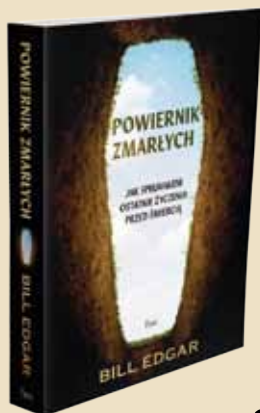
Poznaj tajemnice kwantowego świata.



Julien Bobroff udowadnia, że każdy może zrozumieć możliwości kwantowego świata. W dodatku nie wymaga to przyswojenia trudnych fizycznych reguł ani żmudnego przekopywania się przez opisy dokonania ojców założycieli.

To nie jest książka o umieraniu.

Wykonując ostatnią wolę zmarłych, Bill Edgar realizuje ich najbardziej skryte pragnienia, łamie tabu i wytrąca pogrzeby ze sztampy i zakłamania.



polecamy

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 Świętowska,
czwartek, 12.00-16.00

Wiceprezes DRL ds. kształcenia Andrzej Wojnar, przyjmuje
po uprzednim uzgodnieniu z sekretariatem

Wiceprezes DRL i przewodnicząca Delegatury Wrocławskiej
Bożena Kaniak, czwartek, 16.00-17.00

Sekretarz DRL Małgorzata Niemiec, czwartek, 15.15-16.00
Skarbnik Ryszard Jadach

Przewodniczący Komisji Etyki DRL

dr n. med. Jakub Trnka, czwartek, 15.00-16.00

Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyków

lek. Aleksander Błaszczuk, tel. 603 877 518

Delegatura Jelenia Góra

Przewodnicząca Barbara Polek, wtorek 10.00-11.00

Delegatura Legnica

Przewodniczący Ryszard Kępa, wtorek, 15.00-16.00

Delegatura Wałbrzych

Przewodnicząca Dorota Radziszewska,
wtorek, 15.00-16.00

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
Piotr Piszko, wtorek, 10.00-12.00

Przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego
Jan Spodzieja, czwartek, 11.00-13.00

Dyżur RODO i ws. EDM

Od września 2021 r. inż. Maciej Koziejko udziela porad
wyłącznie drogą elektroniczną, e-mail: iodo@dilnet.wroc.pl
Przynależność do Dolnośląskiej Izby Lekarskiej jest warunkiem
skorzystania z porady.

Podczas kontaktu prosimy o podanie numeru PWZ.



„Limfa. Źródło energii i zdrowia”

Układ

limfatyczny nie jest powszechnie znany, choć oplata całe ciało i ma wielki wpływ na nasze zdrowie. Limfa pomaga zwalczać drobnoustroje chorobotwórcze, komórki nowotworowe, a od jej prawidłowego przepływu zależy praca wielu narządów. Lisa Levitt Gainsley odkrywa przed nami wszystkie tajemnice układu limfatycznego, ale też pokazuje, jak skutecznie o niego zadbać.

Autorka
prezentuje
proste techniki

automasażu dostosowane do wielu powszechnych problemów zdrowotnych, tj. obrzęków, migren, zaburzeń trawienia, utraty wagi, słabej odporności, stanów zapalnych, niedoskonałości skóry i wielu więcej. W książce znajdziemy porady i praktyczne instrukcje, które pomagają pielęgnować ciało i umysł, uwalniając je od bólu i wybudzając je z letargu.



Autorka: Lisa Levitt Gainsley
Premiera: 09.03.2022
Przekład: Adriana Celińska
Cena: 44,90 PLN
Liczba stron: 368

LIMFA

Lisa Levitt Gainsley



elmedes.pl

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

Marcin Białek - autoklawy i mikrosilniki - 601 05 88 19

Krzysztof Palczyński - radio-obrazowanie - 605 95 68 07

Rafał Pielichaty - serwis - 608 84 77 25

Końcówki AKOS z czterodrożnym sprayem Turbiny z główką Standard i Torque

